

TATIANA ZAMBRANO FILOMENSKY

**O comprar compulsivo e suas relações
com transtorno obsessivo-compulsivo e
transtorno afetivo bipolar**

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

Programa de: Psiquiatria

Orientador: Prof. Dr. Hermano Tavares

São Paulo

2011

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

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

©reprodução autorizada pelo autor

Filomensky, Tatiana Zambrano

O comprar compulsivo e suas relações com transtorno obsessivo-compulsivo e transtorno afetivo bipolar / Tatiana Zambrano Filomensky. -- São Paulo, 2011.

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

Orientador: Hermano Tavares.

Descritores: 1. Compra compulsiva 2. Transtornos do controle de impulsos
3. Transtorno obsessivo-compulsivo 4. Transtorno bipolar

USP/FM/DBD-213/11

Dedicatória

*À Família que eu nasci,
e que para sempre será minha Família!
E à Família que escolhi constituir,
que enriqueceu minha vida!*

Agradecimientos

Ao Prof. Dr. Hermano Tavares por acreditar em mim, me orientar, me apoiar ao longo de toda esta jornada, e por ter me ensinado a vibrar com as conquistas e lidar com as críticas.

A todos os pacientes que se disponibilizaram a participar deste estudo, me recebendo com atenção e simpatia.

Aos membros do Pro-Amiti que sempre tinham uma palavra de incentivo, em especial a Marinalva Requião, pois seu apoio e torcida foram fundamentais na etapa final, e a meus colegas de equipe que compreenderam minha falta de tempo e me deram todo o suporte necessário: Adriana Sartori, Cleide Guimarães, Flávia Jungerman, Ione Gaberz, Marco Gazel, , Moema Galindo e Renata Maransaldi.

Às equipes do Protoc e do Proman que me acolheram, auxiliaram e socorreram ao longo de toda a pesquisa, particularmente Alice de Mathis, Idalina Shimoda, Juliana Diniz, Marines Joaquim, Roseli Shavitti, Sonia Borcato e Victor Fossaluzza (Protoc); Camila Moreira, Beny Lafer, Gabriela Zanim, Karla Mathias de Almeida e Taís Albuquerque (Proman).

À Gisele Madeira, por toda sua rapidez e atenção na digitação dos bancos de dados, e também por seu carinho e amizade.

À Mirella Mariani pelas dicas, anotações e por dividir comigo os momentos de expectativa e alegria.

Aos meus colegas José Angelo B. Crescente Junior , Antonio Marcelo C. de Brito e Marcelo C. Castro Nogueira pelos momentos compartilhados e trabalhos em conjunto.

À Eliza Sumie Sogabe Fukushima e Isabel Ataíde da Pós-graduação por todas as explicações e paciência dedicadas.

Às bibliotecárias Erika Hayashi e Maria Umbelina Santos de Jesus, da Biblioteca Dr. Paul Janssen, pela simpatia, atenção e auxílio prestado durante toda a pesquisa.

Esta pesquisa contou com o apoio financeiro da
Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível
Superior – CAPES.

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

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

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

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

Sumário

Resumo
Summary

1	INTRODUÇÃO	01
1.1	Classificação e Diagnóstico da Compra Compulsiva	05
1.2	Etiologia da Compra Compulsiva	08
1.3	Epidemiologia da Compra Compulsiva	11
1.4	Comorbidade da Compra Compulsiva:Eixo I eII.....	13
1.5	Divergências quanto à Classificação Diagnóstica.....	14
1.5.1	Compra Compulsiva como Síndrome Impulsiva	15
1.5.2	Compra Compulsiva como um Transtorno relacionado ao Transtorno Obsessivo-Compulsivo e Transtornos afins.....	17
1.5.3	Compra Compulsiva como comportamento pródigo no Transtorno Afetivo Bipolar	21
1.6	Compra Compulsiva e Suas Relações com os Espectros em Psiquiatria.....	22
1.6.1	O Espectro Impulsivo	23
1.6.2	O Espectro Obsessivo-Compulsivo.....	25
1.6.3	O Espectro Bipolar	25
1.7	Compra Compulsiva e Suas Relações com as Dimensões Sintomatológicas em Psiquiatria	27
1.7.1	Impulsividade	27
1.7.2	Dimensões do Transtorno Obsessivo-Compulsivo	28
1.7.3	Dimensões do Transtorno Afetivo Bipolar	29
1.8	Uma Proposta de Verificação Empírica para Classificação Diagnóstica da Compra Compulsiva.....	30
1.8.1	Proposta de Verificação Empírica: Categorical	30
1.8.2	Proposta de Verificação Empírica: Dimensional	32
2	OBJETIVO E HIPÓTESES	34
2.1	Objetivo	35
2.2	Hipóteses	35
2.2.1	Hipóteses Categoriasais	36
2.2.2	HipótesesDimensionais	37
3.	MÉTODO.....	39
3.1	Amostra	40
3.1.1	Critérios de Inclusão.....	41
3.1.2	Critérios de Exclusão	42
3.2	Avaliação - Instrumentos	43
3.2.1	Avaliação de Variáveis Sócio-Demográficas.....	43
3.2.2	Avaliação das Categorias Diagnósticas	44
3.2.3	Avaliação de Variáveis Dimensionais.....	45
3.2.3.1	Escala para Avaliação de Impulsividade.....	45
3.2.3.2	Escala para Avaliação de Obsessividade e Compulsividade.....	46
3.2.3.3	Escala para Avaliação de Instabilidade Afetiva.....	47

3.2.3.4	Escala para Avaliação de Armazenamento Compulsivo	49
3.3	Análise dos Dados	50
3.3.1	Análise dos Dados Categóricos	50
3.3.1.1	Análise Univariada do Perfil de Comorbidades Psiquiátricas	50
3.3.1.2	Análise Multivariada do Perfil de Comorbidades Psiquiátricas	51
3.3.2	Análise dos Dados Dimensionais	51
3.3.2.1	Análise Univariada das Variáveis de Impulsividade, Compulsividade, Instabilidade Afetiva e Armazenamento.....	51
3.3.2.2	Análise Multivariada das Variáveis de Impulsividade, Compulsividade, Instabilidade Afetiva e Armazenamento.....	52
3.3.2.3	Análise Estatística Discriminante	52
4	RESULTADOS	53
4.1	Resultados da Análise Categórica	57
4.1.1	Dados da Associação entre as três Categorias Diagnósticas.....	57
4.1.2	Dados das Comorbidades Psiquiátricas.....	58
4.1.3	Regressão Logística Multinomial do Perfil de Comorbidades Psiquiátricas.....	62
4.2	Resultados da Análise Dimensional	64
4.2.1	Análise Univariada das Dimensões Psicopatológicas: Impulsividade, Compulsividade, Instabilidade Afetiva e Armazenamento.....	64
4.2.2	Regressão Logística Multinomial das Variáveis de Impulsividade, Compulsividade, Instabilidade Afetiva e Armazenamento	67
4.2.3	Dados da Análise Discriminante	69
5	DISCUSSÃO	74
6	CONCLUSÕES.....	82
7	ANEXOS.....	85
8	REFERÊNCIAS	106

Resumo

Filomensky TZ. *O comprar compulsivo e suas relações com transtorno obsessivo-compulsivo e transtorno afetivo bipolar* [dissertação]. São Paulo: Faculdade de medicina, Universidade de São Paulo; 2011. 120 p.

A Compra Compulsiva (CC) está atualmente classificada como um transtorno do controle dos impulsos não classificados em outro local (TCI). A prevalência das CC é estimada em cerca de 5% da população geral e é identificada com maior frequência no gênero feminino. O comportamento repetitivo e crônico do comportamento de gastar descontroladamente gera consequências negativas ao indivíduo, além dos elevados índices de comorbidades com transtorno de humos, ansiedade e outros TCIs, o que contribui para manter a divergência existente sobre a classificação da CC. Tem sido proposto que CC deve ser classificada como um TCI, ou como uma sub-síndrome do transtorno afetivo bipolar (TAB), ou ainda como uma variante do transtorno obsessivo-compulsivo (TOC) semelhante ao armazenamento compulsivo. O objetivo deste estudo é investigar qual classificação pode ser mais adequada para a CC. Para isso, adotamos duas abordagens: a primeira abordagem é a investigação das categorias diagnósticas para identificar as comorbidades psiquiátricas; a segunda abordagem refere-se as dimensões psicopatológicas em que comparamos impulsividade, sintomas obsessivo-compulsivos, instabilidade afetiva e armazenamento em pacientes com CC, TOC e TAB. Foram selecionados 80 pacientes (24 CC, 35 TOC e 21 TAB que não estivessem em mania nem hipomania) primeiramente foram avaliados de acordo com o SCID-CV e da seção especial para TCI e depois responderam os questionários de autopsiquiatria. Realizamos duas análises: categorial e dimensional. Na análise categorial houve um equilíbrio de associação entre os três grupos diagnósticos, e as comorbidades psiquiátricas apresentadas pelos três grupos diagnósticos foram congruentes com as descritas na literatura. Na análise dimensional os pacientes de CC apresentaram escores significativamente mais altos em todas as medidas de impulsividade e na aquisição, mas não nas outras sub-dimensões do armazenamento compulsivo, amontoamento e dificuldade em descartar. Pacientes bipolares pontuaram mais na dimensão mania da escala SCI-MOODS. Pacientes com TOC pontuaram mais nos sintomas obsessivo-compulsivos, e principalmente nas dimensões contaminação/lavagem e checagem da escala Pádua Inventory; no entanto, eles não apresentaram maior pontuação em nenhuma dimensão do armazenamento compulsivo. Um modelo discriminante foi construído com essas variáveis e classificou corretamente os pacientes de CC (79%), TOC (77%) e TAB (71%). Considerando os resultados da análise categorial cada um dos transtornos apresentou uma agregação categorial distinta, e na análise dimensional os pacientes com CC revelaram ter aquisição impulsiva, assemelhando-se aos TCI ao invés de TOC ou TAB. Sintomas maníacos foram bem distintos nos pacientes bipolares, assim como pacientes com TOC apresentaram mais obsessão e compulsão. Sintomas de armazenamento com exceção da aquisição não foram particularmente associados a qualquer grupo diagnóstico.

Descritores: Compra compulsiva; Transtornos do controle de impulsos; Transtorno obsessivo-compulsivo; Transtorno Bipolar.

Summary

Filomensky TZ. *The compulsive buying and its relationship to obsessive-compulsive disorder and bipolar disorder* [dissertation]. São Paulo: “Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo”; 2011. 120 p.

Compulsive Buying (CB) is currently classified as an impulse control disorder not elsewhere classified (ICD). The prevalence of CB is estimated at around 5% of the general population and is identified with greater frequency in females. The chronic repetitive behavior and the behavior of spending wildly generates negative consequences to the individual, in addition to high rates of comorbidity with mood disorder, anxiety and other ICDs, which helps to maintain the existing disagreement on the classification of CB. It has been proposed that CB should be classified as an ICD, or as a sub-syndrome of bipolar disorder (BD), or as a variant of obsessive-compulsive disorder (OCD), similar to compulsive hoarding. The aim of this study is to investigate which classification is best suited for CB. For this, we adopt two approaches: the first approach is the investigation of the diagnostic categories to identify psychiatric comorbidities, the second approach refers to the psychopathological dimensions in which we compared impulsivity, obsessive-compulsive symptoms, affective instability and hoarding in patients with CB, OCD and BD. We selected 80 patients (24 CB, 35 OCD and 21 BD who were not in mania or hypomania) were first evaluated according to the SCID-CV and the special section to TCI, then answered the self-report questionnaires. We performed two analyses: categorical and dimensional. In categorical analysis, there was a balance of association between the three diagnostic groups, and psychiatric comorbidities by the three diagnostic groups were consistent with those described in the literature. In dimensional analysis of CB patients, there were significantly higher scores in all measures of impulsivity and the acquisition, but not in other sub-dimensions of the compulsive hoarding, clutter and difficulty discarding. Bipolar patients scored higher on the mania dimension from the SCI-MOODS scale. OCD patients scored higher on obsessive-compulsive symptoms, and, particularly, higher on the contamination/washing and checking dimensions from the Padua Inventory scale; however, they did not score higher on any hoarding dimension. A discriminant model built with these variables correctly classified patients of CB (79%), OCD (77%) and BD (71%). Considering the results of categorical analysis, each of the disorders presented a distinct clustering categorical, and dimensional analysis in patients with CB reported having impulsive acquisition, resembling the TCI instead of OCD or BD. Manic symptoms were distinctive of BD patients, and patients with OCD were distinctive obsession and compulsion. Hoarding symptoms other than acquisition were not particularly associated with any diagnostic group.

Descriptors: Compulsive buying; Impulse control disorder; Obsessive-compulsive disorder; Bipolar disorder.

1 Introdução

Oniomania ou Compra compulsiva (CC) (do grego: *oné* – comprar, *mania* – loucura), é caracterizada por excesso de preocupações e desejos excessivos relacionados com a aquisição de objetos e por um comportamento caracterizado pela incapacidade de controlar suas compras e gastos financeiros. Na literatura de língua inglesa aparece sob diferentes nomes, tais como: *compulsive buying*, *impulsive buying*, *pathological buying*, *disordered buying behaviour*. (Tavares et al., 2008). Comprador compulsivo e Compras Compulsivas são termos coloquiais e recorrentes na literatura leiga que foram incorporados aos textos técnicos e científicos. O adjetivo “compulsivo” se refere ao caráter incontrolável e repetitivo do ato de comprar. O seu uso sugere uma associação com o Transtorno Obsessivo Compulsivo (TOC), que, no entanto, ainda carece de um corpo apropriado de evidências. Para evitar o endosso a uma associação apenas presumida, seria mais correto o recurso aos termos Oniomania, ou Compra Patológica, porém nenhum deles logra o mesmo efeito de fácil compreensão que se obtém com o termo Compra Compulsiva (CC), e por esta razão esta será a terminologia usada nos textos subsequentes.

Encontramos descrições históricas deste comportamento desde o século XVIII, Maria Antonieta, última rainha da França antes da Revolução Francesa de 1789 era descrita como uma figura caprichosa que gastava de maneira extravagante. Mary Todd Lincoln, esposa do presidente americano Abraham Lincoln gastava tanto que chegava a provocar enormes discussões com seu esposo pelas despesas acima do que o casal podia dispor. Outras figuras mais recentes como Randolph Hearst,

Jackeline Kennedy Onassis e a Princesa Diana são frequentemente citadas como exemplo (Black, 2006).

Como podemos observar o descontrole com compras é ao mesmo tempo um problema antigo e cada vez mais moderno, pois desde a antiga Grécia o ato de comprar se faz presente na sociedade. Nesta época o valor do dinheiro modificou os valores culturais e morais, em que o poder deixou de ser determinado pelo nome de família e passou a ser definido pelo comércio, ganhando espaço com a adoção de sistemas monetários. O descontrole deste comportamento, que passou a movimentar o comércio e influenciar a estrutura governamental, despertou a preocupação de que poderíamos estar diante de um transtorno clínico (Filomensky et al., 2008).

Mais recentemente, Black (2007) propôs quatro fases distintas que caracterizam o episódio de CC, a primeira é a antecipação, em que o comprador compulsivo apresenta pensamentos, anseios ou mesmo preocupações com a aquisição de um determinado objeto ou apenas com o ato da compra em si. A segunda fase é a preparação, em a pessoa se prepara para ir às compras, isto inclui a pesquisa do objeto desejado, a roupa que irá vestir, a tomada de decisão de quando ir, para onde ir e como irá pagar (cartão de crédito, cheque, dinheiro). A compra, propriamente dita, é a terceira fase em que os compradores compulsivos relatam a experiência emocional do ato de comprar, a fissura e o êxtase. E por fim a última fase em que a compra é consumada, e que muitas vezes vem acompanhada de decepção consigo mesmo e de sentimentos desagradáveis como culpa e arrependimento.

Além dos aspectos clínicos citados podemos entender também que a CC é um fenômeno associado ao crédito, o que a torna um problema moderno, pois atualmente

vivemos numa sociedade materialista, marcada pelo estímulo ao consumo e pela disponibilidade de crédito. Na história da humanidade nunca se comercializou e se consumiu tanto como agora, por isso, podemos dizer que o aumento do crédito e a melhora da situação financeira da população contribuem para maiores gastos. A facilitação do crédito, a maior oferta de recursos, o alongamento dos prazos de pagamentos, e as novas modalidades de crédito movimentam o mercado financeiro do nosso país, mas em contrapartida proporcionam aumento de empréstimos, compras a prazo e alta da inadimplência com os bancos, financeiras e grandes varejistas (Serasa Experian, 2008).

A crescente melhora da situação financeira é confirmada pelo aumento da massa salarial e do emprego formal (com carteira assinada). Estudos apontam a influência do crédito disponível e da economia pautada no capitalismo como fatores predisponentes para a ocorrência da CC (Black, 2007; Tavares et al., 2008). Além disso, a valorização do Real associado à estabilização da inflação estimulou as pessoas a consumirem mais (Ferreira, 2007).

Nos últimos cinco anos, pesquisas foram realizadas sobre a situação financeira dos brasileiros, revelando que a aquisição de dívidas superiores a R\$ 5 mil, passou de 10 milhões para 23 milhões. Todo este aumento é proporcional à oferta de crédito que em 2005 era de 28,1% e em 2009 chegou a 45%. O crédito imobiliário, financiamento de veículos, cartão de crédito e empréstimo consignado foram as ofertas que mais cresceram e sintomaticamente são as formas de crédito mais utilizadas pelos chamados “superendividados” no Brasil.

O superendividamento refere-se à “impossibilidade de o consumidor pagar todas as suas dívidas, inclusive as básicas, havendo o comprometimento de sua renda

pessoal e também familiar” (Serasa Experian, 2011), ou seja, o superendividamento do brasileiro está relacionado diretamente à concessão de crédito além da sua capacidade de pagamento.

A Fundação PROCON de São Paulo, no final de 2010, seguindo os passos dos estados do Rio Grande do Sul e Rio de Janeiro, inaugurou o Núcleo Superendividamento. O intuito do núcleo é conscientizar a população sobre seus hábitos de consumo, principalmente em relação à contratação e utilização consciente do crédito, sem deixar de considerar a função social do crédito, porém reforçando a urgência de condutas mais responsáveis por parte daqueles que o concedem. (PROCON, 2010). Os motivos que geram a inadimplência vão desde a perda do emprego, doença familiar e separação conjugal, mas a principal é o descontrole com os gastos. E diante deste fator nos deparamos com um problema que atinge as esferas econômica, social e da saúde, pois não se sabe quem tem dívidas acima da sua capacidade de pagamento e o crédito continua a ser concedido a essas pessoas mesmo assim.

1.1 Classificação e Diagnóstico da Compra Compulsiva

Kraepelin (1915) foi o primeiro a descrever a síndrome como um “impulso patológico”, chamando-a de Oniomania, fazendo referência ao predomínio no sexo feminino.

Bleuler, em 1924, acentuou o caráter impulsivo do transtorno e equiparou-o às insanidades do impulso juntamente com a piromania (aparentemente muito mais comum na época do que parece ser hoje) e a cleptomania (Tavares et al., 2008).

De acordo com Bleuler (1924):

O elemento particular é a impulsividade; eles não podem evitá-la, o que algumas vezes se expressa inclusive no fato de que, a despeito de ter uma boa formação acadêmica, os pacientes são absolutamente incapazes de pensar diferentemente e de conceberem as consequências sem sentido de seu ato e as possibilidades de não realizá-lo. Não chegam nem a sentir o impulso, mas agem de acordo a sua natureza, como a lagarta que devora a folha.

As compras compulsivas não despertaram interesse dos pesquisadores nas décadas seguintes, com exceção das pesquisas realizadas sobre o comportamento do consumidor e os psicanalistas, que fizeram alguns relatos de caso (Black, 2007). A partir dos primeiros anos da década de 1990, quando três séries de casos clínicos foram relatadas, envolvendo 90 indivíduos, é que a síndrome voltou a ser descrita mundialmente (Tavares et al., 2008).

O'Guinn e Faber (1989) evidenciaram a cronicidade e a repetitividade do comprar descontrolado, expondo a dificuldade em se interromper o comportamento, resultando em consequências danosas e que ocorrem em resposta a eventos ou sentimentos negativos.

Em 1994, McElroy et al. propuseram os seguintes critérios diagnósticos para CC:

A) Preocupação, impulsos ou comportamento mal adaptativos envolvendo compras, como indicado por, ao menos, um dos seguintes critérios:

- 1) Preocupação frequente com compras ou impulso de comprar irresistível, intrusivo, ou sem sentido;
- 2) Comprar mais do que pode, comprar itens desnecessários, ou por mais tempo que o pretendido.

- B) A preocupação com compras, os impulsos ou o ato de comprar causam sofrimento marcante, consomem tempo significativo, e interferem com o funcionamento social e ocupacional, ou resulta em problemas financeiros.
- C) A compra compulsiva não ocorre exclusivamente durante episódios de hipomania ou mania.

É importante salientar que o diagnóstico não se baseia na quantia de dinheiro gasto em compras, mas em como o dinheiro é gasto.

Os critérios propostos por McElroy et al. (1994) são os mais usados na atualidade, embora ainda faltem estudos sobre sua validade e confiabilidade. Devido à falta de critérios diagnósticos oficiais e específicos, a CC permanece relegada a uma categoria diagnóstica residual na seção de Transtornos do Controle dos Impulsos Não Classificados em Outro Local – 312.30 do DSM-IV-TR (APA, 2000), designada como Transtorno do Controle do Impulso sem outra especificação.

O DSM-IV-TR propõe que:

A característica essencial dos Transtornos de Controle dos Impulsos é o fracasso em resistir a um impulso ou tentação de executar um ato perigoso para a própria pessoa ou para outros. Na maioria dos transtornos descritos nesta seção, o indivíduo sente uma crescente tensão ou excitação antes de cometer o ato. Após cometê-lo, pode ou não haver arrependimento, auto-recriminação ou culpa.

Esta categoria serve para transtornos do controle dos impulsos que não satisfazem os critérios para qualquer Transtorno do Controle dos Impulsos específico nem para outro transtorno mental que apresente aspectos envolvendo o controle dos impulsos, descrito em outra parte deste manual (por ex., Dependência de Substância, Parafilia).

1.2 Etiologia da Compra Compulsiva

A etiologia da CC ainda não é determinada, porém alguns fatores foram descritos como associados a um maior risco de perda de controle com compras. Estes fatores podem ser divididos em três grupos referentes à origem do indivíduo (familiar e genética), ao seu estado subjetivo (afetividade e cognição) e ao ambiente, envolvendo a sociedade e a cultura.

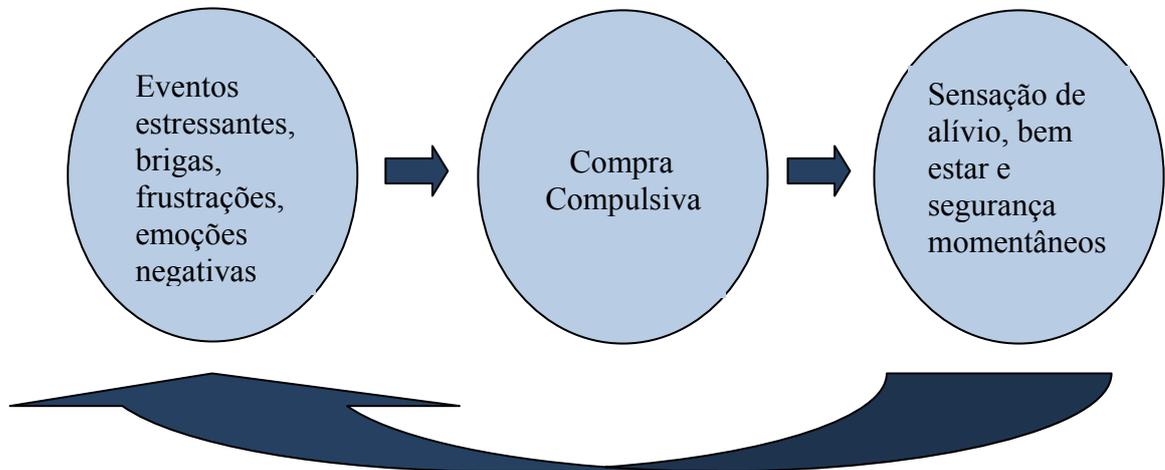
Estudos de família de compradores compulsivos mostram uma maior concentração de transtornos do humor, de ansiedade, alimentares, dependência química e outros transtornos do impulso, incluindo compras compulsivas, entre seus membros. Há também evidências de que eventos traumáticos na infância, incluindo abuso sexual são fatores predisponentes para o desenvolvimento da CC.(Black, 2007, Black et al.,1998; McElroy et al., 1994). Com base nos resultados dos poucos estudos divulgados com famílias de compradores compulsivos, Faber e O'Guinn (1992) propõem que a realização de estudos sistemáticos da dinâmica familiar dos compradores compulsivos pode auxiliar a esclarecer como o fator família contribui ou não para o aparecimento da CC no indivíduo.

Os estudos neurobiológicos sobre CC são poucos e concentrados na perda de regulação da neurotransmissão serotoninérgica, dopaminérgica e opióide. Potenza (2001) sugere que compras compulsivas, jogo patológico e outros comportamentos auto-indulgentes estariam relacionados com fatores envolvendo uma baixa atividade dopaminérgica, a chamada Síndrome da Deficiência do Sistema de Recompensa Cerebral. Comings et al. (1997) encontraram correlação significativa entre polimorfismo do gene do receptor D1 e a associação com Síndrome de Tourette, jogo

patológico, abuso de álcool e CC, corroborando a hipótese da participação do sistema dopaminérgico.

Um recente estudo realizado por De Neve e Fowler (2010), identificou uma associação entre um polimorfismo do gene da MAO-A e maior probabilidade de endividamento no cartão de crédito. A MAO-A está implicada no metabolismo da serotonina, ter um ou ambos os alelos da variante de baixa eficiência está associado com maior probabilidade de dependência e impulsividade.

No registro da subjetividade, há propostas de que uma identidade frágil e baixa auto-estima tornem os compradores compulsivos mais suscetíveis à opinião alheia e à influência da propaganda (Kyrios et al., 2004; Filomensky et al., 2008). Também se observa nesta população distorções cognitivas em relação às compras, são pensamentos como: comprar como estratégia para lidar com emoções negativas, como um meio para construção de identidade, por medo de se arrepender, por ter pensamentos do tipo “tudo ou nada” em relação a dinheiro, comprar e presentear como forma de angariar afeto ou evitar constrangimento (Mitchell et al., 2006; Filomensky e Tavares, 2009). Kyrios et al. (2004) relatam que o comprador compulsivo estabelece uma associação entre a aquisição de objetos e recompensa ou neutralização de sentimentos negativos, desenvolvendo apego emocional e segurança por meio da compra. Este mecanismo reforça a necessidade de aquisição como fonte de bem estar e satisfação, mesmo que momentâneos (Cushman, 1990). Brigas, conflitos ou discussões são gatilhos que desencadeiam emoções negativas que levam o indivíduo a episódios de CC, sugerindo um mecanismo básico de retroalimentação, conforme exposto no diagrama I:

Diagrama I: mecanismo de retroalimentação da CC

No registro ambiental é de suma importância reconhecer como as estratégias de facilitação de crédito e estímulo ao consumo interferem e determinam o desejo de comprar no consumidor comum e no portador de CC.

A forma com que o comprador compulsivo lida com seu dinheiro são reflexos de como ele percebe a finalidade do dinheiro, em como a interferência da economia pautada na inflação ou não determina sua postura em relação aos gastos e consequentemente como influencia suas escolhas de consumo (Ferreira, 2007). As estratégias de consumo proporcionam ao comprador compulsivo as sensações que tanto busca, conforme relatamos acima, através de mecanismos de facilitação de venda em que se antecipa o prazer (compra) e retarda o custo (pagamento), a serviço da urgência na aquisição do objeto, através das promoções e liquidações que sugerem uma oportunidade imperdível de compra.

A cultura, por sua vez, hipervaloriza o ato de aquisição como forma de construção de identidade. Black (2007) aponta que alguns mecanismos culturais

sustentam a ocorrência da CC, como uma economia baseada no mercado, ou seja, no capitalismo que pauta sua economia no consumo; exposição e acesso a uma vasta variedade de produtos; rendimento disponível ou fácil acesso ao crédito e tempo significativamente livre para o lazer.

O cartão de crédito não é apenas um “dinheiro” moderno em ascensão nos países em desenvolvimento, ele passou a significar poder e prestígio, reforçando a autonomia social e tornando-se ícone cultural. Este apelo tem importante efeito no comprador compulsivo, pois o uso do cartão de crédito acelera o processo da compra, mascara o pagamento ao adiá-lo e promove a perda de controle uma vez que a ação (comprar) e seu custo são separados por um intervalo de tempo que torna os eventos aparentemente independentes (Dittmar e Drury, 2000).

1.3 Epidemiologia da Compra Compulsiva

A CC tem sido associada ao sexo feminino com razões entre gêneros em torno de 4:1 a 5:1 mulheres para cada homem, embora esta proporção elevada de mulheres possa estar superestimada por ser baseada em sua maioria em amostras clínicas (Faber e O’Guinn, 1992; Schlosser et al. 1994; McElroy et al., 1994). Desde Kraepelin (1915) e Bleuler (1924) já era ressaltada a preponderância do gênero feminino, com sugestões de que a mulher compradora compulsiva estava em busca de vivenciar situações excitantes e arriscadas, assim como a busca pelo risco no jogo patológico, em que predomina o gênero masculino (Kraepelin, 1915). Dittmar e Drury (2000) também apontaram a prevalência do gênero feminino na CC e sugeriram que para as mulheres a CC funciona como uma estratégia de compensação para combater as emoções negativas e a baixa auto-estima.

Contudo, em um estudo recentemente realizado por Koran et al. (2006) na população americana foram entrevistados cerca de 2500 adultos através de um questionário anônimo por telefone. Foi encontrada uma taxa de prevalência de CC em torno de 5% e uma razão homem-mulher próxima de 1:1. É possível que as entrevistas por telefone, que asseguram um anonimato maior mesmo em relação ao entrevistador, possam ter facilitado, por parte dos homens, a admissão de um comportamento socialmente sensível e culturalmente associado ao sexo oposto.

Em 2005, o estudo populacional realizado por Dittmar com 195 adolescentes de duas escolas na Inglaterra, sendo 101 mulheres e 94 homens, com idade entre 16 e 18 anos, investigou como os adolescentes gastam o dinheiro ao longo do mês e avaliou o comportamento de comprar através da *Compulsive Buying Scale* (Faber e O'Guinn, 1992). Os resultados apontaram que futuramente é possível que a prevalência do CC seja igual para homens e mulheres, pois não houve diferenças do padrão de consumo entre os gêneros.

O início se dá geralmente em torno dos 18 anos, quando as pessoas começam a ter maior autonomia para comprar de forma independente dos pais, mas a percepção do comportamento de compras como um problema ocorre mais tarde, em torno dos 30 anos e a busca por tratamento por volta dos 31 aos 39. Os objetos preferidos entre as mulheres são roupas, bolsas, sapatos, perfumes, maquiagem e jóias, enquanto entre os homens, há a preferência por eletroeletrônicos, objetos que sugerem status social elevado: ternos caros, relógios, bugigangas eletrônicas e carros (Christenson et al. 1994; McElroy et al., 1994; Black, 1996; Black, 2001).

CC é comumente relacionada a graves prejuízos pessoais, financeiros e familiares (Black, 2001), além da associação com outros transtornos psiquiátricos, inclusive com os de personalidade (Black, 2007; Tavares et al., 2008).

1.4 Comorbidade na Compra Compulsiva: Eixo I e II

A associação das compras compulsivas com outros transtornos psiquiátricos é a regra ao invés de ser uma exceção. Um recente estudo realizado por Mueller et al. (2010), avaliou o perfil de comorbidade psiquiátrica de 171 compradores compulsivos de centros de estudo dos EUA e Alemanha, e os achados foram compatíveis com os resultados de estudos anteriores descritos na literatura (Christenson et al., 1994; McElroy et al., 1995; Black et al., 1998). Quase toda a amostra, 90%, apresentou pelo menos um diagnóstico do Eixo I ao longo da vida, os principais foram: 74% transtorno do humor, 57% transtorno de ansiedade, 21% transtorno do impulso, o mais comum foi transtorno explosivo intermitente, sendo que metade apresentou pelo menos uma comorbidade atual, principalmente transtorno de ansiedade (44%). Black (2001) sugere que quanto mais grave o CC maior a taxa de comorbidade psiquiátrica.

Não é possível afirmar se ansiedade e os sintomas depressivos deixam os indivíduos mais vulneráveis a CC ou, se a CC eleva as taxas de ansiedade e depressão nesta população, porém os estudos sugerem que sintomas depressivos são indicativos de gravidade da CC (Lejoyeux et al., 1999).

As elevadas taxas de comorbidades psiquiátricas levantam questionamentos sobre se CC é de fato um diagnóstico em si, ou um marcador de comportamento impulsivo e gravidade psicopatológica. Contudo, estudos clínicos sugerem que o

comportamento desregrado com compras tem curso próprio e que é geralmente crônico e independente de outros fenômenos psicopatológicos concorrentes (Tavares et al., 2008; Mueller et al., 2010). Poucos estudos investigaram transtornos do Eixo II na população de compradores compulsivos, os dois mais importantes revelaram que os transtornos de personalidade mais observados foram do cluster B e C: *Borderline*, Obsessivo-compulsivo e Esquivante. Num dos estudos, em torno de 60% (N=46) dos pacientes compradores compulsivos apresentaram ao menos um dos transtornos de personalidade citados (Schlosser et al., 1994), e no outro cerca de 73% (N=30) (Mueller et al., 2009).

1.5 Divergências quanto à Classificação Diagnóstica

A associação do ato de comprar com o prazer, a ocorrência de episódios súbitos e a alta comorbidade com outros transtornos impulsivos respondem pela tendência atual em classificá-la como um Transtorno do Controle do Impulso (TCI) (Christenson et al., 1994). Porém, dúvidas cercam a classificação da CC, sendo que relações com outros transtornos psiquiátricos, notadamente TOC e Transtorno Afetivo Bipolar (TAB) têm sido propostas.

Sob estas perspectivas, CC poderia ser uma variante do TOC, um subtipo específico associado ao armazenamento compulsivo (do inglês *compulsive hoarding*¹).

Estudos têm revelado que CC e o armazenamento compulsivo compartilham algumas características clínicas, principalmente a aquisição excessiva (Frost et al.,

¹ Apesar da terminologia mais comum para *compulsive hoarding* ser colecionismo, optamos por armazenamento em função de ser mais fiel à própria natureza psicopatológica da síndrome que é a aquisição de objetos, sem conseguir descartá-los, mesmo que pareçam inúteis ou de pouco valor, enquanto colecionamento, ou colecionismo remete a um passatempo, ou mesmo a aquisição de objeto mediante um critério específico, o que foge da natureza do *hoarding* (Dicionário Michaelis, 2004).

1998; Frost et al. 2002). CC poderia ser também um sintoma secundário às oscilações de humor em síndromes afetivas (na depressão, um comportamento compensatório e, nas síndromes maníacas e estados mistos, um marcador da desinibição comportamental – Filomensky et al., 2008). Finalmente, a perda de controle com compras e suas consequências poderiam ser apenas indicadores de traços de impulsividade em portadores de TOC e TAB. De fato, Lochner et al. (2005) estimam que 10% dos indivíduos com TOC apresentem sintomas impulsivos proeminentes. Em portadores de TAB a impulsividade tem sido verificada mesmo em períodos de eutimia (Swann, 2010).

Por outro lado, pesquisadores do armazenamento compulsivo têm descrito a independência deste sintoma de outras dimensões sintomatológicas do TOC e sugerem a sua classificação como uma categoria diagnóstica independente do TOC (Mataix-Cols et al., 2010).

1.5.1 Compra Compulsiva como Síndrome Impulsiva

Desde 1980 os TCIs passaram a fazer parte da nosografia psiquiátrica, em uma seção específica que engloba jogo patológico, cleptomania, tricotilomania, transtorno explosivo intermitente e piromania, além de uma categoria residual para TCIs não classificados em outro local, que engloba CC, impulso sexual excessivo, dermatotilexomania e dependência de internet (Tavares, 2008).

A impulsividade elevada é o marcador comum no TCI, que pode ser observada tanto em medidas de auto-relato, como em avaliações objetivas e baterias neuropsicológicas específicas. É caracterizada por reações rápidas e não planejadas em busca de respostas imediatas, que superam o controle inibitório (Tavares, 2006).

Este pode estar empobrecido, ou os desejos e impulsos são vividos de maneira tão intensa que o freio inibitório não é suficiente para barrar a expressão do comportamento indesejado (Tavares, 2008).

Nas duas últimas décadas os estudos envolvendo TCIs passaram a obter a atenção de pesquisadores e com isso a clínica da impulsividade, conhecida também como a clínica dos excessos, ganhou destaque e atenção na psiquiatria moderna (Tavares e Alarcão, 2008).

A semelhança da CC com o TCI ocorre não só pela elevada impulsividade ou pela busca ao prazer (compra), mas também pelo alto índice de comorbidades com outros TCIs e com transtornos por abuso de substância (Black, 2007; Black et al., 2010). O comportamento de comprar percebido como irresistível reduz temporariamente a tensão ou ansiedade e muitas vezes pode ser seguido por culpa e arrependimento. Relatos de risco de suicídio estão presentes na CC, assim como nos demais TCIs (Black, 2007; Black et al., 2010).

Existem poucos estudos neuropsicológicos com portadores de TCI, mas os estudos encontrados sugerem que populações que apresentam comportamentos impulsivos, como jogadores patológicos, geralmente demonstram prejuízo em relação à tomada de decisão quando comparados com controles normais ou com outros transtornos (Goudriaan et al., 2005; Rossini et al., 2007). Kyrios et al. (2004) comparou compradores compulsivos com armazenadores compulsivos e portadores de TOC, e concluiu que compradores compulsivos apresentam maior dificuldade de tomada de decisão do que os outros dois grupos.

Rossini et al. (2007) compararam o resultado de uma pequena amostra clínica de jogadores patológicos e compradores compulsivos em relação à tomada de

decisão. Compradores compulsivos apresentaram um estilo cognitivo ainda mais impulsivo do que jogadores patológicos, ao optarem por escolhas desvantajosas a fim de obter ganhos mais imediatos.

Considerando a proposta de independência diagnóstica da síndrome CC, autores apontam que o alto de índice de impulsividade nesta população é marcante e é justamente o que a diferencia dos demais transtornos ao qual é associada (Lejoyeux e Weinstein, 2010; Kyrios et al., 2004). Além dos instrumentos de rastreio e os critérios diagnósticos propostos para a CC serem semelhantes aos de dependência de substância, de jogo patológico e de outros TCIs (Lejoyeux e Weinstein, 2010).

1.5.2 Compra Compulsiva como um Transtorno relacionado ao Transtorno Obsessivo-Compulsivo e Transtornos afins

Na revisão realizada por McElroy et al. (1993) aspectos comuns entre TOC e TCI foram apontados, os mais importantes são: a forte associação de ambos com ansiedade, abuso de substância e transtorno alimentar; a ocorrência de TOC em TCI e de TCI em TOC; e elevada taxa de familiares portadores de transtorno do humor. Apesar dessas semelhanças, os transtornos em questão se diferenciaram em aspectos relevantes, como o quesito resistência observada no TOC. Para os portadores de TOC a função real do ritual é evitar ou resistir a uma ameaça, buscando o controle do risco, enquanto nos portadores de TCI observa-se a falha em resistir a um desejo, o que acaba por aumentar a exposição ao risco (Tavares et al., 1999). Os TCIs apresentam mais comportamento anti-social, comorbidades com transtorno bipolar, déficit de atenção e hiperatividade e abuso de álcool e substância. Em relação à medicação, o TOC apresenta melhor resposta a antidepressivos com ação seletiva

sobre serotonina, enquanto esta mesma especificidade não se observa para os TCIs (McElroy et al., 1993).

No campo da psicopatologia, dá-se ênfase ao caráter ego-distônico das compulsões do TOC, em contraste com o caráter ego-sintônico dos comportamentos excessivos dos TCIs, particularmente aqueles pautados no desejo como no caso da CC e de outras síndromes referidas como dependências comportamentais (jogo de azar, sexo, comida, etc. – Orford, 2001). Contudo, o uso desta antonímia ego-distônico/ego-sintônico para diferenciação destes quadros pode apresentar problemas. De fato, portadores de TOC com início ainda durante a infância tendem a apresentar crítica reduzida quanto ao exagero dos seus rituais, referindo pouco desconforto em relação aos mesmos (Lewin et al., 2010). Por outro lado, pacientes crônicos portadores de dependências comportamentais desenvolvem ao longo dos anos certa ambiguidade em relação ao comportamento excessivo que passa a ser tão desejado quanto auto-recriminado. Em uma revisão sobre este tópico, Tavares (2000) defende que TOC e dependências comportamentais seriam melhor diferenciados através do pareamento entre representação mental e ato. Neste caso, ambos obsessão no TOC e desejo na dependência seriam fenômenos mentais aos quais se associam uma resposta comportamental mais provável. Contudo, no TOC esta associação se dá por divergência, exemplo: a antecipação do risco de contaminação conduz a rituais de limpeza, onde o ato visa anular ou reduzir a possibilidade prevista em pensamento; enquanto no TCI o desejo persistente conduz a uma cadeia de decisões que levará à realização do que foi antecipado, ou seja convergência.

Lejoyeux e Weinstein (2010) apontam que portadores de TOC gastam menos dinheiro e são menos impulsivos em relação ao comportamento de comprar quando comparados aos compradores compulsivos.

Dessa forma, Frost et al. (2002) propõem que a interface entre CC e TOC se organiza ao redor do comportamento de armazenamento observado em ambos os casos. São comportamentos descritos como necessidade de aquisição de objetos específicos, geralmente sem utilidade, ou em quantidades extremas que excedem completamente a sua necessidade. O paciente armazena tais objetos, sendo muito zeloso com eles, abomina a idéia de que alguém possa retirá-los do lugar, interferindo em sua organização e se sente incapaz de se desfazer deles, mesmo reconhecendo o exagero do seu estoque, porque teme que qualquer item de sua coleção venha a lhe fazer falta se for descartado.

Alguns estudos que investigaram a estrutura sintomatológica do TOC descreveram o armazenamento compulsivo como uma dimensão específica de sintomas obsessivo-compulsivos (OC) (Pertusa et al., 2008; Saxena, 2007). A presença de armazenamento compulsivo em TOC tem sido associada com curso crônico e pior prognóstico, ao ponto de alguns autores questionarem se o armazenamento compulsivo é um marcador de gravidade, ou se sua apresentação isolada se caracteriza como uma entidade nosológica à parte (Mueller et al., 2007; Frost et al., 2002; Black et al., 2010). Kyrios et al. (2004) propõem que os armazenadores compulsivos sejam classificados como um transtorno independente do TOC, mas que faça parte dos transtornos do espectro obsessivo-compulsivo (OC) por apresentar um alto grau de comorbidade com outros sintomas do TOC.

O armazenamento compulsivo também é descrito como um sintoma que pode estar presente ou não na CC (Tavares et al., 2008), este tipo de transtorno envolve não só a compra, mas também a aquisição de objetos grátis, de brindes e de objetos descartados por outras pessoas, bem como o amontoamento desses objetos e a dificuldade em descartá-los (Lejoyeux e Weinstein, 2010).

Frost et al. (1998; 2009) descrevem que a associação de CC com armazenamento compulsivo indica maior gravidade clínica, mais presença de sintomas OC e maior comorbidade psiquiátrica com transtornos de humor, de ansiedade e alimentar (Kyrios et al., 2004). Por outro lado, CC também se mostrou mais frequente entre armazenadores compulsivos do que nos controles. Entre os armazenadores compulsivos 61% apresentavam CC e 85% aquisição excessiva, considerando como formas de aquisição excessiva tanto comprar quanto aquisição de objetos gratuitos. A pesquisa realizada por Kyrios et al.(2004) reforça os achados de Frost, de que nem todo comprador compulsivo sofre de armazenamento compulsivo, mas que o comprar compulsivo é frequente entre os armazenadores compulsivos.

Segundo Lejoyeux e Weinstein (2010) as semelhanças entre o comprador compulsivo e o colecionador não patológico, ou seja um colecionador por *hobby*, são: o gasto de tempo, de dinheiro e de energia em busca do objeto desejado. E o que diferencia uma população da outra é o destino e a atitude em relação à compra. Os colecionadores buscam o objeto desejado para completar a coleção e exibir com orgulho a nova aquisição, já os compradores compulsivos estão em busca de vivenciar o processo da compra, o ato de comprar em si, independente do objeto desejado, pois logo após a compra é comum perderem o interesse no que foi comprado, chegando ao ponto de dar, esconder ou até mesmo jogá-lo fora.

1.5.3 Compra Compulsiva como comportamento pródigo no Transtorno Afetivo Bipolar

Uma discussão sobre a classificação diagnóstica ronda o TCI e TAB, pois a elevada impulsividade que é marcadamente o traço comum nos TCIs também é muito presente na bipolaridade. Akiskal (2005) reforça esta discussão apontando que transtornos como jogo patológico, impulso sexual excessivo e Transtorno *Borderline* de Personalidade deveriam ser avaliados à luz das suas semelhanças com TAB, por exemplo, comportamento de risco frequente e busca por emoções fortes, sugerindo que a fronteira entre bipolaridade e comportamento puramente impulsivo é difícil de identificar.

Em uma revisão sobre o assunto, McElroy et al. (1996) apontaram as principais semelhanças entre TCIs e TAB: pensamento rápido, sem reflexão e comportamento impulsivo, que muitas vezes pode ser um comportamento perigoso ou até mesmo nocivo, que tem como foco a busca de sensações e prazer. Esses comportamentos podem ser observados através de atos como roubar, explosões agressivas, gasto excessivo, jogo excessivo, comportamento sexual exagerado e às vezes conduta anti-social. Akiskal aponta ainda que TAB e CC têm uma interface diagnóstica no que diz respeito ao comportamento pródigo e, por vezes, comprometimento financeiro. Além disso, ambas as síndromes compartilham elevada frequência de sintomas depressivos como humor deprimido, fadiga, sentimento de culpa e auto-recriminação. As diferenças fenomenológicas se apresentam na intensidade e na duração prolongada dos sintomas associados ao humor no TAB (Akiskal, 2005).

Em relação às comorbidades três semelhanças são apontadas: TCIs apresentam alto índice de comorbidade com transtorno de humor, incluindo TAB;

portadores de TAB apresentam comorbidade significativa com TCI; e ambos apresentam perfis de comorbidades semelhantes com outros transtornos psiquiátricos (McElroy et al., 1996; Black et al., 2010; Lejoyeux e Weinstein, 2010).

No tratamento psicofarmacológico, ambos, respondem bem aos antidepressivos e estabilizadores do humor, porém este ponto precisa ser melhor investigado no TCI, pois existem poucos estudos controlados que oferecem suporte a esta afirmação (McElroy et al., 1996; Black et al., 2010)

A principal diferença estaria em que na CC o excesso de compra e o consequente endividamento ocorrem independentemente de alterações de humor, não apresentando a mesma periodicidade de gastos excessivos atrelada às oscilações de humor observadas nos pacientes bipolares (Black, 2007).

1.6 Compra Compulsiva e Suas Relações com os Espectros em Psiquiatria

Conforme foi apresentado, a CC é classificada na categoria residual do TCI e sua caracterização dá pela ocorrência de episódios irresistíveis e repetidos, associado à elevada impulsividade, gastos excessivos e elevada comorbidade com outros TCIs. Entretanto, ela apresenta interfaces diagnósticas com TOC e TAB que ainda carecem de exploração mais cuidadosa.

É interessante notar que, apesar das relações potenciais apontadas, poucos são os estudos que compararam diretamente amostras de pacientes em tratamento por CC e por TOC, sendo que até o momento não localizamos nenhum estudo relatando comparação direta entre amostras de CC e TAB. Klein (1993) propõe que os primeiros passos na averiguação da associação entre duas síndromes psiquiátricas devem incluir uma comparação de perfis de comorbidade e de sintomatologia. A

investigação de comorbidades psiquiátricas divide-se em duas: primeiro deve se verificar a associação entre as síndromes em questão: CC e TOC, CC e TAB; segundo deve se verificar a associação das três síndromes com outras categorias diagnósticas em busca de semelhanças e diferenças nos perfis de comorbidade.

O estudo de perfis de comorbidades psiquiátricas agrupadas por frequência e afinidades psicopatológicas ganhou impulso a partir da década de 90, tendo recebido o nome de espectro. Nas subdivisões subsequentes desta seção introdutória abordaremos os três espectros implicados no estudo presente: o espectro impulsivo, o espectro obsessivo-compulsivo e o espectro bipolar.

1.6.1 O Espectro Impulsivo

A CC e demais síndromes classificadas entre os TCIs estão reunidos em uma seção do DSM-IV-TR cujo título é “Transtorno do Controle do Impulso Não Classificado em Outro Lugar”. Este aposto sublinhado na frase anterior indica a existência de outras síndromes classificadas em outras seções do DSM que também cursam com impulsividade e perda de controle, por exemplo: dependência de substâncias, bulimia nervosa, TDAH, etc. (APA, 2000). De fato, a impulsividade parece perpassar várias categorias diagnósticas tanto no Eixo I quanto no Eixo II, apresentando-se como um fenômeno multifacetado e pluri-dimensional. Buscando organizar este conjunto de diagnósticos marcados por impulsividade proeminente, Tavares e Alarcão (2008) descrevem cinco subgrupos de transtornos organizados de acordo com um tipo específico de impulsividade, formando o acrônimo ACEDA:

- **Afetiva:** se refere aos comportamentos erráticos decorrentes de instabilidade afetiva e tem o Transtorno *Borderline* de Personalidade e as

síndromes comumente descritas como integrantes do espectro bipolar como componentes (Fossati et al., 2004);

- **Cognitiva:** se refere aos comportamentos erráticos decorrente de instabilidade cognitiva determinada por déficits em função atencional e tem o TDAH como seu principal componente (Winstanley et al., 2006);
- **Empatia:** refere-se à desinibição comportamental por falha da função empática e prejuízo do laço social observado em portadores do Transtorno Anti-Social de Personalidade (Fossati et al., 2004);
- **Desejo:** refere-se às síndromes marcadas pela perda de controle sobre um objeto de desejo ou comportamento hedônico específico, inclui as dependências em geral por substância e as ditas comportamentais (jogo, sexo, comida, etc. – Lacey e Evans, 1986);
- **Agressiva:** agrupa as síndromes marcadas por perda de controle sobre comportamentos auto e hetero-agressivos e tem como representantes respectivamente o comportamento repetido de auto-mutilação e o Transtorno Explosivo Intermitente (Simeon, 2005).

Dentro desta proposta a CC estaria incluída no subtipo de impulsividade associada ao desejo, entre as chamadas dependências comportamentais (Black et al., 2010).

1.6.2 O Espectro Obsessivo-Compulsivo

O espectro OC foi descrito por Hollander (1993) e consiste numa gama de transtornos relacionados e/ou sobrepostos ao TOC.

Os transtornos que compõe o espectro são: TOC, Hipocondria, Transtorno Dismórfico Corporal (TDC), Síndrome de Tourette e Tricotilomania. Caso armazenamento compulsivo se torne um diagnóstico independente, também será um candidato a este espectro.

Black et al. (2010) argumentam que diferenças entre CC e TOC enfraquecem a inclusão do CC no espectro OC e fortalecem a sua classificação definitiva como um TCI. Segundo este autor, a principal característica clínica do CC é o ato de comprar que é relatado como um desejo irresistível, que reduz temporariamente a tensão ou ansiedade e muitas vezes são seguidas por culpa e arrependimento; a idade de início e a distribuição de gênero são diferentes: na CC início se dá por volta dos 18 anos, enquanto no TOC ocorre ainda na infância, mulheres predominam na CC e no TOC não há diferença; tem curso crônico, mas CC pode remitir em resposta a circunstâncias externas; apenas o TOC apresenta resposta positiva ao uso de antidepressivos que inibem a recaptção da serotonina; e CC tem comorbidades com TCI, abuso de substância e transtorno do humor, fazendo com que se aproxime das dependências comportamentais.

1.6.3 O Espectro Bipolar

Ainda hoje não se tem uma definição clara sobre os transtorno que compõem o espectro bipolar. Na verdade existem duas possibilidades de descrição do espectro bipolar, uma refere-se aos aspectos dimensionais da doença e outra aborda a doença

de forma categorial. Neste momento optamos por fazer uma descrição do espectro bipolar de forma categorial, pois a questão dimensional abordaremos mais adiante.

Conforme descrito por Ratzke (2007) o espectro é composto por transtorno bipolar tipo I e II. Bipolar tipo I é o clássico da literatura, em que as oscilações entre mania e depressão são claras e distintas. No bipolar tipo II o que predomina são os episódios hipomaniacos no lugar da mania clássica. Ao longo dos anos outros autores passaram a sugerir o bipolar tipo III, porém no momento não chegaram a um consenso que define as suas características. As três definições referem-se: à virada maníaca induzida pelo tratamento da depressão; à presença de sintomas leves de depressão e hipomania; e à hipomania induzida pelo uso de antidepressivos.

Ainda temos a sugestão de Young e Klerman (1992) de classificação para transtorno bipolar tipo IV (secundário a doenças clínicas ou substâncias), V (paciente depressivo sem mania e com história familiar de bipolaridade) e VI (paciente que apresenta episódios maníacos e ausência de episódios de depressão).

É comum em compradores compulsivos o relato de que durante episódios depressivos, o gasto excessivo com compras aumente como uma forma de lidar com a angústia. Este fenômeno é às vezes usado em favor da inclusão da CC no espectro bipolar, por mostrar sua associação com alterações do humor, e às vezes é usado como um argumento contrário a esta inclusão, pois o que é mais habitualmente descrito é que entre portadores de TAB o descontrole com compras, quando ocorre, se dá durante episódios de mania/hipomania (Lejoyeux e Weinstein, 2010).

1.7 Compra Compulsiva e Suas Relações com as Dimensões Sintomatológicas em Psiquiatria

Uma abordagem alternativa à análise de associação de categorias dos espectros psiquiátricos é a abordagem dimensional que leva em consideração sintomas psiquiátricos e traços de personalidade quantificados não em termos de presença ou ausência, mas em termos de intensidade, considerando-se a sua natureza contínua. Neste caso, as síndromes de referência CC, TOC e TAB seriam estudadas a partir das suas estruturas de sintomas organizadas em dimensões específicas descritas a seguir.

1.7.1 Impulsividade

A impulsividade é descrita como uma característica do comportamento marcado por reações rápidas e não planejadas, sem avaliação das consequências a longo prazo, enfocando apenas as consequências imediatas. Ela é classicamente definida como um traço de personalidade, hereditário e temporalmente estável da personalidade, porém também pode ser adquirido através de lesão do sistema nervoso central (Tavares, 2008). Como mencionado anteriormente, a impulsividade apresenta múltiplos aspectos. Dentre muitos modelos de impulsividade propostos, destaca-se o de Barratt (1993) por ser um dos mais estudados e possivelmente o mais utilizado até o momento. Neste modelo, a impulsividade está dividida em dois fatores: um associado à inquietação motora e outro cognitivo associado à relevância aumentada de consequências imediatas em detrimento de consequências futuras. Há ainda um terceiro fator que diz respeito ao controle dos pensamentos e da atenção

que é proposto como a base comum da qual derivam os dois fatores anteriores (Patton et al., 1995).

A CC poderia se relacionar com qualquer uma das dimensões de impulsividade descritas, mas em particular com o fator cognitivo que privilegia consequências imediatas (prazer da compra) em detrimento de consequências tardias (endividamento).

1.7.2 Dimensões do Transtorno Obsessivo-Compulsivo

O TOC tem uma apresentação clínica complexa e uma etiologia heterogênea, com características multidimensionais que são representadas pelos domínios de percepção, cognição, emoção, relacionamento social e diversos comportamentos motores (Leckman et al., 1997). Os principais sintomas que definem o TOC são preocupações e pensamentos intrusivos, rituais e compulsões, contudo dois pacientes que preenchem critérios para TOC podem apresentar sintomas totalmente diferentes e que não se sobrepõem, demonstrando a complexidade sintomatológica da síndrome e o desafio que seu tratamento representa (Leckman et al., 1997).

Conhecer as dimensões OC pode auxiliar no tratamento do TOC, basicamente as dimensões propostas surgiram da clínica, de estudos longitudinais, da resposta genética dos indivíduos com TOC, estudos de neuroimagem e de tratamento (Mataix-Cols et al, 2005). Estudos independentes sobre a estrutura sintomatológica do TOC apresentaram um interessante paralelismo, com apenas algumas poucas variações. Em 1996, Burns conduziu uma análise fatorial e descreveu cinco dimensões: obsessões e rituais envolvendo contaminação e lavagem, checagem, receio de ser responsável por acidentes ou danos a si mesmo ou a terceiros, receio de

ceder a impulsos agressivos de machucar a si mesmo ou terceiros e rituais envolvendo auto-cuidado e vestimenta. Quase na mesma época Leckman et al.(1997) descreveram uma estrutura alternativa dividida em quatro dimensões: agressividade e checagem, simetria e ordenação, contaminação e lavagem e armazenamento. Nota-se que em ambas as propostas estão presentes dimensões representativas dos sintomas presentes em descrições clássicas do TOC, contaminação e checagem, além do armazenamento.

Um estudo brasileiro realizado com 824 portadores de TOC encontrou que escores elevados na dimensão de armazenamento estão associados a maiores taxas de desemprego, pouco *insight* e sintomas mais graves (Jakubovski et al., 2011). A relação de CC com TOC se daria mais provavelmente através da dimensão de armazenamento.

1.7.3 Dimensões do Transtorno Afetivo Bipolar

Os estudos sobre as dimensões do TAB sugerem que sua estrutura sintomatológica não se limita apenas aos sinais associados à depressão e mania (Cassano, 1999; Ratzke 2007). Além dessas duas dimensões clássicas que abrangem os sintomas de humor, Fagiolini et al.(1999) propõem outras três que englobam características como energia, cognição e ritmo, investigadas em relação a suas variações de acordo com a polarização do humor para euforia ou tristeza. A dimensão ritmo em especial investiga fatores associados à ciclagem do humor como mudanças climáticas, estações do ano, hábitos alimentares, sono e atividade sexual.

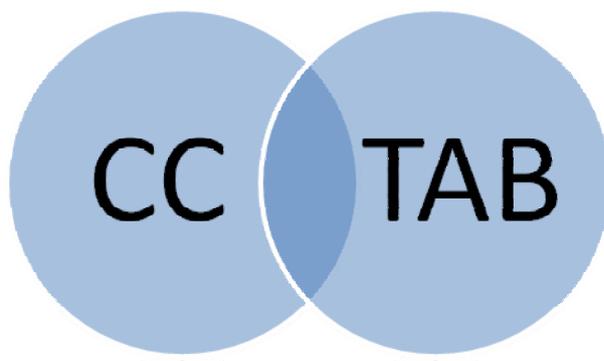
Pelo exposto anteriormente, se houver uma relação de CC com dimensões do TAB espera-se que seja pelas dimensões associadas ao humor: depressão e mania.

1.8 Uma Proposta de Verificação Empírica para Classificação Diagnóstica da Compra Compulsiva

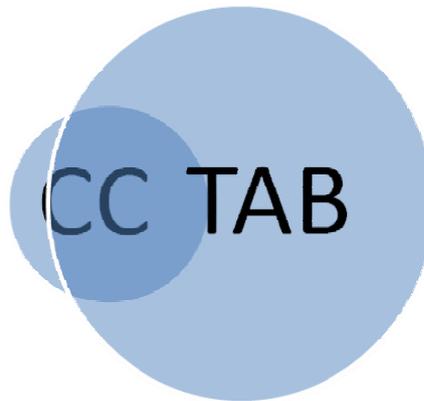
À luz das evidências compiladas acima, pode-se estruturar uma proposta de investigação para esclarecer se CC pode se constituir como uma síndrome independente, ou subsidiária de TOC, ou TAB. Neste caso duas abordagens são propostas: uma categorial baseada nos espectros psiquiátricos discutidos acima e na análise de comorbidades psiquiátricas e outra dimensional baseada em variáveis contínuas representativas das dimensões sintomatológicas igualmente consideradas anteriormente.

1.8.1 Proposta de Verificação Empírica: Categorical

Após a explanação sobre os três espectros chegamos à conclusão que a abordagem categorial subdivide-se ainda em duas estratégias distintas. Primeiro deve se verificar se há equilíbrio de associação entre as três categorias. Uma vez que a comorbidade é antes regra do que exceção na nosologia psiquiátrica (Kessler et al, 1994), é esperado que haja certo grau de interpenetração dos diagnósticos considerados, ou seja, que existam indivíduos que apresentem duas ou mais comorbidades entre CC, TOC e TAB. Se houver equilíbrio na associação entre as três categorias a proporção de associação dois a dois entre cada uma delas não deve variar significativamente. Isto é, a proporção de TAB em pacientes diagnosticados com CC não é maior do que a proporção de CC em pacientes diagnosticados com TAB (vide diagrama II).

Diagrama II: equilíbrio nas relações entre CC e TAB

Por outro lado, se houver um desequilíbrio na associação, pode se observar uma proporção maior de indivíduos que preenchem critérios para TAB dentre portadores de CC (vide diagrama III), ou vice-versa. Um desequilíbrio desta natureza sugeriria a precedência de um fenômeno sobre o outro, por exemplo, na situação retratada no diagrama III, TAB seria um fenômeno mais abrangente que poderia explicar parte do fenômeno CC, mais do que CC poderia explicar o TAB.

Diagrama III: desequilíbrio nas relações CC e TAB

A segunda estratégia dentro da abordagem categorial seria a verificação de outras categorias diagnósticas em associação com os três diagnósticos de referência. Em outras palavras, resume-se à comparação dos perfis de comorbidade psiquiátrica entre portadores de CC, TOC e TAB. Se CC for uma categoria independente das outras duas, espera-se um perfil distinto. Do contrário, o conjunto dos diagnósticos comórbidos deve se assemelhar ao perfil de comorbidades do TOC, ou do TAB, sugerindo a inclusão de CC no espectro de um ou de outro diagnóstico.

1.8.2 Proposta de Verificação Empírica: Dimensional

Na abordagem dimensional, os três grupos diagnósticos são comparados entre si para suas dimensões de suposta referência. Se a suposição de que CC é um TCI for verdadeira, espera-se que seus portadores se diferenciem por traços impulsivos mais pronunciados do que portadores de TOC e TAB. Por sua vez, espera-se que estes últimos se diferenciem respectivamente por fenômenos OC e instabilidade afetiva

mais pronunciada. Entretanto, se portadores de CC exibirem fenômenos marcantes de dimensões OC ou das dimensões afetivas, então isto sugeriria respectivamente aproximação da síndrome do TOC ou do TAB.

Em última análise, esperamos com esta comparação da CC com outras síndromes de referência, especificamente TOC e TAB, obter uma caracterização mais precisa da mesma, permitindo sua classificação mais apropriada e ampliando a sua compreensão de modo a orientar novas propostas de tratamentos mais específicos e mais eficazes.

2 Objetivo e Hipóteses

2.1 Objetivo

Com base nos dados expostos anteriormente, os seguintes objetivos foram definidos:

1) Investigação Categorical:

- Verificar os padrões de comorbidade cruzada entre as síndromes de referência: CC e TOC, CC e TAB;
- Comparar os perfis de comorbidade psiquiátrica associadas a CC, TOC e TAB.

2) Investigação Dimensional:

- Verificar o perfil psicopatológico de CC, TOC e TAB;
- Comparar o perfil psicopatológico das síndromes para verificar se as características dimensionais identificadas fornecem subsídios para classificar compras compulsivas como um TCI, independente de TOC e TAB, ou não.

2.2 Hipóteses

Com base nos objetivos expostos e conforme a sub-divisão proposta entre investigação categorial e investigação dimensional, dispomos as hipóteses da seguinte maneira:

2.2.1 Hipóteses Categóricas

As hipóteses propostas para investigação categorial são:

H1_a: Há mais portadores de CC que preenchem critérios para TOC do que portadores de TOC que preenchem critérios para CC.

H0_a: Não há mais portadores de CC que preenchem critérios para TOC do que portadores de TOC que preenchem critérios para CC.

H1_b: Há mais portadores de CC que preenchem critérios para TAB do que portadores de TAB que preenchem critérios para CC.

H0_b: Não há mais portadores de CC que preenchem critérios para TAB do que portadores de TAB que preenchem critérios para CC.

H1_c: Há maior incidência de TCIs e abuso ou dependência de álcool e substância nos portadores de CC do que em portadores de TOC e TAB.

H0_c: Não há maior incidência de TCIs e abuso ou dependência de álcool e substância nos portadores de CC do que em portadores de TOC e TAB.

H1_d: Há maior incidência dos transtornos do espectro obsessivo-compulsivo nos portadores de TOC do que nos portadores de CC e TAB.

H1_d: Não há maior incidência dos transtornos do espectro obsessivo-compulsivo nos portadores de TOC do que nos portadores de CC e TAB.

H1_e: Há maior incidência dos transtornos do espectro bipolar nos portadores de TAB do que nos portadores de CC e TOC.

H1_e: Não há maior incidência dos transtornos do espectro bipolar nos portadores de TAB do que nos portadores de CC e TOC.

2.2.2 Hipóteses Dimensionais

As hipóteses propostas para investigação dimensional são:

H1_a: As variáveis de impulsividade analisadas na população de portadores de CC apresentam diferença estatisticamente significativa quando comparadas com as das populações de portadores de TOC e TAB.

H0_a: As variáveis de impulsividade analisadas na população de portadores de CC não apresentam diferença estatisticamente significativa quando comparadas com as das populações de portadores de TOC e TAB.

H1_b: As variáveis de obsessividade e compulsividade analisadas na população de portadores de TOC apresentam diferença estatisticamente significativa quando comparadas com as das populações de portadores de CC e TAB.

H0_b: As variáveis de obsessividade e compulsividade analisadas na população de portadores de TOC não apresentam diferença estatisticamente significativa quando comparadas com as das populações de portadores de CC e TAB.

H1_c: As variáveis de instabilidade afetiva analisadas na população de portadores de TAB apresentam diferença estatisticamente significativa quando comparadas com as das populações de portadores de CC e TOC.

H0_c: As variáveis de instabilidade afetiva analisadas na população de portadores de TAB não apresentam diferença estatisticamente significativa quando comparadas com as das populações de portadores de CC e TOC.

H1_d: As variáveis de armazenamento analisadas na população de portadores de TOC apresentam diferença estatisticamente significativa quando comparadas com as das populações de portadores de CC e TAB.

H₀: As variáveis de armazenamento analisadas na população de portadores de TOC não apresentam diferença estatisticamente significativa quando comparadas com as das populações de portadores de CC e TAB.

3 Método

3.1 Amostra

São sujeitos dessa pesquisa pacientes do Instituto de Psiquiatria do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, um hospital universitário público que oferece tratamento gratuito. Todos os sujeitos que participaram desta pesquisa são maiores de 18 anos e procuraram tratamento espontaneamente ou foram encaminhados por psicólogos e médicos de outras especialidades.

Para participar da pesquisa os pacientes tinham que estar em tratamento por pelo menos seis meses entre o ano de 2009 e a primeira metade de 2010. Os portadores de compras compulsivas foram selecionados no Programa Ambulatorial dos Transtornos do Impulso do Instituto de Psiquiatria do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (PRO-AMITI, IPq-HCFMUSP), os de transtorno obsessivo-compulsivo no Projeto Transtornos do Espectro Obsessivo-Compulsivo do Instituto de Psiquiatria do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (PROTOC, IPq-HCFMUSP) e os de transtorno afetivo bipolar tipo I (TAB tipo I) no Projeto Transtorno Bipolar do Instituto de Psiquiatria do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (PROMAN, IPq-HCFMUSP). É importante salientar que optamos por incluir apenas portadores de TAB tipo I, porque a alternância mais clara entre humor normal, mania e depressão reduz o risco de equívocos diagnósticos mais presentes no TAB tipo II (Vieta et al., 1997).

A opção por selecionarmos pacientes que já estavam em tratamento ocorreu para priorizar a estabilização dos sintomas agudos de cada grupo diagnóstico, pois o estresse associado à fase aguda poderia comprometer a confiabilidade de resposta no preenchimento dos questionários.

A abordagem ao paciente ocorreu no seu respectivo dia de consulta no ambulatório médico, de acordo com cada um dos três ambulatórios. Desta forma a seleção dos participantes desta pesquisa foi indicada pelo respectivo ambulatório, respeitando a exigência mínima de seis meses em que o paciente deveria estar em tratamento. Especialmente em relação aos portadores de TAB tipo I além do tempo mínimo exigido de tratamento, nos baseamos no parecer do médico encaminhador para saber se o paciente estava ou não em mania.

É importante reforçar que todos os sujeitos que participaram desta pesquisa estavam de acordo e assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido, em que ficava expresso os objetivos e desconfortos da pesquisa, o direito de interromper a participação na mesma sem que isso implicasse em prejuízos ou perdas no atendimento especializado que recebia como paciente. Todos os dados obtidos foram mantidos sob sigilo e usados única e exclusivamente para fins de pesquisa

3.1.1 Critérios de Inclusão

Foram incluídos na amostra 80 pacientes, sendo 24 indivíduos com diagnóstico primário de CC provenientes do PRO-AMITI, 35 indivíduos com diagnóstico primário de TOC provenientes do PROTOC e 21 indivíduos com diagnóstico primário de TAB tipo I provenientes do PROMAN.

Todos os pacientes foram avaliados por pelo menos dois psiquiatras de acordo com os seguintes critérios:

- Avaliação diagnóstica de acordo com o DSM-IV-TR (APA, 2000), por psiquiatra especializado;
- Avaliação diagnóstica dos TCIs de acordo a seção especial do SCID para transtornos do impulso, cedida pelo Professor Michael First, que se encontra em processo de validação no PRO-AMITI;
- Avaliação dos critérios diagnósticos para CC proposto por McElroy et al.(1994), já descritos anteriormente.

3.1.2 Critérios de Exclusão

Os critérios de exclusão considerados no momento da avaliação inicial foram:

- Pacientes que apresentavam patologia clínica que demandava tratamento emergencial em caráter de internação em outro serviço;
- Pacientes portadores de retardo mental, ou afecção do sistema nervoso central com prejuízo grave das funções cognitivas;
- Pacientes apresentando sintomas psicóticos agudos que pudessem comprometer as respostas às escalas em uso;
- Pacientes em mania ou hipomania;
- Pacientes que se recusassem a participar do protocolo de pesquisa pela não assinatura do termo de consentimento;
- Pacientes que não estivessem, no mínimo, há seis meses em tratamento regular no ambulatório especializado.

No total foram entrevistados 98 pacientes, dos quais 18 foram excluídos: sete portadores de CC, todos por não terem devolvido o protocolo preenchido; cinco portadores de TOC devido a preenchimento incompleto ou incorreto; por último seis portadores de TAB tipo I sendo que três não devolveram o protocolo preenchido, dois por entrarem em mania durante a fase de avaliação e um por preenchimento incorreto do protocolo.

3.2 Avaliação - Instrumentos

3.2.1 Avaliação de Variáveis Sócio-Demográficas

Para descrição da amostra, todos os pacientes responderam um questionário de dados sócio-demográficos (Tavares et al., 2003). As seguintes variáveis foram avaliadas:

1. Idade;
2. Gênero: masculino, feminino;
3. Etnia: caucasiano, não caucasiano;
4. Estado civil: com companheiro residindo na mesma casa por pelo menos 6 meses, inclui união informal ou sem companheiro;
5. Vínculo Empregatício: empregado, desempregado;
6. Renda familiar mensal em Reais: média da renda mensal familiar dos últimos 12 meses;
7. Classificação profissional de acordo com o Índice de Posição Social Hollingshead (Hollingshead e Redlich, 1958);

8. Índice econômico: o cálculo é feito através da soma do número total de cômodos, banheiros, automóveis de passeio, televisões coloridas, empregados, aparelhos de som, máquinas de lavar, vídeo cassetes, computadores, geladeiras e aspiradores de pó ou equivalente, existentes na moradia do indivíduo, dividido pelo total de habitantes (IBGE, 1998);
9. Anos de Educação formal;
10. Local de nascimento do sujeito: São Paulo - capital, outros;
11. Religião de origem: católica, não católico.

3.2.2 Avaliação das Categorias Diagnósticas

Todos os pacientes foram avaliados de acordo com a entrevista *Structured Clinical Interview for DSM-IV-TR* (SCID-CV) (First et al., 1997), traduzida e validada para o português (Del-Bem et al., 2001), mais complemento especial para diagnóstico dos TCIs.

As categorias diagnósticas e síndromes impulsivas avaliadas foram:

- Abuso ou Dependência de Álcool;
- Abuso ou Dependência de Outra Substância (exceto nicotina);
- Transtorno do Pânico;
- Agorafobia;
- Fobia Social;
- Fobia Específica;
- Transtorno de Estresse Pós-traumático (TEPT);
- Transtorno de Ansiedade Generalizada (TAG);
- Hipocondria;

- Transtorno Dismórfico Corporal (TDC);
- Anorexia Nervosa;
- Bulimia Nervosa;
- Transtorno Compulsivo alimentar Periódico (TCAP);
- Transtorno Explosivo Intermitente;
- Cleptomania;
- Jogo Patológico;
- Tricotilomania;
- Impulso Sexual Excessivo;
- Dermatotilexomania.

O SCID-CV também avalia a presença de sintomas psicóticos, porém apenas em termos de presença ou ausência dos mesmos, sem especificação da frequência ou intensidade em formato contínuo.

3.2.3 Avaliação de Variáveis Dimensionais

Após a entrevista clínica, os sujeitos responderam as seguintes escalas de auto-preenchimento:

3.2.3.1 Escala para Avaliação de Impulsividade

Barratt Impulsiveness Scale, versão 11 (BIS): a BIS-11 (Barratt, 1993) foi traduzida do idioma original, o inglês, e validada para a população adulta brasileira (Malloy-Diniz et al., 2010). É uma escala que foi bastante utilizada em outras pesquisas, demonstrando resultados coerentes e palpáveis. Neste estudo a versão final foi satisfatória, a maioria das correlações foram moderadas e significativas

($0,30 < \rho < 0,80$), revelando confiabilidade na investigação da impulsividade na população adulta brasileira. É uma escala de auto-preenchimento composta por 30 itens que se referem à expressão de comportamentos impulsivos. As opções de resposta são: raramente ou nunca, de vez em quando, com frequência e quase sempre/sempre. A BIS 11 fornece um escore total (mínimo de 30 e máximo de 120) resultante da soma dos 3 sub-fatores que a compõem: BIS – Desatenção; BIS – Inquietação motora; BIS – Falta de planejamento; BIS – Total.

Para informações mais detalhadas sobre a BIS-11, vide ANEXO A.

3.2.3.2 Escala para Avaliação de Obsessividade e Compulsividade

Padua Inventory for Obsessive-Compulsive Disorder Symptoms (PI): a PI é uma escala de autopreenchimento e teve sua versão revisada pela *Washington State University* (Burns et al.,1996). Nesta revisão a distinção entre obsessões e preocupações ficou mais clara, cinco dimensões são abordadas nas questões: pensamentos obsessivos sobre machucar a si mesmo ou os outros, impulsos obsessivos de agredir a si mesmo ou os outros, obsessões de contaminação e compulsões de lavagem, compulsão de checagem e compulsões em relação ao autocuidado e vestimenta. Os resultados encontrados atestam a confiabilidade e validade da versão atual revista pela Universidade de Washington, com índice de consistência interna total de 0,92. A PI ainda não está validada no Brasil, e a tradução utilizada neste estudo foi realizada por profissionais familiarizados com a língua inglesa com o suporte direto de profissionais médicos psiquiatras do PRO-AMITI, IPq-HCFMUSP.

Após a revisão pela equipe da Universidade de Washington, a PI passou a ser constituída por 39 itens e não mais por 60, com o objetivo identificar sintomas obsessivos e compulsivos, bem como diferenciar preocupações de obsessões e compulsões. As opções de resposta são: de maneira nenhuma, um pouco, moderadamente, bastante e muitíssimo. A PI fornece um escore total (mínimo de 0 e máximo de 156), resultante da soma do valor das respostas de seus cinco sub-escores: PI – Preocupações com contaminação e lavagem; PI – Preocupações com vestimenta e auto-cuidado; PI – Preocupações com checagem; PI – Preocupações com risco de machucar os outros; PI – Preocupações com impulsos agressivos; PI – Total.

Para informações mais detalhadas sobre a PI, vide ANEXO B.

3.2.3.3 Escala para Avaliação de Instabilidade Afetiva

Structured Clinical Interview for Mood Spectrum – versão em português (SCI-MOODS-VP): a SCI-MOODS é uma entrevista estruturada que auxilia no diagnóstico e avaliação da instabilidade afetiva (Fagiolini et al., 1999), que também pode ser utilizada na forma de auto-preenchimento, e foi desta maneira que os sujeitos desta pesquisa responderam as questões.

A tradução e validação para o português foi realizada por Ratzke (2007), e participaram do estudo 47 pacientes bipolares, 47 pacientes unipolares, 18 pacientes esquizofrênicos e 22 sujeitos sem transtorno psiquiátrico. Os resultados revelaram que o escore 30 referente à mania conseguiu diferenciar os bipolares dos unipolares, em relação à depressão o escore 35 diferenciou bipolares dos controles normais. Apesar da diferença não ter sido significativa, é importante salientar que todos os

grupos apresentaram escores mais elevados que o grupo dos controles normais. A consistência interna variou entre 0.86 to 0.94, demonstrando a boa validade e confiabilidade da SCI-MOODS-VP.

Nesta entrevista estruturada para o espectro do humor são abordados os sintomas depressivos, maníacos e hipomaníacos que se encontram presentes nas classificações de transtornos do humor, como o CID-10 (OMS,1993) ou DSM-IV-TR (APA, 2000). Além de englobar sintomas subsindrômicos, atípicos e predisposições temperamentais ligadas aos transtornos do humor (Cassano et al., 1999). É composta por 161 questões distribuídas em quatro domínios: humor, energia, cognição e ritmicidade. Os primeiros três domínios foram divididos em subdomínios depressivos e maníacos. Assim no domínio humor temos o humor depressivo e maníaco, no domínio energia temos a energia depressiva e maníaca e por fim, no domínio cognição temos a cognição depressiva e a maníaca. Todas as questões referem-se a períodos de três a cinco dias de duração, inclusive durante a infância, abordando sintomas que causaram prejuízos clinicamente significativos. No domínio humor são abordadas oscilações no ânimo, sentimentos, interesses, na esfera familiar, de amizades, relacionamentos românticos, trabalho, lazer e esportes. A energia refere-se a flutuações no nível de energia. A cognição lida com sintomas de esquecimento, dificuldade de raciocínio, que costumam ser associados a mudanças de humor. Ritmicidade aborda um aspecto até então relegado dos transtornos afetivos: a sua periodicidade, relação de sintomas com estações do ano, mudanças climáticas e alternância de humor, hábito alimentar, sono e atividade sexual durante o mesmo dia. Analisando o resultado dos domínios podemos identificar os escores de sintomas e traços temperamentais ligados à depressão; à mania e ao ritmo

(periodicidade, sazonalidade, etc.). O escore total (mínimo de 0 e máximo de 154) é formado pela soma de seus três sub-escores: SCI-MOODS – Ritmo; SCI-MOODS – Depressão; SCI-MOODS – Mania; SCI-MOODS – Total.

Para informações mais detalhadas sobre a SCI-MOODS-VP, vide ANEXO C.

3.2.3.4 Escala para Avaliação de Armazenamento Compulsivo

Saving Inventory-Revised (SI-R): a SI-R em sua versão revisada (Frost et al., 2004) é constituída por 23 itens. Participaram deste estudo 139 sujeitos que apresentavam problemas de armazenamento, portadores de TOC com e sem armazenamento, pacientes idosos com armazenamento e sujeitos da comunidade sem transtorno psiquiátrico. Os resultados do teste e re-teste revelaram que a consistência interna na amostra total foi de 0,94. A média do escore total dos sujeitos com armazenamento foi elevada (53,7) quando comparada com o escore total dos sujeitos sem armazenamento (24,0). A SI-R ainda não está validada no Brasil, e a tradução utilizada neste estudo foi realizada por profissionais familiarizados com a língua inglesa com o suporte direto de profissionais médicos psiquiatras do PRO-AMITI, IPq-HCFMUSP.

A escala é composta por 3 fatores que são destinados a identificar sintomas compulsivos de armazenamento: amontoamento, dificuldade em descartar e excesso de aquisição. O escore total (mínimo de 0 e máximo de 92) é formado pela soma de seus três sub-escores: SI-R – Amontoamento; SI-R – Dificuldade para descartar; SI-R – Aquisição; SI-R – Total.

Para informações mais detalhadas sobre a SI-R, vide ANEXO D.

Em todos os instrumentos utilizados quanto maior o escore, maior a intensidade do sintoma avaliado.

3.3 Análise dos Dados

Inicialmente os três grupos diagnósticos foram verificados em sua homogeneidade em relação ao perfil sócio-demográfico. O teste qui-quadrado (χ^2) foi utilizado para variáveis categoriais e o teste de Kruskal-Wallis para variáveis contínuas. Conforme a proposta investigação categorial e dimensional, a análise dos dados seguiu o mesmo padrão e foi dividida entre Análise Categorial e Análise Dimensional

3.3.1 Análise dos Dados Categoriais

Primeiro, os três grupos diagnósticos foram estudados quanto ao equilíbrio da associação entre eles. Foram montadas tabelas para estudo da associação dois-a-dois entre os três diagnósticos. O teste χ^2 foi utilizado para investigar o equilíbrio da associação, isto é, se o diagnóstico A ocorre no grupo de portadores do diagnóstico B com a mesma frequência com que o diagnóstico B ocorre no grupo de portadores do diagnóstico A.

3.3.1.1 Análise Univariada do Perfil de Comorbidades Psiquiátricas

Para a análise univariada do perfil de comorbidades psiquiátricas utilizamos o teste χ^2 .

3.3.1.2 Análise Multivariada do Perfil de Comorbidades Psiquiátricas

Após a análise univariada do perfil de comorbidades psiquiátricas selecionamos as variáveis que iam compor o modelo. O critério de seleção das variáveis foi um nível de significância $p \leq 0,05$ na análise univariada prévia. Optamos por este critério mais restritivo em função do tamanho de amostra limitado, ou do contrário um número excessivo de fatores (variáveis independentes) poderia ser selecionado, tornando o modelo instável (Tabachnik e Fidell, 1996).

Um modelo de regressão multinomial logística com procedimento *backward stepwise* foi construído, tendo grupo diagnóstico como variável dependente.

3.3.2 Análise dos Dados Dimensionais

As variáveis dimensionais de impulsividade, compulsividade, instabilidade afetiva e armazenamento foram comparados entre os três grupos diagnósticos: CC, TOC e TAB tipo I.

3.3.2.1 Análise Univariada das Variáveis de Impulsividade, Compulsividade, Instabilidade Afetiva e Armazenamento

As variáveis de impulsividade (BIS-11), compulsividade (PI), instabilidade afetiva (SCI-MOODS) e armazenamento (SI-R) foram comparadas entre os grupos diagnósticos em uma análise univariada usando-se o teste de Kruskal-Wallis

3.3.2.2 Análise Multivariada das Variáveis de Impulsividade, Compulsividade, Instabilidade Afetiva e Armazenamento

Foram selecionadas para esta etapa da análise multivariada, as variáveis sócio-demográficas e as variáveis de impulsividade (BIS-11), compulsividade (PI), instabilidade afetiva (SCI-MOODS) e armazenamento (SI-R) que apresentaram tendência à significância ($p \leq 0,10$) na análise univariada anterior.

Um modelo de regressão multinomial logística com procedimento *backward stepwise* foi construído, tendo grupo diagnóstico como variável dependente.

3.3.2.3 Análise Estatística Discriminante

As variáveis que permaneceram no modelo logístico final foram utilizadas em um modelo discriminante. Para verificar a propriedade da introdução destas variáveis em uma análise de função discriminante, elas foram analisadas pelo teste de Kolmogorov-Smirnov quanto à sua normalidade. As variáveis cujas distribuições não se mostraram normais ($p \leq 0,10$) foram convertidas em logaritmos de base 10. O teste M de Box foi utilizado para verificar se a co-variação entre os fatores era constante entre os grupos.

A função discriminante produziu uma re-classificação baseada nas variáveis independentes que foi comparada à classificação clínica original.

O nível de significância considerado foi $p \leq 0,05$.

4 Resultados

Foram avaliados 80 pacientes em tratamento ambulatorial no período de julho de 2009 a abril de 2010: 24 compradores compulsivos, 35 portadores de TOC e 21 portadores de TAB tipo I.

A tabela 1 apresenta a descrição do perfil sócio-demográfico da amostra. Portadores de TAB tipo I mostraram-se mais velhos que os outros dois grupos. Compradores compulsivos apresentaram uma frequência maior de mulheres e nível sócio-cultural maior do que os outros dois subgrupos, embora a diferença não seja estatisticamente significativa. Em análise adicional, classificação profissional e anos de educação formal se mostraram altamente correlacionadas (Rho de Spearman = -0,675, $p < 0,001$), portanto para evitar risco de co-variância, apenas a classificação profissional segundo Hollingshead e Redlich (1958) (a variável mais significativa dentre os indicadores de status sócio-cultural) foi selecionada para etapa seguinte de análise multivariada.

4.1 Resultados da Análise Categórica

4.1.1 Dados da Associação entre as três Categorias Diagnósticas

A tabela 2 apresenta a análise de equilíbrio de associações entre CC e TOC.

Tabela 2 - Associação entre CC e TOC

	Grupo Diagnóstico Original	
	CC	TOC
Com diagnóstico cruzado	4 (16,7%)*	6 (17,1%)**
Sem diagnóstico cruzado	20 (83,3%)	29 (82,9%)
Total	24 (100%)	35 (100%)

$$\chi^2 = <0,001 \quad p=1,000$$

*pacientes que procuraram tratamento para CC que preencheram critério para TOC.

**pacientes que procuraram tratamento para TOC que preencheram critério para CC.

A tabela 3 apresenta a análise de equilíbrio de associações entre CC e TAB.

Tabela 3 - Associação entre CC e TAB

	Grupo Diagnóstico Original	
	CC	TAB
Com diagnóstico cruzado	2 (8,3%)*	3 (14,3%)**
Sem diagnóstico cruzado	22 (91,7%)	18 (85,7%)
Total	24 (100%)	21(100%)

$$\chi^2 = 0,025$$

$$p=0,874$$

*pacientes que procuraram tratamento para CC que preencheram critério para TAB.

**pacientes que procuraram tratamento para TAB que preencheram critério para CC.

A tabela 4 apresenta a análise de equilíbrio de associações entre TOC e TAB.

Tabela 4 - Associação entre TOC e TAB

	Grupo Diagnóstico Original	
	TOC	TAB
Com diagnóstico cruzado	4 (11,4%)*	3 (14,3%)**
Sem diagnóstico cruzado	31 (88,6%)	18 (85,7%)
Total	35 (100%)	21 (100%)

$\chi^2 = <0,001$

$p=1,000$

*pacientes que procuraram tratamento para TOC que preencheram critério para TAB.

**pacientes que procuraram tratamento para TAB que preencheram critério para TOC.

4.1.2 Dados das Comorbidades Psiquiátricas

A tabela 5 descreve o perfil de comorbidade psiquiátrica em geral da amostra.

A variável sintomas psicóticos apesar de ter sido significativa ($p < 0,001$) não foi incluída na análise univariada em função de sintoma não ser considerado categoria diagnóstica.

A tabela 6 apresenta a descrição da análise univariada da amostra em relação às comorbidades com as síndromes impulsivas.

4.1.3 Regressão Logística Multinomial do Perfil de Comorbidades Psiquiátricas

A construção do modelo de regressão logística multinomial teve o grupo diagnóstico como variável dependente. Idade foi introduzida no modelo como co-variável, Transtorno do Pânico, Fobial Social e TAG foram introduzidos, em bloco, como variáveis independentes. Todas foram mantidas no modelo com nível de significância inferior a 0,05. CC foi estabelecido como a categoria diagnóstica de referência. A tabela 7 a seguir resume os principais achados do modelo final de regressão logística multinomial.

Tabela 7 - Regressão Multinomial Logística para CC, portadores de TOC e TAB tipo I (categoria de referência: CC, N=80)^a

Diagnóstico: TOC	χ^2 de Wald's	p ^b	Razão de Chances (RC)	Intervalo de 95% de confiança de RC	
				Limite inferior	Limite superior
Idade	5,280	0,022	0,921	0,859	0,988
Transtorno do Pânico	0,328	0,567	1,727	0,266	11,205
Fobia Social	5,259	0,022	0,194	0,048	0,788
TAG	3,532	0,060	3,497	0,948	12,908
Constante	4,551	,033	–	–	–

Diagnóstico: TAB tipo I	χ^2 de Wald's	p ^b	Razão de Chances (RC))	Intervalo de 95% de confiança de RC	
				Limite inferior	Limite superior
Idade	0,024	0,878	1,006	0,937	1,080
Transtorno do Pânico	4,373	0,037	0,159	0,028	0,891
Fobia Social	0,068	0,795	1,311	0,171	10,061
TAG	5,670	0,017	9,908	1,500	65,425
Constante	0,273	0,601	–	–	–

^a Informação do Modelo: $\chi^2_{(14)} = 33,09$; R^2 de Nagelkerke = 0,383; $p < 0,001$

^b Graus de liberdade = 8

Em comparação com CC, os portadores de TOC se diferenciaram no modelo de regressão final por apresentarem idade significativamente menor e maior comorbidade com Fobia Social. Em comparação com CC, os portadores de TAB tipo I apresentaram mais Transtorno do Pânico, enquanto TAG foi menos frequente. Não houve diferença de idade entre TAB tipo I e CC.

O TDC foi mais frequente entre os portadores de TOC ($p < 0,001$). Ao ser incluído no modelo de regressão logística multinomial gerou problemas com a matriz hessiana (uma segregação quase completa do grupo TOC pela presença da variável TDC) impedindo o cálculo da razão de chances e por isso não foi incluído no modelo

descrito acima. Em um modelo alternativo introduzimos o TDC e observamos que os resultados foram os mesmos do modelo principal descrito na tabela 7, exceto pela impossibilidade de cálculo da razão de chances.

Os sintomas psicóticos ocorreram quase exclusivamente nos portadores de TAB tipo I quando comparados com CC e portadores de TOC, por isso, realizamos outro modelo alternativo de regressão logística multinomial em que controlamos para a frequência de sintomas psicóticos. Os resultados que obtivemos foram semelhantes ao do modelo principal descrito, porém ao incluirmos sintomas psicóticos no modelo, o mesmo excluiu transtorno do pânico do modelo alternativo, causando problema idêntico ao anterior. Isto é, uma segregação quase completa do grupo TAB tipo I, impedindo o cálculo das razões de chance. Como ambos foram mais frequentes em TAB tipo I, realizamos uma análise adicional de associação entre transtorno do pânico e sintomas psicóticos apenas para o grupo de TAB tipo I. Verificou-se que a ocorrência de síndrome do pânico e sintomas psicóticos neste grupo são fenômenos independentes ($\chi^2 = 0,025$; $p = 0,874$, $N=21$).

4.2 Resultados da Análise Dimensional

4.2.1 Análise Univariada das Dimensões Psicopatológicas: Impulsividade, Compulsividade, Instabilidade Afetiva e Armazenamento

A tabela 8 descreve a análise univariada que comparou os grupos quanto à impulsividade, compulsividade, instabilidade afetiva e armazenamento.

Compradores compulsivos apresentaram escores mais elevados em impulsividade e no sub-fator Aquisição da escala de armazenamento, enquanto o grupo dos portadores de TOC apresentou escores mais elevados nas dimensões compulsivas, assim como instabilidade afetiva foi mais significativa nos portadores de TAB tipo I.

4.2.2 Regressão Logística Multinomial das Variáveis de Impulsividade, Compulsividade, Instabilidade Afetiva e Armazenamento

Um modelo de regressão logística multinomial foi construído tendo grupo diagnóstico como variável dependente. Idade e gênero foram introduzidos no modelo respectivamente como co-variável e co-fator, as variáveis independentes introduzidas foram BIS – Desatenção, BIS – Inquietação motora, BIS - Falta de planejamento, PI – Preocupações com contaminação e lavagem, PI – Preocupações com checagem, SCI-MOODS – Ritmo, SCI-MOODS – Mania, SI-R – Aquisição e Classificação profissional. Elas foram introduzidas em bloco no modelo e através de um procedimento *backward stepwise* foram retiradas uma a uma, todas aquelas que não atingiram nível de significância inferior a 0,05. A ordem de exclusão das variáveis não significativas foi a seguinte: BIS – Desatenção ($p=0,976$), BIS – Inquietação motora ($p=0,557$), SCI-MOODS – Ritmo ($p=0,183$) e Classificação profissional ($p=0,160$). A tabela 9 a seguir resume os principais achados do modelo final de regressão logística multinomial descrito acima.

Tabela 9 - Regressão Logística Multinomial para CC, portadores de TOC e TAB tipo I (categoria de referência: compradores compulsivos, N=80 modelo final)^a

Diagnóstico: TOC	χ^2 de Wald	p ^b	Razão de Chances (RC)	Intervalo de 95% de confiança de RC	
				Limite inferior	Limite superior
Idade	5,353	0,021	0,853	0,745	0,976
BIS – Falta de Planejamento	3,446	0,063	0,853	0,721	1,009
PI – Preocupações com contaminação e lavagem	5,934	0,015	1,194	1,035	1,378
PI – Preocupações com checagem	2,896	0,089	1,148	0,979	1,345
SCI-MOODS – Mania	2,822	0,093	1,108	0,983	1,248
SI-R – Aquisição	15,825	<0,001	0,636	0,508	0,795
Gênero^c	7,061	0,008	19,344	2,176	171,991
Constante	5,887	0,015	–	–	–

Diagnóstico: TAB tipo I	χ^2 de Wald	p ^b	Razão de Chances (RC)	Intervalo de 95% de confiança de RC	
				Limite inferior	Limite superior
Idade	0,220	0,639	1,032	0,903	1,180
BIS – Falta de Planejamento	7,018	0,008	0,824	0,714	0,951
PI – Preocupações com contaminação e lavagem	1,115	0,291	1,085	0,932	1,263
PI – Preocupações com checagem	2,319	0,128	0,827	0,648	1,056
SCI-MOODS – Mania	12,310	< 0,001	1,321	1,131	1,543
SI-R – Aquisição	11,769	0,001	0,682	0,548	0,848
Gênero ^c	0,196	0,658	1,665	0,175	15,886
Constante	0,065	0,798	–	–	–

^a Informação do modelo: $\chi^2_{[14]} = 104,7$; $p < 0,001$; R^2 de Nagelkerke = 0,826 ($p < 0,001$)

^b Graus de liberdade = 1

^c Categoria de referência: masculino

CC foi estabelecido como a categoria diagnóstica de referência. Em comparação com CC, os portadores de TOC se diferenciaram no modelo de regressão final por apresentarem idade significativamente menor e maior proporção do gênero masculino, mais preocupações com contaminação e lavagem e menos comportamento de aquisição. Em relação a CC, os portadores de TAB tipo I apresentaram um escore significativamente inferior em falta de planejamento e aquisição e significativamente superior em mania. Não houve diferença de idade e proporção de gêneros entre TAB tipo I e CC.

Em seguida, verificamos as variáveis contínuas que permaneceram no modelo multinomial final quanto à sua normalidade, usando o teste de Kolmogorov-Smirnov. Os níveis de significância das variáveis PI – Preocupações com contaminação e lavagem ($p=0,050$), PI – Preocupações com checagem ($p=0,058$) e SI-R – Aquisição ($p=0,032$) sugerem que as mesmas não apresentavam distribuição normal. Realizamos, então, um procedimento de transformação logarítmica e repetimos o teste de Kolmogorov-Smirnov para as variáveis transformadas. Os níveis de significância de $\text{Log}[\text{PI} - \text{Preocupações com contaminação e lavagem}]$ ($p=0,592$), $\text{Log}[\text{PI} - \text{Preocupações com checagem}]$ ($p=0,337$) e $\text{Log}[\text{SI-R} - \text{Aquisição}]$ ($p=0,421$) mostram que a distribuição das variáveis assim transformadas, se tornou normal.

4.2.3 Dados da Análise Discriminante

As variáveis transformadas, mais as demais variáveis presentes no modelo multinomial final descrito acima, exceto gênero, foram introduzidas num modelo de análise discriminante. A variável gênero foi excluída por ser de natureza categorial.

A variável idade foi introduzida no modelo para controle da diferença de idade entre os grupos previamente identificada na análise univariada. O nível de significância do teste M de Box assegurou que as variáveis introduzidas no modelo discriminante não apresentam covariâncias diferentes entre os grupos ($p = 0,364$).

A análise discriminante gerou duas funções que diferenciaram significativamente os grupos. A função 1 respondeu por 62,4% da variância (Eigenvalue = 0,837; $\chi^2_{[12]}=75,7$; $p < 0,001$) e a função 2 por 37,6% da variância (Eigenvalue = 0,504; $\chi^2_{[5]}=30,4$; $p < 0,001$). A tabela 10 descreve a correlação entre as variáveis do modelo e os escores das funções 1 e 2.

Tabela 10 - Correlação entre as Variáveis e Funções da Análise Discriminante

Variáveis	Função	
	1	2
PI – log Preocupações com contaminação e lavagem	<u>-0,510</u>	-0,098
PI – log Preocupações com checagem	<u>-0,516</u>	0,064
Idade	<u>0,346</u>	-0,123
SI-R – log Aquisição	0,337	<u>0,578</u>
SCI-MOODS – Mania	0,381	<u>-0,481</u>
BIS – Falta de Planejamento	0,207	<u>0,464</u>

A figura 1 é uma representação gráfica da análise discriminante.

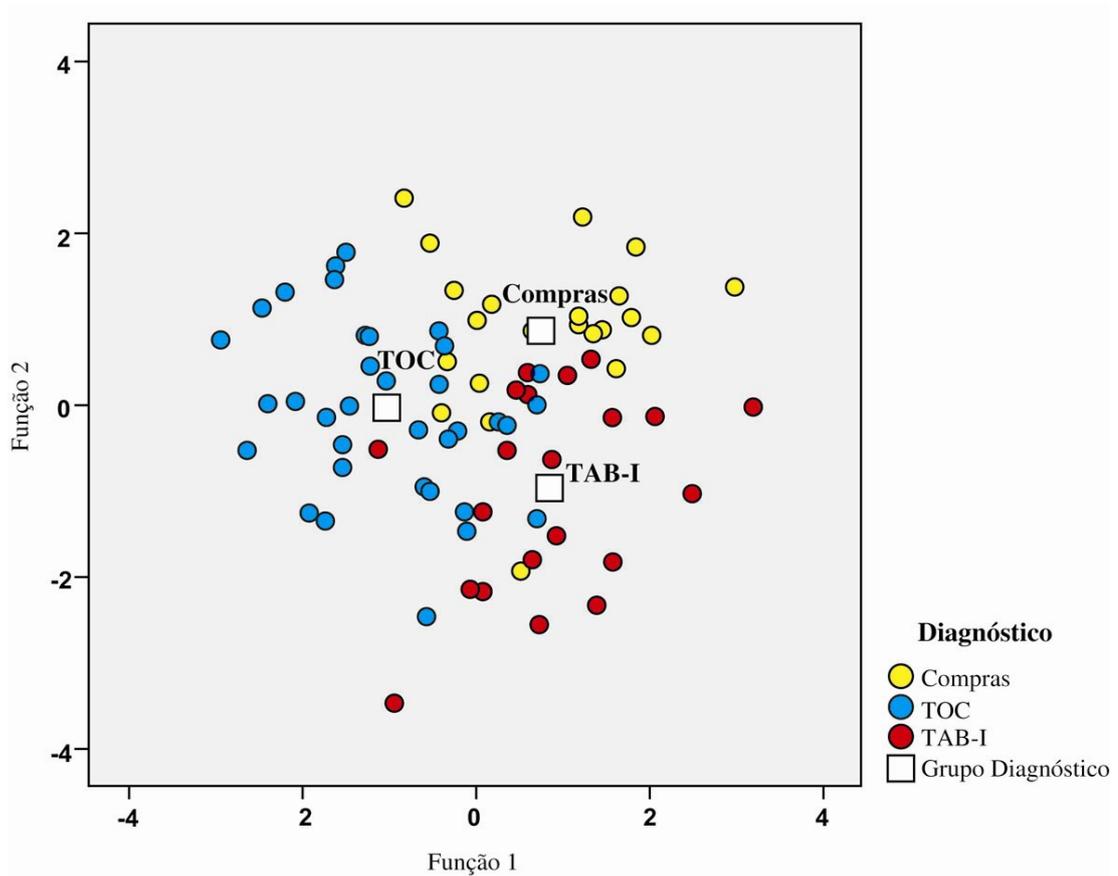


Figura 1 - Função discriminante

Nota-se que preocupações com lavagem e contaminação e checagem se relacionam mais com a função 1. Aquisição e falta de planejamento se relacionam diretamente com a função 2, enquanto o escore de mania se relaciona inversamente com a mesma. Na figura 1 nota-se que a função 1 na horizontal discrimina os portadores de TOC do restante da amostra e a função 2 na vertical separa compradores compulsivos (pólo superior) e portadores de TAB tipo I (pólo inferior).

A tabela 11 compara a classificação diagnóstica original com a re-classificação obtida pelas funções discriminantes. O coeficiente Kappa ($\kappa = 0,639$) de Cohen demonstrou uma concordância substancial (Landis e Koch, 1977) e significativa ($p < 0,001$) entre as duas classificações. O índice geral de acerto na classificação foi 76,25%.

Tabela 11 - Classificação Diagnóstica e Re-Classificação Diagnóstica por Análise Discriminante das CC, portadores de TOC e TAB tipo I

Classificação Diagnóstica		Re-classificação diagnóstica			
		CC	TOC	TAB-I	Total
Original	CC	19 (79,2%)	3 (12,5%)	2 (8,3%)	24(100%)
	TOC	2 (5,7%)	27 (77,1%)	6 (17,1%)	35(100%)
	TAB-I	5 (23,8%)	1 (4,8%)	15 (71,4%)	21(100%)

Em uma abordagem alternativa, mantivemos os mesmos parâmetros da análise discriminante, porém aplicamos desta vez um procedimento *stepwise*. Os resultados foram bastante assemelhados, porém as variáveis idade e PI – Preocupações com contaminação e lavagem foram excluídas do modelo. As duas funções discriminantes geradas correspondiam respectivamente a 56,6% e 43,4%, ambas altamente significantes ($p < 0,001$). A função 1 apresentou correlações maiores com PI – Preocupações com checagem (valores ajustados por transformação logarítmica, $R = -0,598$) e escore de SCI-MOODS – Mania ($R = 0,480$). A função 2 apresentou maiores correlações com SI-R – Aquisição (valores ajustados por transformação logarítmica; $R = -0,634$) e BIS – Falta de Planejamento ($R = 0,499$). A

função 1 discriminou melhor entre portadores de TOC e TAB tipo I. A função 2, representado por um escore composto de aquisição e impulsividade, segregou compradores compulsivos do restante da amostra. O índice de concordância na classificação foi um pouco menor para este modelo (71,3%), porém ainda muito significativo ($\kappa=0,562$, $p < 0,001$).

5 Discussão

O principal objetivo deste estudo foi verificar se havia uma associação entre CC e TOC, ou TAB tipo I, ou se a mesma se constituiria como uma categoria diagnóstica à parte. As análises dos dados categoriais e contínuos estabelecem um quadro onde as diferenças entre portadores de CC, TOC e TAB superam as semelhanças, sugerindo que os grupos representam condições psiquiátricas distintas, como sugerido previamente na literatura (Black et al., 2010; Lejoyeux e Weinstein, 2010).

Na análise dos dados sócio-demográficos desta amostra encontramos uma proporção de homem/mulher de 2,4 mulheres para cada homem comprador compulsivo, o que se mostra compatível com descrições prévias na literatura que sugerem o predomínio do gênero feminino (O'Guinn e Faber, 1989; Mc Elroy et al., 1994; Schlosser et al., 1994; Black, 2001). Este predomínio do gênero feminino pode ser um reflexo de uma prevalência real de CC maior entre mulheres em comparação com os homens, ou pode ser atribuída ao fato de que as mulheres reconhecem mais facilmente o descontrole com as compras e por isso buscam mais ajuda, ou ainda porque são socialmente mais exigidas a dar explicação sobre seus gastos. Enquanto os homens costumam utilizar a “coleção” como justificativa para o seu descontrole com as compras (Black et al., 2010). Seja como for, é interessante notar que a desproporção entre gêneros para CC nesta amostra foi inferior à maioria dos estudos previamente relatados, sugerindo que CC deve ser comum também entre homens em nossa sociedade e que campanhas poderiam ser desenvolvidas para auxiliar estes indivíduos a superarem o preconceito e procurarem tratamento.

Os indicadores de status sócio-econômicos encontrados são compatíveis com perfil de classe média brasileira (IBGE, 1998). Porém, a considerável variabilidade da renda familiar e outros indicadores sócio-econômicos da amostra confirmam relatos prévios de que CC pode ocorrer com pessoas de qualquer renda e nível educacional (Otter e Black, 2007).

Embora a natureza do estudo transversal não permita determinar causalidade, é possível que o alto nível de desemprego observado entre os portadores de CC, comparável aos de TOC e TAB tipo I, seja um indicador do desajuste social associado a esta síndrome, o que inclui os prejuízos profissionais (McElroy et al., 1994).

A diferença de idade evidenciada entre as três populações da amostra pode ser explicada pelo curso específico de cada doença. A CC tem seu início no final da adolescência e início da fase adulta, que coincide com a idade em que os jovens estão recebendo crédito pela primeira vez (Black et al., 2010). Até este comportamento ser percebido como um problema crônico leva-se algum tempo, e a busca por tratamento tipicamente começa entre os 31 e 39 anos (Christenson et al., 1994; McElroy et al., 1994; Black, 1996). O início do TOC ocorre na grande maioria das vezes na infância, o que promove a busca por tratamento mais cedo, desta forma foi condizente com esta pesquisa por ser o grupo mais novo (Lewin et al., 2010). Assim como na CC, as primeiras manifestações do TAB tipo I são em torno dos 20 anos idade com a entrada na vida adulta, porém o reconhecimento do problema pode se dar tardiamente depois que um número significativo de prejuízos foram acumulados (Akiskal et al., 2000), o que ajudaria a explicar a média de idade relativamente próxima à de portadores de CC.

A amostra pesquisada é derivada de serviços ambulatoriais especializados, e nos mostra diferenças cardeais entre os pacientes, cuja principal motivação para a procura de tratamento é a perda de controle sobre comprar, TOC e TAB tipo I, esta distinção nos fornece caminhos para uma abordagem clínica mais específica.

O resultado da análise de equilíbrio de associação sugere independência entre os grupos diagnósticos e os perfis de comorbidades psiquiátricas observados são compatíveis com descrições prévias da literatura, exceto pela ausência de associação significativa entre CC e outros TCIs. Os resultados sobre as comorbidades psiquiátricas dos transtornos estudados nesta pesquisa demonstram que o perfil de comorbidades é diferente entre os três grupos. Conforme nossas hipóteses, no TOC os transtornos mais frequentes foram Fobia Social e TDC, dois transtornos característicos nesta população (Hollander, 1993).

Entre os portadores de TAB tipo I o Transtorno do Pânico mostrou-se mais prevalente; relatos prévios sugerem que a ocorrência de ataques de pânico em pacientes bipolares está associada a maior frequência de ideação suicida e maior número de episódios depressivos (Frank et al., 2000; Sajatovic, 2005). Neste caso o Transtorno do Pânico pode ser considerado como um marcador da instabilidade afetiva especialmente dos afetos negativos, desta forma diferenciando este grupo diagnóstico dos outros dois (McElroy et al., 1996; Ratzke, 2007). Ao mesmo tempo, nota-se na análise multivariada que TAG foi aparentemente menos frequente nesta população. Isto pode ser resultado de um nível de ansiedade de fato superior dos portadores de CC e TOC em comparação com pacientes bipolares, ou talvez a sintomatologia do TAB tipo I dificulte o diagnóstico do TAG, pois quando sintomas ansiosos são muito proeminentes nestes pacientes, isto tende a ser interpretado como

entrada em depressão, ou estado misto. No estudo clínico de Simon et al. (2004) a presença de transtornos ansiosos foi elevada nos pacientes bipolares indicando maior gravidade, risco de suicídio e comprometimento, enquanto ao realizar o tratamento adequado dos sintomas ansiosos pode-se melhorar a gravidade e a resposta ao tratamento. A presença de sintomas psicóticos no TAB tipo I também foi significativa indicando a gravidade do transtorno.

Por outro lado, não verificamos maior incidência de TCI nem abuso de substância em CC, apesar de descrito na literatura como frequentes nesta população, mas também não identificamos significativamente comorbidades psiquiátricas em CC com transtornos do espectro OC e espectro bipolar. Em que pese que este achado negativo desfavorece a visão de CC como um TCI, por outro lado, na avaliação psicopatológica dimensional, os compradores compulsivos superaram portadores de TOC e TAB tipo I em todas as medidas de impulsividade.

Em relação à análise dos dados dimensionais e confirmando nossas hipóteses, a característica mais marcante dos compradores compulsivos foi a elevada impulsividade, enquanto no TOC as medidas de obsessão e compulsão foram predominantes, particularmente nos subfatores mais típicos da síndrome: contaminação, lavagem e checagem. De forma igualmente coerente os bipolares apresentaram escores mais elevados em mania, contudo não para depressão, o que reforça relatos anteriores da elevada frequência de sintomas depressivos também em CC e TOC, além da frequente comorbidade dessas síndromes com transtorno depressivo. Este sintoma depressivo pode ser considerado um elemento comum, compartilhado pelas três síndromes (McElroy et al., 1996; Lejoyeux et al., 1999; Kyrios et al., 2004).

Não houve diferença significativa nas variáveis de armazenamento entre os grupos, contrariamente à nossa hipótese de que portadores de TOC expressariam mais armazenamento compulsivo, principalmente amontoamento e dificuldade em descartar que são classicamente associadas ao TOC (Frost et al., 2004). Esse achado reforça os argumentos de que o armazenamento compulsivo não é particularmente associado ao TOC, pelo menos não mais do que à CC e ao TAB tipo I, o que nos leva a pensar que o armazenamento compulsivo pode configurar uma síndrome específica (Mataix-Cols et al., 2010).

Por outro lado, os compradores compulsivos apresentaram escores significativamente mais elevados no sub-fator aquisição em comparação com os demais grupos (Mueller et al, 2007; Frost et al., 2004). Este resultado combinado com o alto nível de impulsividade sugere fortemente que CC é caracterizado por duas dimensões intimamente relacionadas: a impulsividade expressa pela incapacidade de prever o futuro (falta de planejamento) e, a aquisição/compra de objetos acima da média, que está de acordo com os relatos clínicos da síndrome (Kyrios et al., 2004). Futuros estudos serão necessários para investigação das relações entre CC e armazenamento compulsivo (*hoarding disorder*) quando associado, ou não a outros sintomas OC e um desdobramento natural e importante do trabalho atual seria esta comparação direta entre portadores de CC e armazenamento compulsivo. Há indicações na literatura de que nos casos de armazenamento puro, os objetos guardados são estimados e valorizados pelo paciente, daí a dificuldade em se descartar deles. Ao contrário, pacientes portadores de TOC, onde o armazenamento é um sintoma entre outros, apresentam em relação aos objetos acumulados o mesmo desconforto vivido em relação a outros rituais. Ou seja, neste caso a antonímia ego-

sintonia/ego-distonia retorna com nova força, pois poderia auxiliar a diferenciar TOC de armazenamento compulsivo e CC (Mataix-Cols et al., 2010). Restaria ainda esclarecer a relação entre armazenamento compulsivo puro e CC. Os resultados do presente estudo sugerem que CC seria igualmente uma patologia da aquisição, ego-sintônica, porém com características impulsivas mais proeminentes e uma preferência específica de aquisição por meio da compra, enquanto portadores de armazenamento compulsivo teriam dificuldades maiores nas dimensões de amontoamento e dificuldade de descarte.

Além da ausência de um grupo específico de pacientes portadores de armazenamento compulsivo, este estudo apresenta outras limitações, como uma amostra clínica, pequena e de conveniência que limita a possibilidade de generalização para indivíduos da comunidade, que estão sem tratamento ou acompanhamento e falta de uma avaliação mais ampla das características de personalidade que poderia reforçar a distinção entre os grupos diagnósticos.

A despeito das limitações apontadas, é possível afirmar que os dados analisados sugerem um nicho específico para pacientes que buscam tratamento tendo por queixa primária o descontrole com as compras. À luz das evidências apresentadas, estes pacientes não são portadores de TOC ou TAB tipo I, ou nos casos de comorbidades com estas condições, elas não são capazes de por si só explicar a queixa principal. Os aspectos impulsivos sobressaíram nesta amostra, mas estudos com amostras maiores e com outros indicadores serão necessários para confirmar se CC está de fato associado com outros TCIs e se deve ser classificado entre os mesmos. Apesar das lacunas de reposta descritas, o trabalho atual aponta para a necessidade de desenvolvimento de estratégias terapêuticas psicossociais e

farmacológicas específicas para os componentes que diferenciam a CC do TOC e do TAB tipo I, quais sejam o desejo saliente de aquisição e a impulsividade pautada em falta de planejamento, contribuindo dessa forma para aprimorar o tratamento desta síndrome prevalente, grave e que, no entanto, até hoje carece de reconhecimento apropriado da parte de pesquisadores e clínicos.

6 Conclusões

A partir dos dados apresentados na discussão, podemos concluir que:

- CC não é melhor explicada por comorbidade ou compartilhamento de sintoma com TOC ou TAB tipo I.
- CC não foi especificamente associada a nenhuma categoria diagnóstica.
- TOC se diferencia dos outros dois grupos diagnósticos por apresentar maior frequência de Fobia Social e TDC.
- TAB tipo I se diferencia de CC e TOC por apresentar maior frequência de Transtorno do Pânico e Sintomas Psicóticos.
- A impulsividade discriminou claramente os portadores de CC dos portadores de TOC e TAB tipo I.
- A relação de CC com o espectro impulsivo foi evidenciada pela elevada impulsividade, particularmente ao sintoma que se refere à falta de planejamento.
- A relação de CC com o espectro obsessivo-compulsivo ocorreu pela proximidade com o sintoma de aquisição do armazenamento compulsivo.
- Aparentemente a perda de controle, em relação às compras, na CC não está associada a uma questão de perda de regulação do humor, conforme é proposto no espectro bipolar.

- Os portadores de CC são melhores descritos como pessoas com impulso de aquisição elevado, associado com uma deficiência na falta de planejamento, privilegiando as consequências imediatas em detrimento das consequências prolongadas.
- O conjunto desses achados sugere fortemente que CC é uma síndrome em si mesma, à parte do TOC e do TAB tipo I para a qual se faz necessário o desenvolvimento de modelos de investigação e de tratamento próprios.

7 Anexos

ANEXO A

AVALIAÇÃO PESSOAL – BIS 11

Instruções: As pessoas divergem nas formas em que agem e pensam em diferentes situações. Isto é um teste para avaliar algumas das maneiras que você age ou pensa. Leia cada afirmação e preencha o círculo apropriado no lado direito da página. Não gaste muito tempo em cada afirmação. Responda rapidamente e honestamente.

	raramente ou nunca	de vez em quando	com frequência	quase sempre/ sempre
1. Eu planejo tarefas cuidadosamente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Eu faço coisas sem pensar	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Eu sou despreocupado (confio na sorte - "desencanado")	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. Eu tenho pensamentos rápidos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. Eu planejo viagens com bastante antecedência	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. Eu sou controlado	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. Eu me concentro facilmente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. Eu poupo regularmente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9. Eu acho difícil ficar sentado sem mexer por longos períodos de tempo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10. Eu sou um pensador cuidadoso	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11. Eu faço planos para ter estabilidade no emprego	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12. Eu falo coisas sem pensar	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13. Eu gosto de pensar em problemas complexos	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14. Eu troco de trabalho	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15. Eu ajo por impulso	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
16. Eu fico facilmente entediado quando estou resolvendo problemas mentalmente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
17. Eu faço "check-up" médico e odontológico regularmente	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
18. Eu atuo irrefletidamente levado pelas circunstâncias	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
19. Eu sou um pensador equilibrado	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
20. Eu troco de moradia	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
21. Eu compro coisas por impulso	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
22. Eu acabo o que começo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
23. Eu ando e me mexo rápido	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
24. Eu resolvo problemas por tentativa e erro	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
25. Eu gasto ou compro a prestação mais do que ganho	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
26. Eu falo rápido	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
27. Eu tenho idéias fora de contexto quando estou pensando	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
28. Eu estou mais interessado no presente do que no futuro	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
29. Eu fico inquieto em palestras ou conversas	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
30. Eu faço planos para o futuro	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

ANEXO B**PADUA INVENTORY - PI**

As seguintes afirmações referem-se a pensamentos e comportamentos que podem ocorrer às pessoas na vida diária. Para cada afirmação, escolha a alternativa que melhor se adapta a você e o grau de transtorno que tais pensamentos ou comportamentos provocam em sua vida.

- 1- Eu sinto que minhas mãos ficam sujas quando toco em dinheiro.
 - 0 = De maneira nenhuma
 - 1 = Um pouco
 - 2 = Moderadamente
 - 3 = Bastante
 - 4 = Muitíssimo

- 2- Eu penso que mesmo um leve contato com secreções corporais (transpiração, saliva, urina, etc.) pode contaminar minhas roupas ou me prejudicar de alguma forma.
 - 0 = De maneira nenhuma
 - 1 = Um pouco
 - 2 = Moderadamente
 - 3 = Bastante
 - 4 = Muitíssimo

- 3- Eu acho difícil tocar um objeto quando sei que ele foi tocado por estranhos ou por certas pessoas.
 - 0 = De maneira nenhuma
 - 1 = Um pouco
 - 2 = Moderadamente
 - 3 = Bastante
 - 4 = Muitíssimo

- 4- Eu acho difícil tocar em lixo ou coisas sujas.
 - 0 = De maneira nenhuma
 - 1 = Um pouco
 - 2 = Moderadamente
 - 3 = Bastante
 - 4 = Muitíssimo

- 5- Eu evito usar banheiros públicos porque tenho medo de contaminação ou doenças.
 - 0 = De maneira nenhuma
 - 1 = Um pouco
 - 2 = Moderadamente
 - 3 = Bastante
 - 4 = Muitíssimo

- 6- Eu evito usar telefones públicos porque tenho medo de contaminação e doenças.
 - 0 = De maneira nenhuma
 - 1 = Um pouco
 - 2 = Moderadamente
 - 3 = Bastante
 - 4 = Muitíssimo

-
- 7- Eu lavo minhas mãos mais freqüentemente e por mais tempo do que necessário.
- 0 = De maneira nenhuma
 - 1 = Um pouco
 - 2 = Moderadamente
 - 3 = Bastante
 - 4 = MUITÍSSIMO
- 8- Eu algumas vezes tenho que me lavar ou me limpar simplesmente porque penso que posso estar sujo ou contaminado.
- 0 = De maneira nenhuma
 - 1 = Um pouco
 - 2 = Moderadamente
 - 3 = Bastante
 - 4 = MUITÍSSIMO
- 9- Se eu tocar alguma coisa que penso estar contaminada, eu imediatamente tenho que me limpar ou me lavar.
- 0 = De maneira nenhuma
 - 1 = Um pouco
 - 2 = Moderadamente
 - 3 = Bastante
 - 4 = MUITÍSSIMO
- 10- Se um animal me toca, eu me sinto sujo e imediatamente tenho que me lavar ou mudar de roupa.
- 0 = De maneira nenhuma
 - 1 = Um pouco
 - 2 = Moderadamente
 - 3 = Bastante
 - 4 = MUITÍSSIMO
- 11- Sinto-me obrigado a seguir uma ordem particular quando estou me vestindo, me despindo e quando me lavo.
- 0 = De maneira nenhuma
 - 1 = Um pouco
 - 2 = Moderadamente
 - 3 = Bastante
 - 4 = MUITÍSSIMO
- 12- Antes de dormir, tenho que fazer algumas coisas em uma determinada seqüência.
- 0 = De maneira nenhuma
 - 1 = Um pouco
 - 2 = Moderadamente
 - 3 = Bastante
 - 4 = MUITÍSSIMO
- 13- Antes de dormir, tenho que pendurar ou dobrar minhas roupas de uma maneira específica.
- 0 = De maneira nenhuma
 - 1 = Um pouco
 - 2 = Moderadamente
 - 3 = Bastante
 - 4 = MUITÍSSIMO

-
- 14- Eu tenho que fazer algumas coisas várias vezes para crer que estão bem feitas.
- 0 = De maneira nenhuma
 - 1 = Um pouco
 - 2 = Moderadamente
 - 3 = Bastante
 - 4 = Muitíssimo
- 15- Tendo a checar as coisas mais vezes do que e realmente necessário.
- 0 = De maneira nenhuma
 - 1 = Um pouco
 - 2 = Moderadamente
 - 3 = Bastante
 - 4 = Muitíssimo
- 16- Eu checo e recheo torneiras de gás e água e interruptores de luz antes de desligá-los.
- 0 = De maneira nenhuma
 - 1 = Um pouco
 - 2 = Moderadamente
 - 3 = Bastante
 - 4 = Muitíssimo
- 17- Eu volto pra casa para checar portas, janelas, gavetas, etc, para ter certeza de que estão fechadas.
- 0 = De maneira nenhuma
 - 1 = Um pouco
 - 2 = Moderadamente
 - 3 = Bastante
 - 4 = Muitíssimo
- 18- Eu checo varias vezes formulários, documentos, cheques, etc., detalhadamente, para ter certeza de que os preenchi corretamente.
- 0 = De maneira nenhuma
 - 1 = Um pouco
 - 2 = Moderadamente
 - 3 = Bastante
 - 4 = Muitíssimo
- 19- Eu retorno para me certificar que fósforos, cigarros, etc, foram propriamente apagados.
- 0 = De maneira nenhuma
 - 1 = Um pouco
 - 2 = Moderadamente
 - 3 = Bastante
 - 4 = Muitíssimo
- 20- Quando lido com dinheiro, eu conto e reconto inúmeras vezes.
- 0 = De maneira nenhuma
 - 1 = Um pouco
 - 2 = Moderadamente
 - 3 = Bastante
 - 4 = Muitíssimo

- 21- Eu checo cartas cuidadosamente muitas vezes antes de enviá-las.
- 0 = De maneira nenhuma
 - 1 = Um pouco
 - 2 = Moderadamente
 - 3 = Bastante
 - 4 = MUITÍSSIMO
- 22- Às vezes eu não tenho certeza de ter feito algumas coisas que na verdade eu sei que eu fiz.
- 0 = De maneira nenhuma
 - 1 = Um pouco
 - 2 = Moderadamente
 - 3 = Bastante
 - 4 = MUITÍSSIMO
- 23- Imagino conseqüências catastróficas como resultado de desatenções ou pequenos erros que cometo.
- 0 = De maneira nenhuma
 - 1 = Um pouco
 - 2 = Moderadamente
 - 3 = Bastante
 - 4 = MUITÍSSIMO
- 24- Eu penso ou me preocupo muito em ter machucado alguém sem saber.
- 0 = De maneira nenhuma
 - 1 = Um pouco
 - 2 = Moderadamente
 - 3 = Bastante
 - 4 = MUITÍSSIMO
- 25- Quando ouço sobre um desastre, acho que de alguma maneira a culpa é minha.
- 0 = De maneira nenhuma
 - 1 = Um pouco
 - 2 = Moderadamente
 - 3 = Bastante
 - 4 = MUITÍSSIMO
- 26- Às vezes me preocupo muito sem motivo em ter me machucado ou em ter contraído alguma doença.
- 0 = De maneira nenhuma
 - 1 = Um pouco
 - 2 = Moderadamente
 - 3 = Bastante
 - 4 = MUITÍSSIMO
- 27- Quando leio tenho impressão de que perdi alguma coisa e releio a passagem 2, 3 vezes.
- 0 = De maneira nenhuma
 - 1 = Um pouco
 - 2 = Moderadamente
 - 3 = Bastante
 - 4 = MUITÍSSIMO

- 28- Quando olho de uma ponte ou uma janela bem alta, tenho impulso de me jogar.
- 0 = De maneira nenhuma
 - 1 = Um pouco
 - 2 = Moderadamente
 - 3 = Bastante
 - 4 = MUITÍSSIMO
- 29- Quando vejo um trem se aproximar, algumas vezes penso que poderia me jogar sob suas rodas.
- 0 = De maneira nenhuma
 - 1 = Um pouco
 - 2 = Moderadamente
 - 3 = Bastante
 - 4 = MUITÍSSIMO
- 30- Em alguns momentos, sinto-me tentado a rasgar minhas roupas em público.
- 0 = De maneira nenhuma
 - 1 = Um pouco
 - 2 = Moderadamente
 - 3 = Bastante
 - 4 = MUITÍSSIMO
- 31- Quando estou dirigindo, algumas vezes sinto impulso de atirar o carro sobre pessoas ou coisas.
- 0 = De maneira nenhuma
 - 1 = Um pouco
 - 2 = Moderadamente
 - 3 = Bastante
 - 4 = MUITÍSSIMO
- 32- Ver armas me excita e me faz ter pensamentos violentos.
- 0 = De maneira nenhuma
 - 1 = Um pouco
 - 2 = Moderadamente
 - 3 = Bastante
 - 4 = MUITÍSSIMO
- 33- Sinto-me preocupado e incomodado ao ver facas, adagas, punhais ou outros objetos pontiagudos.
- 0 = De maneira nenhuma
 - 1 = Um pouco
 - 2 = Moderadamente
 - 3 = Bastante
 - 4 = MUITÍSSIMO
- 34- Algumas vezes sinto necessidade de quebrar ou danificar coisas sem motivo.
- 0 = De maneira nenhuma
 - 1 = Um pouco
 - 2 = Moderadamente
 - 3 = Bastante
 - 4 = MUITÍSSIMO

-
- 35- Algumas vezes tenho o impulso de furtar pertences de outras pessoas, mesmo que não sejam úteis para mim.
- 0** = De maneira nenhuma
 - 1** = Um pouco
 - 2** = Moderadamente
 - 3** = Bastante
 - 4** = MUITÍSSIMO
- 36- Algumas vezes sinto-me irresistivelmente tentado a furtar coisas do supermercado.
- 0** = De maneira nenhuma
 - 1** = Um pouco
 - 2** = Moderadamente
 - 3** = Bastante
 - 4** = MUITÍSSIMO
- 37- Algumas vezes tenho impulso de machucar crianças ou animais indefesos.
- 0** = De maneira nenhuma
 - 1** = Um pouco
 - 2** = Moderadamente
 - 3** = Bastante
 - 4** = MUITÍSSIMO
- 38- Quando ouço sobre um suicídio ou crime, sinto-me incomodado por um longo tempo e acho difícil parar de pensar nisso.
- 0** = De maneira nenhuma
 - 1** = Um pouco
 - 2** = Moderadamente
 - 3** = Bastante
 - 4** = MUITÍSSIMO
- 39- Invento preocupações inúteis sobre germes ou doenças.
- 0** = De maneira nenhuma
 - 1** = Um pouco
 - 2** = Moderadamente
 - 3** = Bastante
 - 4** = MUITÍSSIMO

ANEXO C

ENTREVISTA CLÍNICA ESTRUTURADA PARA O ESPECTRO DO HUMOR - SCI-MOODS

INTRODUÇÃO: ESPECTRO DO HUMOR

Obrigado(a) por ter vindo conversar comigo hoje. A entrevista que vamos fazer agora estará voltada para alguns sintomas que você pode ou não ter experimentado na sua vida. Nós queremos identificar se você teve esses sintomas, mesmo se foi há muito tempo, e principalmente se eles incomodaram ou perturbaram você. A entrevista tem quatro etapas e deve durar cerca de uma hora. Você tem alguma pergunta antes de começarmos?

DOMÍNIO I HUMOR

Eu vou fazer perguntas sobre situações que podem ter ocorrido com você no passado ou atualmente. O primeiro grupo de perguntas refere-se ao seu humor.

Durante a sua vida, inclusive quando você era criança, você teve períodos de pelo menos 3 a 5 dias nos quais...

1	...você se sentiu frustrado(a) ou derrotado(a), apesar de não conseguir pensar em qualquer razão para isso?	não sei	sim	não
2	..você se sentiu muito nostálgico(a) ou saudoso(a)?	não sei	sim	não
3	...você se sentiu solitário(a)? <i>Nota: sem perda real de amigos ou pessoas amadas</i>	não sei	sim	não
4	...você ficava introvertido(a), sério(a) ou abatido(a)?	não sei	sim	não
5	...você se sentiu entediado(a)?	não sei	sim	não
6	... você se sentiu extremamente incomodado(a) com tudo?	não sei	sim	não
7	...as menores coisas deixavam você triste?	não sei	sim	não
8	... você perdeu completamente a vontade de rir, se divertir, aproveitar a vida?	não sei	sim	não
9	...você achou realmente difícil aceitar rejeições, particularmente as que envolviam amizades ou relacionamentos românticos?	não sei	sim	não
10	...você se sentiu triste, vazio(a) ou muito infeliz por longos períodos?	não sei	sim	não

Durante a sua vida, inclusive quando você era criança, você teve períodos de pelo menos 3 a 5 dias nos quais...

11	...você chorava com facilidade?	não sei	sim	não
12	...você se queixava constantemente?	não sei	sim	não
13	...você se sentiu sem objetivos, como se tudo tivesse perdido o sentido?	não sei	sim	não
14	...você perdeu o interesse na sua aparência?	não sei	sim	não
15	...nada que você vestisse parecia cair bem?	não sei	sim	não
16	...você ficou deprimido quando teve algum problema médico, como gripe ou resfriado?	não sei	sim	não
17	...você ficou deprimido ao tomar medicações como antibióticos, anticoncepcionais ou esteróides? () a pessoa nunca tomou estas medicações	não sei	sim	não
18	...você ficou deprimido ao usar muito álcool, pílulas para dormir, remédios para ansiedade, maconha ou substâncias semelhantes? () a pessoa nunca tomou estas substâncias	não sei	sim	não
19	...você ficou deprimido um mês após ter parado de tomar alguma dessas substâncias? () a pessoa nunca tomou estas substâncias	não sei	sim	não

20	...você ficou deprimido ao usar álcool, pílulas para dormir, remédios para ansiedade, nicotina, cafeína, estimulantes ou substâncias semelhantes, mesmo tomando essas substâncias para se sentir bem? () a <i>peessoa nunca tomou estas substâncias</i>	não sei	sim	não
21	... você perdeu o interesse e o prazer na sua vida social e preferia passar a maior parte do tempo sozinho(a), afastando-se de família e amigos?	não sei	sim	não
22	...você perdeu o interesse em fazer novos amigos ou achava difícil fazer novos amigos?	não sei	sim	não

Durante a sua vida, inclusive quando você era criança, você teve períodos de pelo menos 3 a 5 dias nos quais...

23	...você perdeu o interesse na sua vida afetiva?	não sei	sim	não
24	Sua vida afetiva sempre foi muito limitada?	não sei	sim	não
25	...você perdeu o interesse nos hobbies, jogos ou esportes que praticava?	não sei	sim	não
26	...você se sentiu indiferente a respeito de tudo (seja positivo ou negativo) que aconteceu com você ou sua família?	não sei	sim	não
27	... você perdeu o interesse ou o prazer em todas ou quase todas as coisas de que você costumava gostar?	não sei	sim	não
28	Se você respondeu SIM a qualquer uma das questões de 1 a 27, você se sentiu muito prejudicado(a), preocupado(a) ou perturbado(a) pelo que estava acontecendo com você?	não sei	sim	não

Durante a sua vida, inclusive quando você era criança, você teve períodos de pelo menos 3 a 5 dias nos quais...

29	...você se sentiu bem ou eufórico por longos períodos?	não sei	sim	não
30	...você achou (ou outros acharam) que seu senso de humor ou ironia estava muito afiado(a)?	não sei	sim	não
31	...mesmo a menor coisa deixava você muito entusiasmado(a)?	não sei	sim	não
32	...você gostava de fazer trocadilhos ou brincar com as palavras?	não sei	sim	não
33	...você gostava de fazer muitas piadas (mesmo aquelas que poderiam ser impróprias ou inadequadas)?	não sei	sim	não
34	...você foi intrometido(a), agressivo(a), inoportuno(a) ou outros acharam que você foi?	não sei	sim	não
35	...você achou muito agradável e fácil comprar coisas, mesmo aquelas de que você não precisava?	não sei	sim	não
36	...você deu muitos presentes, mesmo quando não estava em condições de pagá-los?	não sei	sim	não

Durante a sua vida, inclusive quando você era criança, você teve períodos de pelo menos 3 a 5 dias nos quais...

37	...você ficou eufórico(a), extrovertido(a) e sociável e era muito fácil se apresentar a outros e fazer novos amigos?	não sei	sim	não
38	...você foi o tipo de pessoa que atraía os outros por causa de sua confiança, energia e entusiasmo?	não sei	sim	não
39	...você era muito divertido(a) em casa ou restaurantes?	não sei	sim	não
40	... você se divertiu sendo o centro das atenções ou foi particularmente sedutor(a) ou namorador(a), como se estivesse desempenhando um papel?	não sei	sim	não
41	...você teve uma vida afetiva particularmente intensa?	não sei	sim	não
42	Você é uma pessoa que <u>sempre</u> teve uma vida afetiva intensa?	não sei	sim	não

Durante a sua vida, inclusive quando você era criança, você teve períodos de pelo menos 3 a 5 dias nos quais...

43	...você se vestiu ou usou um penteado que era chamativo, extravagante, muito na moda ou incomum?	não sei	sim	não
44	...você ficou cheio(a) de planos ou se envolveu em muitos projetos, pulando de uma atividade para outra?	não sei	sim	não
45	...você teve dificuldade de dizer “não” para oportunidades sociais ou de negócios, mesmo quando sabia que não tinha tempo para elas?	não sei	sim	não
46	...você freqüentemente mudou (mais freqüentemente que o usual para seus amigos e conhecidos): a) de emprego? b) de endereço? c) de amigos? d) de esportes e hobbies favoritos?	não sei não sei não sei não sei	sim sim sim sim	não não não não
47	...você achou muito prazeroso e excitante envolver-se em atividades perigosas, arriscadas, desafiadoras ou emocionalmente intensas?	não sei	sim	não
48	...você ficou inclinado a fazer o contrário do que as pessoas queriam que você fizesse ou agiu como advogado(a) do diabo?	não sei	sim	não

Durante a sua vida, inclusive quando você era criança, você teve períodos de pelo menos 3 a 5 dias nos quais...

49	...seu humor mudou rapidamente de alegre para triste e voltou a alegre?	não sei	sim	não
50	...você percebeu que ria e chorava ao mesmo tempo?	não sei	sim	não
51	...você ficava muito irritado? Por exemplo: a) mesmo a menor coisa o(a) deixava muito irritado(a)? b) você achou que estava particularmente crítico(a) ou sarcástico(a)? c) você tinha grande dificuldade de aceitar os pontos de vista dos outros? d) você foi contestador(a) ou hostil de um jeito que não costumava ser?	não sei não sei não sei não sei	sim sim sim sim	não não não não
52	...você teve dificuldade de controlar seu temperamento? Por exemplo: a) você sentiu que realmente precisava dar o troco? b) você se viu gritando com os outros ou começando discussões ou brigas mesmo sobre assuntos sem nenhuma importância?	não sei não sei	sim sim	não não
53	...você ficou irritado(a) ou exaltado(a) quando teve um problema médico, como uma gripe ou resfriado?	não sei	sim	não
54	...você ficou irritado(a) ou exaltado(a) quando tomou medicações (que não foram prescritas para alterar o humor), como antibióticos, anticoncepcionais e esteróides? () a pessoa nunca tomou estas medicações	não sei	sim	não
55	... você ficou irritado(a) ou exaltado(a) quando claramente abusou de álcool, sedativos, hipnóticos, ansiolíticos ou outras substâncias ou em um mês de abstinência? () a pessoa nunca tomou estas substâncias	não sei	sim	não
56	...você ficou realmente mais irritado(a) ou exaltado(a) quando aumentou seu consumo de álcool, sedativos, nicotina, cafeína, estimulantes e substâncias similares e você já estava irritado(a) ou exaltado(a)? () a pessoa nunca tomou estas substâncias	não sei	sim	não
57	Se você respondeu SIM às questões de 29 a 56, você se sentiu muito prejudicado(a), preocupado(a) ou perturbado(a) pelo que estava acontecendo com você? () a pessoa não respondeu SIM a nenhuma questão acima	não sei	sim	não

DOMÍNIO II ENERGIA

O próximo grupo de questões refere-se à sua energia e ao seu nível de atividade.

Durante a sua vida, inclusive quando você era criança, você teve períodos de pelo menos 3 a 5 dias nos quais...

58	...você tinha dificuldade de fazer qualquer coisa?	não sei	sim	não
59	...você se sentia lento(a), como se todos os seus movimentos fossem em câmera lenta?	não sei	sim	não
60	...sua fala e/ou pensamento parecia(m) lento(a)(s)?	não sei	sim	não
61	...você percebia o tempo passar muito lentamente e se sentia pesado(a)?	não sei	sim	não
62	...você se sentia apático(a), preguiçoso(a) e não conseguia cumprir seus compromissos e responsabilidades habituais?	não sei	sim	não
63	...você sentia dificuldade de levantar da cama pela manhã?	não sei	sim	não
64	...você tinha dificuldade de se cuidar (por exemplo, tomava menos banho, usava as mesmas roupas, não se maquiava ou barbeava)?	não sei	sim	não
65	...você se sentia cansado(a), fraco(a) ou fatigado(a), como se a menor tarefa (por exemplo, lavar o rosto ou encher o açucareiro) fosse um esforço que exigisse muita energia?	não sei	sim	não
66	...apesar de você estar sem energia, você achava difícil ficar sentado(a) ou precisava andar pelo quarto ou ficar constantemente em movimento?	não sei	sim	não
67	Se você respondeu SIM a qualquer das questões de 58 a 66, você se sentiu muito prejudicado(a), preocupado(a) ou perturbado(a) pelo que estava acontecendo com você? () a pessoa não respondeu SIM a nenhuma questão acima	não sei	sim	não

As questões a seguir referem-se a períodos nos quais você pode ter estado com mais energia que o habitual.

Durante a sua vida, inclusive quando você era criança, você teve períodos de pelo menos 3 a 5 dias nos quais...

68	...você sentiu uma necessidade irresistível de se comunicar por telefonemas, cartas, e-mails ou faxes?	não sei	sim	não
69	...você sentiu um forte desejo de voltar a entrar em contato com pessoas que não via ou falava há bastante tempo?	não sei	sim	não
70	...você ficava muito falante, falava alto e rapidamente ou não deixava interrompê-lo(a) ou dava pouca importância ao desejo de outros falarem?	não sei	sim	não
71	...você era tão barulhento(a) que outros reclamavam (por exemplo, mantinha seu rádio ou televisão muito altos)?	não sei	sim	não
72	...você sentia que suas idéias iam e vinham com facilidade de um jeito fora do comum, como se seus pensamentos estivessem correndo?	não sei	sim	não
73	...você tinha tantos pensamentos e idéias ao mesmo tempo que achava difícil expressá-los?	não sei	sim	não
74	.. seus interesses mudavam constantemente e você se distraía facilmente, a ponto de ser difícil terminar de ler um artigo de jornal ou revista ou assistir a um programa de televisão do início ao fim?	não sei	sim	não
75	...você gastou bastante tempo envolvido em causas políticas, sociais ou religiosas?	não sei	sim	não
76	...você fazia afirmações sem se importar com o que os outros iam pensar?	não sei	sim	não
77	...você se sentiu cheio de vigor e mais cheio(a) de vida que o habitual e cheio(a) de energia?	não sei	sim	não
78	...você ficava muito impaciente?	não sei	sim	não
79	...você ficava em constante atividade e tinha a sensação agradável de nunca se cansar e sua energia era tanta que cansava ou irritava os outros?	não sei	sim	não

80	Se você respondeu SIM a qualquer das questões de 68 a 79, você se sentiu muito prejudicado(a), preocupado(a) ou perturbado(a) pelo que estava acontecendo com você? () a pessoa não respondeu SIM a nenhuma questão acima	não sei	sim	não
----	---	---------	-----	-----

DOMÍNIO III FUNÇÃO COGNITIVA

As questões a seguir referem-se aos seus pensamentos.

Durante a sua vida, inclusive quando você era criança, você teve períodos de pelo menos 3 a 5 dias nos quais...

81	...você ficou hipercrítico(a) ou cético(a) em relação ao que as pessoas em geral valorizam na vida?	não sei	sim	não
82	...você ficou preocupado(a) consigo mesmo(a) e seus problemas, pensamentos ou sentimentos?	não sei	sim	não
83	...você ficou muito vulnerável ou teve constantemente medo de fazer alguma coisa de errado?	não sei	sim	não
84	...você ficou desapontado(a) consigo mesmo(a), sentiu-se inútil, como se não tivesse nenhum talento e não pudesse fazer nada certo?	não sei	sim	não
85	...você se sentiu como se seu corpo estivesse doente ou de alguma forma transformado?	não sei	sim	não
86	...você ficou muito preocupado(a) com dinheiro, mesmo que não tivesse nenhum problema financeiro?	não sei	sim	não
87	...você sentiu uma forte necessidade de buscar ajuda em oração ou religião?	não sei	sim	não
88	...você teve problemas com sua memória, como dificuldade para encontrar a palavra certa ou para se lembrar de coisas que deveria facilmente se lembrar? <i>Nota: não devido a medicações ou doenças físicas</i>	não sei	sim	não
89	...seu desempenho piorou no trabalho doméstico, no cuidado das crianças, na escola, nos esportes ou nos hobbies? <i>Nota: não devido a medicações ou doenças físicas</i>	não sei	sim	não
90	...você teve dificuldade de tomar decisões, por menores que fossem (como que roupas usar, que trabalho doméstico fazer primeiro)?	não sei	sim	não
91	...você teve muita dificuldade de pensar e se concentrar, como problema em participar de uma discussão, leitura, escrever, fazer contas ou acompanhar um programa de televisão, artigo de jornal ou revista? <i>Nota: não devido a medicações ou doenças físicas</i>	não sei	sim	não
92	...você se sentiu mentalmente entorpecido(a) ou confuso(a)? <i>Nota: não devido a medicações ou doenças físicas</i>	não sei	sim	não

Durante a sua vida, inclusive quando você era criança, você teve períodos de pelo menos 3 a 5 dias nos quais...

93	...você se sentiu culpado(a) ou com remorso, por exemplo:	não sei	sim	não	
	a) pensou que deveria ser culpado(a) até mesmo por problemas que outros estavam vivendo?	não sei	sim	não	
	b) sentiu que você não poderia fazer o suficiente pela sua família, patrão, colegas de trabalho?	não sei	sim	não	
	c) pensou muito sobre coisas do passado que gostaria de ter feito diferente?	não sei	sim	não	
94	d) achou que deveria ser punido(a) por todas as coisas ruins que fez?	não sei	sim	não	
	...você sentiu como se outras pessoas estivessem causando todos os seus problemas?	não sei	sim	não	
	95	... você se sentiu rodeado(a) de hostilidade, como se todos fossem contra você. Por exemplo:	não sei	sim	não
	a) pensou que todo mundo o(a) acusava e odiava?	não sei	sim	não	
96	b) sentiu como se todo mundo estivesse o(a) observando?	não sei	sim	não	
	c) sentiu que estava sendo perseguido(a) ou que era procurado(a) pela polícia?	não sei	sim	não	
97	...você sentiu como se todo mundo estivesse falando sobre você?	não sei	sim	não	
97	...você ouviu vozes falando mal de você ou vozes que eram hostis ou o(a) xingavam?	não sei	sim	não	

98	...se você ouviu vozes, você ouviu essas vozes claramente?	não sei	sim	não
----	--	---------	-----	-----

Durante a sua vida, inclusive quando você era criança, você teve períodos de pelo menos 3 a 5 dias nos quais...

99	...você pensou que não havia nada que pudesse fazer para mudar o jeito que as coisas iam ou viu o futuro como muito negro ou difícil?	não sei	sim	não
100	...você sentiu como se quisesse desaparecer, por exemplo, pegando o carro e indo para longe, ou pegando um ônibus ou avião sem pensar para onde estava indo?	não sei	sim	não
101	...você usou o sono como fuga?	não sei	sim	não
102	...você pensou que a vida não valia a pena de ser vivida?	não sei	sim	não

Durante a sua vida, inclusive quando você era criança, você teve períodos de pelo menos 3 a 5 dias nos quais...

103	...você desejou não acordar pela manhã ou morrer em um acidente ou de alguma doença, como um ataque cardíaco ou derrame?	não sei	sim	não
104	...você quis morrer ou se machucar?	não sei	sim	não
105	... se você desejou morrer, você chegou a fazer um plano para se machucar ou se matar? () <i>a pessoa nunca quis morrer</i>	não sei	sim	não
106	...você tentou realmente se matar?	não sei	sim	não
107	...se você tentou se matar, você precisou de atendimento médico? () <i>a pessoa nunca tentou se matar</i>	não sei	sim	não
108	Se você respondeu SIM a qualquer das questões de 81 a 107, você se sentiu muito prejudicado(a), preocupado(a) ou perturbado(a) pelo que estava acontecendo com você? () <i>a pessoa não respondeu SIM a nenhuma questão acima</i>	não sei	sim	não

As questões a seguir referem-se a períodos quando seus pensamentos foram mais positivos.

Durante a sua vida, inclusive quando você era criança, você teve períodos de pelo menos 3 a 5 dias nos quais...

109	...você pensou (ou outros pensaram) que você tinha muito talento para ser artista ou era criativo(a)?	não sei	sim	não
110	...você teve uma explosão de inspiração ou de criatividade (por exemplo, escreveu poesias, textos, compôs músicas, pintou, esculpiu ou fez outras obras com muita facilidade e rapidez)?	não sei	sim	não
111	...você esteve particularmente sensível às formas e à harmonia na natureza?	não sei	sim	não
112	...você ficou muito curioso(a) e interessado(a) a respeito de tudo e todos?	não sei	sim	não
113	...seu desempenho no serviço doméstico, no cuidado com as crianças, na escola, no trabalho, nos hobbies e nos esportes melhorou muito?	não sei	sim	não
114	...você se sentiu realmente bem com a sua aparência?	não sei	sim	não

Durante a sua vida, inclusive quando você era criança, você teve períodos de pelo menos 3 a 5 dias nos quais...

115	...você se sentiu muito inteligente, brilhante ou com raciocínio rápido?	não sei	sim	não
116	...você se sentiu seguro(a), carismático(a) ou quis assumir o papel de líder?	não sei	sim	não
117	...você achou que estava sempre certo(a), era incapaz de cometer erros e ficou indiferente a críticas?	não sei	sim	não
118	...você pensou que poderia decidir por outros porque conhecia seus pensamentos, intenções ou desejos?	não sei	sim	não

119	...você não se sentiu apreciado(a) ou estimado porque os outros não o(a) compreenderam ou compartilharam suas idéias otimistas ou criativas?	não sei	sim	não
120	...você sentiu sua auto-estima incomumente alta, teve sentimentos de superioridade ou idéias irreais de que você tinha habilidades, talentos, conhecimentos ou poderes extraordinários?	não sei	sim	não
121	...você se sentiu particularmente forte e invulnerável a doenças e acidentes?	não sei	sim	não
122	...você ficou espiritualizado(a) ou místico(a) de um jeito fora do comum?	não sei	sim	não
123	...você sentiu que conhecia a verdade, sabia como o mundo funcionava e entendia o significado da existência?	não sei	sim	não
124	...você ouviu vozes que o(a) inspiravam ou elogiavam?	não sei	sim	não
125	...você foi (ou outras pessoas julgaram você) irresponsável?	não sei	sim	não
126	...você tomou decisões muito importantes (como comprar ou vender uma casa ou um carro, ou mudar de emprego) de uma hora para outra?	não sei	sim	não
127	...você fez coisas como: a) gastar muito dinheiro? b) dirigir muito rápido ou de forma inconseqüente? c) tomar decisões absurdas nos negócios?	não sei não sei não sei	sim sim sim	não não não

Durante a sua vida, inclusive quando você era criança, você teve períodos de pelo menos 3 a 5 dias nos quais...

128	...você estava inclinado a ignorar regras do dia-a-dia e a etiqueta social ou se envolveu em atividades ilegais?	não sei	sim	não
129	...você teve experiências místicas ou visões?	não sei	sim	não
130	...você sentiu como se tivesse percepções extra-sensoriais?	não sei	sim	não
131	...se você respondeu SIM a qualquer das questões de 109 a 130, se sentiu muito prejudicado(a), preocupado(a) ou perturbado(a) pelo que estava acontecendo com você? () a pessoa não respondeu SIM a nenhuma questão acima	não sei	sim	não

DOMÍNIO IV RITMICIDADE

Muitas pessoas têm alguma variação no humor, energia, interesse e eficiência ao longo do ano ou até mesmo ao longo do dia

132	É difícil (isto é, mais difícil que o habitual para seus amigos ou conhecidos) para você trabalhar ou ser produtivo(a) <u>logo cedo</u> ?	não sei	sim	não
133	É difícil (isto é, mais difícil que o habitual para seus amigos ou conhecidos) para você trabalhar ou ser produtivo(a) <u>no final da tarde ou à noite</u> ?	não sei	sim	não
134	Você fica irritado(a) ou tem dificuldade de funcionar se sua rotina diária é perturbada (por exemplo, se você tem que levantar, comer ou trabalhar fora de seus horários habituais)?	não sei	sim	não
135	Você acha que seu humor, energia, interesse e eficiência melhoram se você se mantém dentro da sua rotina?	não sei	sim	não
136	Se, por alguma razão, você dorme muito menos que o normal para o seu padrão de sono, você acha que tem mais energia em vez de menos no dia seguinte? <i>Nota: não considere viagens com diferença de fuso horário de quatro horas em resposta a esta questão</i>	não sei	sim	não
137	Você é o tipo de pessoa em que o humor, energia e bem-estar físico mudam: a) de acordo com o clima (por exemplo, quando está ensolarado, chuvoso, úmido ou frio)? b) em uma estação do ano <u>especifica</u> com a <u>mudança</u> das estações? c) quando você viaja com uma mudança de mais que 4 fusos horários? () a pessoa nunca fez uma viagem com diferença de mais de 4 fusos horários d) durante seu ciclo menstrual? () a pessoa nunca teve ciclos menstruais	não sei não sei não sei não sei	sim sim sim sim	não não não não

As questões a seguir referem-se a mudanças no seu sono que ocorreram em outros períodos em que você estava doente, tomando medicações que afetam o sono ou (se mulher) quando você estava grávida.

Durante a sua vida, inclusive quando você era criança, você teve períodos de pelo menos 3 a 5 dias nos quais...

138	...você se sentiu sonolento (a) o tempo todo? <i>Nota: não devido a horários de trabalho</i>	não sei	sim	não
139	...você tinha dificuldade de adormecer? <i>Nota: não devido a horários de trabalho</i>	não sei	sim	não
140	...você acordava no meio da noite e tinha dificuldade para voltar a dormir? <i>Nota: não devido a horários de trabalho</i>	não sei	sim	não
141	...você acordava muito mais cedo do que queria e não conseguia voltar a dormir? <i>Nota: não devido a horários de trabalho</i>	não sei	sim	não
142	...você precisou de muito mais sono que o habitual durante o dia ou à noite? <i>Nota: não devido a horários de trabalho</i>	não sei	sim	não
143	...você passou dias sem dormir ou com muitomenos sono que o habitual, mas não se sentiu cansado (a)?	não sei	sim	não
144	Você tem muita dificuldade em dormir antes ou depois de atividades estimulantes físicas, sociais ou profissionais (como em férias ou uma viagem, ou ao começar um novo ano escolar ou um novo projeto no trabalho)?	não sei	sim	não

Algumas pessoas acreditam que seu sono muda muito em uma determinada estação do ano ou quando as estações mudam, ou (se mulher) durante o ciclo menstrual.

145	A qualidade de seu sono ou sua necessidade de sono <u>umenta</u> em uma determinada estação do ano ou durante a mudança de estações?	não sei	sim	não
146	A qualidade de seu sono ou sua necessidade de sono <u>umenta</u> quando você faz uma viagem <i>com diferença de</i> pelo menos 4 fusos horários? () <i>a pessoa nunca fez uma viagem com diferença de 4 fusos horários</i>	não sei	sim	não
147	A qualidade de seu sono ou sua necessidade de sono <u>diminui</u> quando você viaja através de pelo menos 4 fusos horários? () <i>a pessoa nunca fez uma viagem com diferença de mais de 4 fusos horários</i>	não sei	sim	não
148	A qualidade de seu sono ou sua necessidade de sono <u>umenta</u> durante o seu ciclo menstrual ? () <i>a pessoa nunca teve ciclos menstruais</i>	não sei	sim	não
149	A qualidade de seu sono ou sua necessidade de sono <u>diminui</u> durante o seu ciclo menstrual ? () <i>a pessoa nunca teve ciclos menstruais</i>	não sei	sim	não

As questões seguintes referem-se a mudanças no seu apetite, interesse sexual ou experiências, ou a sintomas físicos que você pode ter sentido. Nós estamos interessados apenas em mudanças que podem ter ocorrido em períodos em que você não estava grávida, amamentando, doente ou tomando medicações.

Durante a sua vida, inclusive quando você era criança, você teve períodos de pelo menos 3 a 5 dias nos quais...

150	...nenhuma comida era apetitosa ou saborosa para você?	não sei	sim	não
151	...você constantemente tinha necessidade de comer doces ou carboidratos?	não sei	sim	não
152	...seu apetite e/ou peso <u> aumentou(aram)?</u>	não sei	sim	não
153	...seu apetite e/ou peso <u> diminuiu(íram)?</u>	não sei	sim	não

As questões a seguir são sobre mudanças no seu interesse sexual ou experiências.

Durante a sua vida você teve períodos de pelo menos 3 a 5 dias nos quais...

154	...você ficou menos ativo(a) no sexo do que normalmente?	não sei	sim	não
155	...você teve dificuldade de ser excitado(a) sexualmente?	não sei	sim	não
156	...você teve dificuldade em atingir o orgasmo?	não sei	sim	não
157	...você ficou mais interessado(a) em sexo?	não sei	sim	não
158	...você freqüentemente mudava de parceiros sexuais?	não sei	sim	não

As questões a seguir são sobre alguns sintomas físicos que você pode ter experimentado.

Durante a sua vida, inclusive quando você era criança, você teve períodos de pelo menos 3 a 5 dias nos quais...

159	...você teve sintomas físicos perturbadores com frequência, como, por exemplo: a) dores de cabeça freqüentes? b) sua boca ficava seca? c) você ficava constipado(a)? d) você tinha náuseas ou outros problemas estomacais ou intestinais?	não sei não sei não sei não sei	sim sim sim sim	não não não não
160	...você ficou mais ou menos sensível que o habitual para calor, frio ou dor?	não sei	sim	não
161se você respondeu SIM a qualquer das questões de 132 a 160, você se sentiu muito prejudicado(a), preocupado(a) ou perturbado(a) pelo que estava preocupado(a) ou perturbado(a) pelo que estava acontecendo com você? () a pessoa não respondeu SIM a nenhuma questão acima	não sei	sim	não

ANEXO D**SI-R**

Por favor circule a resposta mais apropriada.

- 1) Quão difícil é para você jogar coisas fora?
0 = Nem um pouco
1 = Levemente difícil
2 = Moderadamente difícil
3 = Bastante difícil
4 = Extremamente difícil

- 2) Quão estressante é para você jogar coisas fora?
0 = Não é estressante
1 = Levemente estressante
2 = Moderadamente estressante
3 = Gravemente estressante
4 = Extremamente estressante

- 3) Até que ponto seu(s) quarto(s) fica(m) amontoados de tantas coisas que você possui?
0 = Nem um pouco
1 = Levemente
2 = Moderadamente
3 = Bastante
4 = Extremamente

- 4) Com que frequência você evita se desfazer de pertences porque é muito estressante ou porque demanda muito tempo?
0 = Nunca evito, consigo me desfazer de pertences facilmente
1 = Raramente evito, consigo me desfazer com alguma dificuldade
2 = Algumas vezes evito
3 = Frequentemente evito, consigo me desfazer de pertences ocasionalmente
4 = Quase sempre evito, raramente consigo me desfazer de pertences

- 5) Você fica angustiado ou desconfortável se não consegue obter algo que você queria?
0 = Nem um pouco
1 = Levemente, apenas um pouco ansioso
2 = Moderadamente, o desconforto aumenta mas é controlável
3 = Gravemente, o desconforto aumenta muito
4 = Extremamente, o desconforto é incapacitante

- 6) Quanto das áreas habitáveis da sua casa está amontoadas por seus pertences (considere o montante de pertences na cozinha, sala de estar, sala de jantar, quartos, banheiros, corredores ou outras salas)
0 = Nenhuma área da minha casa está amontoadas com meus pertences
1 = Alguma área da minha casa está amontoadas com meus pertences
2 = Muitas áreas da minha casa estão amontoadas com meus pertences
3 = A maior parte da minha casa está amontoadas com meus pertences
4 = Toda ou quase toda minha casa está amontoadas com meus pertences

-
- 7) Quanto o amontoamento de pertences na sua casa interfere no seu funcionamento social, profissional ou diário? Pense nas coisas que não consegue fazer devido ao amontoamento?
- 0 = Nem um pouco
 - 1 = Levemente, há uma pequena interferência, mas o funcionamento global não está prejudicado
 - 2 = Moderadamente, há interferência definitiva, porém manejável
 - 3 = Gravemente, causa interferência importante
 - 4 = Extremamente, a bagunça é incapacitante
- 8) Com que frequência você se vê obrigado a obter algo que você vê (quando está comprando ou quando lhe oferecem coisas gratuitas)?
- 0 = Nunca me sinto obrigado
 - 1 = Raramente me sinto obrigado
 - 2 = Algumas vezes me sinto obrigado
 - 3 = Frequentemente me sinto obrigado
 - 4 = Quase sempre me sinto obrigado
- 9) Quão forte é o seu desejo de comprar ou adquirir coisas gratuitamente para as quais você não tem uso imediato?
- 0 = Não tenho desejo
 - 1 = Desejo leve
 - 2 = Desejo moderado
 - 3 = Desejo forte
 - 4 = Desejo muito forte
- 10) Quanto controle você tem sobre sua vontade de adquirir coisas?
- 0 = Controle completo
 - 1 = Muito controle, usualmente sou capaz de controlar minha vontade
 - 2 = Algum controle, posso controlar a vontade de adquirir coisas, mas com dificuldade
 - 3 = Pouco controle, posso retardar a vontade de adquirir coisas, mas com imensa dificuldade
 - 4 = Sem controle, sou incapaz de frear a vontade de adquirir coisas
- 11) Com que frequência você decide guardar coisas de que não precisa e para as quais você não tem espaço?
- 0 = Nunca guardo esse tipo de coisa
 - 1 = Raramente
 - 2 = Ocasionalmente
 - 3 = Frequentemente
 - 4 = Quase sempre guardo esse tipo de coisa
- 12) Até que ponto o amontoamento de pertences impede que você use partes da sua casa?
- 0 = Todas as partes da casa são utilizáveis
 - 1 = Poucas partes da casa não são utilizáveis
 - 2 = Algumas partes da casa não são utilizáveis
 - 3 = Muitas partes da casa não são utilizáveis
 - 4 = Quase todas as partes da casa não são utilizáveis

-
- 13)** Quanto o amontoamento de objetos na sua casa causa sofrimento a você?
- 0 = Nenhum sofrimento ou desconforto
 - 1 = Leve sofrimento ou desconforto
 - 2 = Moderado sofrimento ou desconforto
 - 3 = Grave sofrimento ou desconforto
 - 4 = Extremo sofrimento ou desconforto
- 14)** Com que frequência o amontoamento de objetos na sua casa impede você de convidar pessoas para uma visita?
- 0 = Nunca
 - 1 = Raramente
 - 2 = Algumas vezes
 - 3 = Frequentemente
 - 4 = Quase sempre
- 15)** Com que frequência você compra ou obtém gratuitamente coisas para as quais não tem uso imediato ou necessidade?
- 0 = Nunca
 - 1 = Raramente
 - 2 = Algumas vezes
 - 3 = Frequentemente
 - 4 = Quase sempre
- 16)** Quão forte é a sua necessidade de guardar alguma coisa que você sabe que nunca vai usar?
- 0 = Nenhuma necessidade
 - 1 = Alguma necessidade
 - 2 = Moderada necessidade
 - 3 = Forte necessidade
 - 4 = Necessidade muito forte
- 17)** Quanto controle você tem sobre seu desejo de guardar coisas?
- 0 = Controle completo
 - 1 = Muito controle, frequentemente sou capaz de controlar meu desejo de guardar coisas
 - 2 = Algum controle, posso controlar meu desejo de guardar coisas, mas com dificuldade
 - 3 = Pouco controle, só consigo controlar meu desejo de guardar coisas com muita dificuldade
 - 4 = Nenhum controle, sou incapaz de controlar meu desejo de guardar coisas
- 18)** Quão difícil é caminhar pela sua casa por causa do amontoamento?
- 0 = Nenhuma dificuldade para caminhar
 - 1 = Alguma dificuldade para caminhar
 - 2 = Em muitas partes da casa é difícil caminhar
 - 3 = Na maior parte da casa é difícil caminhar
 - 4 = Em toda casa é difícil caminhar
- 19)** Quão preocupado ou estressado você se sente a respeito do seu hábito de adquirir coisas?
- 0 = Nem um pouco preocupado
 - 1 = Levemente preocupado
 - 2 = Moderadamente preocupado
 - 3 = Severamente preocupado
 - 4 = Extremamente envergonhado

-
- 20)** Até que ponto o amontoamento de objetos na sua casa impede que você use partes da sua casa para seu propósito? Por exemplo: cozinhar, usar a mobília, lavar louça, limpar, etc.
- 0 = Nunca
 - 1 = Raramente
 - 2 = Algumas vezes
 - 3 = Frequentemente
 - 4 = Muito frequentemente ou quase o tempo todo
- 21)** Até que ponto você se sente incapaz de controlar o amontoamento de objetos na sua casa?
- 0 = Nem um pouco incapaz
 - 1 = Levemente incapaz
 - 2 = Moderadamente incapaz
 - 3 = Consideravelmente incapaz
 - 4 = Extremamente incapaz
- 22)** Até que ponto seu hábito de guardar ou comprar compulsivamente acarretou dificuldades financeiras para você?
- 0 = Não acarretou dificuldade financeira
 - 1 = Acarretou pequena dificuldade financeira
 - 2 = Acarretou alguma dificuldade financeira
 - 3 = Acarretou dificuldade financeira considerável
 - 4 = Acarretou extrema dificuldade financeira
- 23)** Com que frequência você é incapaz de descartar um objeto do qual gostaria de se livrar?
- 0 = Nunca tive problema em descartar objetos
 - 1 = Raramente
 - 2 = Ocasionalmente
 - 3 = Frequentemente
 - 4 = Quase sempre sou incapaz de descartar objetos

8 Referências

Akiskal HS, Bourgeois ML, Angst J, Post R, Moller H, Hirschfeld R. Re-evaluating the prevalence of and diagnostic composition within the broad clinical spectrum of bipolar disorders. *J Affect Disord.* 2000;59(1):5-30.

Akiskal HS. Searching for behavioral indicators of bipolar II in patients presenting with major depressive episodes: the “red sign,” the “rule of three” and other biographic signs of temperamental extravagance, activation and hypomania. *J Affect Disord.* 2005;84(2-3):279-90.

American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 4rd ed. text revised. Washington (DC): APA; 2000.

Barrat ES. Impulsivity: integrating cognitive, behavioral, biological and enviromental data. In: McCowan W, Johnson J, Shure M. *The Impulsive Client: theory, research and treatment*. Washington (DC): American Psychological Association; 1993. p.39-56.

Black DW. Compulsive buying: A review. *J Clin Psychiatry.* 1996;57 Suppl 8:50–5.

Black DW, Repertinger S, Gaffney GR, Gabel J. Family history and psychiatric comorbidity in persons with compulsive buying: preliminary findings. *Am J Psychiatry.* 1998;155(7):960-3.

Black DW. Compulsive buying disorder: definition, assessment, epidemiology and clinical management. *CNS Drugs*. 2001;15(1):17-27.

Black DW. Compulsive Shopping. In Hollander & Stein. *Clinical Manual of Impulse Control Disorders*. New York: APP; 2006.

Black DW. Compulsive buying disorder: a review of evidence. *CNS Spectr*. 2007;12:124-132.

Black DW, Shaw M, Blum N. Pathological gambling and compulsive buying: do they fall within an obsessive-compulsive spectrum? *Dialogues Clin Neurosci*. 2010;12:175-85.

Bleuler E. Textbook of psychiatry. New York: McMillan; 1924.

Burns GL, Keortge SG, Formea GM, Sternberger LG. Revision of the Padua Inventory of obsessive compulsive disorder symptoms: distinctions between worry, obsessions, and compulsions. *Behav Res Ther*. 1996;34(2):163-73.

Cassano GB, Dell'Osso L, Frank E, Miniati M, Fagiolini A, Shear K, Pini S, Maser J. The bipolar spectrum: a clinical reality in search of diagnostic criteria and an assessment methodology. *J Affect Disord*. 1999;54(3):319-28.

Christenson GA, Faber RJ, de Zwaan M, Raymond NC, Specker SM, Ekern MD, Mackenzie TB, Crosby RD, Crow SJ, Eckert ED. Compulsive buying: descriptive characteristics and Psychiatric comorbidity. *J Clin Psychiatry*. 1994;55(1):5-11.

Comings DE, Gade R, Wu S, Chiu C, Dietz G, Muhleman D, Saucier G, Ferry L, Rosenthal RJ, Lesieur HR, Rugle LJ, Mac Murray P. Studies of the potential role of the dopamine receptor D1 gene in addictive behaviors. *Mol Psychiatry*. 1997;2(1):44-56.

Cushman, P. Why the self is empty. Toward a historically situated psychology. *American Psychologist*. 1990; 45:599–611.

De Neve J-E, Fowler JH. The MAOA Gene Predicts Credit Card Debt. *Social Science Research Network*. 2010. Disponível em:
http://jhfowler.ucsd.edu/maoa_and_credit_card_debt.pdf

Del-Bem CM, Vilela JAA, Crippa JAS, Hallak JEC, Labate CM, Zuardi AW. Reliability of the Structured Clinical Interview for DSM-IV – Clinical Version translated into Portuguese. *Rev Bras Psiquiatr*. 2001;23(3):156-159.

Dicionário Michaelis. *Moderno Dicionário inglês-português*. Ed Melhoramentos, 3ª ed. 2004. Disponível em: <http://michaelis.uol.com.br/moderno/ingles/index.php>.

Dittmar H, Drury J. Self-image is it in the bag? A qualitative comparison between “ordinary” and “excessive” consumers. *J Econ Psychol*. 2000;21(2):109-42.

Dittmar H. Compulsive buying – a growing concern? An examination of gender, age, and endorsement of materialistic values as predictors. *Br J Psychol.* 2005;96:467-91.

Faber RJ, O'Guinn TC. A clinical screener for compulsive buying. *J Consumer Res.* 1992; 19:459-469.

Fagiolini A, Dell'Osso L, Pini S, Armani A., Bouanani S, Rucci P, Cassano GB. Validity and reliability of a new instrument for assessing mood symptomatology: the Structured Clinical Interview for Mood Spectrum (SCI-MOODS). *Int J Methods Psych Research.* 1999;8(2):71-82.

Ferreira VRM. *Psicologia Econômica: origens, modelos, propostas* [tese]. São Paulo: Pontifícia Universidade Católica de São Paulo; 2007.

Filomensky TZ, Tavares H, Cordás TA. Compras compulsivas. In: Abreu CN, Tavares H, Cordás TA (Org.). *Manual clínico dos transtornos do controle dos impulsos*. Porto Alegre: Artmed; 2008. p.121-136.

Filomensky TZ, Tavares H. Cognitive restructuring for compulsive buying. *Rev Bras Psiquiatr.* 2009;31(1):77-8.

First MB, Spitzer RL, Gibbon M, Williams JBW. *Structured clinical interview for DSM-IV axis I disorders – clinician version (SCID-CV)*. Washington (DC): American Psychiatric Press; 1997.

-
- Fossati A, Barratt ES, Carretta I, Leonardi B, Grazioli F, Maffei C. Predicting borderline and antisocial personality disorder features in nonclinical subjects using measures of impulsivity and aggressiveness. *Psychiatry Res.* 2004;125(2):161-70.
- Frank E, Cyranowski JM, Rucci P, Shear MK, Fagiolini A, Thase ME, Cassano GB, Grochocinski VJ, Kostelnik B, Kupfer DJ. Clinical significance of lifetime panic spectrum symptoms in the treatment of patients with bipolar I disorder. *Arch Gen Psychiatry.* 2000;59(10):905-11.
- Frost RO, Kim H-J, Morris C, Bloss C, Murray-Close M, Steketee G. Hoarding compulsive buying and reasons for saving. *Behav Res Ther.* 1998;36:657-64.
- Frost RO, Steketee G, Williams L. Compulsive buying, compulsive hoarding, and obsessive-compulsive disorder. *Behavior Therapy.* 2002;33(2):201-214.
- Frost RO, Steketee G, Grisham J. Measurement of compulsive hoarding: saving inventory-revised. *Behav Res Ther.* 2004;42:1163-1182.
- Frost RO, Tolin DF, Steketee G, Fitch KE, Selbo-Brunns A. Excessive acquisition in hoarding. *J Anxiety Disord.* 2009;23:632-39.
- Goudriaan AE, Oosterlaan J, de Beurs E, van den Brink W. Decision making in pathological gambling: A comparison between pathological gamblers, alcohol dependents, persons with Tourette syndrome, and normal controls. *Brain Res Cogn Brain Res.* 2005;23(1):137-51.

Hollander E. Obsessive-compulsive spectrum disorders: an overview. *Psychiatr Ann.* 1993;23:355-58.

Hollingshead AB, Redlich FC. *Social class and mental illness: a community study.* New York: John Wiley & Sons; 1958.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (I.B.G.E.). *Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios.* 1998, volume Brasil.

Jakubovski E, Pittenger C, Torres AR, Fontenelle LF, do Rosario MC, Ferrão YA, de Mathis MA, Miguel EC, Bloch MH. Dimensional correlates of poor insight in obsessive-compulsive disorder. *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry.* In press 2011.

Kessler RC, McGonagle KA, Zhao S, Nelson CB, Hughes M, Eshleman S, Wittchen HU, Kendler KS. Lifetime and 12-Month Prevalence of DSM-III-R Psychiatric Disorders in the United States. *Arch Gen Psychiatry.* 1994;51:8-19.

Klein DF. Foreword. In: Hollander E. *Obsessive-Compulsive Related Disorders.* Washington (DC): American Psychiatric Press; 1993. p. XI-XVII.

Koran LM, Faber RJ, Aboujaoude E, Large MD, Serpe RT. Estimated prevalence of compulsive buying behavior in the United States. *Am J Psychiatry.* 2006;163:1806-12.

Kraepelin E. *Psychiatric*. 8th ed. Leipzig, Germany: *Verlag Von Johann Ambrosius Barth*; 1915. p.409.

Kyrios M, Frost RO, Steketee G. Cognitions in Compulsive Buying and Acquisition. *Cognit Ther Res*. 2004;28(2):241–58.

Lacey JH, Evans CDH. The Impulsivist: a multi-impulsive personality disorder. *Br J Addict*. 1986;81(5):641-49.

Landis JR, Koch GG. The measurement of observer agreement for categorical data. *Biometrics*. 1977;33:159-174.

Leckman JF, Grice DE, Boardman J, Zhang H, Vitale A, Bondi C, Alsobrook J, Peterson BS, Cohen DJ, Rasmussen SA, Goodman WK, McDougle CJ, Pauls DL. Symptoms of obsessive-compulsive disorder. *Am J Psychiatry*. 1997; 154:911-17.

Lejoyeux M, Haberman N, Solomon J, Adès J. Comparison of buying behavior in depressed patients presenting with or without compulsive buying. *Compr Psychiatry*. 1999; 40(1):51-6.

Lejoyeux M, Weinstein A. Compulsive buying. *Am J Drug Alcohol Abuse*. 2010;36(5):248-53.

Lewin AB, Bergman RL, Peris TS, Chang S, McCracken JT, Piacentini J. Correlates of insight among youth with obsessive-compulsive disorder. *J Child Psychol Psychiatry*. 2010;51(5):603-11.

Lochner C, Hemmings SM, Kinnear CJ, Niehaus DJ, Nel DG, Corfield VA, Moolman-Smook JC, Seedat S, Stein DJ. Cluster analysis of obsessive-compulsive spectrum disorders in patients with obsessive-compulsive disorder: clinical and genetic correlates. *Compr Psychiatry*. 2005;46(1):14-9.

Malloy-Diniz LF, Mattos P, Leite WB, Abreu N, Coutinho G, de Paula JJ, Tavares H, Vasconcelos AG, Fuentes D. Tradução e adaptação cultural da Barratt Impulsiveness Scale (BIS-11) para aplicação em adultos brasileiros. *J Bras Psiquiatr*. 2010;59(2):99-105.

Mataix-Cols D, do Rosário-Campos MC, Leckman JF. A multidimensional model of obsessive-compulsive disorder. *Am J Psychiatry*. 2005;162:228-38.

Mataix-Cols D, Frost RO, Pertusa A, Clark LA, Saxena S, Leckman JF, Stein DJ, Matsunaga H, Wilhelm S. Hoarding Disorder: A new diagnosis for DSM-V? *Depress Anxiety*. 2010; 27(6): 556-72.

McElroy SL, Hudson JI, Phillips KA, Keck Jr PE, Pope Jr HG. Clinical and theoretical implications of a possible link between obsessive-compulsive and impulse control disorders. *Depression*. 1993;1:121-32.

McElroy SL, Keck PE Jr, Pope HG Jr, Smith JM, Strakowski SM. Compulsive buying: a report of 20 cases. *J Clin Psychiatry*. 1994;55(6):242-8.

McElroy SL, Keck PE Jr., Phillips KA. Kleptomania, compulsive buying and binge-eating disorder. *J Clin Psychiatry*. 1995;54(4):14-26.

McElroy SL, Pope H, Keck P, Hudson J, Phillips K, Strakowski S. Are impulse-control disorders related to bipolar disorder? *Compr Psychiatry*. 1996;37(4): 229-240.

Mitchell JE, Burgard M, Faber R, Crosby RD, de Zwaan M. Cognitive behavioral therapy for compulsive buying disorder. *Behav Res Ther*. 2006;44:1859-65.

Mueller A, Mueller U, Albert P, Mertens C, Silbermann A, Mitchell JE, de Zwaan M. Hoarding in a compulsive buying sample. *Behav Res Ther*. 2007;45: 2754-63.

Mueller A, Muhlhans B, Muller U, Mertens C, Horbach T, Michell JE, de Zwaan M. Compulsive buying and psychiatric comorbidity. *Psychother Psychosom Med Psychol*. 2009;59(8): 291–99.

Mueller A, Mitchell JE, Crosby RD, Gefeller O, Faber RJ, Martin A, Bleich S, Glaesmer H, Exner C, de Zwaan M. Estimated prevalence of compulsive buying in Germany and its association with sociodemographic characteristics and depressive symptoms. *Psychiatry Res*. 2010;180(2-3):137-42.

O'Guinn TC, Faber RJ. Compulsive buying: a phenomenological exploration. *J Consumer Res.* 1989;16:147-57.

Orford J. Addiction as excessive appetite. *Addiction.* 2001;96(1):15-31.

Organização Mundial da Saúde. *Classificação de transtornos mentais e de comportamento da CID-10: descrições clínicas e diretrizes diagnósticas.* Porto Alegre: OMS; 1993.

Otter M, Black DW. Compulsive buying behavior in two mentally challenged persons. Prim Care Companion. *J Clin Psychiatry.* 2007;9:469-470.

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

Pertusa A, Fullana MA, Singh S, Alonso P, Menchón JM, Mataix-Cols D. Compulsive Hoarding: OCD Symptom, Distinct Clinical Syndrome, or Both? *Am J Psychiatry.* 2008;165:1289-1298.

Potenza MN. The neurobiology of pathological gambling. *Semin Clin Neuropsychiatry.* 2001;6(3):217-26.

PROCON – Fundação de Proteção e Defesa do Consumidor. *Núcleo Seperendivido.* Governo de São Paulo 2010. Disponível em: <http://www.procon.sp.gov.br/texto.asp?id=2218>.

Ratzke R. *Avaliação da confiabilidade e validade da versão em português (SCI-MOODS-VP) de uma entrevista estruturada para o espectro do humor, a Structured Clinical Interview for Mood Spectrum (SCI-MOODS)* [dissertação]. São Paulo: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo; 2007.

Rossini D, Garreto AK, Filomensky TZ, Tavares H, Fuentes D. *Avaliação clínica da capacidade de tomada de decisão em compradores compulsivos e jogadores patológicos*. (Apresentado no X Congresso da Sociedade Latino Americana de Neuropsicologia; 2007; Buenos Aires)

Sajatovic M. Bipolar disorder: disease burden. *Am J Mang Care*. 2005;11(3):80-4.

Saxena S. Is Compulsive Hoarding a Genetically and Neurobiologically Discrete Syndrome? Implications for Diagnostic Classification. *Am J Psychiatry*. 2007;164:380-384.

Schlosser S, Black DW, Repertinger S, Freet D. Compulsive buying. Demography, phenomenology, and comorbidity in 46 subjects. *Gen Hosp Psychiatry*. 1994;16(3):205-12.

Serasa Experian. Vendas do comércio registram a maior alta desde 2001. *Estudos Econômicos*. 2008. Disponível em:
http://www.serasaexperian.com.br/release/noticias/2008/noticia_0546.htm

Serasa Experian Legal. O Superendividamento e os Bancos de dados de Proteção ao Crédito, ed. 112, 2011. Disponível em:

<http://www.serasaexperian.com.br/serasaexperian/publicacoes/serasalegal/ftp/serasalegal112.pdf>

Simeon D. Self-injurious behaviors. In Hollander E, Stein DJ. Clinical manual of impulse-control disorders. Washington (DC): American Psychiatric Publishing; 2005. p.63-86.

Simon NM, Otto MW, Wisniewski SR, Fossey M, Sagduyu K, Frank E, Sachs GS, Nierenberg AA, Thase ME, Pollack MH. Anxiety Disorder Comorbidity in Bipolar Disorder Patients: Data From the First 500 Participants in the Systematic Treatment Enhancement Program for Bipolar Disorder (STEP-BD). *Am J Psychiatry*. 2004; 161:2222-9.

SPSS. Statistical Package for Social Sciences for Windows, Chicago, *SPSS Inc.* 2008;16.0.

Swann AC. Mechanisms of impulsivity in bipolar disorder and related illness. *Epidemiol Psichiatr Soc*. 2010;19(2):120-30.

Tabachnick BG, Fidell LS. *Using Multivariate Statistics*. 3rd ed. Northridge: Harper Collin College Publishers; 1996.

Tavares H, Gentil V, Oliveira CS, Tavares AG. Jogadores patológicos, uma revisão: psicopatologia, quadro clínico e tratamento. *Rev Psiquiatria Clínica*. 1999;26(4):179-87.

Tavares H. *Jogo Patológico e suas Relações com o Espectro Impulsivo-Compulsivo* [tese]. São Paulo; Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo; 2000.

Tavares H, Zilberman ML, el-Guebaly N. Are there cognitive and behavioural approaches specific to the treatment of pathological gambling? *Can J Psychiatry*. 2003;48(1):22-27.

Tavares H. A Neurobiologia dos Transtornos do Impulso. In: Busatto Filho G. *Fisiologia dos transtornos psiquiátricos*. São Paulo: Atheneu; 2006. p.207-26.

Tavares H, Lobo DS, Fuentes D, Black DW. Compulsive buying disorder: a review and a Case Vignette. *Rev Bras Psiquiatr*. 2008;30(1):16-23.

Tavares H. Transtornos do controle dos impulsos. In: de Alvarenga PG, de Andrade AG. *Fundamentos em Psiquiatria*. São Paulo: Manole; 2008. p.283-311.

Tavares H, Alarcão G. A psicopatologia dos transtornos do impulso. In: Abreu CN, Tavares H, Cordás TA. *Manual clínico dos transtornos do controle dos impulsos*. Porto Alegre: Artmed; 2008. p.19-36.

Vieta E, Gastó C, Otero A, Nieto E, Vallejo J. Differential features between bipolar I and bipolar II disorder. *Compr Psychiatry*. 1997;38(2):98-101.

Winstanley CA, Eagle DM, Robbins TW. Behavioral models of impulsivity in relation to ADHD: Translation between clinical and preclinical studies. *Clin Psychol Rev*. 2006;26(4):379-95.

Young RC, Klerman GL. Mania in late life: focus on age at onset. *Am J Psychiatry*. 1992;149(7):867-76.