

Irresponsabilidade ou adoecimento: Aspectos clínicos da cleptomania.

A cleptomania é um transtorno que desperta dúvidas e curiosidade, pensando nisso este estudo descreve o quadro clínico do transtorno, relatando que o paciente sofre severas perdas na esfera social e pessoal, e indica possibilidades de tratamento farmacológicas associadas a sessões de psicoterapia cognitivo-comportamental.

# Cleptomania: características clínicas e tratamento

## Kleptomania: clinical characteristics and treatment

---

Jon E Grant,<sup>1</sup> Brian L Odlaug<sup>1</sup>

### Resumo

**Objetivos:** A cleptomania, um transtorno incapacitante pertencente ao grupo de transtornos de controle dos impulsos, caracteriza-se pelo furto repetitivo e incontrolável de itens que são de pequena utilidade para a pessoa acometida. Apesar de seu histórico relativamente longo, a cleptomania continua sendo pouco entendida pelo público geral, pelos clínicos e pelos que dela sofrem. **Método:** Este artigo revisa a literatura sobre o que se sabe a respeito das características clínicas, histórico familiar, neurobiologia e opções de tratamento para indivíduos com cleptomania. **Resultados:** A cleptomania geralmente tem seu início no final da adolescência ou no início da vida adulta, e parece ser mais comum em mulheres. A comorbidade psiquiátrica ao longo da vida com outros transtornos de controle de impulsos (20-46%), de uso de substâncias (23-50%) e de humor (45-100%) é freqüente. Indivíduos com cleptomania sofrem de prejuízo significativo em sua capacidade de funcionamento social e ocupacional. A cleptomania pode responder ao tratamento com terapia cognitivo-comportamental e com várias farmacoterapias (lítio, antiepilépticos e antagonistas de opióides). **Conclusões:** A cleptomania é um transtorno incapacitante que resulta em uma vergonha intensa, bem como problemas legais, sociais, familiares e ocupacionais. São necessários estudos de tratamento em ampla escala.

**Descritores:** Transtornos do controle de impulso; Farmacoterapia; Comorbidade; Roubo; Características de estudos [Tipo de publicação]

---

### Abstract

**Objectives:** Kleptomania, a disabling impulse control disorder, is characterized by the repetitive and uncontrollable theft of items that are of little use to the afflicted person. Despite its relatively long history, kleptomania remains poorly understood to the general public, clinicians, and sufferers. **Method:** This article reviews the literature for what is known about the clinical characteristics, family history, neurobiology, and treatment options for individuals with kleptomania. **Results:** Kleptomania generally has its onset in late adolescence or early adulthood and appears to be more common among women. Lifetime psychiatric comorbidity is frequent, mainly with other impulse control (20-46%), substance use (23-50%) and mood disorders (45-100%). Individuals with kleptomania suffer significant impairment in their ability to function socially and occupationally. Kleptomania may respond to cognitive behavioral therapy and various pharmacotherapies (lithium, anti-epileptics, and opioid antagonists). **Conclusions:** Kleptomania is a disabling disorder that results in intense shame, as well as legal, social, family, and occupational problems. Large scale treatment studies are needed.

**Descriptors:** Impulse control disorders; Pharmacotherapy; Comorbidity; Theft; Study characteristics [Publication type]

---

<sup>1</sup> Departamento de Psiquiatria, University of Minnesota School of Medicine, Minnesota, EUA

Financiamento: Esta pesquisa foi parcialmente financiada pelo Career Development Award (JEG - K23 MH069754-01A1)  
Conflito de interesses: Inexistente

### Correspondência

Jon E. Grant  
Department of Psychiatry  
University of Minnesota School of Medicine  
2450 Riverside Avenue, Minneapolis, MN 55454  
Phone: 612-273-9736; Fax: 612-273-9779  
E-mail: grant045@umn.edu

## Introdução

A cleptomania, também denominada furto compulsivo, pode ser um transtorno bastante comum que resulta em angústia e conseqüências legais significativas. Ainda que não tenha sido feito nenhum estudo epidemiológico de âmbito nacional sobre a cleptomania, os estudos em várias amostras clínicas sugerem que a cleptomania não é rara. Um estudo recente sobre pacientes psiquiátricos hospitalizados com múltiplos transtornos (n = 204) revelou que 7,8% (n = 16) confirmaram sintomas atuais consistentes com um diagnóstico de cleptomania, e 9,3% (n = 19) tinham um diagnóstico de cleptomania durante a vida.<sup>1,2</sup> Um estudo com 102 adolescentes hospitalizados devido a uma série de transtornos psiquiátricos encontrou que 8,8% (n = 9) sofria de cleptomania.<sup>3</sup> Como os índices parecem ser similares em adolescentes e adultos, isso sugere que a cleptomania pode ser um transtorno crônico se não for tratado. Esses achados são consistentes com estudos anteriores. Um estudo que examinou 107 pacientes com depressão encontrou que 4 (3,7%) sofriam de cleptomania.<sup>4</sup> Em um estudo com 79 pacientes com dependência de álcool, 3 (3,8%) também relataram sintomas consistentes com cleptomania.<sup>5</sup> Ainda que esses estudos sugiram que a cleptomania não é um comportamento raro, esse transtorno continua sendo pouco compreendido e os dados sobre tratamento são escassos.<sup>1</sup> Com base no crescimento da pesquisa sobre a cleptomania, este artigo irá detalhar o que se sabe atualmente sobre as características clínicas, a fisiopatologia e o tratamento deste transtorno incapacitante.

## Vinheta de caso

Maria é uma mulher de 49 anos, branca, casada, com três filhos. Quando começou a furtar com 20 anos de idade, ela furtava uma mesma loja aproximadamente uma vez por semana. Esse comportamento continuou durante os 25 anos seguintes, até que a freqüência de furto aumentou para três ou mais vezes por semana. Ainda que tenha tido um emprego rentável durante toda a vida, ela furta itens desnecessários de lojas de varejo e de amigos. Ao entrar em uma loja, Maria relata um impulso irresistível de furtar e sente a necessidade de consumir o furto até que a tensão ceda. Após deixar a loja, Maria sente-se culpada por ter pegado o item. Esses objetos roubados, em geral pequenos itens (e.g. cosméticos, produtos de higiene, revistas), são colocados em caixas na garagem de sua casa e nunca são utilizados. Sua família não sabe sobre seu problema. Ela nunca foi apanhada, mas não tem orgulho desse fato. Tem uma sensação diária de auto-depreciação. A avaliação diagnóstica detalhada revela que Maria não tem outros problemas psiquiátricos. Seu histórico familiar é positivo tanto para transtornos por uso de álcool como por uso de substâncias.

## Histórico

A cleptomania tem sido mencionada na literatura médica e legal durante séculos.

O psiquiatra suíço Andre Matthey foi o primeiro a utilizar o termo '*klopemanie*' para descrever os ladrões que roubavam impulsivamente itens desnecessários devido à insanidade.<sup>6</sup> Mais tarde, os médicos franceses Jean Etienne Esquirol e C.C. Marc alteraram a palavra para '*kleptomanie*,' para descrever o comportamento caracterizado por impulsos irresistíveis e involuntários. A pessoa com '*kleptomanie*' era então "forçada a roubar" devido a uma doença mental, não devido à falta de consciência moral.<sup>7</sup> Devido à percepção de que tal comporta-

mento somente afetava mulheres, as explicações ao final do século XIX se referiam a doenças uterinas ou à tensão pré-menstrual como possíveis causas da cleptomania.<sup>7</sup> No princípio do século XX, a idéia de que o sistema reprodutivo feminino era a causa desse comportamento foi descartada juntamente com praticamente todo o interesse clínico por esse transtorno.<sup>6</sup> O status médico pouco claro da cleptomania refletiu-se novamente no Manual de Diagnóstico e Estatística. O primeiro Manual de Diagnóstico e Estatística de Transtornos Mentais (DSM-I 1962) incluiu a cleptomania mais como um termo suplementar do que como um diagnóstico formal, mas no DSM-II (1968) a cleptomania foi totalmente omitida. Foi reintroduzida mais adiante no DSM-III (1980) como um transtorno de controle dos impulsos sem outra especificação, como permanece no DSM-IV-TR (2000).<sup>8-11</sup> No entanto, somente nos últimos 15 anos houve um conjunto de trabalhos científicos para confirmar o status da cleptomania como um legítimo transtorno psiquiátrico.

## Características clínicas

O DSM-IV-TR estabelece os seguintes critérios diagnósticos para a cleptomania: 1) incapacidade recorrente para resistir aos impulsos de furtar objetos desnecessários ao uso pessoal ou por seu valor monetário; 2) sensação crescente de tensão antes de cometer o furto; 3) prazer ou alívio na hora de cometer o furto; 4) o furto não é cometido para expressar raiva ou vingança e não é uma resposta a um delírio ou alucinação; e 5) o furto não se deve ao transtorno de conduta ou ao transtorno de personalidade anti-social.<sup>11</sup>

O critério 1 estabelece que os itens furtados não "são necessários para uso pessoal ou por seu valor monetário". Em nossa vinheta de caso, Maria enquadra-se neste critério por furtar itens irrelevantes. Esse critério exclui do diagnóstico pessoas que furtam principalmente para vender os itens em troca de dinheiro ou por necessidade (e.g. furtar para alimentar uma família que passa fome). Ainda que os exemplos de casos tenham freqüentemente descrito a peculiaridade dos itens furtados, os itens em si não são sempre peculiares e não parecem ter nenhum significado para a compreensão da fisiopatologia proposta para esse transtorno. Muitos indivíduos com cleptomania furtam itens desejáveis e valiosos.<sup>12</sup> Para alguns indivíduos, o "ímpeto" associado ao furto parece proporcional ao valor monetário do item. Para outros, o valor dos objetos furtados aumenta ao longo do tempo, o que sugere um efeito de tolerância. Os itens furtados são tipicamente acumulados, descartados, devolvidos à loja ou doados.<sup>13</sup>

Os indivíduos com cleptomania descrevem o impulso para furtar como "incongruente com o caráter", "incontrolável," ou "moralmente errado". Ainda que um sentimento de prazer, gratificação ou alívio seja vivenciado no momento do furto, os indivíduos descrevem sentimentos de culpa, remorso ou depressão logo após.<sup>12</sup> Em geral, devido a esse sentimento de vergonha, os indivíduos com cleptomania apresentam-se para o tratamento muitos anos após o início dos furtos.<sup>13,14</sup> Em um estudo com 22 cleptomaniacos, 15 indivíduos não tinham contado ao seu clínico sobre seus furtos. Ao contrário, eles buscavam tratamento para os sintomas depressivos ou para a ansiedade. Eles tinham receio de que o médico pudesse não tratá-los ou informar à polícia. Nenhum dos médicos que os trataram perguntou sobre sintomas de cleptomania.<sup>12</sup>

Estudos utilizando amostras clínicas têm revelado de forma consistente que a maioria (aproximadamente dois terços) dos pacientes com cleptomania é composta por mulheres.<sup>12,14-16</sup>

Porém, sem dados epidemiológicos, a percentagem real de homens e mulheres permanece desconhecida. Alguns autores têm sugerido que há um maior número de mulheres que buscam tratamento para cleptomania, pois os homens têm maior probabilidade de serem enviados à prisão se forem apanhados furtando em lojas.<sup>12,17</sup>

No entanto, os aspectos relacionados a gênero na cleptomania receberam pouca atenção nos estudos sobre o tema. Um estudo encontrou que os homens com cleptomania têm mais probabilidade de ter um histórico de trauma durante o nascimento.<sup>15</sup> Os homens com cleptomania também parecem ser menos propensos a sofrer de um transtorno alimentar ou bipolar concomitante,<sup>15</sup> mas parecem ter índices maiores de parafilias como comorbidade.<sup>14</sup>

Tanto em homens como em mulheres com cleptomania é comum a comorbidade psiquiátrica em algum momento da vida com outros transtornos de controle dos impulsos (20-46%),<sup>17,18</sup> de uso de substâncias (23-50%)<sup>12,14</sup> e de humor (45-100%).<sup>14,15,18,19</sup> Os transtornos de personalidade são também comuns na cleptomania. Um estudo envolvendo 28 indivíduos com cleptomania revelou que 12 (42,9%) preencheram os critérios do DSM-III-R para pelo menos um transtorno de personalidade e dois (14,3%) preencheram os critérios para dois transtornos de personalidade. Transtornos paranóide (17,9%), borderline (10,3%) e esquizóide (10,7%) foram os mais comuns.<sup>20</sup>

Os indivíduos com cleptomania sofrem prejuízo significativo em sua capacidade de funcionar social e ocupacionalmente. Muitos pacientes relatam pensamentos intrusivos e impulsos relacionados a furtar que interferem em sua capacidade de concentração em casa e no trabalho.<sup>12</sup> Outros relatam ausências ao trabalho, em geral à tarde, depois de saírem cedo para furtar nas lojas. Com o prejuízo funcional que os indivíduos com cleptomania vivenciam, não é surpreendente que eles também relatem uma qualidade de vida ruim. No único estudo que avaliou sistematicamente a qualidade de vida utilizando um instrumento seguro do ponto de vista psicométrico (Inventário de Qualidade de Vida), os pacientes com cleptomania, independentemente da comorbidade, relataram uma satisfação significativamente pior com a vida em comparação a uma amostra geral não-clínica de adultos.<sup>21</sup> Alguns pacientes consideraram até o suicídio como uma forma pela qual poderiam parar de furtar.

Além das conseqüências emocionais da cleptomania, muitos pacientes com cleptomania enfrentaram dificuldades legais devido ao seu comportamento. Estudos têm relatado que 64% a 87% dos pacientes de cleptomania têm um histórico de serem pegos furtando.<sup>16,19</sup> De fato, um estudo encontrou que os pacientes relataram um número médio de apreensões durante a vida de aproximadamente três por paciente.<sup>22</sup> Ainda que a maioria das apreensões não resulte em condenações com privação de liberdade, evidências iniciais sugerem que 15% a 23% dos pacientes de cleptomania sofreram este tipo de condenação por furtarem.<sup>19,22</sup>

#### Histórico familiar

Os dados sobre o histórico familiar e possíveis elementos genéticos da cleptomania são limitados. No único estudo sobre o histórico familiar de cleptomania que utilizou um grupo controle, os indivíduos com cleptomania relataram uma frequência significativamente maior de transtorno por uso de álcool nos seus familiares de primeiro grau do que os controles.<sup>18</sup> Não foram observadas outras diferenças significativas em relação ao histórico familiar entre os grupos. Foram relatados em outros estudos altos índices de transtornos de humor, por uso de álcool e de cleptomania nos familiares de primeiro grau dos indivíduos com cleptomania.<sup>12,15,17,18</sup>

#### Neurobiologia

Ainda que os indivíduos com cleptomania relatem uma incapacidade de resistir aos seus impulsos para furtar, a etiologia desse comportamento incontrolável não é clara. Tem sido levantada a hipótese de que a disfunção serotoninérgica no córtex pré-frontal ventromedial seja subjacente à capacidade ruim de tomar decisões observada entre indivíduos com cleptomania.<sup>23</sup> Um estudo examinou o transportador de serotonina de plaquetas em 20 pacientes com cleptomania. O número de transportadores 5-HT de plaquetas, avaliado por meio da vinculação da 3H-paroxetina, foi menor em sujeitos cleptomaníacos comparados a controles saudáveis,<sup>24</sup> o que sugere alguma disfunção serotoninérgica não específica.

Em um estudo sobre funcionamento neurocognitivo, 15 mulheres diagnosticadas com cleptomania não apresentaram, como um grupo, déficits significativos em testes de funcionamento do lobo frontal ao serem comparadas aos valores-padrão. No entanto, aquelas com maior gravidade dos sintomas de cleptomania tiveram escores significativamente mais baixos que a média em pelo menos uma medida do funcionamento executivo.<sup>25</sup> Índices significativamente mais altos de impulsividade cognitiva (medidos pela Escala de Impulsividade de Barratt, 10ª versão) foram encontrados em 11 indivíduos com cleptomania, ao serem comparados a um grupo controle de pacientes psiquiátricos sem cleptomania.<sup>17</sup>

Os relatos de caso e os estudos de neuroimagem fornecem pistas adicionais quanto a possível etiologia da cleptomania. Tem sido relatado que danos aos circuitos cerebrais orbitofrontais subcorticais resultam em cleptomania.<sup>26</sup> As técnicas de neuroimagem têm demonstrado menor integridade microestrutural da substância branca nas regiões cerebrais frontais ventromediais nos indivíduos com cleptomania em comparação a controles.<sup>27</sup> Essas imagens são consistentes com achados de impulsividade aumentada nos cleptomaníacos.<sup>17</sup> Esses estudos também favorecem a hipótese de que pelo menos alguns indivíduos com cleptomania podem não ser capazes de controlar seu impulso de furtar.

Futuras avaliações de imagem e neuropsicológicas em uma grande amostra podem auxiliar a elucidar melhor a etiologia desse transtorno.

#### Tratamento

Apesar de a farmacoterapia e a psicoterapia terem se apresentado inicialmente promissoras para tratar a cleptomania, somente um pequeno número de pacientes foram examinados. Séries pequenas de casos e relatos de caso constituem a maioria dos dados de tratamento publicados. Atualmente, nos Estados Unidos, não há medicações aprovadas pela *Food and Drug Administration* para tratar da cleptomania. Os relatos de caso que examinaram a eficácia da farmacoterapia para a cleptomania encontraram uma variedade de tratamentos promissores: paroxetina,<sup>28</sup> fluvoxamina,<sup>29</sup> escitalopram,<sup>30</sup> uma combinação de sertralina e o estimulante metilfenidato,<sup>31</sup> imipramina em combinação com fluoxetina,<sup>32</sup> e o ácido valpróico.<sup>33</sup> Infelizmente, para cada relato de caso positivo, existem outros relatos negativos em relação a eficácia da mesma medicação para a cleptomania.<sup>14</sup>

Séries de casos de cleptomania também foram publicadas. Em uma série de casos, cinco sujeitos com cleptomania

apresentaram melhora com fluoxetina (quatro indivíduos) e paroxetina (um indivíduo).<sup>34</sup> Uma série de casos de três cleptomaniacos resultou em remissão completa dos sintomas de cleptomania após dois meses em uma combinação de 100 mg/dia de topiramato e 30 mg/dia de citalopram em uma mulher de 28 anos; 100 mg/dia de topiramato e 60 mg/dia de paroxetina em uma mulher de 32 anos; e 150 mg/dia de topiramato em um homem de 18 anos.<sup>35</sup> O lítio ministrado isoladamente foi útil para pelo menos um de quatro casos relatados, mas causou uma diminuição significativa nos sintomas da cleptomania quando potencializado com fluoxetina no caso de uma mulher de 40 anos.<sup>36</sup> Uma série de casos de dois pacientes que sofriam de cleptomania tratados com naltrexona (50 mg/dia e 100 mg/dia) relatou remissão tanto nos impulsos para furtar como no comportamento de furtar.<sup>37</sup>

Houve somente dois pequenos ensaios clínicos abertos com medicação para cleptomania. Um ensaio clínico examinou o escitalopram no tratamento da cleptomania. Dos 20 indivíduos tratados de forma aberta com escitalopram, 79% relataram melhora em seu comportamento de furtar. Os que responderam ao escitalopram foram aleatorizados para continuar a medicação ou para receber placebo. A fase duplo-cega encontrou que 43% dos que receberam medicação e 50% dos que foram designados para receber placebo não mantiveram sua resposta (não houve diferença estatística entre esses índices), sugerindo, dessa forma, que não ocorreu nenhum efeito real do fármaco.<sup>38</sup>

Em outro ensaio clínico aberto, oito de 10 indivíduos com cleptomania tratados com naltrexona por 12 semanas relataram uma redução significativa nos impulsos para furtar e 20% relataram remissão completa dos sintomas.<sup>22</sup> A dose eficaz média de naltrexona foi de 145 mg/dia. Um estudo longitudinal retrospectivo da naltrexona durante um período de três anos envolvendo 17 indivíduos com cleptomania tratados com naltrexona em monoterapia produziu os seguintes resultados: 76,5% dos sujeitos relataram redução nos impulsos para furtar, 41,1% pararam de furtar e 52,9% dos sujeitos foram classificados na Escala de Gravidade Clínica Global como “totalmente sadios” e tiveram seus sintomas de gravidade de cleptomania avaliados como “muito leves” pelo pesquisador.<sup>39</sup>

Várias formas de terapia comportamental, psicanalítica, psicodinâmica e cognitivo-comportamental (TCC) têm sido relatadas como benéficas para tratar a cleptomania. Os tratamentos terapêuticos cognitivo-comportamentais, tais como dessensibilização sistemática, terapia aversiva e sensibilização encoberta têm demonstrado benefícios no tratamento da cleptomania.<sup>40</sup> Não houve estudos controlados sobre qualquer dos tipos de psicoterapia para a cleptomania. Os tratamentos combinados utilizando TCC com medicação têm mostrado benefícios para os indivíduos em relatos de caso. Um homem de 43 anos com traumatismo craniano contuso na região fronto-temporal que ocasionou sintomas semelhantes à cleptomania foi tratado com citalopram e TCC e relatou remissão de todos os sintomas de cleptomania.<sup>41</sup> Uma mulher de 77 anos com cleptomania de início tardio (idade de 73 anos) relatou o final de todos os furtos com uma combinação de TCC, 50 mg/dia de sertralina, auto-conscientização e uma proibição auto-imposta de comprar.<sup>42</sup>

### Conclusão

A cleptomania, um transtorno amplamente não reconhecido, apresenta-se como uma doença crônica em muitos indivíduos e tem significativas repercussões psicológicas, sociais e

legais. À medida que a busca específica de tratamento para cleptomania é bem rara, é importante que os clínicos reconheçam o transtorno e examinem os pacientes apropriadamente. Vários tratamentos têm sido úteis em estudos de caso e em pequenos estudos de tratamento, mas é preciso mais pesquisas que examinem a etiologia e o tratamento.

### Referências

1. Grant JE, Levine L, Kim D, Potenza MN. Impulse control disorders in adult psychiatric inpatients. *Am J Psychiatry*. 2005;162(11):2184-8.
2. Grant JE. Understanding and treating kleptomania: new models and new treatments. *Isr J Psychiatry Relat Sci*. 2006;43(2):81-7.
3. Williams KA, Grant JE. Prevalence of impulse control disorders in adolescent psychiatric inpatients. Scientific Abstracts, American College of Neuropsychopharmacology 45th Annual Meeting; 2006 Dec 3-7; Hollywood, Florida.
4. Lejoux M, Arbaretaz M, McLoughlin M, Ades J. Impulse control disorders and depression. *J Nerv Ment Dis*. 2002;190(5):310-4.
5. Lejoux M, Feuche N, Loi S, Solomon J, Ades J. Study of impulse-control disorders among alcohol-dependent patients. *J Clin Psychiatry*. 1999;60(5):302-5.
6. Segrave K. *Shoplifting: a social history*. Jefferson (NC): McFarland & Company Publishers; 2001.
7. Abelson ES. *When ladies go a-thieving: middle-class shoplifters in the Victorian Department Store*. Oxford (UK): Oxford University Press; 1989.
8. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 1st ed. (DSM-I). Washington (DC): American Psychiatric Publishing, Inc; 1952.
9. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 2nd ed. (DSM-II). Washington (DC): American Psychiatric Publishing, Inc; 1968.
10. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 3rd ed., text revision (DSM-III-R). Washington (DC): American Psychiatric Publishing, Inc; 1987.
11. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 4th ed., text revision (DSM-IV-TR). Washington (DC): American Psychiatric Publishing, Inc; 2000.
12. Grant JE, Kim SW. Clinical characteristics and associated psychopathology in 22 patients with kleptomania. *Compr Psychiatry*. 2002;43(5):378-84.
13. Goldman MJ. Kleptomania: making sense of the nonsensical. *Am J Psychiatry*. 1991;148(8):986-96.
14. McElroy SL, Pope HG Jr, Hudson JI, Keck PE Jr, White KL. Kleptomania: a report of 20 cases. *Am J Psychiatry*. 1991;148(5):652-7.
15. Presta S, Marazziti D, Dell'Osso L, Pfanner C, Pallanti S, Cassano GB. Kleptomania: clinical features and comorbidity in an Italian sample. *Compr Psychiatry*. 2002;43(1):7-12.
16. Sarasalo E, Bergman B, Toth J. Personality traits and psychiatric and somatic morbidity among kleptomaniacs. *Acta Psychiatr Scand*. 1996;94(5):358-64.
17. Bayle FJ, Caci H, Millet B, Richa S, Olie JP. Psychopathology and comorbidity of psychiatric disorders in patients with kleptomania. *Am J Psychiatry*. 2003;160(8):1509-13.
18. Grant JE. Family history and psychiatric comorbidity in persons with kleptomania. *Compr Psychiatry*. 2003;44(6):437-41.
19. McElroy SL, Hudson JI, Pope HG, Keck PE. Kleptomania: clinical characteristics and associated psychopathology. *Psychol Med*. 1991;21(1):93-108.
20. Grant JE. Co-occurrence of personality disorders in persons with kleptomania: a preliminary investigation. *J Am Acad Psychiatry Law*. 2004;32(4):395-8.
21. Grant JE, Kim SW. Quality of life in kleptomania and pathological gambling. *Compr Psychiatry*. 2005;46(1):34-7.
22. Grant JE, Kim SW. An open label study of naltrexone in the treatment of kleptomania. *J Clin Psychiatry*. 2002;63(4):349-56.

23. Bechara A, Tranel D, Damasio H. Characterization of the decision-making deficit of patients with ventromedial prefrontal cortex lesions. *Brain*. 2000;123(Pt 11):2189-202.
24. Marazziti D, Presta S, Pfanner C, Di Nasso E, Cassano GB. The biological basis of kleptomania and compulsive buying. Scientific Abstracts, American College of Neuropsychopharmacology 39th Annual Meeting; 2000 Dec 10-14; San Juan, Puerto Rico.
25. Grant JE, Odlaug BL, Wozniak JR. Neuropsychological functioning in kleptomania. *Behav Res Ther*. 2006;45(7):1663-70.
26. Nyffeler T, Regard M. Kleptomania in a patient with a right frontolimbic lesion. *Neuropsychiatr Neuropsychol Behav Neurol*. 2001;14(1):73-6.
27. Grant JE, Correia S, Brennan-Krohn T. White matter integrity in kleptomania: a pilot study. *Psychiatry Res*. 2006;147(2-3):233-7.
28. Kraus JE. Treatment of kleptomania with paroxetine. *J Clin Psychiatry*. 1999;60(11):793.
29. Chong S, Low B. Treatment of kleptomania with fluvoxamine. *Acta Psychiatr Scand*. 1996;93(4):314-5.
30. Aboujaoude E, Gamel N, Koran L. A case of kleptomania correlating with premenstrual dysphoria. *J Clin Psychiatry*. 2004;65(5):725-6.
31. Feeny D, Klykylo W. Treatment for kleptomania. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 1997;36(6):723-4.
32. Durst R, Katz G, Teitelbaum A, Zislin J, Dannon PN. Kleptomania: diagnosis and treatment options. *CNS Drugs*. 2001;15(3):185-95.
33. Kmetz G, McElroy S, Collins D. Response of kleptomania and mixed mania to valproate. *Am J Psychiatry*. 1997;154(4):580-1.
34. Lepkifker E, Dannon PN, Ziv R, Iancu I, Horesh N, Kotler M. The treatment of kleptomania and serotonin reuptake inhibitors. *Clin Neuropharmacol*. 1999;22(1):40-3.
35. Dannon P. Topiramate for the treatment of kleptomania: a case series and review of the literature. *Clin Neuropharmacol*. 2003;26(1):1-4.
36. Burstein A. Fluoxetine-lithium treatment for kleptomania. *J Clin Psychiatry*. 1992;53(1):28-9.
37. Dannon PN, Iancu I, Grunhaus L. Naltrexone treatment in kleptomania patients. *Hum Psychopharmacol*. 1999;14:583-5.
38. Aboujaoude E, Koran LM, Gamel N. Escitalopram in the treatment of kleptomania. Scientific Abstract, 25th meeting of the New Clinical Drug Evaluation Unit; 2005 June 6-9; Boca Raton, Florida.
39. Grant JE. Outcome study of kleptomania patients treated with naltrexone: a chart review. *Clin Neuropharmacol*. 2005;28(1):11-4.
40. Grant JE, Potenza MN. Impulse control disorders: clinical characteristics and pharmacological management. *Ann Clin Psychiatry*. 2004;16(1):27-34.
41. Aizer A, Lowengrub K, Dannon PN. Kleptomania after head trauma: two case reports and combination treatment strategies. *Clin Neuropharmacol*. 2004;27(5):211-5.
42. McNeilly DP, Burke WJ. Stealing lately: a case of late-onset kleptomania. *Int J Geriatr Psychiatry*. 1998;13(2):116-21.