

Tratamento do jogar patológico e prevenção de recaída¹

Roberto Alves Banaco²

Pontifícia Universidade Católica de São Paulo

Resumo

O comportamento de jogar tem sido classificado como patológico dentro de determinadas condições e tem sido comparado a disfunções ligadas ao controle de impulso. Desta forma, a utilização de procedimentos semelhantes a essas disfunções tem sido proposta como tratamento terapêutico. Uma proposta de possíveis relações funcionais envolvidas no problema é apresentada: condicionamento clássico; intermitência de reforçamento positivo; respostas de fuga de estados internos desconfortáveis; dinheiro enquanto reforçador generalizado pode ter papel acessório. São analisadas ainda algumas propostas terapêuticas: envolver a família no processo terapêutico; aplicar o procedimento de aproximações sucessivas para obtenção do controle sobre o jogar e técnicas de prevenção de recaída.

Palavras chaves: jogar patológico; prevenção da recaída; análise funcional.

Summary

Treatment of pathological gambling and relapse prevention. Gambling behavior has been classified as pathological under certain conditions and has been compared to impulse dysfunction. This way, the use of procedures similar to that applied to those dysfunction has been proposed as therapeutic treatment. A proposal of possible functional relationships involved in the problem is presented: classic conditioning; intermittence of positive reinforcement; avoidance responses of uncomfortable internal states; money while generalized reinforcer can have accessory role. Are still analyzed some therapeutic proposals: involving the family in the therapeutic process; applying the procedure of successive approaches for obtaining of the control on playing and techniques of relapse prevention.

Key words: pathological gambling; relapse prevention; functional analysis.

Definição, critérios diagnósticos e diagnósticos diferenciais

O jogar patológico tem sido diagnosticado pelos profissionais que se utilizam do

DSM-IV para classificação, conduta psiquiátrica e psicoterapêutica, quando a pessoa apresenta pelo menos cinco dentre os seguintes padrões de comportamento:

1. Este texto foi proferido durante a 50^a Reunião Anual da SBPC, em Natal, no simpósio *Prevenção, tratamento e análise funcional: a abordagem comportamental na saúde*, promovido pela ABPMC (Associação Brasileira de Psicologia e Medicina Comportamental), julho de 1998.

2. Professor Associado do Departamento de Métodos e Técnicas da Faculdade de Psicologia da Pontifícia Católica de São Paulo e professor pesquisador do Laboratório de Psicologia Experimental. Coordenador do Programa de Estudos Pós-Graduados em Psicologia Experimental: Análise do Comportamento. Endereço para correspondência: Rua João Ramalho, 301 - Perdizes, São Paulo, SP; Fone: (0xx11) 36708190; e-mail rbanaco@zip.net.

1. fica preocupada com o jogar (p.ex. fica preocupada com reviver experiências de jogo passadas, planeja o próximo episódio, ou ocupa-se em obter modos para adquirir dinheiro com o qual jogar);
2. necessita apostar maiores quantidades de dinheiro para obter a mesma satisfação;
3. tem insucessos repetidos nos esforços para controlar, diminuir ou parar de jogar;
4. apresenta sinais de inquietação ou irritabilidade quando tenta reduzir ou deixar de jogar;
5. joga como uma forma de escapar dos problemas ou para aliviar humor disfórico (p.ex., sentimentos de desamparo, culpa, ansiedade, depressão);
6. depois de perder dinheiro jogando, retorna freqüentemente ao jogo para recuperar as perdas (“fazer caixa”);
7. mente para os membros da família, para o terapeuta e para outras pessoas de forma a mascarar a extensão do envolvimento com o jogar;
8. comete atos ilegais tais como falsificação, fraude, falsificação, ou desfalque para custear o jogar;
9. arrisca ou chega a perder relações afetivas, empregos, oportunidades educacionais ou de carreira, significativos, em decorrência do comportamento de jogar;

10. depende do dinheiro de outros para solucionar situações financeiras decorrentes do comportamento de jogar.

No entanto, os manuais de classificação e diagnóstico dos transtornos psiquiátricos apontam a necessidade de se fazer um diagnóstico diferencial entre o jogar patológico e outras manifestações que apresentam sintomas semelhantes. Assim, é utilizado o diagnóstico de jogar patológico em casos nos quais o comportamento de jogar não for melhor classificado por um episódio maníaco, caso no qual prevalecerá esta última classificação como diagnóstico norteador da conduta terapêutica (DSM-IV).

Ainda, dentre as distinções que devem ser feitas sobre o jogar patológico estão aquelas apontadas no CID 10. Segundo esse manual de classificação das doenças mentais, o jogar patológico deve ser distinguido de:

- a. jogo e aposta, que são situações nas quais joga-se freqüentemente por excitação ou numa tentativa de ganhar dinheiro; pessoas nessa categoria refreiam seu comportamento de jogar quando confrontadas com perdas importantes ou outros efeitos adversos;
- b. jogar excessivamente em pacientes maníacos;
- c. jogar em personalidades sociopáticas (transtorno de personalidade anti-social)³.

3. São critérios diagnósticos para transtorno de personalidade anti-social.

- a. Há um padrão pervasivo de desprezo e violação dos direitos alheios a partir dos quinze anos, demonstrando por três ou mais dos itens abaixo:
 1. incapacidade de se ajustar a normas sociais no que se refere a comportamentos legais, tais como apresentar repetidamente atos passíveis de detenção;
 2. dissimulação, indicada por mentir repetidamente, uso de aliados ou aproveitar-se dos outros para lucro ou prazer pessoal;
 3. impulsividade ou incapacidade de planejar com antecedência;
 4. irritabilidade e agressividade, indicados por repetidos embates físicos ou lutas;
 5. negligência com a segurança de si próprio ou dos outros;
 6. irresponsabilidade freqüente indicada pela incapacidade de trabalhar com regularidade ou honrar obrigações financeiras;
 7. Ausência de remorso indica por indiferença ou racionalização ao ferir, maltratar ou furtar outra pessoa;
- b. O indivíduo possui ao menos dezoito anos de idade.
- c. Há evidência de transtornos da conduta antes dos quinze anos de idade.
- d. A ocorrência de comportamento anti-social não se deve exclusivamente à existência de esquizofrenia ou de um episódio maníaco.

Existem dados indicando que jogadores compulsivos, impedidos de jogar, vivem uma tensão crescente e intolerável; quando cedem ao impulso e emitem o comportamento de jogar, experienciam excitação física e psicológica, amplificadas quando as jogadas ou as apostas são bem-sucedidas. Apresentam alterações do nível de excitação autonômica, pressão arterial e batimentos cardíacos, sugerindo que esses indivíduos apresentam um *drive* aumentado para comportamentos geradores de emoção (Bernik, Araújo e Wielenska, 1995; Del Porto, 1996).

A partir do DSM-III-R, e mantido no DSM-IV, o jogar patológico foi redefinido por critérios paralelos àqueles de dependência de drogas psicoativas para enfatizar a natureza compulsiva do jogar.

O jogar patológico é hoje classificado entre os transtornos de controle de impulso, os quais são descritos no DSM-IV, pelas seguintes características:

1. falha em resistir a um impulso, motivação (*drive*) ou tentação para emitir algum comportamento que seja prejudicial a si próprio ou a outra pessoa;
2. uma crescente sensação de tensão ou excitação antes de emitir o comportamento; e
3. uma experiência de prazer, gratificação ou alívio no momento que está emitindo o comportamento.

Para tornar mais claras as diferenças e semelhanças entre os comportamentos classificados por Skodol & Oldhan (1996) como espontaneamente impulsivos e os comportamentos compulsivamente compulsivos, Del Porto (1996) apresenta o seguinte Quadro:

Comportamentos	Impulsivo	Compulsivo
Diferenças	• subitaneidade e caráter explosivo	• maneira ritualizada
	• geralmente vinculam-se à obtenção de prazer	• têm como função principal reduzir ansiedade ou prevenir sofrimentos
	• associam-se a atos perigosos	• Evitam riscos

Fonte : DSM IV - APA (1995)

Semelhanças	• Falha do controle da vontade (acontecem à revelia do indivíduo)
	• Apresentem algum grau de resistência do indivíduo em executá-los (principalmente no início)
	• São padrões repetitivos de comportamento
	• Podem coexistir no mesmo indivíduo

Adaptado de Del Porto, 1996.

Segundo Lima (1996), o jogar compulsivo estaria entre os “transtornos do espectro obsessivo-compulsivo” devido às suas similaridades formais dos sintomas, mas deve ser considerado à parte do transtorno obsessivo-compulsivo porque os indivíduos experienciam certo prazer na sua execução.

Dados epidemiológicos

O jogar patológico afeta 2 a 3% da população adulta, com prevalência marcada em homens (Bernik, Araújo e Wielenska, 1995). Nos homens, observa-se mais freqüentemente o início deste tipo de comportamento na adolescência. Nas mulheres, em geral, o jogar patológico inicia-se em períodos mais tardios do desenvolvimento, na vida adulta ou na meia-idade. É encontrado freqüentemente em comor-

bidade com outros transtornos de controle do impulso (mais comumente transtornos de uso de substâncias e transtornos alimentares) e transtornos mentais de natureza não impulsiva (mais comumente transtornos de humor e ansiedade). Três estudos indicaram que 83% dos pacientes diagnosticados com jogar patológico apresentavam também distúrbio de humor (Bernik, Araújo e Wielenska, 1995). Segundo Del Porto (1996), também têm sido observados distúrbios de atenção e impulsividade em pessoas que apresentam o jogar patológico.

Há também relatos na literatura, sobre associações do jogar patológico a distúrbios de personalidade, tais como o transtorno de personalidade anti-social, do qual deve ser diferenciado, e ao transtorno "borderline". Em comorbidade com depressão e impulsividade há o risco de suicídio (Del Porto, 1996).

Análise funcional do comportamento de jogar patológico

Uma ótima análise funcional a respeito do jogar patológico foi apresentada por Bernik, Araújo e Wielenska (1995). Os autores indicam quatro possíveis explicações sobre a instalação e a manutenção do comportamento patológico de jogar:

1. Pareamento repetido entre CS (estímulos ambientais) e o UCS (sensações prazerosas relacionadas à realização do ato impulsivo) - condicionamento clássico.

Já foi relatado acima que a excitação experimentada pelas pessoas que jogam é bastante prazerosa. A situação de jogo e outras situações da vida da pessoa (como falar sobre o jogo, ver

letreiros, ouvir palavras associadas a jogo, ou mesmo lembrar de situações de jogo) poderiam adquirir funções de estímulos condicionados para o "impulso de jogar" se forem associadas repetidamente a essa excitação, a qual poderia ser encarada como um estímulo incondicionado. O efeito do jogar, portanto, pode ser comparado ao encontrado com o uso de drogas psicoativas.

2. Jogar: mantido por intermitência de reforçamento positivo.

Sabe-se que a intermitência da liberação de reforços positivos tem como efeito, se bem aplicada, a manutenção de um grande número respostas submetidas a longos períodos de extinção. Considerando-se que além da excitação prazerosa já citada, efetivamente algumas vezes o jogar pode ser conseqüenciado pelo ganhar dinheiro (ou outro reforçador qualquer), o resultado deste processo seria uma grande resistência à extinção da resposta de jogar.

3. Pode ser mantido também por respostas de fuga de estados internos desconfortáveis (ansiedade, depressão etc.).

Como já foi apontado, muitas vezes o alívio de sensações desconfortáveis como ansiedade e depressão é o que se experiencia enquanto o comportamento de jogar está presente. Notadamente é esta característica que faz com que o jogar patológico seja encarado e tratado tão semelhantemente à adição a drogas ansiolíticas.

4. Dinheiro (reforçador generalizado) pode ter papel acessório no desenvolvimento do comportamento.

Isto é muito claro, já que o dinheiro ganho em jogo pode (em tese) ser trocado por quase tudo que satisfaça às necessidades da pessoa que o ganhou. Inclusive continuar jogando.

Avaliação funcional do comportamento de jogar patológico

Os dados apresentados até aqui sugerem que se deve, antes de pensar numa intervenção sobre o comportamento de jogar, proceder a uma boa avaliação da queixa apresentada.

Bernik, Araújo e Wielenska (1995) apontam alguns aspectos extremamente importantes para uma avaliação inicial e proceder-se a uma análise funcional. Deve-se, segundo estes autores, obter dados sobre:

- o tipo de comportamento de jogar (se é social, solitário, em máquina, aposta em cavalos, bingo etc.), o que pode ser considerado como uma especificação da resposta;
- padrão do comportamento de jogar: frequência, horário, locais frequentados, tempo dispendido, perdas e ganhos, conseqüências pessoais (saúde, aparência, finanças, legais, família e trabalho);
- precipitantes externos e internos (estressores psicossociais vigentes) – busca de antecedentes;
- conseqüências de curto, médio e longo prazo;
- habilidades (interpessoais, intelectuais, profissionais, acadêmicas, artísticas e esportivas) – para avaliar possibilidades de intervenção;
- fontes de reforçamento positivo disponíveis para comportamentos concorrentes ou incompatíveis com o comportamento-alvo inadequado, para que se possa ter uma previsão de quais

“apoios” ambientais o terapeuta já dispõe, e quais ele teria que “criar” para a mudança do comportamento e sua manutenção.

Segundo Tarlow & Maxwell (1989) um registro diário feito pela pessoa que joga, que inclua número de vezes jogadas, tipo do jogo, quantidade de dinheiro apostada, quanto ganha e quanto perde e o tempo dispendido jogando é a melhor forma de obter uma avaliação de um problema relacionado a jogo. Não deve ser desprezada, no entanto, a informação que temos de que é muito provável que a pessoa que joga minta nesse tipo de registro, ou “songue” informações.

Intervenção

Tarlow & Maxwell (1989) relataram que o uso de terapia aversiva, a qual emparelhava choque elétrico ao comportamento de apostar e/ou à situação de ganho para tornar esses acontecimentos aversivos, tiveram sucesso em um número muito reduzido de pacientes.

Baseados em análise funcional, Bernik, Araújo e Wielenska (1995) propuseram um conjunto de condutas terapêuticas que têm se mostrado eficazes no controle do jogar:

- esclarecer cliente e familiares sobre o fenômeno do jogar patológico;
- passar-lhes a noção de que o jogar patológico é o resultado de uma combinação de fatores biológicos e ambientais e que é um fenômeno que vem sendo estudado;
- inspirar confiança no tratamento, para que a adesão às mudanças seja intensificada;
- estimular engajamento do cliente e dos familiares na disposição para a mudança ambiental e comportamental;

- exposição ao estímulo ambiental associado ao jogar (exposição ocasional ao estímulo ambiental pode contribuir para recaídas);
- prevenção de resposta de jogar;
- uma outra tarefa inicial do terapeuta seria, juntamente com o cliente, definir o objetivo que este tem ao vir procurar a terapia: ele procura nunca mais jogar ou quer aprender a jogar controladamente?

Para instrumentalizar o cliente tanto para parar, diminuir ou manter-se sem jogar, o terapeuta pode utilizar-se de várias técnicas, a depender do resultado da análise funcional realizada com base em todos os dados obtidos através da investigação inicial. A descrição dessas técnicas pode ser encontrada tanto em Bernik, Araújo e Wielenska (1995), quanto em Caballo (1996).

Para o caso do cliente pretender aprender a jogar controladamente, a técnica de aproximação sucessiva deve ser utilizada. Ela é uma tentativa de fazer uma exposição gradual e controlada à situação de jogo, instalando (ou reinstalando) novos repertórios de respostas nas situações-problema.

Aproximação Sucessiva (objetivo de obtenção de controle)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Reverta pequeno valor em dinheiro para jogar (dado contingentemente ao cumprir obrigações). 2. Joga com alguém especial monitorando. 3. Joga sozinho. 4. Não pode reinvestir ganhos eventuais em mais jogo; estes devem ser usados em outras atividades prazerosas que não o jogar. 5. Não pode acumular quantias para arriscar tudo de uma só vez. 6. Progressos clínicos, vai sendo restituído o controle dos próprios rendimentos, suas propriedades e sua rotina de vida.
--	---

Segundo Stone (1996), um tratamento terapêutico tipo Alcoólicos Anônimos é o que tem, em conjunto com tratamento através de drogas serotoninérgicas, a maior chance de obter resultados positivos. No entanto, Del Porto (1996) afirma que este tipo de tratamento atinge 70% de abandono e apenas 8% dos que procuraram os "Gamblers Anonymous" (GA) estavam abstinentes depois de um ano de frequência aos grupos. Afirma ainda que os estudos farmacológicos estão em andamento, e que tem-se tentado sais de lítio (com resultados parciais) e inibidores seletivos de recaptação de serotonina.

Prevenção da recaída

O estudo de Cummings, Gordon & Marlatt (1980) mostra uma análise de situações de recaída com alcoólicos, fumantes, adictos em heroína, jogadores compulsivos e indivíduos em dieta. Os dados a respeito das situações precursoras de recaídas dos sujeitos pesquisados que apresentavam o diagnóstico de jogadores compulsivos são os seguintes:

1. estados emocionais negativos (47%): experiências de frustração, raiva, ansiedade, depressão ou tédio, antes ou no momento da ocorrência do primeiro lapso;
2. conflito interpessoal (16%): situações de conflito em relacionamentos tais como casamento, amizade, membros familiares, relações patrão-empregado;
3. teste do controle pessoal (16%): tentativa para testar a própria capacidade de "tentar só uma vez", sem perder o controle; testes de "força de vontade" ou "fortaleza interior";

4. desejos (ou compulsões) e tentações (16%): somente é atribuída quando outros fatores situacionais ou interpessoais foram descartados; possível esquecimento desses fatores (categoria “cesto de lixo”); situações válidas de classificação: a. quando há sinalização da substância psicoativa; b. as que aparentemente surgem “do nada” (fissura). Esta última é bastante discutível;
5. pressão social (5%): influência de outra pessoa ou grupo para que se engaje no comportamento-problema.

Baseados nesses números poderemos trabalhar sobre a construção de Programas de prevenção da recaída para o problema-alvo deste trabalho:

1. *Aumentar o controle sobre as relações entre ambiente e controle discriminativo de estados internos:*
Existe em português um manual de Knapp e Bertolote (1994) que serve para melhorar a discriminação de possíveis comportamentos, estados internos e aspectos ambientais de risco para o uso de drogas. Com pequenas adaptações, servirá também para o jogar patológico.
O importante da descoberta dos estados internos é que ela guiará a atenção para a descoberta das situações provocadoras de ansiedade. É sobre estas situações que a ação psicológica deverá ser dirigida. Assim, se uma pessoa discrimina que sua ansiedade é gerada pela situação geral de sua casa, e que ela evita dirigir-se para lá, ou quando já está lá, procura fugir, é sobre as operações comportamentais que ocorrem nessa situação que a análise deve se debruçar.

2. *De mudança de comportamento:*

- discriminar com precisão alterações sutis tanto em seu estado interno quanto em seu ambiente, precursores do comportamento de jogar;
- discriminados os estados internos, descrever os controles ambientais que os provocam e levam ao jogar patológico, planejar sua eliminação ou, caso isto não seja possível, construir esquivas mais adaptativas;
- tornar a resposta de jogar menos provável, aumentando o custo da resposta, ou mesmo impedindo praticamente que ela ocorra. Algumas técnicas para isto:
- construir controle de estímulos para evitar contato indesejável com estímulos precipitadores de JOGAR (mudar trajeto para alcançar os lugares aos quais se dirige, evitando aqueles que facilitem a entrada nos locais de jogo, evitar ler sobre assuntos de jogos tais como corrida de cavalos, evitar ficar na presença de pessoas que façam pressão social para jogar etc.);
 - carregar pouco dinheiro no bolso, não portar cartão de crédito ou talão de cheques;
 - deixar que terceiros administrem seus recursos financeiros;
 - combater regras disfuncionais como “Jogo só uma vez e paro”, “Se ganhar agora saio do sufoco” etc. Pode-se utilizar mais regras para combater as disfuncionais. Algo como “você não é confiável”, ou “estou sempre em risco de recaída”, ou ainda “quanto mais longe, maior o controle”, “estou há ‘X’

tempo sem jogar, não vou colocar tudo a perder”, “este jogo eu só ganho se não jogar” etc.;

- ampliar o repertório comportamental, incentivando e implementando atividades prazerosas alternativas, de forma que elas compitam com o JOGAR, diminuindo sua probabilidade de ocorrência e sua frequência.

Referências

- Associação Psiquiátrica Americana (1995). *Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais – DSM IV* (trads D. Batista). Porto Alegre: Artes Médicas.
- Bernik, M. A.; Araújo, L. A.B. e Wielenska, R. C. (1995). Transtornos do espectro obsessivo-compulsivo: transtornos de controle do impulso. In Bernard Rangé (Org.) *Psicoterapia Comportamental e Cognitiva dos Transtornos Psiquiátricos*. Campinas: Editorial Psy. Cap. 7.
- Caballo, V. (1996). *Manual de técnicas de terapia e modificação de comportamento* (trads M. D. Claudino, revisão tec. L. S. Jacob). São Paulo: Santos Editora.
- Cummings, C.; Gordon, J.R. e Marlatt, G.A. (1980). Relapse: prevention and prediction. In W.R. Miller (Ed.) *The addictive behaviors*. New York: Pergamon.
- Del Porto, J. A. (1996). Compulsões e impulsos: cleptomania, jogar compulsivo, comprar compulsivo, compulsões sexuais. In Eurípedes C. Miguel (Ed.) *Transtornos do Espectro Obsessivo-Compulsivo: Diagnóstico e Tratamento*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan. Cap. 8.
- Knapp, P. e Bertolote, J. M. (1994). *Prevenção da recaída: um manual para pessoas com problemas pelo uso do álcool e de drogas*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Lima, M. A. (1996). Quadro clínico e diagnóstico do transtorno obsessivo-compulsivo. In Eurípedes C. Miguel (Ed.) *Transtornos do Espectro Obsessivo-Compulsivo: Diagnóstico e Tratamento*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan. Cap. 1.
- Marlatt, G.A. e Gordon, J. R. (1993). *Prevenção da Recaída: Estratégias de Manutenção de Comportamentos Adictivos* (trads P. Krrapp). Porto Alegre: Artes Médicas.
- Organização Mundial da Saúde (OMS) (1993). *Classificação de Transtornos Mentais e de Comportamento da CID-10*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Skodol, A. E. e Oldham, J. M. (1996). Phenomenology, differential diagnosis, and comorbidity of the impulsive-compulsive spectrum of disorders. In John M. Oldham, Eric Hollander and Andrew E. Skodol (Eds.) *Impulsivity and Compulsivity*. Washington: American Psychiatric Press, Inc. Cap.1.
- Stone, M. H. (1996). Psychotherapy with impulsive and compulsive patients. In John M. Oldham, Eric Hollander and Andrew E. Skodol (Eds.) *Impulsivity and Compulsivity*. Washington: American Psychiatric Press, Inc. Cap.9.
- Tarlow, G. e Maxwell, A. (1989). *Clinical handbook of behavior therapy. Adult psychological disorders*. Cambridge: Brookline Books. Cap. 19.