

# JOGO PATOLÓGICO E MOTIVAÇÃO PARA MUDANÇA DE COMPORTAMENTO

*Cristiane Cauduro de Souza\**

*Jaqueline Garcia da Silva\*\**

*Margareth da Silva Oliveira\*\*\**

*Simone Armentano Bittencourt\*\*\*\**

*Suzana Dias Freire\*\*\*\*\**

## RESUMO

O Jogo Patológico é um transtorno com impacto significativo na sociedade, acarretando prejuízos sociais, financeiros e emocionais aos indivíduos. Neste artigo, realizou-se uma revisão sobre a patologia que envolve o hábito de jogar e as possibilidades terapêuticas envolvidas, principalmente o aspecto motivacional como fator essencial no tratamento. Considerando que a motivação para mudança é um importante aspecto a ser considerado na elaboração de estratégias e intervenções nesta patologia, a presente revisão relaciona o Jogo Patológico com o tema da motivação para mudança. Foram consultadas as bases de

---

\* Doutora em Psicologia Clínica pela Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS).

\*\* Graduanda em Psicologia pela Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS).

\*\*\* Psicóloga Doutora em Ciências da Saúde pela Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP) e Professora Adjunta da Faculdade da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS).

\*\*\*\* Doutora em Psicologia Clínica pela Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS).

\*\*\*\*\* Mestranda em Psicologia Clínica pela Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (PUCRS).

dados Pschynfo, Web of Science, Medline e Lilacs com os descritores *pathological gambling*, *gamblers*, *treatment*, *stages of change*, *motivational interviewing* e *readiness to change*, entre 1990 e 2008. Também foram analisados livros e artigos que não se encontravam nas referências das fontes indexadas. Da literatura científica pesquisada, observou-se que a maioria dos estudos sugere mais pesquisas com ensaios controlados para tratamento desta patologia e ressalta que a motivação do paciente parece ser fundamental como fator preditivo em qualquer modalidade terapêutica.

Palavras-chave: Jogo Patológico; Modelo Transteórico; estágios de mudança.

## ABSTRACT

### PATHOLOGICAL GAMBLING AND MOTIVATION FOR BEHAVIOR CHANGE

*Pathological Gambling is a disorder with a significant impact on society, causing social, financial and emotional injuries to individuals. In this paper, we conducted a review of scientific literature on Pathological Gambling, focusing on aspects related to this disorder, and its therapeutic possibilities, especially the motivational aspect as an essential factor to treatment. Considering motivation to change as an important issue to be considered in order to develop treatment strategies and interventions for this disorder, this review related Pathological Gambling to motivation to change. The following databases were consulted: Pschynfo, Web of Science, Medline and Lilacs; using the keywords pathological gambling, gamblers, treatment, stages of change, motivational interviewing and readiness to change, between 1990 and 2008. We also examined books and articles that were not in the references of the indexed sources. From the scientific literature searched, it was observed that most studies suggest the need for more research with controlled trials to treat this condition; and the motivation of the patient appears to be crucial as a predictive factor in any therapeutic modality.*

*Keywords: Pathological Gambling; Transtheoretical Model; stages of change.*

## INTRODUÇÃO

Os jogos de azar têm, por definição, estreita relação com o imprevisível e podem ser definidos como uma aposta de qualquer natureza sobre um jogo ou evento de resultado incerto, determinado em vários graus pelo acaso (Abreu, Tavares & Cordás, 2007).

Os jogos de azar e os problemas decorrentes desta prática parecem estar presentes na história e na cultura. Em 1886, a literatura ganhou um relato muito importante, com elementos autobiográficos, de um indivíduo com compulsão pelo jogo. O clássico livro intitula-se *O jogador* e foi escrito por Dostoiévski (citado por Freud, [1928] 1981) com o objetivo de saldar suas dívidas pessoais contraídas com o jogo.

O Jogo Patológico (JP) como alteração do comportamento humano passou a ser reconhecido oficialmente como transtorno psiquiátrico há pouco mais de 20 anos a partir da 3ª edição do DSM (American Psychiatric Association, 1980) (Oliveira & Sáad, 2006). Politzer e Hudak (1991) revelaram alguns dados significativos sobre JP nos Estados Unidos, entre eles, 1,5% da população geral adulta apresentou sintomas em frequência e magnitude suficientes para formulação do diagnóstico de JP, e outros 2,5% foram classificados como jogadores problemáticos, totalizando 4% da população envolvidos com problemas causados pelo mau gerenciamento do ato de jogar. Os mesmos autores salientaram que, comparativamente às dependências de substâncias psicoativas, o JP só não é mais frequente que as dependências do álcool e tabaco.

Os dados disponíveis sobre a prevalência do JP sugerem uma incidência em torno de 1% a 3% na população adulta nos Estados Unidos (American Psychiatric Association, 2002). Em cidades com alta concentração de casas de jogo, como Las Vegas (EUA), por exemplo, esse número aumenta para 8,7% da população adulta (Ballone, 2003). Não há pesquisas epidemiológicas publicadas sobre a prevalência de JP na população brasileira, no entanto alguns indicativos são preocupantes.

Em 1997, Oliveira realizou um estudo pioneiro sobre JP em uma amostra brasileira. Esta pesquisa constituiu-se em um estudo de campo, no qual foram entrevistados 171 frequentadores de casas de aposta (bingo, Jockey Club e videopôquer), dos quais 75 foram diagnosticados como jogadores patológicos. O perfil desta amostra revelou em sua maioria homens (87,7%), com ensino médio ou nível superior (82,3%), empregados em regime integral (71,6%), sendo a metade deles casados (50,7%), com idade média de 40 anos de idade e renda mensal média de R\$ 4.000,00. Percebe-se que esse perfil descreve adultos, pertencentes à classe média, inseridos no mercado de trabalho.

Apesar de existirem muitos casos de pessoas com esse transtorno, há poucos estudos publicados e pouco conhecimento sobre o impacto do JP entre os brasileiros. No entanto, o JP vem sendo estudado em outros países conforme as consultas realizadas nas bases de dados *Pschynfo*, *Web of Science*, *Medline* e *Lilacs* com os descritores *pathological gambling*, *gamblers*, *treatment*, *stages of change*, *motivational interviewing* e *readiness to change*, entre 1990 e 2008. O resultado da busca de artigos está representado na Tabela em anexo. Também foram analisados livros e artigos que não se encontravam nas referências das fontes indexadas.

## QUADRO CLÍNICO E COMORBIDADES

O Jogo Patológico pode ser definido como o comportamento recorrente de apostar em jogos de azar apesar das consequências negativas decorrentes desta atividade. O indivíduo perde o domínio sobre o jogo, tornando-se incapaz de controlar o tempo e o dinheiro gasto, mesmo quando está perdendo. A Associação Americana de Psiquiatria (APA) reconheceu o Jogo Patológico como Transtorno de Controle do Impulso, incluindo-o em 1980 no *Manual diagnóstico estatístico de transtornos mentais* (American Psychiatric Association, 1980). JP já foi, ao longo do tempo, classificado como comportamento compulsivo, como dependência e, atualmente, está classificado como um dos “Transtornos de Controle dos Impulsos não classificados em outro local”.

O JP, segundo os critérios diagnósticos do DSM-IV-TR (American Psychiatric Association, 2002), é caracterizado pelo seguinte quadro:

A – Comportamento de jogo mal-adaptativo, persistente e recorrente, indicado por cinco (ou mais) dos seguintes quesitos:

1 – preocupação com jogo (preocupação com experiências passadas, especulação do resultado ou planejamento de novas apostas, pensamento de como conseguir dinheiro para jogar);

2 – necessidade de aumentar o tamanho das apostas para alcançar a excitação desejada;

3 – esforço repetido e sem sucesso de controlar, diminuir ou parar de jogar;

4 – inquietude ou irritabilidade quando diminui ou para de jogar;

5 – jogo como forma de escapar de problemas ou para aliviar estado disfórico (sentimentos de desamparo e culpa, ansiedade, depressão);

6 – depois da perda de dinheiro no jogo, retorna frequentemente no dia seguinte para recuperar o dinheiro perdido;

7 – mentir para familiares, terapeuta ou outros, a fim de esconder a extensão do envolvimento com jogo;

8 – cometer atos ilegais como falsificação, fraude, roubo ou desfalque para financiar o jogo;

9 – ameaçar ou perder relacionamentos significativos, oportunidades de trabalho, educação ou carreira por causa do jogo;

10 – contar com outros para prover dinheiro, no intuito de aliviar a situação financeira desesperadora por causa do jogo.

B – O comportamento de Jogo Patológico não é melhor explicado por um Episódio Maníaco.

Uma das escalas mais utilizadas na identificação do JP é a *The South Oaks Gambling Screen* (SOGS). A SOGS foi criada por Lesieur e Blume (1987) e é um questionário autoaplicável de 20 itens, baseados nos critérios diagnósticos do DSM-III. É um instrumento útil para discriminar jogadores patológicos de jogadores não patológicos, identificando graus distintos de gravidade, bem como para diferenciar grupos clínicos de não-clínicos. Possui versão validada e adaptada no Brasil (Oliveira, Silva & Silveira, 2002).

Custer (1984) apresentou uma clássica descrição das fases do comportamento de jogar caracterizando padrões uniformes e progressivos no JP, começando com pequenas apostas, normalmente na adolescência e sendo mais frequente entre os homens. O intervalo de tempo previsto entre começar a jogar e perder o controle sobre o jogo varia de 1 a 20 anos, sendo mais comum em um período médio de 5 anos. Três fases do comportamento de jogar podem ser identificadas:

Fase da vitória: as vitórias tornam-se cada vez mais excitantes, e o indivíduo passa a jogar com maior frequência, acreditando que é um excelente apostador. Um indivíduo que joga apenas socialmente geralmente para de jogar aí.

Fase da perda: a atitude de otimismo não-realista passa a ser característica do jogador patológico. Depois de ganhar uma grande quantia de dinheiro, o valor da aposta aumenta consideravelmente, na esperança de ganhos ainda maiores. Jogar passa a ocupar um tempo considerável na vida do jogador, e a perda passa a ser difícil de ser tolerada. O dinheiro que ganhou no jogo é utilizado para jogar mais, e, em seguida, o indivíduo emprega o salário, economias e dinheiro investidos; por vezes necessita recorrer a familiares ou conhecidos para aliviar uma situação preocupante (perda de emprego, divórcio). Jogar para recuperar os prejuízos é um marco do comportamento patológico (Lesieur, 1979).

Fase do desespero: a característica principal é o aumento de tempo e dinheiro gastos com o jogo e o afastamento familiar. Um estado de pânico surge, uma vez que o jogador percebe o tamanho de sua dívida, seu desejo de pagá-la prontamente, o isolamento de familiares e amigos, a reputação negativa que passou a ter na sua comunidade e, finalmente, um desejo nostálgico de recuperar os primeiros dias de vitória. A percepção desses fatores pressiona o jogador, e o comportamento de jogar aumenta ainda mais, na esperança de ganhar uma quantia que possa resolver todos esses problemas. Alguns passam então a utilizar recursos ilegais para obter dinheiro. Nessa fase, é comum a exaustão física e psicológica, sendo frequente a depressão, pensamentos suicidas e o alcoolismo.

Shaffer, Hall e Vander Bilt (1999) sugerem três níveis que caracterizam a gravidade do envolvimento com o jogo.

Nível 0: Pessoas que jogam sem apostar.

Nível 1: Sujeitos que praticam a aposta, muitas vezes em mais de uma modalidade de aposta, e não vivenciam problemas relacionados ao jogo.

Nível 2: Pessoas envolvidas em problemas decorrentes de suas apostas, porém não apresentam sintomas suficientes para a classificação diagnóstica de Jogo Patológico.

Nível 3: Sujeitos que podem ser diagnosticados como jogadores patológicos e que possivelmente vivenciam problemas graves decorrentes do hábito de apostar.

A frequente comorbidade de sintomas, transtornos psiquiátricos e de personalidade contribui para tornar complexo o quadro clínico do JP, sendo os mais comuns o Transtorno de Humor, o Transtorno de Ansiedade, e a Dependência do Álcool e outras drogas (Crockford & El-Guebaly, 1998). Homens jogadores patológicos apresentam alta comorbidade, ao longo da vida, com transtornos afetivos, variando de 21% a 60% (Becoña, Lorenzo & Fuentes, 1996; Black e Moyer, 1998), e com dependência de substâncias, variando de 25% a 65% (Black & Moyer, 1998; Crockford & El-Guebaly, 1998).

Inúmeras pesquisas apontam a associação entre o JP e a dependência de drogas. Carvalho, Collakis, Oliveira e Silveira (2005) realizaram uma pesquisa em São Paulo, com amostra de 74 pacientes de três serviços especializados em tratamento para Dependência Química. Foi encontrada alta frequência de JP nessa amostra de dependentes químicos que procuraram tratamento (18,9% da amostra caracteriza-se como jogador patológico e 10,8% como “jogador problema”), corroborando dados da literatura internacional sobre a comorbidade entre estes transtornos.

Em artigo de revisão da literatura sobre a relação entre o JP e os Transtornos do Humor, Kim, Grant, Eckert, Faris e Hartman (2006) enfocaram a associação e o tratamento quando estas patologias estão associadas. Os autores discutiram a possibilidade de a depressão influenciar na motivação para o jogo ou apresentar-se como aspecto secundário (consequências do hábito de jogar, perdas financeiras, estresse). Concluíram que na maior parte dos estudos não se pode afirmar que a depressão é primária ou secundária aos problemas relacionados ao jogo. Entretanto, salientaram que comportamentos como jogo, sexo e compras compulsivas aparecem como tentativa de “automedicação” dos sintomas depressivos (Goldman, 1991).

Muitos estudos sugerem que essas comorbidades também ocorram em mulheres, apesar de a maior parte dos estudos sobre JP ter como base uma população masculina. Entretanto, estima-se que um terço dos indivíduos que recebem este

diagnóstico sejam mulheres, que apresentam maior propensão à depressão (Tavares, Gentil, Oliveira & Tavares, 1999).

Martins, Lobo, Tavares e Gentil (2002), em um artigo de revisão da literatura sobre o JP entre mulheres, sugerem que um aprofundamento das relações entre o JP e a questão do gênero seja promissor. Segundo os autores, os poucos estudos encontrados nesta área indicam que os jogos de azar impactam de maneira diferente os gêneros, afetando significativamente as mulheres, que podem vir a desenvolver o quadro de JP duas vezes mais rápido do que os homens. Entre os estudos sobre mulheres jogadoras, os autores destacaram o de Strachan e Custer, de 1993, com 52 mulheres jogadoras nos Jogadores Anônimos (JA) de Las Vegas, em 1989, e identificaram o perfil típico da jogadora como caucasiana (83%), de 30 a 49 anos (76%), casada (67%), com filhos (75%), com ensino médio (74%) e que jogava videopôquer (90%). Entre as complicações associadas ao jogo estavam tentativas de suicídio (23%), dependência de drogas ilícitas (23%) e alcoolismo (10%).

Volberg e Steadman (1988) verificaram que 7% dos indivíduos em programas de tratamento para JP em Nova Iorque (EUA) eram mulheres. Entretanto, estudos de JP na população geral no Canadá e EUA mostram uma razão homem-mulher de 2:1 a 3:1 (Coman, Burrows & Evans, 1997; Ladoucer, 1991).

## JOGO PATOLÓGICO: IMPULSO, COMPULSÃO OU DEPENDÊNCIA?

O Jogo Patológico vem sendo considerado uma dependência comportamental semelhante à dependência química (Holden, 2001). Com o avanço das neurociências, hoje se sabe que o sistema mesolímbico de recompensa tem papel central no desenvolvimento e na manutenção da dependência de substâncias (Reuter, Raedler, Rose, Hand, Glascher & Buschel, 2005). A hipótese mais aceita, do ponto de vista neuroquímico, é a de que os farmacodependentes apresentam uma deficiência no sistema de recompensa e que a procuram compensar com o uso da droga (Blum, Braverman, Holden, Lubar, Monastra & Miller, 2000). Especula-se que o JP também esteja relacionado à deficiência do sistema dopaminérgico mesolímbico de recompensa.

Em artigo de revisão da literatura sobre o JP, Tavares, H., Gentil, Oliveira e Tavares, A. G. (1999) discutiram a definição e a compreensão de termos e conceitos envolvidos na dinâmica do transtorno de JP, entre eles compulsividade e impulsividade, na tentativa de contribuir com sua caracterização fenomenológica e clínica. Segundo os autores, o caráter egossintônico do comportamento de jogar, a sua estreita relação com o prazer (Moran, 1983, citado por Tavares *et al.*,

1999) e a sua associação com outras patologias de perfil impulsivo justifica sua classificação entre os transtornos de controle dos impulsos. Contudo, o JP apresenta comorbidade com outras patologias de caráter não impulsivo, principalmente com transtornos de humor e com transtornos de ansiedade, e o ato de jogar, como forma de evitar estados emocionais desfavoráveis, associado à sintomatologia ansiosa, sugeriria, para alguns autores, uma natureza compulsiva (Skodol & Oldham, 1996, citado por Tavares *et al.*, 1999).

Na tese de doutorado defendida por Tavares (2000), o autor analisa o JP e suas relações com o espectro impulsivo-compulsivo. Neste estudo, foram selecionados 40 jogadores patológicos, 40 portadores de Transtorno Obsessivo-Compulsivo (TOC) e 40 controles normais, com o objetivo de comparar o JP com TOC quanto às características de curso clínico, comorbidades e, principalmente, em relação a traços de personalidade com enfoque específico em impulsividade e compulsividade. Uma das conclusões mais importantes deste trabalho é que, embora combine traços impulsivos e compulsivos, a personalidade do jogador patológico é distinta daquela do portador de TOC no que se refere à necessidade de busca de novidades, o que é mais presente em jogadores do que nos controles e nos portadores de TOC. Quanto ao curso, os sintomas de TOC iniciam antes que os problemas com jogo. O curso clínico do JP e a elevada comorbidade com alcoolismo e tabagismo, segundo o autor, demonstram mais semelhanças com dependências químicas do que com TOC. Para o autor, a definição que mais se aplica ao JP é uma dependência comportamental, cujo traço mais saliente são a impulsividade e a sensação de êxtase, semelhante à experimentada pelas drogas, que, neste caso, vem da aposta, da emoção de obter bons resultados e de ganhar.

## JOGO PATOLÓGICO E MOTIVAÇÃO PARA MUDANÇA

Várias modalidades terapêuticas têm sido sugeridas no tratamento de jogadores patológicos, mas estudos sobre a sua efetividade parecem estar apenas no início. A literatura científica sobre a eficácia dos tratamentos para o JP é escassa (López Viets & Miller, 1997). Até o momento não é possível afirmar que há um único tratamento para intervir sobre esta patologia.

Petry e Armentano (1999) revisaram formas de tratamento para JP, e não foi encontrado um modelo padrão. As intervenções pesquisadas pelos autores foram: Jogadores Anônimos, terapia de casal e família, grupo de apoio para familiares (GamAnon), terapia cognitivo-comportamental, entrevista motivacional, farmacoterapia e manuais de autoajuda. Um estudo de revisão recente sobre

psicoterapia psicodinâmica para JP não revelou nenhum estudo controlado randomizado sobre a eficácia ou efetividade desse tratamento. Apontou estudos com desfechos positivos descritos como ecléticos multimodais e programas psicodinâmicos que obtiveram maior êxito (Rosenthal, 2008). Estudos atuais sugerem o uso de olanzapina e carbamazepina em pacientes jogadores patológicos (Black, Shaw & Allen, 2008; Fong, Kalechstein, Bernhard, Rosenthal & Ruggle, 2008).

Em 2005, Jiménez-Murcia *et al.* destacaram, em uma consistente revisão da literatura, oito ensaios clínicos controlados para tratamento do JP. Todos os estudos seguem uma orientação cognitivo-comportamental, demonstrando nos resultados que esta modalidade terapêutica é superior à condição de não-tratamento. Neste mesmo estudo, realizado na Espanha, os pesquisadores analisaram a efetividade da modalidade grupal de tratamento entre JP e evidenciaram que a maior taxa de abandonos e recaídas se produzia durante as cinco primeiras semanas, concluindo que a baixa motivação parecia interferir na aderência ao tratamento.

Independente da modalidade terapêutica, o que se percebe é que muitos autores concordam que uma das variáveis mais relevantes implicadas na adesão ao tratamento é a motivação para a mudança (DiClemente, Story & Murray, 2000). Destaca-se a necessidade de elaborar programas de tratamento que levem em conta dois aspectos: ser pouco intrusivo no estilo de vida do paciente e orientar-se, basicamente, a trabalhar fatores de motivação para a mudança (Toneatto & Millar, 2004).

Segundo Miller e Rollnick (2001), motivação pode ser definida como a probabilidade que uma pessoa se inicie, dê continuidade e permaneça num processo de mudança. Não deve ser vista como algo estável ou inerente à personalidade ou ao caráter da pessoa, mas sim como algo fluido e que pode oscilar entre diversas situações ou momentos. Neste sentido, em relação aos comportamentos dependentes, motivar o paciente para tratamento deve ser um dos principais objetivos do processo terapêutico, sendo a motivação um estado interno que pode ser influenciado externamente. A motivação vista como mutável e intercalada facilita o processo e manutenção de mudança, bem como favorece os resultados positivos do tratamento (Miller & Tonigan, 1996; Prochaska, DiClemente & Norcross, 1992).

Uma das contribuições mais relevantes nesta área tem sido representada pelo Modelo Transteórico de Mudança de Comportamento (MTT), desenvolvido por James Prochaska em 1979, a partir da análise comparativa de mais de 29 teorias e modelos dos principais enfoques psicoterápicos, tendo como foco o processo de mudança. No transcorrer do estudo, os resultados sempre se mostravam os mesmos: todas as teorias teriam suas limitações e nenhuma delas explicava detalhadamente o processo de motivação para mudança nas pessoas. Diante dessa análise, o modelo

que ali nascia foi denominado “transteórico” e teve como seu principal pressuposto que as automudanças bem-sucedidas dependem da aplicação de estratégias certas (processos) na hora certa (estágios) (Prochaska, DiClemente & Norcross, 1992). Uma das implicações mais significativas deste modelo foi a descoberta da necessidade de acessar o estágio de prontidão para mudança do paciente, e, posteriormente, adequar as intervenções terapêuticas a ele (Prochaska *et al.*, 1992).

Avaliar a motivação para a mudança, independentemente do tratamento utilizado, parece ser um aspecto fundamental para utilização de intervenções terapêuticas adequadas.

O MTT foca a mudança intencional, ou seja, a tomada de decisão do indivíduo, ao contrário de outras abordagens que estão focadas nas influências sociais. A mudança comportamental acontece ao longo de um processo, no qual as pessoas passam por diversos níveis de motivação para mudança. Esses níveis estariam representados por estágios de motivação para a mudança que representam a dimensão temporal do MTT e permitem que entendamos quando mudanças particulares, intenções e reais comportamentos podem acontecer (Szupzinski, 2006).

Os estágios são descritos pela literatura de forma bem definida. Inicialmente foram descritos quatro estágios: Pré-contemplação, Contemplação, Ação e Manutenção. Posteriormente, verificou-se que, entre o estágio de Contemplação e Ação, as pessoas passavam por uma fase de planejamento das possíveis ações. Esse estágio foi denominado Determinação ou Preparação e passou a ser incluído como o terceiro estágio (Prochaska *et al.*, 1992).

No estágio de *Pré-contemplação* não se observa nenhuma intenção de mudar o comportamento problema, e, geralmente, a existência de um verdadeiro problema é completamente negada. Os pré-contempladores dificilmente procuram ajuda para iniciar seu processo de mudança e, quando o fazem, geralmente é por outros motivos, como encaminhamento judicial ou pedido dos familiares e companheiros. Mesmo quando iniciam tratamentos, evidenciam uma ativa resistência à mudança, fugindo de tudo que se relacione ao problema. Na maioria dos casos, observa-se que algumas tentativas de mudanças já foram ensaiadas no passado, porém sem sucesso. Os estágios são descritos pela literatura de forma bem definida. Inicialmente foram descritos quatro estágios: Pré-contemplação, Contemplação, Ação e Manutenção. Posteriormente, verificou-se que, entre o estágio de Contemplação e Ação, as pessoas passavam por uma fase de planejamento das possíveis ações. Esse estágio foi denominado Determinação ou Preparação e passou a ser incluído como o terceiro estágio (Prochaska, *et al.*, 1992).

A consideração da possibilidade de mudança ocorre no estágio de *Contemplação*. A pessoa admite ter um problema e considera possibilidades de mudança,

mostrando preocupação e uma clara avaliação entre as vantagens e desvantagens de mudar. Essa avaliação pode se cronificar na forma de uma profunda ambivalência e com muita frequência a pessoa substitui a ação pelo pensamento. Dessa forma, é mantida nesse estágio por longos períodos de tempo. A transição desse estágio para o estágio de preparação é marcada por um foco maior na solução do que no problema e um pensamento direcionado para o futuro, não mais no passado (Prochaska *et al.*, 1992).

O estágio de *Preparação ou Determinação* é marcado pelo planejamento. Há uma melhor conscientização do problema, e o indivíduo constrói um plano cuidadoso de ações orientadas para a mudança (Oliveira, 2000). Um aspecto importante para o sucesso desta etapa é a necessidade de tornar pública a intenção de mudar. Nesta etapa, não há, necessariamente, uma ação ocorrendo concomitantemente, visto que as pessoas no estágio de preparação não precisam ter sua ambivalência completamente resolvida (Prochaska *et al.*, 1992).

A marca do Estágio de *Ação* é a modificação do comportamento-alvo através de esforços para mudança. A Ação é um período que exige muita dedicação e energia pessoal, sendo que as mudanças realizadas neste estágio são mais visíveis do que as anteriores. Nesse contexto, a maioria das pessoas iguala, equivocadamente, o estágio de ação ao sucesso da mudança (Prochaska *et al.*, 1992).

O estágio de *Manutenção* é o grande desafio no processo de mudança, sendo a estabilização do comportamento em foco a sua marca. É necessário um esforço constante do indivíduo para consolidar os ganhos conquistados nos outros estágios, principalmente no de ação, além de prevenir continuamente lapsos e recaídas (Prochaska *et al.*, 1992).

Para Miller e Rollnick (2001) existiria ainda um sexto estágio, a *Recaída*, no qual a tarefa do indivíduo é voltar a circular pelos demais estágios. A recaída é normal e prevista quando se busca uma mudança de comportamento por longo prazo.

O processo de mudança é um conceito essencial no MTT e possibilita o entendimento de como a mudança do comportamento ocorre. O processo de mudança não pode ser considerado meramente linear, pois seus estágios são compreendidos como fazendo parte de uma “espiral”, na qual a pessoa pode movimentar-se de um estágio para o outro, sem uma ordem estabelecida (Prochaska *et al.*, 1992).

Utilizando o construto do MTT, foram criadas escalas para a mensuração dos estágios motivacionais, como *University of Rhode Island Change Assessment* (URICA) (McConaughy, Prochaska & Velicer, 1983) e *The Stages of Change Readiness and Treatment Eagerness Scale* (SOCRATES) (Miller & Tonigan, 1996), além da utilização de escalas analógico-visuais, entre outras. A teoria motivacional vem sendo regularmente estudada, permitindo a avaliação pragmática de seus parâmetros por

meio de escalas com validade e confiabilidades que variam de boa a excelente, mas que necessitam ser adequadas aos diversos comportamentos-problema. Pesquisas demonstraram que a URICA e a SOCRATES apresentaram bons resultados em seu objetivo de identificar estágios de mudança em diferentes comportamentos.

A validade dos construtos da URICA tem sido comprovada através de análise fatorial e as análises de agrupamento em *clusters* indicam que os estágios da escala estão relacionados a diferentes padrões (*profiles*) de comportamento. A consistência interna se mostrou adequada em estudos da versão de 32 itens, com coeficientes *alpha* entre .79 e .89 (McConaughy *et al.* 1983; McConaughy, DiClemente, Prochaska & Velicer, 1989).

No Brasil, a URICA foi validada para uso de drogas ilícitas (Szupszynski, 2006), Jogo patológico (Souza & Oliveira, 2009) e para o comportamento de Comer Compulsivo (Bittencourt & Oliveira, 2009). Sua utilidade clínica e a valorização que lhe foi conferida, principalmente pelos profissionais da área da dependência química, têm justificado sua aplicação.

A partir dos estudos envolvendo a motivação, surgiu uma abordagem terapêutica conhecida como Entrevista Motivacional, criada para auxiliar o sujeito a reconhecer seus problemas atuais e potenciais quando há ambivalência quanto à mudança comportamental (Miller & Rollnick, 2001). Esta técnica propõe intervenções terapêuticas individualizadas adequadas a cada estágio, com vistas a aumentar a adesão ao tratamento e prevenir possíveis recaídas em pacientes com comportamentos considerados dependentes, transtornos alimentares, tabagismo, JP e outros.

A participação em grupos de autoajuda como os Jogadores Anônimos (JA), que seguem a mesma proposta de grupos como os Alcoólicos Anônimos (AA), parece ser benéfica (Custer, 1984) e uma das mais efetivas opções de tratamento descrita. Um estudo de seguimento realizado por Taber, McCormick e Russo (1987) mostrou que jogadores patológicos previamente tratados antes do encaminhamento ao JA apresentavam, após 6 meses, maior índice de adesão ao grupo e maior tempo de abstinência do que os jogadores que procuravam diretamente o JA. O tratamento farmacológico vem sendo investigado, porém a maior parte dos estudos são relatos de caso ou estudos abertos não-controlados. Há descrição de resultados positivos com o uso de estabilizadores de humor e antidepressivos, pois a melhora dos pacientes está muito associada à melhora de sintomas de depressão e ansiedade que são comorbidades à patologia (Oliveira & Sáad, 2006).

## DISCUSSÃO

O Jogo Patológico é uma patologia grave do ponto de vista psiquiátrico e social e pouco investigada do ponto de vista científico. Apesar de apresentar seme-

lhanças com a dependência química, prescindindo de uma substância psicoativa, necessita ser vista com suas particularidades para que se possa intervir de forma adequada e eficaz.

A exploração comercial do jogo impõe a necessidade de informação da população e qualificação dos profissionais da área da saúde na realização de um diagnóstico precoce da patologia. Por se tratar de um transtorno com elevados índices de comorbidade, principalmente com a dependência química e Transtornos de Humor, uma coleta cautelosa e minuciosa da história pessoal e do curso da doença pode desvelar ou facilitar um importante aspecto a ser considerado para o tratamento.

Com o objetivo de compreender a mudança do comportamento, o Modelo Transteórico de Motivação para Mudança traz transformações decisivas à ciência. Apontar a mudança como um processo e não como um evento isolado contribui de forma extremamente relevante para o planejamento de tratamentos adequados. Compreender o quanto um paciente está motivado traz imensos avanços para a área da saúde, na medida em que orienta a equipe de profissionais para o uso de intervenções mais adequadas.

Estudar a respeito do Modelo Transteórico frente ao comportamento de Jogo Patológico revelou a necessidade de mais pesquisas envolvendo esse tema, utilizando amostras variadas. As publicações costumam centrar-se mais nas pesquisas envolvendo o uso de álcool e tabaco. Pesquisas relacionando o Modelo Transteórico e o Jogo Patológico ainda são restritas, demonstrando a importância de estudos que considerem as particularidades de cada comportamento dependente.

Por fim, observou-se a necessidade de bons instrumentos validados e adaptados que identifiquem o estágio motivacional dos pacientes que iniciam qualquer modalidade de intervenção terapêutica, principalmente os comportamentos dependentes. Identificar em que estágio de mudança a pessoa se encontra tem significado uma ampliação nas possibilidades de prever o resultado do tratamento, mas, acima de tudo, de elaborar estratégias terapêuticas que facilitem o processo de modificação do comportamento relacionado, neste caso, ao hábito de jogar.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abreu, C., Tavares, H. & Cordas, T. (2007). *Manual clínico dos Transtornos do Controle dos Impulsos*. Porto Alegre: Artmed.
- American Psychiatric Association (APA). (1980). *DSM-III. Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais*. Porto Alegre: Artmed.

- American Psychiatric Association (APA). (2002). *DSM-IV-TR. Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais*. Porto Alegre: Artmed.
- Ballone, G. J. (2003). *Jogo Compulsivo ou Patológico*. Psiqweb. Recuperado em 12 de abril de 2006, disponível em <<http://gballone.sites.uol.com.br/temas/jogo.html>>.
- Becoña, E., Lorenzo, M. D. C. & Fuentes, M. J. (1996). Pathological gambling and depression. *Psychological Reports*, 78, 635-640.
- Bittencourt, S. A. & Oliveira, M. S. (2009). *Tradução, adaptação e validação da University Rhode Island Change Assessment (URICA) para o comportamento de comer compulsivo*. Tese de Doutorado, Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul.
- Black D. W. & Moyer, T. (1998). Clinical features and psychiatric comorbidity of subjects with pathological gambling behavior. *Psychiatry Services*, 49 (11), 1434-1439.
- Black, D. W., Shaw, M. C. & Allen, J. (2008). Extended release carbamazepine in the treatment of pathological gambling: An open-label study. *Progress in Neuro-Psychopharmacology & Biological Psychiatry*. PNP-06968; N. of Pages 4.
- Blum, K., Braverman, E., Holden, J., Lubar, J., Monastra, G. & Miller, D. (2000). Reward deficiency syndrome: a biogenetic model for the diagnosis and treatment of impulsive, addictive and compulsive behaviors. *Journal of Psychoactive Drugs*, 32 (Suppl. i-iv), 1-112.
- Carvalho, S., Collakis, S., Oliveira, M. P. & Silveira, D. X. (2005). Frequência do Jogo Patológico entre farmacodependentes em tratamento. *Revista de Saúde Pública*, 39 (2), 217-222.
- Coman, G. J., Burrows, G. D. & Evans, B. J. (1997). Stress and anxiety as factors in the onset of problem gambling: implications for treatment. *Stress Medicine*, 13, 235-244.
- Crockford D. N. & El-Guebaly, N. (1998). Psychiatric comorbidity in pathological gambling: a critical review. *Canadian Journal of Psychiatry*, 43, 43-50.
- Custer, R. L. (1984) Profile of the pathological gambler. *Journal of Clinical Psychiatry*, 45, 35-38.
- DiClemente, C., Story, M. & Murray, K. (2000). On a roll: the process of initiation and cessation of problem gambling among adolescents. *Journal of Gambling Studies*, 16 (2/3), 289-313.
- Fong, T., Kalechstein, A., Bernhard, B., Rosenthal, R. & Rugle, L. (2008). A double-blind, placebo-controlled trial of olanzapine for the treatment of video poker pathological gamblers. *Pharmacology, Biochemistry and Behavior*, 89, 298-303.
- Freud, S. (1928). Dostoevsky y el parricidio. In: *Obras completas* (pp. 3004-3015). Madrid: Biblioteca Nueva, 1981.
- Goldman, M. J. (1991). Kleptomania: making sense of the nonsensical. *American Journal of Psychiatry*, 148, 986-996.

- Holden, C. (2001). "Behavioral" addictions: do they exist? *Science*, 294 (5544), 980-982.
- Jiménez-Murcia, S., Alvarez, E. M., Granero, R. P., Aymani, M. N., Gómez, M. P., Jaurrieta, N. *et al.* (2005). Análisis de la eficacia de dos modalidades de tratamiento cognitivo conductual grupal para el juego patológico. *Psicología Conductual*, 13 (3), 495-510.
- Kim, S., Grant, J., Eckert, E., Faris, P. & Hartman, B. (2006). Pathological Gambling and mood disorders: clinical associations and treatment implications. *Journal of Affective Disorders*, 92, 109-116.
- Ladouceur, R. (1991). Prevalence estimates of pathological gambling in Quebec. *Canadian Journal of Psychiatry*, 36, 732-734.
- Lesieur, H. R. (1979). The Compulsive Gambler's spiral of options and involvement. *Psychiatry*, 42, 79-87.
- Lesieur H. R. & Blume S. B. (1987). The South Oaks Gambling Screen (SOGS): a new instrument for the identification of pathological gamblers. *American Journal of Psychiatry*, 144, 1184-1188.
- López Viets, V. C. & Miller, W. R. (1997). Treatment approaches for pathological gamblers. *Clinical Psychology Review*, 17, 689-702.
- Martins, S., Lobo, D., Tavares, H. & Gentil, H. (2002). Jogo Patológico em mulheres: uma revisão. *Revista do Hospital de Clínicas*, 57 (5), 235-242.
- McConaughy, E. A., Prochaska, J. O. & Velicer W. E. (1983). Stages of change in psychotherapy: measurement and sample profiles. *Psychotherapy. Theory, Research and Practice*, 20, 368-375.
- McConaughy, E. A.; DiClemente, C. C.; Prochaska, J. O. & Velicer, W. F. (1989). Stages of change in psychotherapy: a follow-up report. *Psychotherapy*, 26, 494-503.
- Miller, W. & Rollnick, S. (2001). *Entrevista motivacional: preparando as pessoas para mudança de comportamentos aditivos*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Miller, W. R. & Tonigan, J. S. (1996). The stages of change readiness and treatment Eagerness Scale (SOCRATES). *Psychology of Addictive Behaviors*, 10, 81-89.
- Oliveira, M. E. & Sáad, A. C. (2006). Jogo Patológico: uma abordagem terapêutica combinada. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 55 (2), 162-165.
- Oliveira, M. P. M. T. (1997). *Jogo Patológico: um estudo sobre jogadores de bingo, videopôquer e Jockey Club*. Dissertação de mestrado, Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo.
- Oliveira, M. S. (2000). *Eficácia da intervenção motivacional em dependentes de álcool*. Tese de Doutorado, Curso de Psiquiatria e Psicologia Médica, Universidade Federal de São Paulo.
- Oliveira, M. P.; Silva, M. T. & Silveira, D. X. (2002). Validity study of the South Oaks Gambling Screen (SOGS) among distinct groups of Brazilian Gamblers. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 24, 170-176.

- Petry, N. & Armentano, C. (1999). Prevalence, assessment, and treatment of pathological gambling: a review. *Psychiatric Services*, 50 (8), 1021-1027.
- Politzer, R. M. & Hudak, J. (1991). Gambling disorders. In: Fleming, M. F. & Barry, K. L. (eds.). *Addictive Disorders* (pp. 352-365). Saint Louis: Mosby, Year Book.
- Prochaska, J. O. (1979). *Systems of psychotherapy: a transtheoretical analysis*. Homewood, Illinois: Dorsey Press.
- Prochaska, J. O., DiClemente, C. C. & Norcross, J. C. (1992). In search of how people change: applications to addictive behaviour. *American Psychologist*, 47, 102-114.
- . (1994). *Changing for good – A revolutionary six-stage program for overcoming bad habits and moving your life positively forward*. New York: Avon.
- Reuter, J., Raedler, T., Rose, M., Hand, I., Glascher, J. & Buschel, C. (2005). Pathological Gambling is linked to reduced activation of the mesolimbic reward system. *Nature Neuroscience*, 8 (2), 147-148.
- Rosenthal, R. J. (2008) Psicoterapia psicodinâmica e o tratamento do jogo patológico. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 30 (Supl. I), S41-50.
- Shaffer, H. J., Hall, M. N. & Vander Bilt, J. (1999). Estimating the prevalence of disordered gambling behavior in the United States and Canada: a research synthesis. *American Journal of Public Health*, 89, 1369-1376.
- Souza, C. C. & Oliveira M. S. (2009). *Motivação para mudança no comportamento do Jogo Patológico*. Tese de Doutorado, Faculdade de Psicologia da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul.
- Strachan, M. L. & Custer, R. L. (1993). Female compulsive gamblers in Las Vegas. In: Eadington, W. R. & Cornelius, J. A. (eds.). *Gambling Behaviour & Problem Gambling* (pp. 235-238). Reno, NV: Institute for the Study of Gambling and Commercial Gaming.
- Szupzinski, K. (2006) *O modelo transteórico no tratamento da dependência química*. Dissertação de mestrado, Faculdade de Psicologia, Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul.
- Taber, J. I., McCormick, R. A. & Russo, A. M. (1987). Follow-up of pathological gamblers after treatment. *American Journal of Psychiatry*, 144, 757-761.
- Tavares, H. (2000). *Jogo patológico e suas relações com o espectro impulsivo-compulsivo*. Tese de Doutorado, Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo.
- Tavares, H., Gentil, V., Oliveira, C. & Tavares, A. G. (1999). Jogadores patológicos, uma revisão: psicopatologia, quadro clínico e tratamento. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 26 (4), 1-14.
- Toneatto, T. & Millar, G. (2004). The assessment in treatment of problem gambling: a critical review of the literature. *Psychology of Addictive Behaviors*, 17, 284-292.
- Volberg R. A. & Steadman, H. J. (1988). Refining prevalence estimates of pathological gambling. *American Journal of Psychiatry*, 145, 808-814.

TABELA 1:  
BASES DE DADOS CONSULTADAS E DESCRITORES UTILIZADOS NA BUSCA

Descritores / Bases de dados Pschynfo Medline Lilacs Web of Science
Pathological Gamb* 1475 676 20 917 Pathological Gamb* and treatment 358 290 6 363 Pathological Gamb* and stage of change 7 1 0 1 Pathological Gamb* and motivational interviewing 4 1 0 3 Pathological Gamb* and readiness to change 1 1 0 1

\* Este símbolo foi usado na busca para acessar descritores com variações como Gambling, Gamblers, etc.

Recebido em 25 de julho de 2008  
 Aceito para publicação em 12 de setembro de 2009