

Tratamento cognitivo-comportamental para transtornos do controle do impulso

Cognitive-behavioral treatment for impulse control disorders

David C Hodgins,¹ Nicole Peden¹

Resumo

Objetivos: Este artigo revisa o tratamento cognitivo-comportamental da cleptomania, do comprar compulsivo e do jogo patológico. **Método:** Revisão da literatura publicada. **Resultados:** A pesquisa sobre o tratamento em todas essas áreas é limitada. As técnicas cognitivo-comportamentais utilizadas no tratamento da cleptomania compreendem sensibilização encoberta, dessensibilização por imaginação, dessensibilização sistemática, terapia aversiva, treino de relaxamento e fontes alternativas de satisfação. Com relação ao comprar compulsivo, não existe amparo empírico para o tratamento, mas as técnicas avaliadas foram sensibilização encoberta, exposição e prevenção de resposta, controle do estímulo, reestruturação cognitiva e prevenção de recaída. O tratamento do jogo patológico teve êxito tanto na terapia em grupo como individual, utilizando técnicas tais como terapia aversiva, dessensibilização sistemática, dessensibilização por imaginação e terapia comportamental multimodal (incluindo exposição in vivo, controle de estímulos e sensibilização encoberta), juntamente com técnicas cognitivas, tais como psicoeducação, reestruturação cognitiva e prevenção de recaída. **Conclusões:** Há um consenso geral na literatura de que as terapias cognitivo-comportamentais oferecem um modelo eficaz de intervenção em todos esses transtornos. Uma formulação de caso individualizada é apresentada com um exemplo de estudo de caso. Sugerem-se diretrizes para a prática clínica de cada transtorno.

Descritores: Transtornos do controle de impulsos; Jogo patológico; Cleptomania; Comprar compulsivo; Tratamento cognitivo-comportamental

Abstract

Objectives: This paper reviews the cognitive-behavioral treatment of kleptomania, compulsive buying, and pathological gambling. **Method:** A review of the published literature was conducted. **Results:** Treatment research in all of these areas is limited. The cognitive-behavioral techniques used in the treatment of kleptomania encompass covert sensitization, imaginal desensitization, systematic desensitization, aversion therapy, relaxation training, and alternative sources of satisfaction. Regarding compulsive buying, no empirical support for treatment exists but common techniques examined were covert sensitization, exposure and response prevention, stimulus control, cognitive restructuring, and relapse prevention. Treatment of pathological gambling has been successful in both group and individual format using techniques such as aversive therapy, systematic desensitization, imaginal desensitization and multimodal behavior therapy (which have included in vivo exposure, stimulus control, and covert sensitization) along with cognitive techniques such as psychoeducation, cognitive-restructuring, and relapse prevention. **Conclusions:** There is a general consensus in the literature that cognitive-behavioral therapies offer an effective model for intervention for all these disorders. An individualized case formulation is presented with a case study example. Clinical practice guidelines are suggested for each disorder.

Descriptors: Impulse control disorders; Pathological gambling; Kleptomania; Compulsive shopping; Cognitive-behavioral treatment

¹ Departamento de Psicologia, University of Calgary, Calgary, Alberta, Canadá

Correspondência

David C. Hodgins
Psychology Department, University of Calgary
2500 University Dr. NW
Calgary, Alberta, Canada
T2N 1N4
Tel.: 403-220-3371 Fax: 403-210-9500
E-mail: dhodgins@ucalgary.ca

Financiamento: Alberta Gaming Research Institute
Conflito de interesses: Inexistente

Introdução

Este artigo revisa o tratamento cognitivo-comportamental da cleptomania, do comprar compulsivo e do jogo patológico. A partir da literatura pesquisada, sugerimos diretrizes clínicas práticas para cada transtorno.

O jogo patológico e a cleptomania são classificados como transtornos do controle do impulso no DSM-IV-TR e os comportamentos do comprar compulsivo podem ser considerados como um transtorno do controle do impulso sem outra especificação. Esses transtornos compartilham as características de incapacidade de resistir a impulsos para praticar um comportamento prejudicial, aumento da tensão ou da excitação precedendo o ato e a gratificação ou alívio na sua realização.¹

A pesquisa do tratamento em todas essas áreas é limitada. Até hoje, não há ensaios clínicos aleatorizados que examinem o tratamento cognitivo-comportamental da cleptomania ou do comprar compulsivo e foram feitos poucos ensaios clínicos com jogadores patológicos. No entanto, há um consenso geral na literatura que a terapia cognitivo-comportamental (TCC) oferece um modelo eficaz para a intervenção em todos esses transtornos.^{2,3}

TCC para a cleptomania

A pesquisa sobre a cleptomania é limitada por diversas razões. Os índices de prevalência na população geral são desconhecidos.¹ Em amostras clínicas, as estimativas sobre a prevalência da cleptomania variaram de 2,1% a 7,8%.³ A cleptomania é considerada rara, menos de 5% das pessoas que furtam em lojas são classificadas como portadoras dessa doença.¹ Muitos indivíduos com cleptomania não procuram tratamento a não ser que sejam obrigados após terem sido apanhados furtando.⁴ Uma revisão da literatura não conseguiu encontrar nenhum ensaio clínico de TCC para cleptomania. No entanto, vários estudos de caso utilizaram a TCC no tratamento da cleptomania com resultados promissores. As técnicas cognitivo-comportamentais utilizadas no tratamento da cleptomania compreendem a sensibilização encoberta, a dessensibilização por imaginação, a dessensibilização sistemática, a terapia aversiva, o treino de relaxamento e as fontes alternativas de satisfação. A TCC tem substituído amplamente as terapias psicanalíticas e psicodinâmicas no tratamento da cleptomania.³

Em relação à TCC individual, há vários estudos de caso com pacientes que se beneficiaram desta abordagem. Inicialmente, as técnicas comportamentais se mostraram mais eficientes. A sensibilização encoberta combinada com a exposição e a prevenção de respostas foi utilizada para tratar um homem com cleptomania.⁵ Em um período de quatro meses, o paciente compareceu a sete sessões em que ele foi instruído a imaginar um furto e suas conseqüências, tais como ser visto por um gerente de loja, abordado por um segurança, algemado, colocado em um carro de polícia, comparecer perante o juiz, e ter sentimentos de constrangimento. Como tarefa de exposição, ele foi orientado a ir a lojas e imaginar que o gerente e o segurança o estavam observando. O homem relatou uma redução nos comportamentos de furto, mas não observou nenhuma alteração nos seus impulsos de furto. Não houve nenhum relato subsequente sobre o seguimento desse paciente.

O uso da sensibilização encoberta no tratamento da cleptomania está bem documentado em outros estudos de caso. Foi examinada a eficácia da sensibilização encoberta em uma mulher de 30 anos com furto compulsivo em lojas.⁶ A pacien-

te foi instruída a praticar a técnica de sensibilização encoberta 10 vezes por dia e sempre que sentia o impulso de furto. A paciente se imaginava em uma situação em que ela estava tendo um impulso de furto e imaginava as possíveis conseqüências do furto: o processo de ser apanhada e presa (ser algemada, colocada em um carro de polícia, comparecer perante o juiz) e a descoberta pelos familiares e vizinhos (com possível perda da sua família). Após cinco sessões semanais, a paciente notou que seus impulsos tinham diminuído um pouco e, após um acompanhamento de 14 meses, ela relatou ter tido uma recaída. Destaque-se que esse estudo empregou a técnica de "parada de pensamento" como um controle para efeitos não-específicos da sensibilização encoberta; após uma semana com o emprego dessa técnica, a paciente relatou um aumento na freqüência, duração e intensidade de impulsos de furto e uma diminuição da sua capacidade de resistir à tentação. Os autores, portanto, aconselham cautela quanto ao uso da técnica de "parada de pensamento" para o tratamento da cleptomania.⁶

Foram também utilizadas quatro sessões de sensibilização encoberta com uma mulher de 56 anos que tinha um histórico de cleptomania com furtos diários. Ela foi orientada a imaginar que quando se aproximava de um item tentador ficava cada vez mais nauseada, e quando pegava o item, vomitava, o que era testemunhado pelos outros compradores.⁷ Foi também instruída a realizar controle do estímulo (e.g., trazer uma lista de compras ao fazer as compras e deixar em casa sua sacola "usual" para furto). Só foi relatada uma recaída em um período de 19 meses de seguimento.

A dessensibilização por imaginação foi utilizada com dois pacientes que foram internados por depressão e cujos sintomas de cleptomania não respondiam aos antidepressivos ou à terapia orientada ao insight.⁸ Os pacientes aprenderam técnicas de relaxamento muscular progressivo e foram instruídos a imaginar cada passo que levava ao ato de furto, ao mesmo tempo em que o terapeuta fornecia sugestões de que o paciente era capaz de identificar o comportamento como destrutivo, que o impulso podia ser controlado e que ele podia deixar o local sem furto.

Somente um estudo relatou a utilização de dessensibilização sistemática no tratamento da cleptomania. Nesse estudo, uma mulher de 24 anos com cleptomania foi tratada com sucesso por meio de 16 sessões de dessensibilização sistemática.⁹ Foram utilizadas múltiplas situações tentadoras para construir uma hierarquia e diversos itens foram classificados segundo a ordem crescente da ansiedade e da probabilidade de eliciar uma resposta de furto. Durante o seguimento de 10 meses não ocorreram incidentes de cleptomania.

Outras técnicas cognitivo-comportamentais foram também avaliadas para o tratamento da cleptomania. Em um estudo de caso, uma mulher de 25 anos, que furtava diariamente, recebeu instruções sobre a técnica aversiva de prender a respiração.¹⁰ Durante seis sessões semanais, a paciente foi orientada a prender a sua respiração até sentir uma dor leve sempre que vivenciasse um impulso para furto ou uma imagem sua furtando. Durante um período de acompanhamento de 10 semanas, a paciente relatou três recaídas, o que representa uma diminuição substancial de seus episódios diários de furtos.

Uma abordagem diferente forneceu fontes alternativas de gratificação a uma paciente com histórico de 20 anos de furtos em lojas e comorbidade com transtorno obsessivo-compulsivo.¹¹ A paciente alegava que sua cleptomania era uma res-

posta a sentir-se deprimida, bem como à necessidade de buscar emoções e um propósito para a vida. Durante um período de cinco meses, suas sessões semanais consistiram em auxiliá-la a identificar as atividades que poderiam aumentar sua auto-satisfação e proporcionar-lhe emoções e prazer. Ela foi também instruída a praticar técnicas de relaxamento. A paciente relatou que seus impulsos diminuíram e finalmente desapareceram, e não foram relatados incidentes de furto em um período de dois anos de seguimento. Ela também notou uma significativa redução nos sintomas obsessivo-compulsivos e depressivos.

Um estudo¹² descreveu 12 indivíduos que foram tratados com intervenções baseadas na terapia comportamental. A maioria dos pacientes recebeu treinamento de exposição juntamente com intervenções individualizadas que incluíram treinamento na comunicação, treinamento em habilidades sociais, treino de relaxamento, dramatização (*“role play”*), treinamento da percepção corporal e treino de confrontação. Dos 12 pacientes, quatro demonstraram melhora em seus sintomas cleptomânicos, seis não repetiram mais atos de cleptomania, e dois pacientes permaneceram com sintomas inalterados. Em um seguimento de dois anos, seis dos oito pacientes acompanhados não relataram incidentes de cleptomania.

Em 1991, outro grupo de pesquisa¹³ relatou o uso de TCC em uma mulher de 42 anos com cleptomania. O tratamento foi realizado em 39 sessões durante 16 meses com reestruturação cognitiva para desafiar e substituir autodeclarações irracionais, tais como “não devo furto, é condenável e leva à catástrofe” ou “seria insuportável se outras pessoas descobrissem”. Em uma sessão após cinco anos, a paciente não relatou recaídas. Mais recentemente, foi apresentado um estudo de caso sobre um homem para quem foram ensinadas técnicas de TCC, incluindo a dessensibilização encoberta, a reestruturação cognitiva, a resolução de problemas e o encadeamento comportamental que examina os estímulos que antecedem os comportamentos de furto.¹⁴ Um seguimento de quatro meses indicou resultados positivos sem episódios de cleptomania relatados pela paciente.

Foi também descrito o uso da TCC como adjuvante da farmacoterapia.¹⁵ Dois casos foram apresentados em que a cleptomania se desenvolveu após lesões cerebrais. Dois homens foram tratados com um antidepressivo tanto associado à TCC (que incluiu a reestruturação cognitiva, resolução de problemas e prevenção de recaída) ou a naltrexone (até 100 mg/dia). O paciente 1 tinha sofrido um trauma fronto-temporal, embora a MRI e os testes neurológicos estivessem dentro dos limites normais; ele recebeu 40 mg/dia de citalopram e até 1 mg/dia de clonazepam, se necessário. O paciente 2 sofreu uma contusão no lobo temporal esquerdo; ele recebeu 150 mg/dia de venlafaxina. A terapia antidepressiva isolada não foi eficaz em reduzir os sintomas cleptomânicos; no entanto, ao receberem TCC adjuvante ou naltrexone, os pacientes permaneceram assintomáticos em relação aos sintomas cleptomânicos no seguimento de 14 meses.

Em síntese, há evidência, a partir de diversos estudos de caso, que algumas técnicas de TCC são eficazes no tratamento da cleptomania. Com base na literatura, a TCC parece ser superior aos demais enfoques, como as terapias psicodinâmicas e psicanalíticas.³ Os estudos até hoje sugerem que a TCC, quando utilizada em combinação com a medicação, é mais eficaz do que a medicação isoladamente. Porém, ainda são necessários grandes ensaios clínicos aleatorizados.

TCC para comprar compulsivo

O comprar compulsivo (também conhecido como gastar compulsivo ou oniomania) é classificado como um transtorno do con-

trole do impulso sem outra especificação pelo DSM-IV-TR. Ainda que o comprar compulsivo não tenha critérios especificados no DSM, os critérios diagnósticos descritos por alguns pesquisadores¹⁶ têm aspectos nucleares comuns com outros transtornos do controle dos impulsos, incluindo a tensão precedente, impulsos repetitivos que são difíceis de serem resistidos, e a gratificação e alívio após o ato.

A eficácia da TCC no tratamento do comprar compulsivo ainda está por ser estabelecida. Até hoje, não existem ensaios clínicos aleatorizados publicados envolvendo o tratamento do comprar compulsivo. A literatura contém relatos promissores de estudos de caso e de pequenos ensaios clínicos não controlados que utilizaram com êxito o enfoque cognitivo-comportamental para tratar o comprar compulsivo.

Com base em uma conceituação teórica do comprar compulsivo, têm-se sugerido o uso da exposição gradativa a situações crescentemente tentadoras com a prevenção de resposta e o controle do estímulo, ainda que a aplicação dessa abordagem a pacientes individualmente não tenha sido descrita.¹⁷ Houve dois estudos de caso em que foi utilizada a exposição a estímulos precipitantes com prevenção de respostas.¹⁸ Ambos os sujeitos apresentavam comorbidade com transtorno do pânico com agorafobia e responderam bem ao tratamento com clomipramina, mas não relataram nenhum efeito dessa medicação em seu comprar compulsivo. Apesar de não terem sido relatados dados do seguimento, ambos os indivíduos foram descritos como tendo “controle completo” sobre seus comportamentos de compras após três ou quatro semanas de exposição diária a técnicas de exposição a estímulos precipitantes e prevenção de resposta. Outro relato de caso descreveu uma mulher de 32 anos com comportamentos de comprar compulsivo e que foi tratada com fluvoxamina e psicoterapia cognitivo-comportamental.¹⁹ Não foram relatados detalhes sobre a duração do tratamento ou as técnicas cognitivo-comportamentais utilizadas. Em um período de seguimento de 12 meses, a mulher não relatou episódios de comprar compulsivo.

Esforços para direcionar o tratamento do comprar compulsivo para um formato de grupo incluíram inicialmente técnicas como o treino de relaxamento e a visualização guiada. Essas técnicas também foram adaptadas para um formato de auto-ajuda.²⁰ Outras abordagens de tratamento em grupo (descritas, por exemplo, em *Buying Addiction: Analysis, Evaluation, and Treatment*²¹) incluem técnicas como dessensibilização *in vivo* para controlar os impulsos de comprar, além de treinos de relaxamento, visualização e reestruturação cognitiva para diminuir a ansiedade. As cognições disfuncionais típicas podem incluir a crença de que é preocupante que o vendedor fique bravo se nada for comprado, ou a crença de que se deve fazer uma compra quando se experimenta algo. O grupo funciona por oito semanas e é focado na identificação dos fatores que mantêm o comportamento do comprar compulsivo e as estratégias para ajudar a controlar os gastos. Esta abordagem ainda precisa ser testada.

Em um estudo, a TCC de grupo teve resultados preliminares positivos.²² As mulheres (n = 8) que participaram no grupo demonstraram melhora, porém não foram apresentados dados de seguimento. Mais recentemente, o mesmo grupo de pesquisa comparou a eficácia do tratamento cognitivo-comportamental em grupo a pacientes em lista

de espera e encontrou que os indivíduos que receberam a intervenção tiveram uma melhora significativamente superior em relação ao grupo de lista de espera quanto às reduções no número de episódios de compra compulsiva e do tempo despendido em compras.²³

A pesquisa sobre o uso de técnicas cognitivo-comportamentais no tratamento do comprar compulsivo está dando seus primeiros passos. Até os dias de hoje, há pouco consenso sobre o tratamento apropriado para o comprar compulsivo; no entanto, os resultados indicam que os tratamentos cognitivo-comportamentais podem ser úteis.

TCC para jogo patológico

A maioria dos estudos sobre o tratamento psicossocial dos transtornos dos jogos de azar publicados até o momento avaliou técnicas cognitivas ou cognitivo-comportamentais, apesar de os primeiros estudos terem sido focados em intervenções apenas comportamentais.²⁴ Existem vários relatos de caso na literatura sobre tratamentos comportamentais, incluindo técnicas como a terapia aversiva, a dessensibilização sistemática, a dessensibilização por imaginação e a terapia comportamental multimodal (que incluíram a exposição *in vivo*, o controle de estímulos e a sensibilização encoberta).

Os únicos ensaios clínicos controlados que utilizaram tratamentos comportamentais compararam a dessensibilização por imaginação a outras técnicas. No primeiro estudo, jogadores patológicos foram aleatoriamente distribuídos para receber dessensibilização por imaginação ou terapia aversiva com choque.²⁵ Os que foram tratados com dessensibilização foram ensinados a fazer técnicas de relaxamento gradativo e solicitados a imaginar a resposta a situações de alto risco quando estavam em um estado relaxado. Um mês após o tratamento, não havia diferenças entre os grupos; 12 meses após, 70% desses indivíduos que foram tratados com dessensibilização por imaginação tinham mantido a melhora, comparados aos 30% que foram tratados com terapia aversiva. Em um estudo posterior, 20 jogadores patológicos foram tratados com dessensibilização por imaginação ou com relaxamento progressivo.⁸ Todos os participantes melhoraram, mas não se encontrou diferença entre os grupos. Um terceiro estudo comparou quatro abordagens: dessensibilização por imaginação, terapia aversiva, relaxamento imaginário ou exposição *in vivo* a situações de jogo.²⁶ Entre os que foram acompanhados, os indivíduos que receberam a dessensibilização por imaginação tiveram o melhor desempenho, tendo 79% relatado a diminuição ou interrupção do jogo, ao passo que somente 33-50% dos demais relataram melhora no comportamento de jogar.

Atualmente, a terapia comportamental é utilizada em conjunto com abordagens cognitivas. As técnicas cognitivas incluem a psicoeducação, a reestruturação cognitiva, a resolução de problemas, o treinamento de habilidades sociais e a prevenção de recaída.²⁷ Em um estudo que examinou uma abordagem cognitivo-comportamental no tratamento do jogo patológico, os indivíduos foram aleatoriamente distribuídos para receber tratamento ou aguardar em lista de espera.²⁸ A intervenção utilizou as técnicas de correção cognitiva, de habilidade na resolução de problemas, treinamento de habilidades sociais e técnicas de prevenção de recaída. Os indivíduos que foram tratados com a intervenção cognitivo-comportamental demonstraram melhora significativa no acompanhamento de seis e de 12 meses, em comparação com aqueles na lista de espera.

Foram realizados ensaios clínicos controlados para estu-

dar a eficácia da terapia cognitiva tanto no formato individual como em grupo.^{29,30} O tratamento cognitivo individual incluiu técnicas de reestruturação para lidar com percepções errôneas sobre o jogo e a prevenção de recaída. Os resultados desses estudos indicam que aqueles que recebem a intervenção cognitiva demonstram uma melhora significativa nas medidas de desfecho de frequência de jogo, auto-eficácia para abster-se de jogar, percepção de controle e desejo de jogar. Os ganhos do tratamento foram mantidos nos seguimentos de seis e de 12 meses.²⁹

Um estudo mais recente examinou o enfoque cognitivo em formato de grupo. Jogadores patológicos foram aleatoriamente distribuídos para aguardar em lista de espera ou receber um tratamento em grupo de 10 semanas que focou em técnicas de correção cognitivas para combater crenças errôneas sobre as chances de ganhar no jogo e em técnicas de prevenção de recaída.³⁰ Indivíduos que receberam tratamento demonstraram melhora significativa em comparação à lista de espera, o que se manteve nos seguimentos de seis, 12 e de 24 meses.

Foram também avaliadas intervenções em grupo de menor duração. Uma equipe examinou a eficácia de tratamento cognitivo-comportamental em grupo com duração de seis semanas para jogadores patológicos.³¹ Os indivíduos puderam escolher entre participar no programa sob a forma de auto-ajuda ou de terapia em grupo. Os participantes demonstraram melhoras significativas quanto à quantidade de dinheiro gasto, frequência de dias em que jogaram, horas gastas com o jogo e problemas da vida cotidiana. Os ganhos se mantiveram no seguimento de um ano.

Houve poucas tentativas de comparar intervenções comportamentais e cognitivas. Um estudo examinou a eficácia da terapia comportamental em comparação à terapia cognitiva e à intervenção cognitivo-comportamental combinada.³² Jogadores patológicos de máquinas caça-níqueis foram aleatoriamente distribuídos em três tipos de tratamento: 1) terapia comportamental individual, que consistiu em controle de estímulos e exposição *in vivo* gradativa com prevenção de resposta. O controle de estímulos envolveu evitar situações de alto risco e manter o controle sobre o dinheiro, o que foi gradualmente reduzido à medida que o tratamento progredia. A exposição *in vivo* forçava o indivíduo a experimentar um impulso para jogar, ao mesmo tempo em que aprendia a resistir àquele impulso de uma forma auto-controlada; 2) a reestruturação cognitiva em grupo focou a identificação de distorções cognitivas relacionadas a ilusões de controle e vieses da memória sobre ganhos e perdas; 3) as intervenções comportamentais e cognitivas foram ministradas simultaneamente, o que resultou na duplicação das horas de duração do tratamento, ainda que o tempo total do tratamento tenha permanecido igual. Um grupo de controle de lista de espera foi também incluído. Todas as intervenções demonstraram melhora. A terapia comportamental individual foi superior à terapia em grupo ou à técnica combinada. Esse grupo de pesquisa confirmou posteriormente a eficácia do controle de estímulos e da exposição com prevenção de respostas em formato individual.³³

Outros pesquisadores também examinaram a eficácia de tratamentos cognitivo-comportamentais combinados. Em um ensaio clínico aleatorizado, jogadores patológicos receberam uma de três intervenções: 1) oito sessões de terapia cognitivo-comportamental individual juntamente com um encaminhamento a Jogadores Anônimos (JA); 2) um livro de auto-ajuda

com exercícios cognitivo-comportamentais, além de um encaminhamento para o JA; ou 3) um encaminhamento para o JA. O JA é um grupo de apoio mútuo que tem como modelo os Alcoólicos Anônimos. As técnicas cognitivo-comportamentais incluídas no livro de exercícios e na intervenção individual compreenderam a descoberta de estímulos precipitantes, a análise funcional, o aumento das atividades prazerosas, o planejamento de autogerenciamento, como lidar com impulsos para jogar, o treinamento de assertividade, a alteração de pensamentos irracionais e como lidar com recaídas. Todos os grupos demonstraram diminuição no comportamento de jogar. Ambos os grupos de tratamento demonstraram melhora significativamente superior ao encaminhamento aos JA, tendo a intervenção individual mostrado os melhores resultados³⁴ (descritos posteriormente). Um pequeno número de ensaios clínicos não controlados também avaliou tratamentos cognitivo-comportamentais e obteve resultados favoráveis.³⁵

Em uma série de experimentos, foi utilizada uma técnica de mapeamento das estruturas nodulares para aperfeiçoar a eficácia da TCC em grupo.³⁶ O mapeamento das estruturas nodulares é uma representação visual que ressalta a relação entre pensamentos, emoções, ações e influências ambientais. Os jogadores patológicos foram distribuídos aleatoriamente em um grupo de TCC com mapeamento, um grupo de TCC sem mapeamento e em um grupo controle de lista de espera com duração de oito semanas. Os indivíduos que receberam alguma intervenção demonstraram melhora significativamente superior em comparação ao grupo controle de lista de espera. O grupo com mapeamento demonstrou benefício adicional em comparação ao grupo sem mapeamento, tendo maiores reduções no número de critérios do DSM, duração mais curta do episódio de jogo e níveis mais baixos de ansiedade e depressão.

Houve várias tentativas de aumentar os índices de adesão dos jogadores patológicos. O efeito de intervenções visando melhorar a adesão foi examinado em um grupo de jogadores patológicos. Eles foram distribuídos aleatoriamente para receber tratamento cognitivo-comportamental isolado ou tratamento cognitivo-comportamental associado a intervenções para melhorar a adesão.³⁷ O protocolo do tratamento cognitivo-comportamental incluiu psicoeducação, *reestruturação cognitiva*, *habilidades de resolução de problemas* e *prevenção de recaída* e foi executado em oito sessões durante o período de 14 semanas. As intervenções para aumentar a adesão incluíram técnicas como reforço positivo pelo terapeuta, estratégias de abordagem motivacional (incluindo estimular a auto-eficácia e fornecer resultados de avaliação), identificação e remoção de barreiras, envio de uma carta para confirmar a próxima consulta e preenchimento de um formulário de tomada de decisões. Os autores encontraram que ambos os grupos obtiveram uma melhora significativa após o tratamento, o que se manteve no seguimento de nove meses. A inclusão de intervenções para aumentar a adesão ao tratamento resultou em um desfecho superior em comparação ao tratamento cognitivo-comportamental isolado, porém essa diferença não se manteve após nove meses. Em um estudo similar, foi examinada a influência da abordagem motivacional para manter os jogadores patológicos na TCC.³⁸ Todos os jogadores que receberam a abordagem motivacional completaram o tratamento proposto. No seguimento de 12 meses, seis dos nove jogadores estavam abstinentes, dois demonstravam melhora significativa e um não havia melhorado.

A TCC também foi estudada como uma intervenção míni-

ma. Em um acompanhamento de 24 meses, dois tratamentos breves para jogo patológico foram comparados. Os jogadores patológicos (n = 102) foram aleatoriamente distribuídos para receberem um livro de exercícios de auto-ajuda, uma intervenção telefônica motivacional mais um livro de exercícios de auto-ajuda ou uma intervenção controle de lista de espera com duração de um mês. Os indivíduos que receberam a intervenção motivacional (mas não o grupo que só recebeu o livro de exercícios) jogaram menos dias e perderam menos dinheiro do que o grupo controle de lista de espera nos seguimentos de três e de seis meses. Aos 12 meses, este efeito só se manteve em indivíduos com problemas de jogo menos graves.³⁹ O acompanhamento de 24 meses revelou que o grupo de intervenção motivacional tinha mais probabilidade de ser classificado como tendo melhorado em comparação ao grupo que somente recebeu o livro de exercícios.⁴⁰

Em resumo, tanto as TCCs em grupo como as individuais parecem ser eficazes em diminuir o comportamento de jogar. Uma meta-análise sobre o tratamento do jogo patológico⁴¹ indicou que a intervenção psicológica foi mais eficaz do que a intervenção controle, se mantendo no seguimento (média de 17 meses de seguimento); no entanto, as dificuldades metodológicas associadas a muitos desses estudos (tamanhos de amostras pequenos, falta de aleatorização, prestação inconsistente de tratamento, dados insuficientes sobre o abandono, etc.) impossibilita as conclusões sobre a eficácia no longo prazo.⁴²

Diretrizes gerais para o tratamento de transtorno de controle do impulso (TCIs)

Tem-se observado que não existe um manual padronizado para o tratamento cognitivo-comportamental da impulsividade ou dos TCIs.⁴³ As pesquisas ainda têm que isolar os elementos cognitivo-comportamentais responsáveis pela alteração terapêutica nos TCIs; portanto, recomenda-se uma abordagem eclética e flexível ao se desenvolver um plano de tratamento para um paciente específico. As abordagens cognitivo-comportamentais utilizadas no tratamento de transtornos de controle do impulso incluem geralmente três componentes principais: *habilidades de resolução de problemas* para ajudar a gerar respostas variadas ao estresse, *técnicas de reestruturação cognitiva* para corrigir os pensamentos irracionais associados ao comportamento impulsivo e a *prevenção de recaídas* para ajudar a identificar situações de alto risco e gerar planos alternativos. Os tratamentos são geralmente multimodais e variam quanto à inclusão majoritária de técnicas cognitivas ou comportamentais. Técnicas cognitivas comuns incluem a educação sobre o modelo cognitivo, a identificação de erros cognitivos e a reestruturação cognitiva; as técnicas comportamentais comuns incluem a realização de análise funcional, a diminuição do reforço positivo associado aos comportamentos impulsivos e o reforço positivo dos comportamentos não impulsivos. Além disso, outras técnicas podem ser incluídas para enfrentar os sintomas específicos de cada transtorno, tais como o aconselhamento financeiro para o jogo patológico e o comprar compulsivo.⁴⁴

Oferecemos outras diretrizes gerais quando se lida com indivíduos com TCIs. Como ocorre com todas as terapias, é crucial desenvolver o vínculo terapêutico. É também importante avaliar a motivação para o tratamento no momento inicial e constantemente durante o processo terapêutico. Os índices de abandono tendem a ser altos e podem ser minimizados abordando-se as questões de forma objetiva e precoce. A terapia cognitivo-

Tabela 1 – Formulação cognitivo-comportamental para o caso “Michelle”

I. Lista de problemas

Cleptomania: Pensamentos: “*Nunca poderei parar de furto*”. Comportamentos: Furto de itens inúteis de lojas de departamento quase que diariamente.

Isolamento social: devido ao constrangimento por furto, apesar de ter muitos amigos e familiares, Michelle não passa muito tempo com eles ou com seu marido. Ela sente que é incapaz de partilhar seus problemas com qualquer pessoa. Pensamentos: “*Seria terrível se outras pessoas soubessem sobre meus furtos*”; “*Meu marido não me amaria se soubesse sobre meus furtos*.”

Depressão: O escore do Inventário de Depressão de Beck na sessão inicial foi de 15. Pensamentos: “*Sou um fracasso como mãe*”; “*Sou uma pessoa ruim*” e “*Como eu pude fazer isso?*”

Ansiedade: O escore do Inventário de Ansiedade de Beck foi de 12. Pensamentos: “*Não posso ir para a cadeia!*”; “*Minha vida está arruinada*”. Michelle expressa que se sente constantemente ansiosa e se preocupa em ser apanhada furtando pelos seus familiares e amigos.

Baixa assertividade: Michelle se sente incapaz de contar aos seus amigos e ao seu marido. Pensamentos: “*Arruinaria meu casamento se eu contasse para meu marido sobre a minha cleptomania*”, “*Meus amigos iriam pensar que eu sou uma pessoa horrível por fazer tal coisa*.”

II. Diagnósticos

Eixo I: Cleptomania, distímia

Eixo II: Nenhum

Eixo III: Nenhum

Eixo IV: Socialmente isolada, discórdia conjugal

Eixo V: Escore da Avaliação Global de Funcionamento: 60

III. Hipótese de trabalho**Esquemas que mantêm o problema**

A visão de Michelle sobre ela mesma, os outros, o mundo e o futuro:

“*Não sirvo para nada, sou inadequada e incompetente*”

“*Os demais não me apóiam, não me perdoam e são críticos*”

“*O mundo está sempre exigindo algo*”

“*O futuro é triste*”

Eventos precipitadores/ativadores

Os precipitadores de Michelle foram seu desejo de desempenhar um bom modelo para seus filhos e de ter um relacionamento aberto e honesto com seu marido. A iminente data para comparecimento frente à Justiça devido às acusações atuais fez com que Michelle procurasse terapia para sua cleptomania. As situações ativadora são quaisquer situações em que Michelle se sente pressionada a se sair bem, incluindo as atividades diárias, tais como preparar as refeições, levar as crianças de carro para os compromissos a tempo, ou passar tempo sozinha com seu marido.

Origens

A mãe de Michelle abusava de álcool e abusava verbalmente dela; sua mãe freqüentemente ressaltava o quão difícil é ser uma boa mãe e como Michelle não se sairia melhor do que ela. Seu pai era crítico tanto de sua mãe quanto dela e constantemente as ridicularizava por cometerem erros.

Resumo da hipótese de trabalho

A hipótese de trabalho para Michelle se baseou na conclusão de que quando ela se tornou uma esposa e mãe, seus esquemas de se julgar inadequada e incompetente foram ativados. Ela aprendeu, pelo abuso verbal de sua mãe e pelos comportamentos não reforçadores de seu pai, que ela é uma esposa e mãe incompetente, não merecendo ser amada quando comete um erro. Quando esses esquemas são ativados, Michelle vivencia tensão e disforia, e começa a furto, como uma forma de aliviar sua tensão e depressão. Ainda que temporariamente aliviada, a ansiedade e a depressão aumentam a cada episódio, um padrão que se repete durante os anos.

IV. Pontos fortes e vantagens

Excelentes habilidades sociais, estilo de vida estável, segura do ponto de vista financeiro, inteligente.

V. Plano de tratamento**Objetivos:**

1. Reduzir os sintomas cleptomânicos (medidos pelo auto-relato do número de impulsos, intensidade dos impulsos [1 = extremamente baixo a 10 = extremamente alto], e freqüência dos episódios de furtos em lojas).
2. Aumentar o contato social com amigos e familiares (medido pelo número de atividades sociais por semana).
3. Diminuir os sentimentos de depressão e ansiedade (medidos pelo Inventário de Depressão de Beck e pelo Inventário de Ansiedade de Beck).
4. Aumentar a assertividade (medida pelo fato de Michelle contar a seu marido sobre as acusações recentes).

Modalidade: Terapia cognitivo-comportamental individual

Freqüência: Semanal

Intervenções Iniciais:

Psicoeducação (apresentar a formulação para fornecer uma justificativa para o tratamento).

Reestruturação cognitiva (registros de pensamentos, desafiar distorções cognitivas, substituir crenças distorcidas).

Intervenções comportamentais (sensibilização encoberta; exposição com prevenção de respostas; fontes alternativas de satisfação; gerenciamento do estresse).

Treinamento de assertividade.

Terapêutica associada: A intervenção farmacológica é uma opção se Michelle não responder à terapia cognitivo-comportamental.

Obstáculos: Falta de assertividade prediz que Michelle pode vivenciar dificuldades em colaborar com a lição de casa.

comportamental propõe que a prática doméstica de habilidades e a própria terapia é melhorada pelo uso da biblioterapia, quando apropriado. Os índices de comorbidade são altos; portanto, transtornos comórbidos comuns devem ser avaliados e tratados: transtornos de humor, de ansiedade, de uso de substâncias e outros TCIs. Deve ser avaliado o risco de suicídio, pois se sabe que muitos TCIs têm índices relativamente altos de tentativas de suicídio e de suicídios efetivados.⁴⁵

Uma variedade de técnicas específicas são descritas abaixo e a escolha de cada técnica ou combinação de técnicas a serem implementadas pode ser adaptada para cada paciente por meio da utilização de uma formulação de caso cognitivo-comportamental.⁴⁶ Essa formulação baseia-se na teoria

cognitivo-comportamental para gerar uma hipótese individualizada para cada caso. Persons fornece um modelo para esse processo (ver Tabela 1). O primeiro passo na abordagem de Persons envolve obter uma extensa lista das dificuldades do paciente, cobrindo o funcionamento nas áreas psicológica/psiquiátrica, interpessoal, ocupacional, financeira, médica, jurídica, de habitação e de lazer. Questionários breves de avaliação são úteis para quantificar alguns problemas. A próxima etapa envolve a geração de um diagnóstico segundo o DSM. Um diagnóstico pode ser útil para se formular a hipótese inicial de trabalho sobre os problemas. Uma hipótese de trabalho inclui uma descrição das crenças nucleares ou esquemas que mantêm os problemas (incluindo as crenças dos pacien-

Tabela 2 – Técnicas de TCC utilizadas no tratamento da cleptomania

Técnicas de TCC	Descrição	Citação
Sensibilização encoberta	Pede-se ao paciente que se imagine furtando e as conseqüências aversivas associadas a ser apanhado (tanto as conseqüências naturais como, por exemplo ser preso, quanto outras situações aversivas como, por exemplo, vômitos)	6,7
Dessensibilização por imaginação	Relaxamento muscular progressivo pareado com imagens de êxito em evitar furtar por conseguir lidar melhor com a ansiedade	8,9
Dessensibilização sistemática	Uso de exposições hierarquizadas para superar a ansiedade	
Terapia aversiva	Prender a respiração de forma aversiva até que se vivencie dor moderada quando ocorre um impulso para furtar	10
Fontes alternativas de satisfação	Substituir o impulso para furtar com o comportamento alternativo que é uma fonte de satisfação ou emoção	11
Reestruturação cognitiva	Identificar e contestar declarações irracionais (i.e., aqueles pensamentos autopunitivos que levam a emoções inapropriadas)	13
Técnicas multimodais		14
Sensibilização encoberta, análise funcional e encadeamento comportamental, resolução de problemas e reestruturação cognitiva	Sensibilização encoberta – o paciente relata um episódio recente de sentir o impulso de furtar e descreve pensamentos, sentimentos e as conseqüências em detalhe Outras estratégias comportamentais (e.g., contar para a família e amigos o histórico da cleptomania; uso da interrupção comportamental e atividades incongruentes para distrair a atenção de furtar)	5
Sensibilização encoberta e exposição com prevenção de reposta	Treinamento da exposição - <i>in sensu</i> e <i>in vivo</i> A prevenção de resposta envolve a identificação de cognições e comportamentos antecedentes, avaliando a conseqüência da cleptomania e treinando comportamentos alternativos A prevenção de recaída inclui a revisão do efeito da violação da abstinência	15
Reestruturação cognitiva, resolução de problemas e prevenção de recaída Exposição com o treinamento da comunicação, treinamento de habilidades sociais, treinamento de relaxamento e treinamento de confrontação	Dramatização	12

tes sobre si mesmo, os outros, o mundo e o futuro), os eventos precipitadores que ativam os esquemas que levam aos problemas e os eventos ativadores dos problemas, assim como sua origem. Um resumo das hipóteses de trabalho descreve a relação entre os elementos acima e os problemas que se apresentam. Um exame cuidadoso da lista de problemas e da hipótese de trabalho pode informar sobre a escolha do tratamento. Por exemplo, com um paciente que relata ter poucos amigos e familiares e que participa de poucas atividades a não ser o comportamento problemático, um objetivo importante seria o de aumentar a quantidade de suporte social e de atividades prazerosas alternativas. Como em outro exemplo, um paciente que tem baixos escores em uma medida de distorções cognitivas se beneficiaria pouco da reestruturação cognitiva. Para esse tipo de paciente pode se considerar que uma abordagem mais dirigida a intervenções comportamentais, como a exposição e prevenção de resposta, seria mais apropriada.

Também é importante coletar uma lista dos pontos fortes e positivos do paciente. Um paciente pode possuir excelentes habilidades de resolução de problemas e, portanto, não necessitar do componente de resolução de problemas como parte do plano de tratamento. O plano de tratamento inclui uma lista de objetivos, de estratégias para obter esses objetivos (modalidade, freqüência, intervenções, terapias adjuvantes), bem como uma lista dos obstáculos que podem atrapalhar a conquista desses objetivos. Um obstáculo comumente citado que se observa no jogo patológico e no comprar compulsivo são as questões financeiras. Para auxiliar a superação desse obstáculo, os pacientes se beneficiam de um encaminhamento a uma agência de aconselhamento financeiro gratuita. A formulação de caso individualizada proposta por Persons provê um modelo geral de como proceder o planejamento do tratamento dos transtornos de controle do impulso (cleptomania, comprar compulsivo e jogo patológico).

Um exemplo de caso

A Tabela 1 fornece uma conceituação de caso para Michelle, uma mulher casada de 39 anos, com dois filhos, que tem um histórico de cleptomania desde que tinha 30 anos. Antes do tratamento, ela furtava aproximadamente 25 vezes por mês, com uma variação de 1 a 90 episódios por mês. Ela observou que normalmente sente o impulso de furtar quando acorda de manhã e que esse impulso aumenta em intensidade durante o dia. Em lojas de departamento, ela furta itens dos quais ela não necessita ou que não pode utilizar (e.g., brinquedos para bebês). Michelle normalmente coloca o item furtado na caixa de doações do shopping center, pois tem receio de acumulá-los pelo risco de que seu marido ou seus filhos os encontrem. Inicialmente, quando rouba, ela experimenta alívio da tensão e, quando volta para casa, ela sente grande culpa e vergonha. Michelle enxerga o fato de furtar como inconsistente com sua visão sobre ela própria como uma mãe, esposa e filha e vivencia depressão como resultado disso. Também relata que ela não se encontra com seus amigos ou participa de quaisquer atividades sociais, pois ela se sente constrangida devido aos seus comportamentos de furtar. Michelle apontou que seu marido sabe sobre uma condenação anterior por furto, mas que desconhece acusações atuais. Michelle veio para o tratamento com o objetivo de parar com seus comportamentos cleptomânicos e de ter coragem de informar seu marido sobre as acusações atuais antes da data em que deverá comparecer perante a Justiça.

Diretrizes específicas de tratamentos

Uma formulação cuidadosa fornece objetivos de tratamento que sugerem intervenções específicas. As Tabelas 2, 3 e 4 descrevem as intervenções de tratamento específicas que possuem algum suporte teórico e empírico na literatura pesquisada. Como descrito acima, há poucos dados empíricos disponíveis

Tabela 3 – Técnicas de TCC utilizadas no tratamento do comprar compulsivo

Técnicas da TCC	Descrição	Citação
Sensibilização encoberta	Solicita-se ao paciente imaginar ter um impulso para comprar e as conseqüências aversivas que ocorrem após o comprar compulsivo Substituir por imaginar ter o impulso de comprar e as conseqüências aversivas desse comportamento (por exemplo: se envolver em dívidas, ter de pedir dinheiro emprestado)	6
Exposição e prevenção de resposta	<u>Exposição</u> Exposição gradativa a situações de alto risco crescentemente tentadoras. <u>Prevenção de resposta</u> Controle do impulso Controle de estímulos condicionados A prevenção de resposta ocorre inicialmente com um parceiro e depois sozinho	18
Técnicas multimodais		
Análise dos prós e contras	<u>Análise funcional</u> Antecedentes, comportamentos e conseqüências do comportamento	22
Análise funcional		
Elos comportamentais	<u>Elos comportamentais</u> Modelo cognitivo sobre comprar inadequado	
Controle de estímulos	<u>Controle de estímulos</u> Estratégias para controlar as compras (e.g., pacientes são encorajados a escolher um parceiro de compras, limitar o acesso ao dinheiro)	
Reestruturação cognitiva	Alterar as respostas aos estímulos, rearranjar ou evitar os estímulos para comprar, reavaliar as conseqüências, fortalecer os estímulos para evitar comprar, reestruturar os pensamentos	
Prevenção de recaída		
Automonitoração	<u>Reestruturação cognitiva</u> Rever os estilos inadequados de pensamentos associados ao comprar e desafiar esses pensamentos (o que é uma evidência pró e contra o pensamento, o que ocorreria se fosse verdadeiro, quais são as possíveis explicações alternativas?) ou testar a precisão do pensamento por meio de experiências comportamentais	
Gerenciamento do estresse		
Resolução de problemas	<u>Automonitoração</u> Uso de um registro de compras, reestruturação da planilha de pensamentos	
Aumentar o suporte social		
Treinamento da auto-estima e da assertividade		
Gerenciamento do dinheiro		

para orientar o planejamento do tratamento da cleptomania e do jogo compulsivo. A sensibilização encoberta é citada como tendo o maior suporte empírico no tratamento cognitivo-comportamental da cleptomania.² Com relação ao comprar compulsivo, há algumas técnicas cognitivo-comportamentais que demonstraram êxito em um certo número de estudos de caso e ensaios clínicos não controlados. A pesquisa sobre o tratamento cognitivo-comportamental do jogo patológico tem recebido mais atenção do que o do comprar compulsivo ou da cleptomania.

Conclusões

Este artigo examina a pesquisa sobre transtornos do controle do impulso, a saber a cleptomania, o comprar compulsivo e o jogo patológico e, ao pesquisar a literatura, apresentou diretrizes gerais para o planejamento do tratamento, utilizando uma formulação de caso cognitivo-comportamental. Todos esses transtornos do controle do impulso carecem de pesquisas com grandes ensaios clínicos aleatorizados. Os estudos de caso apresentados são complicados pela comorbidade, tratamentos concomitantes, casos subclínicos e pela falta de medidas de desfecho apropriadas. Além disso, as amostras pequenas e a falta de dados de seguimento limitam a generalização desses resultados. A pesquisa deve considerar o desmembramento dos estudos para isolar os componentes eficazes da psicoterapia cognitivo-comportamental para transtornos de controle do impulso, e a realização de estudos comparativos para examinar a eficácia da psicoterapia *versus* as intervenções farmacológicas e intervenções em grupo *versus* individuais.

O consenso geral na literatura é de que a TCC é útil no tratamento dos transtornos de controle do impulso, ainda que o uso de algumas técnicas cognitivas tenha demonstrado piorar os sintomas (e.g., parada de pensamento para o tratamento da cleptomania).⁶ As técnicas cognitivo-comportamentais utilizadas no tratamento dos transtornos de controle do impulso variam das puramente comportamentais (e.g., exposição com prevenção de resposta) às puramente cognitivas (e.g., reestruturação cognitiva). No entanto, a maior parte dos estudos incorporou uma mescla de técnicas cognitivas e comportamentais e é, portanto, difícil saber quais componentes contribuíram para a mudança terapêutica. Ao decidir sobre quais técnicas utilizar na prática clínica, o clínico deve gerar uma conceituação ideográfica a partir da formulação de caso cognitivo-comportamental apresentada anteriormente⁴⁶ e consultar as tabelas de resumos das técnicas de TCC para cada transtorno. Pode ser necessário reavaliar e ajustar a abordagem de tratamento durante o curso da terapia para atingir o êxito máximo. O uso de intervenções farmacológicas no tratamento dos transtornos de controle do impulso pode ser útil se a TCC não tiver êxito.^{43,47}

Agradecimentos

Gostaríamos de agradecer a Erin Cassidy pela edição deste artigo.

Tabela 4 – Técnicas de TCC utilizadas no tratamento do jogo patológico

Técnicas de TCC	Descrição	Citação
Controle de estímulos e exposição com prevenção de respostas	<u>Controle de estímulos</u> Evitar situações de alto risco ou caminhos que passam por locais de risco; manter controle sobre o dinheiro <u>Exposição in vivo com prevenção de respostas</u> A exposição <i>in vivo</i> força os pacientes a vivenciar o impulso para jogar e a prevenção de resposta auxilia os pacientes a aprenderem a resistir ao impulso de uma forma autocontrolada	32
Dessensibilização por imaginação	Imaginar como responder a situações de alto risco enquanto estiver em um estado relaxado	8,25,26
Reestruturação cognitiva	Reconhecimento e modificação das distorções cognitivas incluindo a memória seletiva para vencer e não para perder, a falácia do jogador, o conceito de probabilidade, a superestimação das chances e comportamentos supersticiosos.	28,29,30,48
Técnicas comportamentais	Cadeia comportamental (identificar situações de alto risco; desenvolver estratégias para evitar ou lidar com situações de alto risco; resolução de problemas).	
Prevenção de recaída	Prevenir uma recaída; gerenciar uma recaída.	
Técnicas multimodais		
Análise funcional	Identificar gatilhos do jogo, padrões de jogo e conseqüências de jogar	49
Gerenciar disparadores	Controles do estímulo (evitar situações de alto risco; limitar o acesso ao dinheiro; ficar longe do jogo; informar outras pessoas sobre o plano)	
Lidar com os impulsos	Técnicas de relaxamento progressivo, engajar-se em uma atividade distratora, completar uma análise de custo-benefício sobre o jogo. Estender o período de tempo para a decisão de jogar. Resolução de problemas	
Análise financeira	Como gerenciar as finanças, pagar as dívidas e preparar-se para problemas financeiros como um disparador para o jogo Encaminhamentos para os jogadores anônimos (JA), organizações de crédito ao consumidor e advogados especializados em falência	
Lidar com o conflito interpessoal	Treinamento em comunicação positiva, dramatização, treinamento de habilidades sociais	
Reforçar o comportamento de não jogar	As atividades são usualmente baratas ou gratuitas e idealmente competem com o comportamento de jogar nos períodos de alto risco. O objetivo é o de aumentar o prazer de viver	
Prevenção de recaída	Preparar para eventos futuros e possíveis estressores que podem afetar a decisão de jogar	
Análise de custo-benefício de jogar	Identificar, desafiar e substituir os pensamentos irracionais	50
Análise funcional	Identificar gatilhos do jogo, padrões do jogo e conseqüências do jogo	
Lidar com impulsos	Lidar com impulsos pelo pensamento (falar consigo mesmo) ou pela ação (atividades comportamentais para impedir o jogo)	
Controle do estímulo	Ficar longe do jogo; limitar o acesso ao dinheiro	
Reestruturação cognitiva	Identificar e substituir os pensamentos irracionais; compreender o conceito de probabilidade	
Prevenção de recaída	Planejar antecipadamente. Preparar-se para lapsos e recaídas; lidar com os outros problemas da vida	

Referências

- American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 4th ed. text revised. Washington (DC): American Psychiatric Press; 2000.
- Opydyke D, Rothbaum B. Cognitive-behavioural treatment of Impulse Control Disorders. In: Caballo VE, editor. *International Handbook of Cognitive and Behavioural Treatments for Psychological Disorders*. England: Pergamon/Elsevier Science Ltd; 1998. p. 417-39.
- Grant JE. Understanding and treating kleptomania: new models and new treatments. *Isr J Psychiatry Relat Sci*. 2006;43(2):81-7.
- Murray JB. Kleptomania: a review of the research. *J Psychol*. 1992;126(2):131-7.
- Guidry LS. Use of covert punishing contingency in compulsive stealing. *J Behav Ther Exp Psychiatry*. 1975;6(2):169.
- Gauthier J, Pellerin D. Management of compulsive shoplifting through covert sensitization. *J Behav Ther Exp Psychiatry*. 1982;13(1):73-5.
- Glover JH. A case of kleptomania treated by covert sensitization. *Br J Clin Psychol*. 1985;24(Pt 3):213-4.
- McConaghy N, Blaszczynski A. Imaginal desensitization: a cost effective treatment in two shop-lifters and a binge-eater resistant to previous therapy. *Aust N Z J Psychiatry*. 1988;22(1):78-92.
- Marzagao LR. Systematic desensitization treatment of kleptomania. *J Behav Ther Exp Psychiatry*. 1972;3:327-8.
- Keutzer CS. Kleptomania: a direct approach to treatment. *Br J Med Psychol*. 1972;45(2):159-63.
- Gudjonsson GH. The significance of depression in the mechanism of 'compulsive' shoplifting. *Med Sci Law*. 1987;27(3):171-6.
- Wiedemann G. Kleptomania: characteristics of 12 cases. *Eur Psychiatry*. 1998;13(2):67-77.
- Schwartz D, Hoellen B. "Forbidden fruit tastes especially sweet." Cognitive-behavior therapy with a kleptomaniac woman – a case report. *Psychother Priv Pract*. 1991;8(4):19-25.
- Kohn CS, Antonuccio DO. Treatment of kleptomania using cognitive and behavioural strategies. *Clin Case Stud*. 2002;1(1):25-38.
- Aizer A, Lowengrub K, Dannon PN. Kleptomania after head trauma: two case reports and combination treatment strategies. *Clin Neuropharmacol*. 2004;27(5):211-5.
- McElroy SL, Keck PE Jr, Pope HG, Smith JM, Strakowski SM. Compulsive buying: a report on 20 cases. *J Clin Psychiatry*. 1994;55(6):242-8.
- Lejoyeux M, Ades J, Tassian V, Solomon J. Phenomenology and psychopathology of uncontrolled buying. *Am J Psychiatry*. 1996;153(12):1524-9.
- Bernik MA, Akerman D, Amaral J, Braun R. Cue exposure in compulsive buying. *J Clin Psychiatry*. 1996;57(2):90.
- Marcinko D, Karlovic D. Oniomania: successful treatment with fluvoxamine and cognitive-behavioural psychotherapy. *Psychiatr Danub*. 2005;17(1-2):97-100.
- Damon JE. *Shopaholics: serious help for addicted spenders*. Los Angeles: Prince Stein Sloan; 1988.
- Benson AL, Gengler M. Treating Compulsive Buying. In: Coombs R, editor. *Addictive disorders: a practical handbook*. New York: Wiley; 2004. p. 451-91.
- Burgard M, Mitchell JE. Group cognitive behavioral therapy for buying disorder. In: Benson AL, editor. *I shop, therefore I am*. New Jersey: Jason Aronson; 2000. p. 367-93.
- Mitchell JE, Burgard M, Faber R, Crosby RD, de Zwaan M. Cognitive behavioral therapy for compulsive buying disorder. *Behav Res Ther*. 2006;44(12):1859-65.

24. Hodgins DC, Petry N. Cognitive and behavioral treatments. In: Grant J, Potenza MN, editors. *Pathological gambling: a clinical guide to treatment*. New York: American Psychiatric Press; 2004. p. 169-88.
25. McConaghy N, Armstrong MS, Blaszczynski A, Allcock C. Controlled comparison of aversive therapy and imaginal desensitisation in compulsive gambling. *Br J Psychiatry*. 1983;142:366-72.
26. McConaghy N, Blaszczynski A, Frankova A. Comparison of imaginal desensitisation with other behavioural treatments of pathological gambling. A two- to nine-year follow-up. *Br J Psychiatry*. 1991;159:390-3.
27. Pallanti S, Rossi N, Hollander E. Pathological gambling. In: Hollander E, Stein DJ, editors. *Clinical manual of Impulse Control Disorders*. Washington (DC): American Psychiatry Press; 2006.
28. Sylvain C, Ladouceur R, Boisvert JM. Cognitive and behavioral treatment of pathological gambling: a controlled study. *J Consult Clin Psychol*. 1997;65(5):727-32.
29. Ladouceur R, Sylvain C, Boutin C, Lachance S, Doucet C, Leblond J, Jacques C. Cognitive treatment of pathological gambling. *J Nerv Ment Dis*. 2001;189(11):774-80.
30. Ladouceur R, Sylvain C, Boutin C, Lachance S, Doucet C, Leblond J. Group therapy for pathological gamblers: a cognitive approach. *Behav Res Ther*. 2003;41(5):587-96.
31. Robson E, Edwards J, Smith G, Colman I. Gambling decisions: an early intervention program for problem gamblers. *J Gambl Stud*. 2002;18(3):235-55.
32. Echeburua E, Baez C, Fernandez-Montalvo J. Comparative effectiveness of three therapeutic modalities in the psychological treatment of pathological gambling: long-term outcome. *Behav Cognitive Psychother*. 1996;24:51-72.
33. Echeburua E, Fernandez-Montalvo J, Baez C. Relapse prevention in the treatment of slot machine pathological gambling: long-term outcome. *Behav Ther*. 2000;31:351-64.
34. Petry N, Ammerman Y, Bohl J, Doersch A, Gay H, Kadden R, Molina C, Steinberg K. Cognitive-behavioral therapy for pathological gamblers. *J Consult Clin Psychol*. 2006;74(3):555-67.
35. Toneatto T, Sobell LC. Pathological gambling treated with cognitive-behavior therapy: a case report. *Addict Behav*. 1990;15(5):497-501.
36. Melville C, Davis C, Matzenbacher D, Clayborne J. Node-link mapping-enhanced group treatment for pathological gambling. *Addict Behav*. 2004;29(1):73-87.
37. Milton S, Crino R, Hunt C, Prosser E. The effect of compliance-improving interventions on the cognitive-behavioural treatment of pathological gambling. *J Gambl Stud*. 2002;18(2):207-29.
38. Wulfert E, Blandchard EB, Freidenberg BM, Martell RS. Retaining pathological gamblers in cognitive-behavior therapy through motivational enhancement. *Behav Modif*. 2006;30(3):315-40.
39. Hodgins DC, Currie SR, el-Guebaly N. Motivational enhancement and self-help treatments for problem gambling. *J Consult Clin Psychology*. 2001;69(1):50-7.
40. Hodgins DC, Currie S, el-Guebaly N, Peden N. Brief motivational treatment for problem gambling: a 24-month follow-up. *Psychol Addict Behav*. 2004;18(3):293-6.
41. Pallesen S, Mitsem M, Kvale G, Johnsen BH, Molde H. Outcome of psychological treatments of pathological gambling: a review and meta-analysis. *Addiction*. 1995;100(10):1412-22.
42. Blaszczynski A, Silove D. Cognitive and behavioral therapies for pathological gambling. *J Gambl Stud*. 1995;11(2):195-220.
43. Stein DJ, Harvey B, Seedat S, Hollander E. Treatment of Impulse-Control Disorders. In: Hollander E, Stein DJ, editors. *Clinical Manual of Impulse Control Disorders*. Washington (DC): American Psychiatric Press; 2006. p. 309-25.
44. Dannon PN, Aizer A, Lowengrub K. Kleptomania: differential diagnosis and treatment modalities. *Curr Psychiatr Rev*. 2006;2:281-3.
45. Hodgins DC, Mansley C, Thygesen K. Risk factors for suicide ideation and attempts among pathological gamblers. *Am J Addict*. 2006;15(4):303-10.
46. Persons JB, Davidson, J. Cognitive-behavioral case formulation. In: Dobson KS, editor. *Handbook of cognitive-behavioral therapies*. 2nd ed. New York (NY): Guilford Press; 2001. p. 86-110.
47. Grant JE. Kleptomania. In: Hollander E, Stein DJ, editors. *Clinical Manual of Impulse Control Disorders*. Washington (DC): American Psychiatric Press; 2006. p. 175-201.
48. Ladouceur R, LaChance S. *Overcoming pathological gambling, therapist guide*. New York: Oxford University; 2007.
49. Petry N. Cognitive-behavioral therapy. In: *Pathological gambling. Etiology, comorbidity, and treatment*. Washington (DC): American Psychological Association; 2005. p. 229-56.
50. Hodgins DC. *Becoming a winner: defeating problem gambling. A self-help manual for problem gamblers*. Calgary (AB): Addictive Behaviours Laboratory, University of Calgary; 2002.