

Psicoterapia psicodinâmica e o tratamento do jogo patológico

Psychodynamic psychotherapy and the treatment of pathological gambling

Richard J Rosenthal¹

Resumo

Objetivo: A busca por tratamentos com base empírica para o jogo patológico está em sua infância, havendo relativamente poucos ensaios clínicos e uma ausência de estudos naturalísticos. A adesão dos jogadores ao tratamento tem sido um problema, sendo que o tratamento cognitivo-comportamental e os estudos farmacoterápicos relatam índices particularmente altos de abandono. As abordagens psicodinâmicas, com sua ênfase na relação terapêutica e no significado dos comportamentos autodestrutivos e aparentemente irracionais, e nos obstáculos à capacidade de se perdoar, poderiam melhorar o desfecho. **Método:** Após uma descrição da psicoterapia psicodinâmica, foi feita uma revisão da literatura que investigou a eficácia de tratamentos psicoterápicos de curto e longo prazo para uma série de transtornos. Com relação ao jogo patológico, foi feito um resumo da literatura psicanalítica inicial (1914-1970) e a seguir foi revisada a literatura mais recente sobre a utilização da psicoterapia psicodinâmica no jogo patológico. **Resultados:** A pesquisa da literatura recente sobre psicoterapia psicodinâmica não revelou nenhum estudo controlado aleatorizado sobre a eficácia ou efetividade desse tratamento. No entanto, há oito estudos com desfechos positivos descritos como ecléticos multimodais; a metade destes parece utilizar abordagens psicodinâmicas. São descritos dois programas entre os que obtiveram maior êxito. **Conclusões:** Uma observação sobre os desfechos mais gerais da psicoterapia psicodinâmica na literatura demonstra eficácia suficiente para uma variedade de transtornos que justificam um ensaio clínico sobre o jogo patológico. A psicoterapia psicodinâmica de curto prazo, com seu foco em questões nucleares, pode ser particularmente aplicável à necessidade dos jogadores patológicos de evitar ou escapar de efeitos e problemas intoleráveis. Terapias de mais longo prazo podem ser necessárias para modificar um padrão evitativo de comportamento e defesas psicodinâmicas.

Descritores: Jogo patológico; Psicoterapia psicodinâmica; Terapia combinada; Formulação dinâmica; Resultado de tratamento

Abstract

Objective: The search for empirically based treatments for pathological gambling is in its infancy, with relatively few clinical trials and an absence of naturalistic studies. Treatment retention of gamblers has been a problem; cognitive-behavioral treatment and pharmacotherapy studies report especially high dropout rates. Psychodynamic approaches, with their emphasis on the therapeutic relationship, and the meaning of the patient's self-destructive and seemingly irrational behaviors, and on obstacles to self-forgiveness, might improve outcome. **Method:** After a description of psychodynamic psychotherapy, the literature on both short-term and longer therapies is reviewed regarding their efficacy for a variety of disorders. With regard to pathological gambling, the author summarizes the early (1914-1970) psychoanalytic literature then reviews the more recent psychodynamic psychotherapy literature on pathological gambling. **Results:** A review of the recent psychodynamic psychotherapy literature on pathological gambling failed to disclose a single randomized controlled study of treatment efficacy or effectiveness. However, there are eight positive outcome studies described as multi-modal eclectic; half of those seem to utilize psychodynamic approaches. Two of the more successful programs are described. **Conclusions:** A review of the outcomes literature for psychodynamic psychotherapy demonstrates efficacy for a variety of disorders sufficient to justify a clinical trial for pathological gambling. Short-term psychodynamic psychotherapy, with its focus on core issues, may be particularly applicable to the pathological gambler's need to avoid or escape intolerable affects and problems. Longer therapies may be needed to modify an avoidant coping style and defenses.

Descriptors: Pathological gambling; Psychodynamic psychotherapy; Multimodal treatment; Dynamic formulation; Treatment effectiveness

¹ University of California, Los Angeles, EUA

Correspondência

Richard J. Rosenthal
UCLA Gambling Studies Program
Semel Institute for Neuroscience and Human Behavior
David Geffen School of Medicine
Department of Psychiatry and Biobehavioral Sciences
760 Westwood Ave., Room C8-891
Los Angeles, California 90024, USA
Tel: 011-310-278-1103
E-mail: rrosenth@ucla.edu

Financiamento: O trabalho foi parcialmente financiado por uma doação da Annenberg Foundation.
Conflito de interesses: Inexistente

Introdução

Os tratamentos e enfoques psicodinâmicos presumem que cada um de nós possui uma vida interior que é importante para a compreensão de nossa vida exterior, e que ambas são o produto de nossos históricos pessoais, incluindo os sentidos que atribuímos ao que nos haja ocorrido ou possa ocorrer. A psicoterapia psicodinâmica (PTPD) se assemelha ao trabalho de detetive; busca os motivos e tenta ler nas entrelinhas do comportamento humano. Procura padrões repetitivos; utiliza relações atuais para lançar luzes sobre o passado; presta atenção ao irracional e ao não dito.

Até recentemente, a PTPD era reputadamente a forma mais praticada nos Estados Unidos.¹ No entanto, houve um número muito menor de estudos sobre a eficácia e a efetividade das terapias psicodinâmicas que os realizados sobre os tratamentos cognitivo-comportamentais (TCC) e farmacológicos.¹ A TCC e a farmacoterapia podem prestar-se mais facilmente à terapia baseada em manuais, ensaios clínicos de curto prazo e distribuições aleatórias. No entanto, a PTPD e sua antecessora, a psicanálise, têm resistido teimosamente, pelo menos até recentemente, à revisão baseada em evidências. Alguns acreditam que as terapias psicanalíticas são incompatíveis com a pesquisa científica; outros insistem na necessidade de investigação e têm desenvolvido instrumentos e métodos para coletar e analisar dados.²

A presente revisão foi realizada para avaliar a contribuição da PTPD no tratamento do jogo patológico (JP). O tratamento do JP com bases empíricas está em sua infância, havendo relativamente poucos ensaios clínicos e grandes diferenças de opinião sobre como classificar e conceituar o transtorno. A continuidade do tratamento dos JPs tem sido um problema: estudos sobre TCC e farmacoterapia relatam índices de desistência de 43 a 80%.³ Começarei com uma definição e uma descrição da PTPD. Para entender como ela funciona no tratamento, temos que começar clarificando aquilo que realmente fazemos. A seguir, apresento vários exemplos da literatura sobre os resultados da PTPD, demonstrando que existem estudos sobre a eficácia para uma série de transtornos, a fim de defender a tese da necessidade de mais pesquisas sobre JP.

Uma contribuição inicial revisou a literatura psicodinâmica em JP.⁴ Embora iremos resumir as contribuições dessa literatura, nosso foco aqui serão os estudos mais recentes e, especialmente, como a PTPD tem sido inserida em programas combinados e ecléticos, freqüentemente sem ser identificada como tal. Dois dos programas mais influentes serão discutidos para ilustrar seu uso de princípios e métodos psicanalíticos.

As experiências adquiridas por meio de supervisão, workshops e consultas convenceram-me de que 1) os bons terapeutas são mais similares do que diferentes, independentemente de sua orientação teórica, e que 2) há uma discrepância entre o que os terapeutas fazem na privacidade de seus consultórios e o que eles dizem ou pensam que fazem. Além disso, parâmetros aparentemente menos importantes do processo terapêutico podem ser muito mais importantes para determinar o desfecho do que pacotes completos de tratamentos padronizados.¹ Em estudos que compararam TCC com psicoterapia psicodinâmica de curto prazo (PPCP), Ablon e Jones encontraram que os desfechos positivos para ambas as terapias relacionaram-se ao uso de técnicas e estratégias que foram prototipicamente psicodinâmicas.⁵ Os autores observam que o que se presume ser um tratamento cognitivo-comportamental pode de fato conter ingredientes

psicodinâmicos significativos ou vice-versa, e que essas intervenções podem estar entre os ingredientes ativos do processo terapêutico. Em um estudo posterior, os autores compararam TCC com psicoterapia interpessoal.⁶ Apesar do uso de manuais e procedimentos detalhados para assegurar a adesão ao tratamento, houve novamente sobreposição e empréstimo substanciais em termos de processos e técnicas. Desta feita, ambas as formas de terapia aderiram mais ao protótipo de TCC que, além disso, relacionou-se mais favoravelmente com o desfecho. Os achados novamente demonstram a necessidade de estudar o processo terapêutico juntamente com o desfecho. Em última análise, estamos fazendo uma pergunta com quatro aspectos: que tipos de tratamento são efetivos; para quais jogadores; de que formas são efetivos; e por meio de quais mecanismos?

O que é a psicoterapia psicodinâmica?

As abordagens psicodinâmicas são baseadas em certas hipóteses: que aquilo que as pessoas dizem e fazem possui um significado, ainda que possa ser externo à percepção consciente; que existem padrões para o comportamento das pessoas e que esses padrões repetitivos podem ser discernidos a partir da narrativa de vida do indivíduo e observados na relação terapêutica; e que, ainda que esses comportamentos se tornem fixos, podem-se alterar por meio do insight e do entendimento.

A PTPD utiliza sete tipos de intervenções ou técnicas que a diferenciam de outros tipos de terapia:⁷

- 1) Foco no afeto e na expressão das emoções do paciente;
- 2) Exploração das tentativas do paciente de evitar tópicos ou engajar-se em atividades que prejudiquem o progresso da terapia (evitação, resistência);
- 3) Identificação dos padrões das ações, pensamentos, sentimentos, experiências e relações do paciente;
- 4) Ênfase nas relações passadas;
- 5) Foco nas experiências interpessoais;
- 6) Ênfase na relação terapêutica;
- 7) Exploração dos desejos, fantasias e sonhos.

Os sonhos, de acordo com Freud, representam a "estrada privilegiada para o inconsciente".⁸ Apesar de que a TPCP tenda a focar mais em suas imagens manifestas e significados metafóricos, a utilidade dos sonhos é indiscutível.⁹ Eles podem servir como sinais iniciais de advertência da atuação, incluindo recaídas ou retorno total ao jogo. Outras alterações podem também ser apresentadas inicialmente nos sonhos: "Freqüentemente, a indicação inicial de uma decisão significativa, de alteração em direção a um comportamento mais saudável, ou de prontidão para terminar o tratamento pode ser sinalizada pelos sonhos" (p. 224).⁹

A transferência, em que o indivíduo relaciona-se com o terapeuta baseado em experiências passadas com os pais ou outras pessoas significativas, e a colaboração presente entre o terapeuta e o paciente, juntas constituem a aliança terapêutica. Isso se constitui no instrumento mais efetivo no arsenal para a mudança.¹⁰ O terapeuta tenta criar um ambiente seguro ao ser consistente, não crítico e apoiador. Por seu lado, os pacientes são encorajados a serem curiosos sobre eles próprios e especialmente sobre seus comportamentos aparentemente irracionais e a expressar seus medos e afetos intoleráveis no ambiente do consultório do terapeuta, onde esses afetos podem ser contidos.

O terapeuta provê certas habilidades à relação. Primeiro, está a capacidade de ser enfático, de colocar-se no lugar do

outro para ser consciente do sofrimento e das variações nos estados de espírito do paciente. Segundo, está a capacidade de manter (de forma livremente flutuante) a atenção, para escutar o significado consciente e o inconsciente, ao mesmo tempo em que tolera períodos de incerteza e desconhecimento. Terceiro, está a capacidade de ser auto-reflexivo, de ser capaz de interagir com o paciente enquanto observa simultaneamente a interação, refletir sobre ela e utilizar esta auto-reflexão para modificar e guiar futuras interações. Como um fator adicional que complica a relação terapêutica encontra-se o fato de que nem todas as díades paciente-terapeuta constituem um “bom encaixe”; até a pouco, isso não era algo que pudesse ser objetivado ou medido.

1. A formulação psicodinâmica

Um importante componente da abordagem psicodinâmica, e que continua sendo aplicável mesmo quando o paciente está em algum outro tipo de terapia, é a formulação psicodinâmica.¹¹ Ela se constitui numa declaração sobre os problemas e conflitos centrais do paciente, tenta explicar sua função na presente situação e prever como irão afetar o tratamento e a relação terapêutica. De acordo com Perry et al., a formulação psicodinâmica começa enfrentando a questão de “por que este paciente em particular apresenta-se com este diagnóstico e estes problemas específicos neste momento específico”.¹¹ Ela também enfatiza a importância de incluir uma descrição dos fatores não psicodinâmicos.

A formulação psicodinâmica modificar-se-á ao longo do tempo, à medida que se obtenham informações adicionais e as circunstâncias mudem. Não necessita ser longa ou incluir todos os aspectos, mas há um acordo geral de que necessita ser feita por escrito. O processo de escrevê-la ajuda a clarificar o que é essencial e serve como um tipo de esquema ou plano de jogo para manter o rumo quando a terapia se torna difícil. O caráter incompleto da formulação original deve estimular a curiosidade do terapeuta, ao passo que a sua natureza especulativa resultará em hipóteses a serem testadas e modificadas.

A formulação ajuda os terapeutas a aceitarem as inevitáveis complexidades e o conhecimento limitado inerente a cada situação clínica e, portanto, a aceitarem melhor suas limitações.¹¹ Os terapeutas podem ser também mais tolerantes e compreensivos com a patologia do paciente. Quando o comportamento do paciente no tratamento é visto como uma manifestação de suas dinâmicas individuais e como problemas característicos que podem ser previstos e compreendidos, o terapeuta pode ser mais objetivo, não crítico e empático e há um reforço da aliança terapêutica.

2. Psicoterapia psicodinâmica de curto prazo

É útil distinguir a PTPD clássica ou tradicional da PPCP. A primeira não tem data de término e é tipicamente de longo prazo. O terapeuta é menos diretivo, permitindo aos pacientes colocar em discussão o que lhes parece importante ou relevante; as questões subjacentes para buscar tratamento podem não se tornar aparentes até que terapia esteja bem avançada. A pessoa como um todo é o tema do tratamento, seu caráter, defesas, valores, etc., menos do que as queixas com que se apresenta ou o diagnóstico inicial. As transferências são analisadas à medida que a relação entre o paciente e o terapeuta passa por várias mudanças e permutas.

Por outro lado, a PPCP é, em geral, limitada no tempo, consistindo de 16-30 sessões, realizadas uma ou duas vezes por semana.¹² O terapeuta é relativamente ativo e estimula o desenvolvimento da aliança terapêutica e da transferência positiva. A PPCP foca os conflitos ou temas específicos que são formulados inicialmente na terapia. A formulação psicodinâmica é conceituada mais

simplesmente como um evento formativo ou crítico na vida e as habilidades de lidar – ou as defesas usadas para lidar – com ele,¹⁰ ou como um tema conflituoso nuclear da relação (TCNR).¹³ Presta-se atenção para o estabelecimento de metas alcançáveis, aderindo às tarefas mais imediatas e às questões envolvendo o final da terapia. A PPCP presta-se muito mais naturalmente a tratamentos baseados em manuais e a pesquisa sobre desfechos.

Eficácia e efetividade da psicoterapia psicodinâmica

1. Psicoterapia psicodinâmica de curto prazo

Leichsenring, Rabung e Leibing realizaram uma metanálise dos estudos sobre PPCP que foram feitos entre 1970 e 2004.¹² Seus rigorosos critérios de inclusão envolveram ensaios clínicos controlados e aleatorizados, uso de terapia manualizada com asseguramento da integridade do tratamento, terapeutas experientes ou especificamente treinados em PPCP, tratamento de pacientes com transtornos psiquiátricos específicos, medidas diagnósticas confiáveis e válidas, e dados necessários para calcular os tamanhos de efeito. Baseados nos 17 estudos que preencheram seus critérios, encontraram que a PPCP produziu tamanhos de efeito pré- e pós-tratamento significativos e grandes para os problemas-alvo, sintomas psiquiátricos gerais e funcionamento social. Concluíram que a PPCP provou ser um tratamento eficaz para transtornos psiquiátricos, mas que são necessárias mais pesquisas sobre transtornos específicos, incluindo um estudo para determinar os ingredientes ativos da PPCP e estudos sobre sua efetividade.^{12,14}

O trabalho corroborou os resultados de metanálises prévias.¹⁴ É de se notar que utilizou um banco de dados diferente e somente um pequeno número dos estudos incluídos previamente foi capaz de preencher os critérios de inclusão mais rigorosos neste caso. Os efeitos da PPCP demonstraram ser estáveis e tenderam inclusive a aumentar com o acompanhamento, reproduzindo, desta forma, achados anteriores. A conclusão de que a PPCP foi superior a ambos os tratamentos nas condições usuais e de lista de espera e que é pelo menos tão benéfica como as outras formas de psicoterapia, tais como a TCC, baseou-se em estudos sobre depressão, fobia social, transtorno de estresse pós-traumático, anorexia e bulimia nervosa, transtornos de personalidade borderline e do grupo C. O único tipo de dependência química incluída foi a dependência de cocaína; não havia estudos sobre JP ou sobre quaisquer adições comportamentais ou transtorno do controle dos impulsos.

Entre os 17 estudos incluídos na metanálise, foram utilizados diferentes modelos de PPCP, ainda que os mais frequentes entre eles foram os de Shapiro e Firth, Horowitz, Davanloo e Luborsky.¹⁴ Leichsenring indaga se os diferentes modelos de PPCP são similares o suficiente para serem considerados como um só grupo. Nesse caso, as evidências empíricas de um modelo poderiam ser também válidas para os demais. Por outro lado, a forma pela qual os modelos poderiam diferir entre si levanta questões para estudos mais aprofundados. A comparação entre sessões prototípicas poderia ajudar a identificar fatores que caracterizam as diferentes formas de PPCP. E, finalmente, Leichsenring¹⁴ admite que, mesmo com a aderência ao manual de tratamento, pode haver diferenças consideráveis nos processos interpessoais subjacentes e, como outros pesquisadores observaram,^{15,16} são esses processos que podem ser os mais

significativamente relacionados ao desfecho. Por exemplo, Crits-Christoph e Mintz encontraram que diferentes terapeutas que aplicaram a mesma forma de terapia manualizada diferiram com relação a sua eficácia.¹⁷

2. Psicoterapia psicodinâmica de longo prazo

Como se poderia esperar, há poucos estudos sobre PTPD de longo prazo. Problemas metodológicos foram revisados por Gunderson e Gabbard.¹⁸ Há problemas com a aleatorização para métodos alternativos de tratamento: os pacientes que não recebem seu tratamento de escolha irão abandoná-lo. Grupos-controle adequadamente pareados são difíceis de serem recrutados. Variáveis inesperadas e não controladas, tais como doenças, eventos da vida, transtornos do eixo I e alterações na medicação são freqüentes durante o curso longo do tratamento. O custo de um acompanhamento de longo prazo seria proibitivo.

No entanto, há dois estudos que merecem ser mencionados. O *Stockholm Outcome of Psychotherapy and Psychoanalysis Project* (STOPP).¹⁹⁻²¹ acompanhou por até três anos 756 pessoas que foram tratadas com psicanálise e psicoterapia psicanalítica, cujo tratamento foi financiado pelo seguro médico nacional. O desfecho foi avaliado em termos de sintomas, relações sociais, atitude existencial ou moral, saúde geral, utilização dos serviços de saúde e capacidade de trabalho, medida por entrevistas qualitativas, levantamentos autocompletados, questionários e registros oficiais. Ao final do tratamento, os pacientes que foram tratados com psicanálise de quatro a cinco a vezes por semana tiveram desfechos similares aos que foram tratados com psicoterapia de uma a duas vezes por semana. Durante o período de acompanhamento, no entanto, os pacientes analíticos continuaram a melhorar, ao passo que os de psicoterapia não. Ao final do período de acompanhamento, os escores dos pacientes analíticos eram quase indistinguíveis dos obtidos de uma amostra não clínica sueca.

A Associação Psicanalítica Alemã realizou um acompanhamento de tratamentos psicanalíticos feitos entre 1990 e 1993.^{22,23} Foi acompanhada uma amostra representativa (n = 401) de todos os pacientes que terminaram o tratamento com membros de sua associação analítica. Entre 70 e 80% dos pacientes atingiram alterações psíquicas boas e estáveis ao serem contactados em média 6,5 anos após o final do tratamento. Os informes provieram dos próprios pacientes, seus analistas, especialistas analíticos e não psicanalíticos independentes e segundo questionários apropriados para esse tipo de estudo de desfecho. Os pacientes também relataram menos dias de licença saúde durante os sete anos de pós-tratamento, somando-se a esse benefício financeiro indireto a valorização sustentada da experiência subjetiva de tratamento.

Os dois estudos valorizam o tratamento intensivo e o acompanhamento de longo prazo. Um estudo naturalístico menor (n = 53) de PTPD realizada por pelo menos três anos encontrou a melhora de longo prazo no funcionamento defensivo, o que predisse melhora nos sintomas depressivos, de ansiedade e de personalidade.²⁴

3. Preditores adicionais de desfecho

Baseados em suas análises dos dados de vários estudos de PTPD intensiva, assim como um estudo colaborativo de curto prazo em depressão maior, Blatt et al. concluíram que a avaliação do progresso terapêutico deve ir além da redução de sintomas como medida de desfecho primário e deve

incluir a avaliação da vulnerabilidade diminuída ao estresse, o desenvolvimento de melhores defesas e estratégias de adaptação e uma maturação das representações do *self* e de objeto.²⁵ Os autores consideram que essas alterações na organização e na estrutura da personalidade são essenciais para lidar com a maior parte das formas de psicopatologia a fim de que a melhora sintomática seja sustentada e se evite recaídas significativas.

Blatt et al. também concluíram que o desfecho terapêutico é determinado não pelo tipo de tratamento fornecido segundo os manuais, mas pela “capacidade do terapeuta em valorizar a natureza dos distúrbios e a organização da personalidade do paciente, uma compreensão que é essencial para estabelecer uma relação terapêutica que capacite o paciente a sentir segurança e confiança no terapeuta e a participar ativamente no processo de tratamento” (p. 538).²⁵ Eles encontraram que a qualidade da relação terapêutica, estabelecida precocemente na segunda sessão, foi o melhor preditor de sucesso do tratamento.²⁵

Crits-Christoph e Mintz demonstraram que os terapeutas que aplicaram a mesma forma de terapia diferiram em relação à eficácia.¹⁷ Mesmo quando aderiram a um manual de tratamento, pode haver diferenças interpessoais, que podem ser determinantes para o desfecho.^{15,16} Além das diferenças entre os terapeutas, está o ajuste entre terapeuta e paciente. Alguns terapeutas são melhores com alguns tipos de pacientes e alguns tipos de transtornos. A experiência com o tratamento de um tipo de adição, por exemplo, pode não se traduzir em empatia, interesse ou capacidade de tratar outro tipo de adição.

Jogo patológico

1. Teorias e relatos de casos psicanalíticos iniciais (pré-1970)

A literatura psicanalítica sobre o JP já foi extensamente revisada.⁴ Enfatize-se que entre os primeiros analistas havia um debate em curso, similar ao dos nossos dias, sobre classificar o jogo descontrolado como uma adição ou um transtorno impulsivo ou compulsivo. Além das discussões teóricas interessantes, encontra-se uma abundância de material clínico, com históricos detalhados e exemplos específicos do que ocorreu durante o tratamento.

Vários desses autores pioneiros enfatizaram as fantasias narcisistas envolvendo grandiosidade e um sentimento de autorização, pseudo-independência e uma necessidade de negar sentimentos de insignificância e desamparo.⁴ Outros descreveram a privação parental precoce, com o jogador apelando para o destino ou a “Senhora da Sorte” em busca de amor, aceitação e aprovação que acredita serem negados a ele. Recentemente, Grant e Kim compararam jogadores patológicos com controles normais e confirmaram a negligência parental significativa entre os jogadores.²⁶ Vários analistas viram o jogo compulsivo como uma tentativa de evitar uma depressão grave ou iminente, ou uma defesa maníaca contra o desamparo e a depressão secundária à perda.

De acordo com Stekel, o jogador estava desafiando continuamente o destino.²⁷ O jogo era um oráculo para ele; se vencesse, seu desejo secreto de amor, poder, etc. seria concedido. Essa idéia foi freqüentemente repetida na literatura sobre o jogo. Stekel, como outros depois dele, recorreu à linguagem do jogo para demonstrar suas gratificações sexuais e agressivas, bem como características exibicionistas. Freud enfatizou a relação extremante competitiva, de amor-ódio, entre

o jogador masculino e seu pai, com uma necessidade de aprovação e sentimentos de que ele nunca pode ser suficientemente bom.²⁸

Não era pelo dinheiro que jogava o jogador, explicou Freud, mas pelo jogo em si, ao que nós nos referiríamos hoje como “a ação”. De fato, observou, o jogador pode jogar a fim de perder.²⁸ Há várias razões para isso, com raízes na ambivalência do jovem homem em relação a seu pai. Perder poderia ser uma forma de se punir, expiar a culpa, mas também poderia ser uma forma de obter o amor e a aceitação (i.e. sofrimento = amor). A teoria de Freud sobre o masoquismo passou por pelo menos três grandes revisões (Rosenthal, em *Masoquismo e jogo patológico*, submetido); foi parte de sua tentativa que durou toda a vida em compreender o comportamento deliberadamente autodestrutivo.

Após Freud, os escritos de Bergler foram os mais influentes,⁴ e ele geralmente recebe os créditos por popularizar essa idéia de que o jogador joga para perder. De acordo com sua teoria,²⁹ o jogador patológico estava se rebelando contra a autoridade dos pais e contra o princípio de realidade por eles introduzido. A culpa subsequente sobre essa rebelião criava a necessidade de autopunição. Por trás da pseudo-agressão do jogador estava um desejo pela derrota e pela rejeição. Os jogadores compulsivos, segundo Bergler, estavam envolvidos em uma relação conflituosa com o mundo. Seus oponentes na mesa de pôquer, a banca do cassino, a roleta ou o mercado de ações, eram todos identificados com a mãe negadora ou o pai rejeitador.

Apesar de que certo número de analistas encontrou confirmação para as formulações clássicas de Freud, outros enfatizaram a erotização da tensão e do medo, o papel central da onipotência, os déficits na auto-regulação e o papel das identificações precoces com os pais.⁴ Entre 1920 e 1970, encontramos muitos relatos de casos individuais de jogadores que foram exitosamente tratados pela psicanálise.⁴ A única tentativa de uma abordagem sistemática foi a de Bergler.²⁹ Ele também é o único a relatar desfechos de uma série de casos. Dos aproximadamente 200 jogadores compulsivos encaminhados a ele, 60 permaneceram em tratamento e mais da metade, segundo Bergler, foram curados. A cura consistiu em mais do que a mera cessação do jogo, mas requereu que os pacientes renunciassem ao pensamento autodestrutivo.

Os tratamentos de Bergler duravam por um ano, um ano e meio no máximo, ainda que não saibamos com que frequência os pacientes eram atendidos, e se o eram face a face ou no divã do analista. Ele menciona que trabalhava com os sonhos e analisava a transferência, mas seus exemplos das sessões ilustram seu estilo confrontacional de desafiar as crenças e as defesas onipotentes dos jogadores. Ele parece conhecer muito sobre os vários estratagemas e autoenganos. O estilo desafiador e argumentativo de Bergler se encaixa muito bem com sua percepção de como seus pacientes jogadores viam o mundo, ou seja, como adversário. Daí sua própria técnica iria aumentar e intensificar suas reações de transferência.

Ainda que Bergler descreva como as vidas de seus pacientes se modificaram como resultado do tratamento, não relata nenhuma tentativa de acompanhamento pós-tratamento. Isso é particularmente lamentável, pois a abordagem praticada tanto por ele como pelos analistas mais clássicos mencionados antes foi concebida para enfrentar o sentido e a razão de jogar para o indivíduo, desafiar suas defesas e produzir alterações de caráter que tornassem menos provável um retorno ao jogo.

2. Abordagens multimodais, ecléticas e integradas

Na literatura contemporânea, não há estudos aleatorizados controlados sobre pacientes com JP tratados psicodinamicamente, apesar do uso contínuo desse tratamento e sua contribuição para outros tipos de tratamento. Abordagens psicodinâmicas são freqüentemente inseridas em tratamentos ecléticos combinados. Há oito estudos de desfecho publicados relativos ao JP que se autodefinem como multimodais.³⁰⁻³² Relatam-se abstinência, jogo reduzido ou controlado em dois terços dos casos tratados, com significativa melhora na depressão, relações familiares, estado financeiro e qualidade de vida geral.

Apesar de que freqüentemente não há informações sobre o que se entende como terapia individual ou em grupo, as abordagens psicodinâmicas podem ser descobertas. Por exemplo, Blackman et al. mencionam que o tratamento individual focou na “dinâmica subjacente” que causou o jogo problemático.³³ Vários outros programas descreveram suas abordagens individuais e de grupo. Por exemplo, um componente central do programa de internação no South Oaks Hospital em Amityville, Nova York, foi o envolvimento da família do jogador. Heineman realizou sessões educacionais, terapia de família, terapia conjunta, grupos combinados, grupos de pais e programa pós-tratamento para familiares.³⁴ Ela enfatiza a importância de se compreender a dinâmica familiar, incluindo expectativas parentais, segredos, aprovação encoberta do comportamento anti-social do jogador, *splitting*, competitividade, sentimentos de culpa e medo de rejeição de parte de familiares que levam a habilitar comportamentos ou então a trabalhar contra a recuperação.

Tendo começado em 1972, o tratamento hospitalar de jogadores no Brecksville, Ohio Veterans Administration Hospital é o mais antigo programa de tratamento específico de jogo no mundo. Já tratou de mais de 2.500 jogadores patológicos. Estudos de desfecho realizados por Russo et al.³⁵ e Taber et al.³⁶ demonstraram que entre os que foram localizados para o acompanhamento de seis meses, 55% tinham permanecido abstinentes e relataram significativa melhora tanto nas medidas psicológicas como nas de qualidade de vida. Quarenta e cinco dos 66 pacientes do segundo estudo foram localizados para o acompanhamento de 12 meses.³⁷ Cinquenta e nove meses após deixarem o programa. Antes do tratamento, os pacientes tinham tido em média mais de 18 anos de JP, tendo o período de abstinência mais longo sido, em média, menor de 11 meses. Os achados são ainda mais significativos quando se considera o requisito de total abstinência utilizado para medir o êxito do tratamento. Nos três estudos, os pacientes que atingiram a abstinência após um ou vários episódios, ou que reduziram significativamente, mas não pararam de jogar, não foram considerados como desfechos positivos. É de se ressaltar também que a maioria dos pacientes era de fora do estado e, após completarem sua internação de 30 dias, tinham retornado às comunidades de origem onde o pós-tratamento e os Jogadores Anônimos tinham uma disponibilidade menor que ótima.

A atual diretora do programa Brecksville, Loreen Ruggle, prefere descrever seu programa combinado como “integrado” e não “eclético”. Sua escolha de termos sugere o endosso de uma abordagem mais ampla e a deliberada assimilação de diferentes métodos, técnicas e teorias, e não a ausência de uma orientação teórica ou “ecletismo por omissão”.³⁸ De acordo com uma descrição do programa preparada por Ruggle: “O

programa Brecksville utiliza um enfoque principalmente psicodinâmico para melhorar a autoconsciência do paciente e facilitar a mudança comportamental. Os pacientes envolvem-se em um processo de auto-exploração para compreenderem o papel e o significado do jogo em suas vidas; eles visualizam os padrões de evitação e começam a reconhecer as vulnerabilidades que levam ao comportamento aditivo. É essencial para isso um ambiente seguro e de apoio que lhes ofereça empatia, estrutura e um claro e consistente estabelecimento de limites. Os componentes principais do programa incluem:

1) Psicoterapia individual e de grupo, com ênfase no reconhecimento das necessidades e sentimentos do paciente; identificação das defesas que interferem na honestidade, com ênfase nas relações, especialmente quando o paciente aprende a dar e receber apoio. O jogo é visto no contexto de vida do indivíduo como uma solução tentada e um contribuinte para os problemas nucleares;

2) Grupos educacionais mais estruturados que fornecem treinamento de assertividade, habilidade na solução de problemas e melhora nas habilidades de lidar com a doença e estratégias específicas de prevenção de recaída, tais como a identificação de disparadores do jogar, ferramentas para lidar com fissuras, administração do dinheiro, análise do custo-benefício do comportamento e clarificação dos valores;

3) Grupos de facilitação de 12 passos que ajudam os pacientes a compreender e utilizar os Jogadores Anônimos; um paciente conselheiro conduz esses grupos no processo e nos objetivos de recuperação, trabalhando sobre as etapas individuais e o papel do apadrinhamento;

4) Aconselhamento conjugal e familiar, o que inclui os familiares e outras pessoas significativas, tanto pessoalmente como por meio de conferência telefônica, que serve para corroborar a especificidade do jogo e importantes aspectos do histórico. Avalia o sistema de suporte ao paciente, ao mesmo tempo em que engaja outras pessoas no planejamento do tratamento e da alta; aborda questões e preocupações; e facilita a comunicação mais aberta;

5) Enquanto os quatro primeiros componentes têm estado presentes desde o começo do programa, grupos de vigilância têm sido recentemente incluídos. Esses estão baseados no gerenciamento do estresse e em técnicas de meditação e tentam aumentar o desenvolvimento da autoconsciência, reduzir a impulsividade e ensinar técnicas de autotranquilização que auxiliam a tolerância e a regulação.

Embora seja extremamente difícil saber quais experiências são mais benéficas, um elemento chave do programa de Brecksville (e um dos mais citados por ex-pacientes) tem sido a autobiografia escrita que cada paciente prepara e a seguir lê no grupo de terapia dinâmica. Ela lhes permite começar a visualizar o propósito e o significado do jogo em suas vidas e se tornam mais conscientes das vulnerabilidades intra- e interpessoais que contribuem para o desenvolvimento e a manutenção de seu comportamento de jogar. Também encoraja a consciência e a expressão dos sentimentos, incluindo aqueles que o paciente vinha tentando evitar ou escapar por meio do jogo, aqueles sentimentos aumentados pelo jogo e aqueles que são uma consequência do jogo. Apresentar a autobiografia ao grupo os auxilia a desenvolver relações mais significativas e de apoio, encoraja a honestidade e, por meio da finalização dessa tarefa desafiadora e freqüentemente muito difícil, melhora sua auto-estima" (Rugle, artigo não publicado).

Outro exemplo de uma abordagem combinada, integrada, com uma orientação psicodinâmica similar, foi descrita por Gupta e Derevensky.³⁹ No momento de sua publicação, a McGill University Research and Treatment Clinic tinha conseguido tratar com êxito 35 entre 36 meninos adolescentes que se apresentaram com problemas de jogo de sérios a graves. Os pacientes foram acompanhados por pelo menos um ano após o término do tratamento. Todos menos um dos pacientes estavam abstinentes de jogo e, além disso, nenhum estava vivenciando problemas com outros comportamentos de dependência ou compulsivos. Apesar de os autores reconhecerem a ausência de controles pareados, eles também enfatizam que suas medidas de êxito de tratamento incluíram não somente a abstinência do jogo, mas o retorno a ou a melhora na escola ou no trabalho, relações melhores com os pares e familiares e uma ausência de sintomatologia depressiva ou comportamento delinqüente.

Sua abordagem de tratamento baseava-se na crença de que o jogo servia como uma solução não bem sucedida para problemas subjacentes. Ao contrário de ver o jogo como um veículo para ganhar dinheiro, seus jogadores adolescentes consideravam o dinheiro como um meio de continuar jogando. Os pacientes foram atendidos exclusivamente em terapia individual, tipicamente em base semanal, mas poderiam ser atendidos mais freqüentemente, à escolha do terapeuta. Todos os meninos receberam um número de *pager* ou de celular que poderiam utilizar para contato de emergência entre as sessões. O tratamento consistiu de 20 a 50 sessões.

Os componentes do tratamento, descritos por Gupta e Derevensky,³⁹ consistiram em:

1) Uma ênfase na relação terapêutica. Os autores mencionam uma atitude não crítica por parte do terapeuta, a importância da honestidade e a necessidade de estabelecer confiança;

2) Objetivos terapêuticos específicos. Esses irão diferir, dependendo das necessidades do indivíduo. Eles irão também se alterar durante o curso da terapia. Por exemplo, alguns jogadores irão inicialmente desejar experimentar o jogo controlado; outros podem ter se comprometido com a abstinência antes do começo do tratamento. Similarmente, alguns pacientes apresentam-se com depressão significativa, outros com problemas agudos do ponto de vista legal, de saúde ou de sua realidade de vida;

3) Identificação de questões subjacentes. O jogo é tipicamente utilizado pelo paciente para escapar dos seus problemas. Isso pode estar associado a habilidades pobres para lidar com o problema, sentimentos de desamparo ou uma falta de apoio da família e dos amigos;

4) Aceitação do problema. Isso pode incluir tanto a aceitação do jogo como um problema quanto a aceitação do problema subjacente. Poderia incluir uma disposição de realizar alterações significativas em sua vida;

5) Necessidade de melhorar as habilidades de lidar com o problema e de desenvolver defesas mais maduras;

6) Tratamento não visto como exitoso ou completo até que a) os problemas subjacentes tenham sido resolvidos e b) as habilidades de lidar com/resolver o problema tenham melhorado.

Este último item é crucial para os autores, que enfatizam que a menos que esses objetivos tenham sido alcançados, a cessação do jogo será temporária ou pode resultar em outros comportamentos de dependência e autodestrutivos.

Há uma chamativa similaridade entre esses programas, ainda que Brecksville utilize uma abordagem de equipe, enquanto

que McGill se baseia mais no trabalho de um único terapeuta. A apresentação de caso (abaixo) por Gupta e Derevensky é fornecida com suficientes detalhes para ilustrar o quanto se pode aprender de um bom histórico da doença atual e como a consciência do terapeuta sobre questões subjacentes pode ser utilizada para incorporar modalidades de tratamento aparentemente diversas em uma abordagem que considere a pessoa como um todo e seja integrada de forma sensível.³⁹

O paciente era um rapaz de 18 anos cujo pai morrera após uma difícil e prolongada doença quatro anos antes. O paciente havia começado a jogar aos 13 anos, aproximadamente quando a enfermidade de seu pai exigiu pela primeira vez a hospitalização. Enquanto assistia a eventos esportivos em que ele apostava, conseguia esquecer a doença de seu pai e sua crença de que a família estava “se desintegrando”. Ele passava o tempo na companhia de apostadores de outros esportes; seu propósito comum deu-lhe um sentido de pertencimento e constituiu-se para ele em uma nova família. Era um evento excitante, em contraste com ir ao hospital. Quando seu pai morreu, sua atividade de jogar aumentou. Os familiares não estavam disponíveis para ele, pois estavam consumidos por sua própria dor. Sua mãe, em particular, estava deprimida e assim permaneceu. A culpa e vergonha do paciente sobre sua atividade de jogar o alienaram e isolaram ainda mais.

A abordagem do terapeuta focou primeiro em ajudar o paciente a compreender o significado e as motivações de jogar. Ele começou a avaliar como tinha utilizado o jogo para evitar seus sentimentos sobre a doença e morte de seu pai. Em particular, a excitação de jogar servia para distraí-lo e criava uma ilusão de algo significativo, ao mesmo tempo em que o ajudava a automedicar seus sentimentos dolorosos.

Em segundo lugar, ainda que mais provavelmente de forma concorrente, o paciente foi encorajado a registrar seu comportamento de jogo diário a fim de estabelecer uma linha de base e, a seguir, diminuir o jogo. Esse ato de registrar não somente estimulou o paciente a ter um hábito de auto-observação, mas também diminuiu seu jogo e criou um senso de domínio e autocontrole.

Em terceiro lugar, ele enfrentou junto com seu terapeuta as distorções cognitivas sobre o jogo. Estas se centraram na ilusão de controle em relação tanto às apostas esportivas e ao jogo em máquinas caça-níqueis. Ele reconheceu ter sido sempre consciente em algum nível mais profundo sobre a irracionalidade dessas crenças. Elas podem estar relacionadas a sua desesperada necessidade de controle em um período da vida em que se sentiu tão assoberbado pelos problemas, desamparado e fora de controle.

Em psicoterapia, ele enfrentou seus sentimentos sobre a morte de seu pai, incluindo a raiva contra seu pai por ter morrido e contra sua família por não ter estado presente para ajudá-lo. Quando a depressão emergiu dois meses depois de começada a terapia, ele foi colocado sob medicação antidepressiva. Sentimo-nos tentados a interrogar sobre as razões para utilizar a medicação e se o paciente poderia ter feito o luto de suas perdas sem ela, mas nesse ponto o leitor não possui informações suficientes.

A resposta do paciente à doença de seu pai foi consistente com seu padrão típico de evitação. Ele guardava regularmente seus sentimentos para si e não sabia como comunicar sua necessidade de auxílio, que se somou ao sentimento de se sentir solitário. Já que esse modelo repetiu-se na relação com sua namorada, o terapeuta trabalhou o desenvolvimento dessas habilidades por meio de exercícios de

“*role-play*” durante a sessão. Quando o paciente pôde se comunicar melhor com sua namorada, conseguiu lidar com a tarefa de reconectar-se com sua família. Os familiares foram convidados para uma sessão de terapia em que o paciente se desculpou por suas ações passadas, tentou explicar seu comportamento e sentimentos e expressou seu desejo de reconquistar sua confiança e respeito.

A reconstrução de sua rede de apoio social foi considerada como uma parte crítica da terapia. Ele começou a cumprir um cronograma de re-pagamento e enfrentou seus devedores. Cada uma dessas situações foi utilizada na terapia para ajudá-lo a desenvolver estratégias novas e mais adaptativas para lidar com o problema. Ele colocava regularmente os estressores e os problemas diários nas sessões de terapia e desenvolveu a autoconfiança na medida em que aprendia a lidar com eles. Desde a primeira sessão, foi encorajado a conseguir pelo menos um trabalho de meio expediente. Durante o curso da terapia, ele considerou a hipótese de voltar à escola e a possibilidade de transformar uma nova atividade agradável (cozinhar) em uma carreira. Nesse processo de ampliar o envolvimento com a comunidade, ele manteve sua conexão com o terapeuta. Como alguns autores apresentaram,³⁹ o caso ilustra belamente como foi utilizada cada modalidade para ampliar os objetivos da maneira como foram inicialmente formulados de forma psicodinâmica. A compreensão do sentido de jogar para esse paciente específico, seu propósito defensivo, as questões subjacentes, suas estratégias evitativas de lidar com o problema, os padrões de comportamento repetitivos e a natureza de suas relações forneceram informações para o conjunto da terapia e levou a seu desfecho exitoso.

3. Uma abordagem psicodinâmica integrada para as dependências

Rosenthal e Rugle integram uma abordagem psicodinâmica tradicional por meio de um modelo baseado em dependências.⁴⁰ A compreensão dos aspectos positivos do jogo, em outras palavras, o que o indivíduo obtém dele, clarifica seu propósito defensivo e adaptativo. É central nessa abordagem a crença de que o jogo e as fantasias a ele associadas são uma forma de evitar, compensar ou negar afetos intoleráveis. Esses sentimentos intoleráveis podem ter sua raiz no passado ou podem ser secundários a algum problema da realidade atual, percebido pelo jogador como insolúvel. Não enfrentar isso de forma precoce no tratamento, segundo a experiência dos autores, pode incentivar a crença do paciente de que esses problemas são intoleráveis e que ele estava certo em evitá-los. Isso não quer dizer que a abstinência não seja crucial para que o paciente esteja emocionalmente disponível para o trabalho de terapia. Rugle e Rosenthal exploram os vários jogos de poder que podem ocorrer entre o paciente e o terapeuta e as consequências de o paciente continuar a jogar, manter segredos ou mentir, e então se sentir mais astuto que o terapeuta ou que tenha conseguido se safar do problema sem sofrer consequências.⁴¹ As alterações entre a transferência e a contratransferência podem chamar a atenção para o que está sendo evitado. Focar os sentimentos de culpa, vergonha e desamparo do paciente e as vicissitudes desses sentimentos é central no método de tratamento de Rosenthal e Rugle.⁴⁰ Por exemplo, jogar para recuperar dinheiro perdido em apostas anteriores é freqüentemente uma forma irracional de negar os sentimentos de culpa. Alguns jogadores crêem que o fato de reganharem o que haviam perdido, não somente anula o débito, mas é como se nunca tivessem jogado. Esse é o mecanismo de defesa

psicológico de anulação. De certa forma, dois erros resultam em algo certo. Similarmente, a culpa pode ser utilizada como uma defesa contra a vergonha. Fazer algo, como jogar, com sua ênfase na ação, pode servir para contrabalançar o senso de fraqueza, desamparo e paralisia que está associado à vergonha.⁴² O indivíduo culpado sente que fez algo ruim; o indivíduo que vive com vergonha sente que é mau.

E, finalmente, uma parte importante da terapia é o autoperdão. Muitos jogadores param de jogar e chegam a atingir períodos significativos de abstinência sem jamais se perdoarem. O processo de autoperdão começa por ser capaz de situar seu próprio comportamento no passado:⁴² “Eu costumava fazer isso e isso, mas não o faço mais”. Rosenthal descreveu formas encoberdas de jogo e formas de “permanecer em ação” que interferem na capacidade de dizê-lo. A culpa refratária por parte do paciente pode ter várias causas, mas se deve freqüentemente a comportamentos no presente que permaneceram fora da consciência ou fugiram ao escopo da terapia.⁴³

Assumir a responsabilidade pelas escolhas feitas e enfrentar as conseqüências de seu comportamento é central para o desenvolvimento da auto-estima. Ao se estimular a curiosidade dos pacientes sobre o significado do seu comportamento e encorajar a auto-reflexão, eles devem estar menos propensos a se engajar em comportamentos impulsivos e autodestrutivos no futuro. Ainda que não tenhamos estudos sistemáticos de desfecho sobre jogadores patológicos tratados psicodinamicamente, os estudos acima citados para outros transtornos tratados por PTPD (especialmente quando duram de um a três anos) documentam as alterações de longo prazo na organização defensiva e nos estilos de lidar com os transtornos.

Conclusões

Não há estudos controlados aleatorizados de PTPD para JP. Antes de 1970, havia um certo número de relatos de casos únicos de jogadores tratados exitosamente por psicanálise e PTPD. A dinâmica focava no papel das defesas onipotentes contra o desamparo e a depressão, a competitividade com figuras que representam a autoridade; vergonha, culpa e questões envolvendo perda de controle.⁴ Há uma série de jogadores tratados por um único terapeuta,²⁹ com critérios claramente definidos para o êxito, mas sem acompanhamento no período pós-tratamento. Ainda que seja psicanalista pelo seu treinamento, o êxito de Bergler parece estar relacionado ao seu estilo único de confrontação, em que ele desafiava as defesas onipotentes de seus pacientes, seus padrões de auto-engano e seu pensamento irracional. Um artigo mais recente sobre reações de transferência e de contratransferência⁴¹ reconhece a importância da relação terapêutica e descreve algumas das interações comuns e problemáticas e seu efeito no tratamento do JP.

Na literatura contemporânea, encontramos a PTPD inserida nas abordagens multimodais, ecléticas e integradas, havendo aproximadamente meia dúzia de estudos que confirmam sua eficácia. Infelizmente, nos programas multimodais ecléticos é ainda mais difícil avaliar o que os terapeutas estão realmente fazendo do que quando se examinam programas mais simples e, no caso de tratamentos exitosos, avaliar o que pode estar fazendo a diferença. Com esse objetivo, coletei uma descrição mais detalhada de dois dos mais exitosos programas. Após revisar suas hipóteses teóricas, Gupta e Derevensky apresentaram um relato de caso ilustrando como a formulação inicial das questões nucleares de um jovem jogador

poderia ser utilizada de uma forma combinada e integrada para alcançar os objetivos do tratamento.³⁹ Os autores enfatizam que, em sua experiência, a não ser que os problemas subjacentes sejam resolvidos e que as habilidades de lidar com/solucionar o problema melhorem, a cessação do jogo será temporária e o indivíduo irá permanecer sob risco de desenvolver outros comportamentos de dependência e autodestrutivos. Essa conclusão é similar à que chegaram Blatt et al. em sua revisão da literatura sobre PTPD em outros transtornos.²⁵

Há um certo número de estudos que demonstram que, ao longo de um espectro de transtornos, a PPCP é pelo menos tão efetiva quanto outros tipos de tratamento e que a terapia de mais longa duração pode ser mais exitosa em proporcionar mudanças de longa duração ou permanentes no funcionamento defensivo. Quando se modifica a PPCP para um problema clínico específico, ela tem muito mais probabilidade de ser efetiva.¹ O JP e outros transtornos do controle dos impulsos podem ser prontamente tratados com PPCP. Dados esses fatores e o uso contínuo de abordagens psicodinâmicas para tratar o JP, são necessários estudos de desfechos com bases empíricas sólidas.

1. Direções futuras

Os programas combinados, ecléticos, específicos para o jogo, que tiveram um papel tão importante no tratamento do JP, oferecem uma oportunidade especial para se coletar dados. Há uma necessidade de mais estudos de desfechos, mas com acompanhamentos mais longos e com mais informações sobre o que os programas realmente oferecem: suas hipóteses teóricas, estrutura e a natureza de suas intervenções. O que realmente ocorre nas sessões de terapia individual e em grupo? Testagem antes e depois podem abordar as questões sobre o que ocorre no tratamento. Por exemplo, os pacientes retêm informações sobre os componentes educacionais do programa? Existem mudanças nos mecanismos de defesa/ lidar com a doença? O que ocorre com a qualidade das relações dos jogadores, sua auto-estima e valores morais e espirituais? Quais dessas alterações têm relação com ou são causas da abstinência do jogo? Que ocorre no longo prazo?

Como Leichsenring e outros alertaram, os achados que emergem dos estudos de eficácia realizados dentro dos limites estritos do modelo de ensaio clínico aleatorizado não podem ser automaticamente transferidos para a prática clínica naturalística.¹⁴ Por uma razão, os ensaios clínicos tipicamente excluem as condições comórbidas a fim de focar populações homogêneas. No caso do JP, a comorbidade é a norma e não a exceção. Os estudos naturalísticos mantêm os critérios de exclusão no nível mínimo para refletir melhor a população clínica. Os dois tipos de desenhos de estudo (controlado aleatorizado x naturalístico) têm como propósito diferentes aplicações,⁴⁴ portanto, eles não competem um com o outro, havendo necessidade de ambos.

Os estudos naturalísticos também diferem em outros aspectos. A prática rotineira usualmente envolve a combinação de tratamentos e os titula de acordo com a resposta do paciente. Os estudos naturalísticos sobre psicoterapia têm encontrado de forma consistente uma relação dose-resposta em que os tratamentos mais longos (1-2 anos) são mais efetivos que os mais breves.⁴⁵⁻⁴⁷ Isso é verdade para o JP, ou há uma dose ótima com relação à freqüência e à extensão do tratamento? Quão longo deve ser o acompanhamento? Os estudos naturalísticos podem enfrentar uma variedade de questões

interessantes na pesquisa e podem também servir para gerar hipóteses a serem testadas sob condições mais rigorosas. Como Westen et al. corretamente observaram, a maioria das grandes inovações clínicas no campo da psiquiatria tem tido sua origem na prática clínica.⁴⁷

Com relação ao JP, há uma falta de estudos sobre tratamentos naturalísticos. Que tipos de jogadores estão sendo atendidos por clínicos individuais na comunidade? Como e quando os jogadores comparecem ao tratamento? Como os fatores da realidade, como o seguro saúde, a situação financeira do paciente, a distância do consultório do terapeuta, restrições relacionadas a horários de escola e trabalho e os problemas médicos estão afetando a acessibilidade e praticabilidade do tratamento? Como a comorbidade afeta o tratamento e como o terapeuta está lidando com ela? Quando é utilizada a medicação e com que resultados? O terapeuta utiliza abordagens psicodinâmicas, seja como PTPD ou mescladas com outras técnicas? Como lidam com as famílias dos jogadores? E com Jogadores Anônimos? E, finalmente, que diferenças quanto ao tratamento existem entre os clínicos com treinamento especializado em JP e os que não o tem?

De acordo com Kazdin, nossa abordagem atual sobre pesquisas de desfechos tem seus problemas. Ele crê que a pesquisa sobre o tratamento deve começar por identificar as disfunções-chave associadas ao transtorno e demonstrá-las empiricamente do ponto de vista clínico.⁴⁸ Um método de tratamento proposto necessitaria ser vinculado conceitualmente à hipotética disfunção. Somente então poderia ser desenvolvido e testado um tratamento com base em manual. Em duas etapas adicionais, os estudos de processo-desfecho poderiam ser então implementados a fim de estabelecer os componentes-chave do tratamento e a sua duração necessária e, finalmente, poderia se observar os fatores que promovem ou prejudicam a efetividade do tratamento.

Com relação ao JP, foram descritas algumas disfunções-chave. Uma que pode ser particularmente promissora tem a ver com o uso de estratégias de evitação e defesas evitativas por parte do jogador. O jogo é tipicamente transformado em uma tentativa de evitar ou escapar de algum afeto ou situação intolerável. Entre os psicanalistas, o afeto intolerável também se denomina afeto insuportável. Há também uma literatura em desenvolvimento sobre o que tem sido denominado evitação experiencial.⁴⁹ A evitação experiencial tem sido descrita em relação a vários transtornos do controle dos impulsos, incluindo comportamentos sexuais e de alto risco⁵⁰ e tricotilomania.⁵¹ Há, atualmente, vários instrumentos para medir estratégias de evitação e estilos de lidar com problemas; intensidade, controle e regulação do afeto; a vivência subjetiva de emoções; e também a propensão e a suscetibilidade ao tédio.

Como tem sido freqüentemente observado na literatura sobre jogo, há uma necessidade de se classificar em subtipos. O modelo de três vias de Blaszczynski e Nower⁵² demonstra ser algo promissor, mas ele não foi aplicado, muito menos testado, clinicamente. Apesar de que a PPCP pode funcionar tão bem como outras formas de tratamento, ainda não se tem a resposta à questão de em quais jogadores ela poderia ter melhores desfechos e se modificações a tornariam mais ou menos adequada a tipos específicos de jogadores.

Várias das vantagens atribuídas a PTPD necessitam ser testadas. Será que a qualidade da relação terapêutica, medida de forma tão precoce na segunda sessão,²⁵ prediz o êxito do tratamento? A PTPD fortalece as defesas e os mecanis-

mos de lidar com os problemas de uma forma que protege contra recaídas no longo prazo? Isso poderia ser mais significativo se soubéssemos que o JP é um transtorno crônico, de longo prazo, similar a como se concebe o alcoolismo, e não como um transtorno mais agudo, como a dependência de cocaína. São necessários estudos longitudinais, mas, novamente, há a possibilidade de que existam subtipos (um agudo, o outro crônico).

E finalmente, é preciso testes empíricos sobre uma vantagem central atribuída às abordagens psicodinâmicas, a saber, que a compreensão pelo paciente do seu comportamento autodestrutivo, aparentemente irracional (especificamente, o porquê jogar), pode ser importante para levar o paciente a parar. Os Jogadores Anônimos rejeitam a idéia, mas ela tem sido importante para os clínicos, como exemplificado em um certo número dos exemplos citados anteriormente. A identificação das questões e conflitos nucleares pode permitir que o paciente comece a enfrentar aqueles afetos e situações intoleráveis e não sentir a necessidade de escapar. Compreender o porquê de fazer o que se fez também auxilia consideravelmente a começar a se perdoar.

Qual é a utilidade de identificar as questões e conflitos nucleares precocemente no tratamento de JP? E quão facilmente podem eles ser identificados? A pesquisa poderia dar suporte à importância da formulação psicodinâmica, independentemente do tratamento utilizado subsequente. Além disso, ela poderia encarar a questão crucial de se a abstinência do jogo foi um objetivo suficiente do tratamento ou se o foco da terapêutica deveria estar no(s) problema(s) subjacente(s) ou, como uma terceira possibilidade, na necessidade de desenvolver mecanismos mais saudáveis e maduros de defesa e de lidar com problemas.

Agradecimentos

O autor agradece aos Drs. Eric Geffner, Ari Kalechstein, Loreen Rugle, e Waguih Shekim por suas sugestões e também aos membros do grupo de estudo sobre o Manual de Diagnóstico Psicodinâmico do New Center for Psychoanalysis.

Referências

1. Fonagy P, Roth A, Higgitt, A. Psychodynamic psychotherapies: evidence-based practice and clinical wisdom. *Bull Menninger Clin.* 2005;69(1):1-58. Reprinted as Fonagy P. Evidence-based psychodynamic psychotherapies. In: PDM Task Force, editors. *Psychodynamic diagnostic manual*. Silver Spring, MD: Alliance of Psychoanalytic Organizations; 2006. p. 765-818.
2. PDM Task Force, editors. *Psychodynamic diagnostic manual*. Silver Spring, MD: Alliance of Psychoanalytic Organizations; 2006.
3. Grant JE, Kim SW, Kuskowski M. Retrospective review of treatment retention in pathological gambling. *Compr Psychiatry.* 2004;45(2):83-7.
4. Rosenthal RJ. The psychodynamics of pathological gambling: a review of the literature. In: Galski T, editor. *The handbook of pathological gambling*. Springfield, IL: Charles C Thomas; 1987. p. 41-70. Reprinted in Yalisove DL, editor. *Essential papers on addiction*. New York Univ. Press: New York & London; 1997.
5. Ablon JS, Jones EE. How expert clinicians' prototypes of an ideal treatment correlate with outcome in psychodynamic and cognitive-behavioral therapy. *Psychoth Res.* 1998;8:71-83.
6. Ablon JS, Jones EE. Validity of controlled clinical trials of psychotherapy: findings from the NIMH Treatment of Depression Collaborative Research Program. *Am J Psychiatry.* 2002;159(5):775-83.

7. Blagys MD, Hilsenroth MJ. Distinctive features of short-term psychodynamic-interpersonal psychotherapy: a review of the comparative psychotherapy literature. *Clin Psychol Sci Pract.* 2000;7(2):167-88.
8. Freud S. The interpretation of dreams (1900). In: Strachey J, editor & translator. *Standard edition of the complete psychological works of Sigmund Freud.* London: The Hogarth Press; 1958. vols. 4, 5.
9. Glucksman ML. The dream: a psychodynamically informative instrument. *J Psychother Pract Res.* 2001;10(4):223-30.
10. Corradi RB. Psychodynamic psychotherapy: a core conceptual model and its application. *J Am Acad Psychoanal Dyn Psychiatry.* 2006;34(1):93-116.
11. Perry S, Cooper AM, Michels R. The psychodynamic formulation: its purpose, structure, and clinical application. *Am J Psychiatry.* 1987;144(5):543-50.
12. Leichsenring F, Rabung S, Leibing E. The efficacy of short-term psychodynamic psychotherapy in specific psychiatric disorders: a meta-analysis. *Arch Gen Psychiatry.* 2004;61(12):1208-16.
13. Luborsky L. The core conflictual relationship theme: a basic case formulation method. In: Eells TD, editor. *Handbook of psychotherapy case formulation.* New York: Guilford Press; 1998. p. 53-83.
14. Leichsenring F. Review of meta-analyses of outcome studies of psychodynamic therapy. In: PDM Task Force, editors. *Psychodynamic diagnostic manual.* Silver Spring, MD: Alliance of Psychoanalytic Organizations; 2006. p. 819-37.
15. Henry WP, Schacht TE, Strupp HH. Patient and therapist introject, interpersonal process, and differential psychotherapy outcome. *J Consult Clin Psychol.* 1990;58(6):768-74.
16. Henry WP, Strupp HH, Butler SF, Schacht TE, Binder, JL. Effects of training in time-limited dynamic psychotherapy: changes in therapist behavior. *J Consult Clin Psychol.* 1993;61(3):434-40.
17. Crits-Christoph P, Mintz J. Implications of therapist effects for the design and analysis of comparative studies of psychotherapies. *J Consult Clin Psychol.* 1991;59(1):20-6.
18. Gunderson JG, Gabbard GO. Making the case for psychoanalytic therapies in the current psychiatric environment. *J Am Psychoanal Assoc.* 1999;47(3):679-703.
19. Sandell R, Blomberg J, Lazar A, Carlsson J, Broberg J, Schubert J. Varieties of long-term outcome among patients in psychoanalysis and long-term psychotherapy: a review of findings in the Stockholm Outcome of Psychoanalysis and Psychotherapy Project (STOPP). *Int J Psychoanal.* 2000;81(Pt 5):921-43.
20. Blomberg J, Lazar A, Sandell R. Outcome of patients in long-term psychoanalytical treatments: first findings of the Stockholm Outcome of Psychotherapy and Psychoanalysis (STOPP) study. *Psychother Res.* 2001;11:361-82.
21. Grant J, Sandell R. Close family or mere neighbors? Some empirical data on the differences between psychoanalysis and psychotherapy. In: Richardson P, Kachele H, Renlund C, editors. *Research on psychoanalytic psychotherapy with adults.* London: Karnac; 2004. p. 81-108.
22. Leuzinger-Bohleber M, Target M, editors. *The outcomes of psychoanalytic treatment.* London: Whurr; 2002.
23. Leuzinger-Bohleber M, Stuhrl U, Ruger B, Beutel M. How to study the quality of psychoanalytic treatments and their long-term effects on patients' well-being: a representative, multi-perspective follow-up study. *Int J Psychoanal.* 2003;84(Pt 2):263-90.
24. Bond M, Perry JC. Long-term changes in defensive styles with psychodynamic psychotherapy for depressive, anxiety, and personality disorders. *Am J Psychiatry.* 2004;161(9):1665-71.
25. Blatt SJ, Auerbach JS, Zuroff DC, Shahar G. Evaluating efficacy, effectiveness, and mutative factors in psychodynamic psychotherapies. In: PDM Task Force, editors. *Psychodynamic diagnostic manual.* Silver Spring, MD: Alliance of Psychoanalytic Organizations; 2006; p. 537-72.
26. Grant JE, Kim SW. Parental bonding in pathological gambling disorder. *Psychiatr Q.* 2002;73(3):239-47.
27. Stekel W. The gambler (1924). In: van Teslaar S, editor & translator. *Peculiarities of behavior.* New York: Liveright; 1943. Vol. 2. p. 233-55.
28. Freud S. Dostoevsky and parricide (1928). In: Strachey J, editor & translator. *Standard edition of the complete psychological works of Sigmund Freud.* London: The Hogarth Press; 1961. vol. 21. p. 175-96.
29. Bergler E. *The psychology of gambling.* New York: International University Press; 1958.
30. Lopez Viets VC, Miller WR. Treatment approaches for pathological gamblers. *Clin Psychol Rev.* 1997;17(7):689-702.
31. National Research Council. *Pathological gambling: a critical review.* Washington, DC: National Academy Press; 1999.
32. Pallesen S, Mitsem M, Kvale G, Johnsen BH, Molde H. Outcome of psychological treatments of pathological gambling: a review and meta-analysis. *Addiction.* 2005;100(10):1412-22.
33. Blackman S, Simone RV, Thoms DR. The gamblers treatment clinic of St. Vincent's North Richmond Community Mental Health Center: characteristics of the clients and outcome of treatment. *Int J Addict.* 1989;24(1):29-37.
34. Heineman M. Parents of male compulsive gamblers: clinical issues/treatment approaches. *J Gambl Beh.* 1989;5(4):321-33.
35. Russo AM, Taber JI, McCormick RA, Ramirez LF. An outcome study of an inpatient treatment program for pathological gamblers. *Hosp Commun Psychiatry.* 1984;35(8):823-7.
36. Taber JI, McCormick RA, Russo AM, Adkins BJ, Ramirez LF. Follow-up of pathological gamblers after treatment. *Am J Psychiatry.* 1987;144(6):757-61.
37. McCormick RA, Taber JI. Follow-up of male pathological gamblers after treatment: the relationship of intellectual variables to relapse. *J Gambl Stud.* 1991;7:99-108.
38. Norcross JC, Karpiak CP, Lister KM. What's an integrationist? A study of self-identified integrative and (occasionally) eclectic psychologists. *J Clin Psychol.* 2005;61(12):1587-94.
39. Gupta R, Derevensky JL. Adolescents with gambling problems: from research to treatment. *J Gambl Stud.* 2000;16(2/3):315-42.
40. Rosenthal RJ, Rugle LJ. A psychodynamic approach to the treatment of pathological gambling: part I. achieving abstinence. *J Gambl Stud.* 1994;10(1):21-42.
41. Rugle LJ, Rosenthal RJ. Transference and countertransference reactions in the therapy of pathological gamblers. *J Gambl Stud.* 1994;10(1):43-65.
42. Rosenthal RJ, Rugle LJ, Rosenthal S. Self-forgiveness in the treatment of pathological gambling. Presented at the 18th National Conference on Problem Gambling, sponsored by the National Council on Problem Gambling, Phoenix, Arizona, June 19, 2004.
43. Rosenthal RJ. Staying in action: the pathological gambler's equivalent of the dry drunk. *J Gambl Issues.* 2005; [cited 13 March 2006]. Available at: http://www.camh.net/egambling/issue13/jgi_13_rosenthal.html
44. Leichsenring F. Randomized controlled versus naturalistic studies: a new research agenda. *Bull Menninger Clin.* 2004;68(2):115-29.
45. Howard KI, Kopta SM, Krause MS, Orlinsky DE. The dose-effect relationship in psychotherapy. *Am Psychol.* 1986;41(2):159-64.
46. Seligman ME. The effectiveness of psychotherapy. The Consumer Reports study. *Am Psychol.* 1995;50(12):965-74.
47. Westen D, Novotny CM, Thompson-Brenner H. The empirical status of empirically supported psychotherapies: assumptions, findings, and reporting in controlled clinical trials. *Psychol Bull.* 2004;130:631-63. Reprinted in: PDM Task Force, editors. *Psychodynamic diagnostic manual.* Silver Spring, MD: Alliance of Psychoanalytic Organizations; 2006. p. 691-764.
48. Kazdin AE, editor. *Research design in clinical psychology.* Needham Heights, MA: Allyn & Bacon; 1998.
49. Hayes SC, Wilson KG, Gifford EV, Follette VM, Strosahl K. Experiential avoidance and behavioral disorders: a functional dimensional approach to diagnosis and treatment. *J Consult Clin Psychol.* 1996;64(6):1152-68.
50. Batten SV, Follette VM, Aban IB. Experiential avoidance and high-risk sexual behavior in survivors of child sexual abuse. *J Child Sex Abus.* 2001;10(2):101-20.
51. Begotka AM, Woods DW, Wetterneck CT. The relationship between experiential avoidance and the severity of trichotillomania in a nonreferred sample. *J Behav Ther Exp Psychiat.* 2004;35(1):17-24.
52. Blaszczynski A, Nower L. A pathways model of problem and pathological gambling. *Addiction.* 2002;97(5):487-99.