

# Ludomania: avaliação transcultural do jogo de azar e seu tratamento

## Ludomania: cross-cultural examinations of gambling and its treatment

Jeremiah Weinstock,<sup>1</sup> David M Ledgerwood,<sup>1</sup>  
Vania Modesto-Lowe,<sup>1,2,3</sup> Nancy M Petry<sup>1</sup>

### Resumo

O jogo patológico é um transtorno do controle do impulso que está ganhando mais e mais atenção. Este artigo revisa os critérios diagnósticos e os instrumentos de rastreamento para o jogo patológico, bem como os índices de prevalência desse transtorno ao redor do mundo, com ênfase na situação do jogo de azar no Brasil. Os tratamentos para o jogo patológico são também descritos, incluindo tanto as abordagens psicossociais como as farmacológicas. O jogo patológico é altamente comórbido com outros transtornos psiquiátricos, incluindo abuso de substâncias e depressão e poucos jogadores patológicos buscam tratamento para seus problemas com o jogo de azar. Portanto, recomenda-se o rastreio direto de problemas com o jogo de azar. É necessário melhorar a educação sobre o transtorno, tanto sob a perspectiva do cuidador como da sociedade, a fim de reduzir as consequências pessoais e sociais desse transtorno.

*Descritores:* Jogo de azar; Processos patológicos; Comorbidade; Avaliação de resultados; Protocolos clínicos

### Abstract

Pathological gambling is a disorder of impulse control that is gaining more and more attention. This paper reviews diagnostic criteria and screening instruments for pathological gambling, as well as the prevalence rates of this disorder worldwide, with an emphasis on gambling in Brazil. Treatments for pathological gambling are also described, including both psychosocial and pharmacological approaches. Pathological gambling is highly comorbid with other psychiatric disorders, including substance abuse and depression, and few pathological gamblers seek treatment for their gambling problems. Therefore, direct screening for gambling problems is recommended. Increasing education about the disorder, from both the provider and societal perspective, is necessary to reduce the personal and societal consequences of this disorder.

*Descriptors:* Gambling; Pathologic processes; Comorbidity; Outcome assessment; Clinical protocols

<sup>1</sup> University of Connecticut Health Center, Farmington, CT, EUA

<sup>2</sup> STAR Program, Connecticut Valley Hospital, Middletown, CT, EUA

<sup>3</sup> Connecticut-Paraíba Partners of the Americas

Financiamento: Trabalho financiado em parte pelo NIH (R01-MH60417, R01-MH60417-Supp, R01-DA13444, R01-DA018883, R01-DA14618, R01-DA016855, P50-AA03510, P50-DA09241, and T32-AA07290).

Conflito de interesses: Inexistente

### Correspondência

Nancy M. Petry  
Department of Psychiatry, University of Connecticut Health Center  
263 Farmington Avenue  
06030-3944 Farmington, CT, USA  
Tel.: 860-679-2593 Fax: 860-679-1312

## Introdução

O jogo patológico (JP) é um transtorno psiquiátrico que está ganhando atenção, à medida que o jogo de azar se torna mais aceitável e prevalente na sociedade. Este artigo revisa o estado atual da literatura científica mundial (incluindo o Brasil) com relação aos critérios diagnósticos para o transtorno, prevalência do JP, comorbidade, opções de tratamento e, finalmente, suas implicações clínicas.

## Critérios diagnósticos do jogo patológico (CID-10; DSM-IV)

O JP é classificado como um transtorno do controle do impulso. De acordo com a Classificação Internacional de Doenças da Organização Mundial de Saúde,<sup>1</sup> o JP é um transtorno do hábito ou do impulso que "consiste em episódios freqüentes, repetidos, de apostas, que dominam a vida do paciente em detrimento dos valores e compromissos sociais, ocupacionais, materiais e familiares".

O JP foi apresentado inicialmente como um transtorno do controle do impulso na terceira edição do Manual de Diagnóstico e Estatística (DSM) e continua a ser categorizado como tal no atual DSM-IV-TR.<sup>2</sup> A fim de preencher o diagnóstico de JP, um paciente deve se engajar em um comportamento de jogar, mal-adaptativo, preencher ao mesmo tempo pelo menos cinco dos 10 critérios diagnósticos do DSM-IV-TR e os sintomas de jogo de azar não devem ocorrer exclusivamente durante um episódio maníaco em que o julgamento do indivíduo está gravemente prejudicado.<sup>2</sup> Os sintomas incluem:

- 1) Preocupação com o jogo de azar (e.g., reviver experiências de jogo, planejar o próximo evento de jogo);
- 2) Crescentes quantidades de dinheiro para manter a excitação com o jogo (similar à tolerância na dependência de substâncias);
- 3) Repetidas e mal sucedidas tentativas de parar de jogar ou reduzir o jogo;
- 4) Inquietação ou irritabilidade ao reduzir ou deixar o jogo de azar (similar à abstinência na dependência de substâncias);
- 5) Utilização do jogo de azar como uma forma de fuga dos problemas ou humor negativo;
- 6) Tentativa de reverter perdas (i.e., retorno, no dia seguinte, para recuperar o dinheiro perdido);
- 7) Mentiras para a família, amigos ou outros sobre o próprio hábito de apostar a fim de esconder a extensão do problema;
- 8) Engajamento em atos ilegais (e.g., falsificação, desfalques, etc.) para financiar as apostas;
- 9) Colocar em risco um relacionamento, oportunidade de trabalho, de estudos ou carreira, como resultado do jogo de azar;
- 10) Busca de auxílio de terceiros para aliviar uma situação financeira desesperadora causada pelo jogo de azar.

Alguns autores observaram que o JP pode não ser tipicamente um transtorno persistente e crônico com uma trajetória de piora progressiva. Ao contrário, alguns resultados de estudos sugerem que os jogadores patológicos ingressam no transtorno e saem dele, freqüentemente se recuperam naturalmente, sem tratamento,<sup>3</sup> e às vezes experimentam recorrências do transtorno.

Os jogadores que vivenciam mais do que dois, mas menos do que cinco desses sintomas, são geralmente chamados de "jogadores problemáticos", sendo o jogo problemático associado a dificuldades psicossociais menos graves do que o JP. Devido ao fato que os jogadores patológicos podem ingressar e sair do transtorno, é importante saber que os jogadores problemáticos podem também estar em risco de desenvolver o JP e podem também necessitar dos serviços de tratamento.

## Avaliação do jogo patológico

O instrumento de triagem mais amplamente utilizado para avaliar o JP é a *South Oaks Gambling Screen* (SOGS).<sup>4</sup> A SOGS, que se baseia nos critérios do DSM-III para o JP, foi originalmente desenvolvida como uma medida ao longo da vida. Mais recentemente, a medida foi modificada para avaliar o jogo patológico em diferentes períodos de tempo, como os últimos 12 ou seis meses.<sup>5,6</sup> Essa entrevista consiste de 20 itens de auto-preenchimento e escore maior ou igual a cinco indica presença de JP. Além disso, está disponível uma versão da SOGS para adolescentes.<sup>7</sup>

A SOGS foi traduzida para o português e utilizada em amostras de adultos brasileiros.<sup>8,9</sup> Em um estudo psicométrico, Oliveira et al. encontraram que a SOGS discrimina jogadores patológicos entre os jogadores sociais no Brasil.<sup>10</sup> Além disso, os jogadores patológicos que estavam em busca de tratamento neste estudo tinham escores significativamente mais altos do que os jogadores patológicos recrutados da comunidade, sendo os escores na SOGS de 14,3 e 9,4, respectivamente.

Apesar de essa escala ser amplamente utilizada, a SOGS foi criticada por seu alto índice de falso positivo (identificar jogadores não-patológicos como patológicos) quando utilizada em estudos de prevalência, sua ênfase excessiva nos problemas financeiros, e pelo uso dos critérios do DSM-III.<sup>11</sup> Essas críticas à SOGS levaram ao desenvolvimento de vários outros instrumentos de triagem para o jogo patológico. Os dois mais comumente utilizados são o *National Opinion Research Center DSM-IV Screen for Gambling Problems* (NODS)<sup>12</sup> e o *Canadian Problem Gambling Index* (CPGI).<sup>11</sup>

O NODS é um questionário breve aplicado por um entrevistador relativo aos problemas de jogo no último ano e durante a vida. A aplicação dos 17 itens do NODS leva menos de cinco minutos. O NODS identificou 95% dos jogadores que buscavam tratamento como patológicos e demonstrou confiabilidade e validade adequadas.<sup>12</sup> Escores de cinco ou mais pontos no NODS indicam o status de JP. O CPGI consiste de 14 itens, nove dos quais são utilizados para determinar o status de JP. Os escores no CPGI classificam os indivíduos em três categorias: jogador não-problemático, jogador em risco e jogador patológico. Assim como o NODS, o CPGI também demonstrou propriedades psicométricas aceitáveis.<sup>11</sup> Infelizmente, esses instrumentos ainda têm que ser traduzidos para o português e adaptados para o uso em amostras brasileiras.

A SOGS, o NODS e o CPGI são ferramentas de triagem, o que significa que não são definitivos para a determinação do status diagnóstico do JP. Na prática clínica, essas triagens podem ser aplicadas na sala de espera de uma clínica e os pacientes com escores na faixa de risco ou mais altos podem ser mais bem avaliados sobre o jogo de azar e suas conseqüências por um profissional de saúde mental.

Indo além da triagem, vários instrumentos mais aprofundados estão disponíveis para avaliar o JP, como a *Entrevista Clínica Estruturada para o DSM-IV* (SCID).<sup>13</sup> No entanto, esses instrumentos ainda não foram traduzidos para o português e requerem treinamento para aplicação de forma adequada. Os instrumentos diagnósticos similares à SCID disponíveis em português, como a *Schedules of Clinical Assessment in Neuropsychiatry*,<sup>14</sup> não incluem atualmente um módulo para o JP.

## Prevalência e fatores demográficos associados ao jogo patológico

Os estudos epidemiológicos em todo o mundo sugerem que o índice de prevalência do JP na população geral varia entre 0,4%

e 2,1%.<sup>15-18</sup> Vários fatores contribuem para a variabilidade encontrada nessas estimativas de prevalência, incluindo a população pesquisada, os instrumentos e a metodologia utilizada para avaliar o JP e a disponibilidade do jogo de azar. Os estudos que se baseiam em entrevistas telefônicas com os indivíduos geralmente sofrem de altos índices de rejeição [mais de 35% nos estudos nos EUA<sup>18</sup>], o que pode levantar questões sobre o viés de aceitação pelos participantes. Além disso, os estudos que utilizam a SOGS frequentemente encontram índices de prevalência mais altos que as medidas baseadas no DSM-IV ou que as entrevistas clínicas.<sup>7</sup> Finalmente, a disponibilidade e a aceitabilidade social do jogo por dinheiro têm impacto sobre a prevalência do JP.<sup>19</sup>

No maior estudo epidemiológico e mais rigoroso em termos metodológicos feito até hoje, Petry et al. acharam um índice de prevalência durante a vida de 0,42% na população geral dos EUA.<sup>16</sup> Essa amostra proveio da *National Epidemiological Survey on Alcohol and Related Conditions* (NESARC) e foi constituída por mais de 43.000 indivíduos que foram entrevistados pessoalmente. O índice de resposta global foi de 81% e foi utilizado um instrumento baseado no DSM, o que possivelmente levou ao índice de prevalência relativamente mais baixo nesse estudo, em comparação com os que utilizaram a SOGS.

Os fatores de risco específicos têm sido consistentemente identificados para o JP. Em geral, os homens possuem de duas a três vezes mais chance de preencherem critérios diagnósticos de JP do que as mulheres.<sup>16,19</sup> Isso pode ser parcialmente explicado pelo fato de que os homens em geral começam a jogar em uma idade mais precoce do que as mulheres. No entanto, as mulheres progredem em direção a problemas com o jogo mais rapidamente e procuram tratamento mais cedo do que os homens.<sup>9</sup> Os estudos de prevalência também encontraram outras características sociodemográficas associadas ao JP, tais como uma região específica dentro de um país, etnia e ser viúvo, divorciado ou separado.<sup>16,19</sup> A educação e a renda têm sido também investigadas, mas são freqüentes resultados conflitantes.<sup>12,16,18</sup> Finalmente, a presença de um transtorno psiquiátrico atual ou passado é também um fator de risco significativo para o JP. Essas informações são revisadas na próxima seção.

#### Comorbidade com jogo patológico

Estão emergindo dados que demonstram que o JP é um transtorno que raramente ocorre isoladamente, mas, ao contrário, é freqüentemente relacionado a outras condições psiquiátricas. "Comorbidade" é um termo utilizado para descrever a co-ocorrência de dois ou mais transtornos na mesma pessoa. Cada transtorno pode ocorrer em diferentes momentos no tempo, um padrão que representa a comorbidade durante a vida. Por outro lado, os transtornos podem ocorrer ao mesmo tempo, um padrão que pode ser considerado como comorbidade atual. Algumas condições psiquiátricas possuem sintomas sobrepostos, de forma que, a fim de que sejam feitos múltiplos diagnósticos, os transtornos devem expressar sua etiologia usual e apresentar sintomas característicos de forma independente.

As mais fortes evidências de comorbidade entre os jogadores patológicos se relacionam a transtornos por uso de substâncias. Em todos os levantamentos epidemiológicos conhecidos em que foram avaliados JP e transtornos por uso de substâncias foi observada uma associação positiva entre essas condições.<sup>18</sup> Na maior e mais representativa amostra, Petry et al. investigaram a comorbidade do JP e outros transtornos psiquiátricos nos Estados Unidos.<sup>16</sup> Usando a amostra populacional da NESARC, os autores encontraram que o índice de abuso ou dependência de álcool entre aqueles identificados como jogadores patológicos durante a vida foi de 73,2% *versus*

25,0% entre não-jogadores. As análises estatísticas a partir da amostra da NESARC sugerem que os jogadores patológicos possuem risco 6 vezes maior de ter diagnóstico de abuso de álcool durante suas vidas.

Com relação a outros transtornos por uso de substâncias, excluindo nicotina, Petry et al. encontraram que 38,1% dos jogadores patológicos tinham um ou mais desses transtornos.<sup>16</sup> Os transtornos por uso de substâncias avaliados incluíram: abuso ou dependência de sedativos, tranqüilizantes, opióides, estimulantes, alucinógenos, *cannabis*, cocaína, inalantes/solventes, heroína e outras drogas. A freqüência correspondente de outros transtornos por uso de substâncias ilícitas entre não-jogadores foi de somente 8,8%, representando um risco 4,4 vezes mais alto de dependência de drogas ilícitas entre jogadores patológicos.

Enquanto os dados epidemiológicos são claramente muito apropriados para se compreender as relações entre os transtornos, os dados sobre indivíduos que procuram tratamento corroboram os altos índices de comorbidade entre o JP e os transtornos de uso de substâncias. Por exemplo, Tavares et al. avaliaram 140 admissões consecutivas em um programa de tratamento para JP em São Paulo e encontraram que 24% dos que procuravam tratamento tinham um diagnóstico atual de dependência de substâncias.<sup>9</sup> Esse índice é muito mais alto do que o índice de dependência de substâncias encontrado na população geral de São Paulo, que é de 5,1%.<sup>20</sup> Na Espanha, Ibanez et al. avaliaram 69 jogadores que procuravam tratamento e 35% tinham um histórico de transtorno por uso de álcool, ao passo que 23% relatavam um transtorno atual por uso de álcool.<sup>21</sup> Maccallum e Blaszczyński avaliaram 75 jogadores em tratamento na Austrália e 24% tinham um diagnóstico de abuso atual de álcool e 11% de abuso ou dependência de marijuana.<sup>22</sup> Esses índices são claramente muito mais altos do que os índices na população geral.<sup>23</sup>

A relação inversa também foi examinada, tendo os indivíduos que procuram tratamento para um transtorno por uso de substância sido avaliados com relação a um problema com jogo de azar. Muitos desses estudos estão disponíveis com dados de variadas modalidades de tratamento, incluindo intervenções residenciais, unidades de internação hospitalar e ambulatoriais de tratamento de adições.<sup>24,25</sup> A maioria encontrou índices de JP entre 10% e 20% em amostras de abusadores de substâncias que procuram tratamento. Em uma amostra brasileira, de Carvalho et al. avaliaram 74 abusadores de substâncias que procuravam tratamento e encontraram que 19% eram jogadores patológicos, segundo a avaliação da SOGS.<sup>8</sup> Esses índices são substancialmente mais elevados do que os índices de 0,4% a 2,0% de JP nos levantamentos na população geral.<sup>16</sup> Dessa forma, os transtornos por uso de substâncias e o JP estão claramente vinculados.

Os transtornos de humor são também comumente associados ao JP. Os estudos epidemiológicos nos Estados Unidos encontraram que os índices de depressão maior foram cerca de três vezes mais elevados entre os jogadores patológicos do que entre os não-jogadores.<sup>16,26</sup> No Canadá, Bland et al. encontraram que 20% dos jogadores patológicos, em comparação com somente 12,4% de não-jogadores patológicos, preencheram critérios de depressão maior.<sup>15</sup> A relação entre o JP e transtornos de humor concomitantes tem muito provavelmente múltiplas etiologias. Por exemplo, os indivíduos que jogam de forma problemática vivenciam sintomas de depressão devido aos problemas emocionais, financeiros e sociais

que resultam do comportamento de jogo excessivo. Para outros, o jogo pode ser uma estratégia para escapar de ou de lidar com estresse e sintomas depressivos.<sup>2</sup>

Encontrou-se que outros transtornos de humor também são mais freqüentes em jogadores patológicos, na comparação com não-jogadores patológicos. Os índices de distímia, um transtorno caracterizado pelo humor cronicamente deprimido por mais de dois anos, foram significativamente elevados em jogadores patológicos no estudo da NESARC, tendo um risco cerca de 3 vezes maior. Ao mesmo tempo, o transtorno bipolar é geralmente considerado como um critério de exclusão para JP, a menos que os dois transtornos ocorram de forma independente, pois os episódios de jogo de azar podem ser mais bem explicados por um episódio maníaco. Tanto Bland et al.<sup>19</sup> quanto Cunningham-Williams et al.<sup>26</sup> não encontraram risco significativamente elevado de transtorno bipolar em suas amostras. No entanto, na amostra da NESARC,<sup>16</sup> a freqüência de um episódio maníaco foi 8 vezes maior em jogadores patológicos do que em não-jogadores.

Somente poucos estudos examinaram de forma sistemática a freqüência de transtornos de humor nos jogadores patológicos que procuravam tratamento. Ainda que esses estudos tenham amostras relativamente pequenas, eles apontam para altas freqüências de depressão entre os que procuram tratamento para problemas de jogo de azar. No Brasil, Tavares et al. avaliaram jogadores tratados em ambiente ambulatorial e encontraram que 70% preenchiam critérios para transtorno depressivo atual.<sup>9</sup> Outros estudos que envolveram centros de apostas encontraram índices de depressão maior que variavam entre 32% e 76%.<sup>27-30</sup> Dois estudos<sup>27,29</sup> também encontraram elevada freqüência de hipomania (38%) e episódios maníacos ou transtorno bipolar (8-24%) em jogadores que buscavam tratamento. Novamente, essas freqüências são claramente mais altas do que as de mania e transtorno bipolar na população geral,<sup>23</sup> mas há um viés pelo fato de que a maioria desses pacientes estava em regime de internação psiquiátrica. Por definição, a probabilidade de os pacientes ambulatoriais terem problemas menos graves é maior. No entanto, os dados disponíveis sugerem um forte vínculo entre o JP e os transtornos de humor, independentemente de serem estudadas amostras epidemiológicas ou indivíduos que procuram tratamento.

Os transtornos de ansiedade têm sido também avaliados com relação às comorbidades com o JP, ainda que em relativamente poucos estudos. O estudo da NESARC encontrou que todos os transtornos de ansiedade avaliados ocorreram em freqüência significativamente mais alta em jogadores patológicos do que em não-jogadores patológicos, incluindo transtorno de ansiedade generalizada, transtorno de pânico com e sem agorafobia, fobias específicas e fobia social, cada um com razões de chance maiores que três para todos os transtornos.<sup>16</sup>

Em relação aos jogadores que procuraram tratamento, há informações limitadas. Tavares et al. encontraram que aproximadamente um terço da amostra que procurou tratamento preencheu os critérios para fobias específicas, 14% preencheram critérios para transtorno obsessivo-compulsivo e 10% preencheram critérios para transtorno de pânico.<sup>9</sup> Outros estudos compararam jogadores patológicos com controles e não encontraram diferenças significativas na prevalência de transtornos de ansiedade.<sup>21</sup> No entanto, a falta de significância estatística pode estar relacionada ao baixo poder amostral, pois os tamanhos das amostras eram relativamente pequenos nesses estudos. Globalmente, os transtornos de ansiedade parecem ocorrer mais freqüentemente em jogadores patológicos do que na população geral.

Lamentavelmente, faltam dados relativos à associação entre o JP e outras condições psiquiátricas. Porém, dadas as fortes e

consistentes relações observadas entre o JP e os transtornos de uso de substâncias, de humor e de ansiedade nas amostras de indivíduos que procuram tratamento, parece provável que outras condições psiquiátricas também sejam mais freqüentes em jogadores patológicos.

Com relação ao início e padrão do JP e outros transtornos psiquiátricos do Eixo I, a relação é variável. São vários os exemplos em que o JP é um transtorno secundário a outros transtornos psiquiátricos, especialmente transtornos por uso de substâncias.<sup>24</sup> Em contraste, encontrou-se em um estudo que o início da depressão podia, com a mesma chance, preceder ou suceder o desenvolvimento do JP, e em outros estudos que era mais freqüentemente a depressão suceder o início do JP.<sup>28</sup> À medida que o jogo de azar legalizado se tornar mais facilmente disponível às gerações atuais e futuras, diferentes padrões poderão emergir e, presumivelmente, o JP terá maior probabilidade de co-ocorrer ou preceder outras condições. Claramente, esses relatos enfatizam que nosso conhecimento é limitado quanto à relação temporal entre o JP e outros transtornos psiquiátricos.

Foi também encontrada uma associação entre o JP e o transtorno de personalidade anti-social (TPAS), um transtorno do Eixo II. Vários estudos populacionais encontraram índices aumentados de TPAS entre jogadores patológicos.<sup>15,26</sup> Amostras de jogadores patológicos que procuram tratamento também encontraram índices elevados de TPAS.<sup>21</sup> As estimativas de TPAS nessas amostras variam de 0% a 33%, sendo o achado típico de aproximadamente 10% a 15%. Esses índices são mais altos do que os encontrados na população geral, que são de 1,5% a 3,5%.<sup>23</sup>

Finalmente, uma nota de cautela sobre os achados foi resumida a seguir. A maioria dos estudos foi realizada na América do Norte. Os índices de prevalência e comorbidade podem diferir no Brasil. Um fator importante é a disponibilidade de atividades de jogo de azar. O jogo de azar tem se tornado continuamente mais disponível nos Estados Unidos nos últimos 15 anos, com um grande aumento nas loterias e jogos localizados em cassinos. Esse aumento na disponibilidade pode resultar em mais pessoas participando em atividades de jogo de azar e algumas se encaminhando para desenvolver problemas.<sup>19</sup> Enquanto isso, o jogo de azar foi restringido e somente recentemente se tornou mais disponível no Brasil, sendo o bingo, o videopôquer e as corridas de cavalo os jogos mais comumente praticados.<sup>31</sup>

Outro fator que pode influenciar os índices de prevalência e comorbidade é o fato de diferentes sistemas de classificação serem utilizados ao redor do mundo. Os sintomas e os métodos para diagnósticos psiquiátricos variam segundo cada sistema de classificação. Por exemplo, o diagnóstico dos transtornos de ansiedade varia, dependendo da utilização das classificações da CID-10 ou do DSM-IV.<sup>32</sup> O sistema de classificação diagnóstica compõe-se de questões culturais ou étnicas, de forma que os sintomas psiquiátricos e até as classificações podem variar, algumas vezes de forma substancial, entre as diversas matrizes culturais. Por exemplo, a experiência de sintomas de depressão maior varia entre as culturas, de forma que a depressão pode ser vivenciada e relatada em termos mais somáticos (e.g., dores, fraqueza) do que em termos emocionais (e.g., tristeza, culpa) em algumas culturas.<sup>2</sup> Da mesma forma, as expressões idiomáticas de angústia, como "estar na fossa" para tristeza ou "frio na barriga" para ansiedade, não são necessariamente relevantes ou facilmente traduzidas para outros idiomas.<sup>33</sup> Além disso, o idioma utilizado na entrevista e a etnia do avaliador podem influenciar no julgamento clínico da gravidade dos sintomas e finalmente no diagnóstico.<sup>34</sup> Combinadas, essas questões têm impacto sobre a precisão dos diagnósticos ao longo de amostras e populações.

### Tratamentos para o jogo patológico

Os tratamentos farmacológicos e psicossociais para o JP receberam atenção crescente na década passada. Porém, a pesquisa sobre a eficácia dos tratamentos psicossociais e farmacológicos para o JP está em estágio relativamente inicial, em comparação com outros transtornos psiquiátricos e por uso de substâncias de prevalência similar (e.g., dependência de cocaína ou transtorno de estresse pós-traumático). Não há tratamentos únicos ou grupos de tratamentos universalmente aceitos como altamente eficazes para jogadores patológicos. No entanto, estudos recentes, realizados especialmente nos últimos 15 a 20 anos, identificaram várias abordagens de tratamento psicossociais e farmacológicas promissoras. Algumas dessas abordagens são descritas abaixo.

#### 1. Tratamentos psicossociais

**Jogadores Anônimos (JA)**, uma abordagem de grupo de apoio com 12 passos, é a intervenção psicossocial de cessação de jogo mais utilizada. Os JA são menos estruturados do que muitos outros tipos de tratamento. Os participantes podem participar de reuniões individuais ou múltiplas, não há definição de data para o final do tratamento e os indivíduos que freqüentam os JA são livres para assistir às reuniões em diferentes locais, à sua escolha. Assim, o estudo rigoroso da eficácia dos JA é muito difícil, senão contrário à natureza da intervenção. As limitadas evidências disponíveis sobre a efetividade dos JA são inconsistentes. Stewart e Brow acompanharam 232 membros dos JA por meio de sua proximidade com a organização.<sup>35</sup> Um ano após a entrada no grupo de JA, somente 8% dos membros do grupo mantiveram a abstinência de jogar. A abstinência foi mantida por 7% após dois anos. Até 22% dos participantes abandonaram os JA após a primeira reunião e cerca de 70% o fizeram após a 10ª reunião. Por outro lado, Petry encontrou desfechos mais positivos associados aos JA entre os jogadores patológicos que procuraram tratamento.<sup>36</sup> Os pacientes em tratamento ambulatorial estruturado que também freqüentaram os JA tiveram maior probabilidade de se absterem de jogar dois meses após o início do tratamento (48%) do que pacientes que não freqüentavam os JA (36%). Os freqüentadores dos JA também começaram o tratamento com problemas mais graves de jogo e freqüentaram mais suas consultas estruturadas de terapia. Outros estudos também encontraram associações entre o comparecimento aos JA e períodos mais longos de abstinência de jogo de azar.<sup>28</sup> Esses achados de correlações sugerem que o comparecimento aos JA pode servir como uma substituição à motivação para o tratamento. No entanto, são necessários mais estudos para examinar a eficácia dos JA como uma intervenção única. No Brasil, as reuniões dos JA estão disponíveis na maior parte das grandes cidades (ver <http://www.gamblersanonymous.org/mtgdirBRA.html>).

Outros exames recentes dos tratamentos psicossociais para JP envolveram ensaios clínicos controlados. A eficácia das **intervenções breves** tem sido examinada dessa forma. Hodgins et al.,<sup>5</sup> por exemplo, distribuíram 102 pacientes para serem tratados somente com livro de auto-ajuda, com livro de auto-ajuda associado a uma entrevista motivacional ou alocação em uma lista de espera. A entrevista motivacional baseou-se na abordagem de tratamento de melhora motivacional, que é freqüentemente utilizada no tratamento de abuso de substâncias. A opção do livro de exercícios associada à entrevista motivacional resultou nas maiores reduções nos sintomas de jogo. O livro de exercícios sozinho não produziu grandes reduções nos sintomas de jogo em comparação à condição de lista de espera. Em outro estudo, Dickerson et al. encontraram de

forma similar que uma intervenção breve causou reduções de curto prazo maiores no jogo de azar do que um contato não presencial.<sup>37</sup> Portanto, as intervenções breves possuem o potencial de reduzir o comportamento de jogo em alguns jogadores patológicos.

Dentre os tratamentos psicossociais, a **terapia cognitiva e cognitivo-comportamental (TCC)** são as abordagens terapêuticas associadas a maior evidência empírica em termos de eficácia. Vários grupos de pesquisa diferentes realizaram ensaios clínicos que sugerem que a TCC é um tratamento eficaz para o JP.<sup>6,38,39</sup> Ainda que as intervenções variem com menor ou maior ênfase nos aspectos cognitivos ou comportamentais do tratamento, essas intervenções freqüentemente estão centradas na identificação das distorções cognitivas sobre o jogo de azar (e.g., memórias enviesadas, ilusões de controle), reforço dos comportamentos de não jogar, encorajamento da resolução de problemas, treinamento de habilidades sociais e prevenção de recaídas.

Em um estudo recentemente publicado que foi realizado em nosso laboratório,<sup>39</sup> 231 jogadores patológicos recrutados na comunidade foram aleatoriamente atribuídos a um dos três grupos de tratamento – encaminhamento para JA, encaminhamento para JA mais um manual autodirecionado de TCC, ou encaminhamento para JA mais TCC individual – em uma análise por intenção de tratar. O manual e a TCC individual consistiram de oito capítulos ou sessões, que cobriram vários fatores cognitivos de risco e habilidades comportamentais para lidar com o problema. Cada sessão durava aproximadamente 50 minutos e os temas das sessões incluíram: identificação de desencadeantes de jogo de azar, análise funcional dos desencadeantes do jogo de azar e suas conseqüências, planejamento de atividades alternativas, gerenciamento dos desencadeantes, lidando com as fissuras para jogar, assertividade e habilidades para recusar o jogo, enfrentamento de pensamentos irracionais relacionados ao jogo, e prevenção de recaídas. O hábito de jogo de azar do paciente era reavaliado um, dois, seis e 12 meses após a avaliação da linha de base. As variáveis primárias de desfecho incluíram: alterações nos escores de gravidade dos sintomas de jogo (SOGS e escala *Addiction Severity Index Gambling*), número de dias de jogo e quantidade de dinheiro apostada. Os pacientes na condição de TCC individual experimentaram uma melhora maior do que os pacientes na condição de encaminhamento para JA em todas as medidas primárias de desfecho. Os pacientes individualmente tratados também experimentaram maiores reduções na quantidade de dinheiro apostada do que os pacientes que receberam o livro de exercícios de TCC durante o período de oito semanas do tratamento. Entretanto, as condições de livro de exercícios e tratamento com terapia individual foram similares em relação a outras medidas de desfecho. A terapia individual também foi associada à alguma manutenção de longo prazo de maior redução nos sintomas de jogo com relação às duas outras condições de tratamento.

#### 2. Tratamentos farmacológicos

Ainda que os tratamentos farmacológicos não tenham sido aprovados para o uso em jogadores patológicos, várias pesquisas recentes começaram a explorar a eficácia de medicações variadas. Essas drogas geralmente fazem parte de uma de três categorias: 1) antagonistas de opióides; 2) antidepressivos; e 3) estabilizadores do humor. Abaixo descrevemos as evidências dos vários tratamentos farmacológicos.

Os **antagonistas de opióides** que já foram estudados em jogadores incluem a naltrexona e o hidrocloreto de nalmefene.

A naltrexona inibe os neurônios dopaminérgicos em áreas importantes do cérebro e tem sido utilizada com êxito como um tratamento para dependência de opióides e álcool. Os pesquisadores teorizam que a inibição dopaminérgica produzida pela droga pode reduzir a vontade incontrolável de jogar e a excitação associada ao jogo de azar.<sup>40</sup> A naltrexona tem demonstrado efetividade na redução dos sintomas de jogo em um certo número de ensaios clínicos e relatos de casos.<sup>40,41</sup>

No mais rigoroso estudo publicado até hoje, Kim et al. incluíram 83 jogadores patológicos em um estudo duplo-cego, controlado com placebo, com duração de 11 semanas sobre a eficácia da naltrexona.<sup>40</sup> Uma fase inicial de uma semana simples-cega com placebo precedeu a administração de naltrexona, que começou com 25 mg/dia e foi titulada até uma dose máxima possível de 250 mg (no entanto, o aumento da dosagem foi interrompido pouco antes dos 250 mg com base no julgamento clínico). Foram analisados dados de 45 pacientes. Estes incluíram pacientes que permaneceram no estudo após a sexta semana e que atingiram doses de 100 mg/dia ou mais por pelo menos duas semanas. Pacientes tratados com naltrexona experimentaram maiores reduções nos seus sintomas de jogo e tinham maior probabilidade de estarem “melhor” ou “muito melhor” (75%), em comparação com os pacientes na condição placebo (24%). Os efeitos colaterais causados pela naltrexona incluíram náusea, boca seca, sonhos vívidos e aumento das transaminases hepáticas em pacientes que tomavam analgésicos não-esteróides.<sup>40</sup>

Recentemente, Grant et al. realizaram um estudo duplo-cego, aleatorizado, controlado com placebo, com duração de 16 semanas sobre a eficácia do nalmefene (uma medicação antagonista de opióide utilizada no tratamento de dependência de álcool) com jogadores patológicos que buscavam tratamento.<sup>42</sup> Uma vantagem potencial do nalmefene é a de este não estar associado a problemas hepáticos relacionados à naltrexona. Os pacientes foram aleatoriamente atribuídos para receber placebo ou doses de 25 mg, 50 mg ou 100 mg de nalmefene. Os grupos de nalmefene foram combinados para a análise, e o grupo que recebeu nalmefene obteve maiores diminuições nos sintomas de JP e no desejo de jogar do que o grupo que recebeu placebo. A resposta global ao tratamento foi mais pronunciada entre os pacientes que receberam doses de 25 mg (59% estavam “melhor” ou “muito melhor”), comparados a 34% dos que estavam no grupo placebo. Os pacientes que receberam doses de 50 mg (48%) e 100 mg (42%) não tiveram probabilidade significativamente maior de melhora, em comparação aos pacientes que receberam placebo. Os efeitos colaterais, no entanto, foram relativamente comuns e incluíram náusea, insônia, tontura, vômito, boca seca, constipação, sonolência, urgência urinária, apetite diminuído e sudorese.

Várias **medicações antidepressivas** também foram exploradas para o tratamento do jogo patológico. Os inibidores seletivos de recaptção de serotonina (ISRSs) foram bastante estudados nessa categoria.<sup>43</sup> Entretanto, os agonistas de norepinefrina/dopamina, tais como a bupropiona, também têm recebido alguma atenção.<sup>41</sup> Alguns ensaios clínicos duplo- e simples-cego também foram realizados para avaliar a eficácia dos ISRSs e tiveram, em geral, resultados inconsistentes. Uma parte desses estudos encontrou que os ISRSs são eficazes em reduzir os sintomas do JP e o comportamento de jogar,<sup>44</sup> ao passo que outros não encontraram efeito dos ISRSs sobre o jogo de azar.<sup>45</sup> Outros ainda encontraram resultados semelhantes ao compararem um antidepressivo a outra medicação que se acreditava reduzir o jogo, por exemplo, medicações anti-epiléticas, como o topiramato,<sup>46</sup> ou antagonistas de opióides, como a naltrexona.<sup>41</sup>

Um dos estudos mais rigorosos realizados até hoje foi um estudo duplo-cego controlado com placebo sobre a eficácia da paroxetina.<sup>44</sup> Quarenta e cinco jogadores patológicos participaram em uma fase inicial de uma semana com placebo, seguida de uma aleatorização para receber oito semanas de medicação (titulada a uma dose máxima de 60 mg/dia) ou placebo. Foi feita uma análise por intenção de tratar. Os pacientes que receberam paroxetina experimentaram maiores reduções na gravidade do JP e no desejo em jogar em comparação aos pacientes sob placebo. Aproximadamente 48% dos pacientes que receberam paroxetina foram classificados como “muito melhor”, em comparação com 5% dos pacientes sob placebo.

Outro estudo duplo-cego, controlado com placebo, examinou a eficácia da fluvoxamina em 32 jogadores patológicos ao longo de seis meses de tratamento.<sup>47</sup> Globalmente, a fluvoxamina não esteve relacionada a uma maior melhora do que placebo. No entanto, os homens e os pacientes mais jovens que tomavam fluvoxamina relataram maior melhora nos sintomas de jogo em comparação com placebo, sugerindo que a eficácia de alguns ISRSs pode ser mediada por outros fatores.<sup>47</sup>

O lítio e outros **estabilizadores do humor** foram recentemente estudados em jogadores patológicos que têm sintomas de transtorno bipolar concomitantes.<sup>48</sup> Em um estudo duplo-cego, controlado com placebo, 40 jogadores patológicos com um transtorno do espectro bipolar (limitado a bipolar II, bipolar SOE e ciclotimia) foram aleatorizados para receber carbonato de lítio de liberação contínua (titulado até a dose de 300 mg/pela manhã e 600 mg/à noite) ou placebo durante 10 semanas.<sup>48</sup> Vinte e nove pacientes completaram o tratamento. O tratamento com lítio foi associado a significativas reduções nos sintomas do transtorno de jogo e por no desejo de jogar. Os achados foram similares, independentemente de terem sido considerados os dados somente de pacientes que completaram o tratamento ou se foi realizada uma análise por intenção de tratar (última observação realizada). Dos pacientes que completaram todo o curso do tratamento, mais pacientes tratados com lítio (83%) foram classificados como respondedores ao tratamento do que pacientes tratados com placebo (29%). Assim, o lítio pode ser um tratamento útil para os jogadores patológicos com transtornos do espectro bipolar concomitantes, mas são necessárias mais pesquisas sobre essa opção terapêutica para o JP.

Os tratamentos psicossociais e farmacológicos descritos acima se relacionaram a alguns desfechos promissores de tratamento. Porém, muitos dos estudos são também limitados por vários fatores (e.g., tamanhos de amostra pequenos, grupos-controle inadequados, falta de avaliações pós-tratamento, etc.). Dessa forma, são necessárias muito mais pesquisas para refinar a compreensão sobre a eficácia desses tratamentos, e nenhuma medicação recebeu ainda indicação precisa para o tratamento do JP. À medida que continua a pesquisa farmacológica nessa área, ela deve enfrentar várias questões, tais como os efeitos de longo prazo no jogo após a cessação das medicações para parar de jogar, e a possibilidade de efeito aditivo pela combinação de medicação e psicoterapia.

#### Resumo e implicações para a pesquisa e o tratamento no Brasil

Em resumo, o JP pode se manifestar ao longo de um certo número de dimensões, desde formas relativamente leves até formas mais graves. Esse transtorno é associado a um conjunto de problemas psicossociais, psiquiátricos e relacionados a uso de substâncias. Como o jogo é influenciado por fatores ambientais,

é importante obter mais dados transnacionais para se compreender melhor sua expressão clínica e cultural.

No Brasil, a corrida de cavalos, as loterias estatais e os jogos de carta com aposta têm sido tradicionalmente os métodos de jogo favoritos, uma vez que o jogo em cassinos é proibido.<sup>8,31</sup> Nos últimos anos, os bingos e os jogos eletrônicos têm se tornado cada vez mais populares.<sup>8</sup> Apesar das alterações no cenário de jogo no Brasil, não há nenhum estudo nacional representativo que estimou a extensão dos problemas de jogo de azar no país. De fato, as estimativas de prevalência derivam-se amplamente da região sudeste da área metropolitana de São Paulo.

Oliveira e Silva entrevistaram 171 adultos em bingos, corridas de cavalos e clubes de videogame, utilizando a *South Oaks Gambling Screen*.<sup>49</sup> Não surpreendentemente, esses pesquisadores encontraram uma alta prevalência (43,8%) de jogo problemático. Em comparação aos jogadores não-patológicos, uma proporção significativamente mais alta de jogadores patológicos jogou cartas, apostou em corridas de cavalos, videogame e dados durante a vida. Em outro estudo, Carvalho et al. examinaram a frequência de JP em três instituições de tratamento de dependência em São Paulo.<sup>8</sup> Especificamente, 74 indivíduos que freqüentavam essas instituições ambulatoriais foram entrevistados por meio de questionários estruturados e 61,6% preencheram critérios do DSM-IV para dependência de álcool, 60,3% para dependência de cocaína e 34,2% para dependência de *cannabis*. A maioria dos indivíduos (70,3%) foi categorizada como jogadora social, 10,8% como jogadores problemáticos e 18,9% como jogadores patológicos. Entre os jogadores patológicos, os jogos mais freqüentemente praticados eram jogos eletrônicos, bingo, cartas e outros jogos que necessitavam de habilidade. Os jogadores patológicos demonstraram significativamente mais sintomas depressivos do que jogadores não-patológicos, o que é consistente com os estudos americanos e europeus que também demonstram maior frequência de sintomas psiquiátricos entre os jogadores patológicos.<sup>16,21</sup>

A presença de um transtorno psiquiátrico em jogadores patológicos parece estar associada a uma maior gravidade de problemas clínicos,<sup>21</sup> que podem se manifestar de forma diferente para cada gênero.<sup>50</sup> Os pesquisadores tentaram compreender a fenomenologia das amostras brasileiras com relação às diferenças de gênero quanto aos perfis de comorbidade e a progressão da gravidade do jogo.<sup>9</sup> Em um estudo, 70 mulheres brasileiras jogadoras foram comparadas a 70 jogadores masculinos após serem pareados para gravidade do jogo de azar, dados demográficos e acesso prévio a serviços psiquiátricos. Comparadas aos homens, uma maior proporção de mulheres relatou ter como forma principal de jogo de azar os bingos eletrônicos e as vídeo loterias. Consistentemente com os dados da Espanha,<sup>50</sup> as jogadoras demonstraram uma maior comorbidade com depressão, ao passo que os jogadores masculinos tiveram índices mais altos de dependência de álcool. As jogadoras demonstraram um aumento mais rápido da gravidade do jogo que seus equivalentes masculinos. Portanto, os dados relativamente limitados da pesquisa clínica disponível no Brasil reproduzem amplamente os achados de outros países com relação ao JP, incluindo diferenças de gênero na apresentação clínica, bem como uma importante associação com transtornos psiquiátricos e por uso de substâncias comórbidas. À medida que os brasileiros em geral e o psiquiatras brasileiros em particular se tornarem mais familiares com esse transtorno, será importante realizar estudos com base populacional para determinar a extensão dos problemas de jogo de azar em várias regiões do país.

Globalmente, os dados nacionais cruzados revisados acima e ao longo do artigo ressaltam a necessidade da triagem do jogo problemático e das comorbidades associadas, particularmente em ambientes de alto risco, como instituições de tratamento de abuso de substâncias e outras clínicas psiquiátricas. Como nas amostras nos EUA e no Canadá, poucos jogadores patológicos apresentam-se especificamente para tratamento de jogo (4,9%);<sup>3,31</sup> ao contrário, o JP é mais provável de ser descoberto ao ser investigado, utilizando alguns dos instrumentos revisados inicialmente.

As recomendações de tratamento para o JP variam de intervenções breves, especialmente para formas menos graves do transtorno, até terapia cognitivo-comportamental mais extensa, com ou sem encaminhamento aos JA. Apesar de nenhuma medicação estar indicada especificamente para o JP, as condições comórbidas (e.g., depressão) podem ser efetivamente tratadas farmacologicamente, e o jogo de azar pode ceder à medida que os outros sintomas cedem. Esforços educacionais com alvo em jogadores, suas famílias e trabalhadores de saúde mental em instituições de tratamento psiquiátrico e de abuso de substâncias podem também ajudar a aumentar a conscientização sobre o transtorno e, em última análise, a orientar as estratégias de prevenção e intervenção.

#### Referências

1. World Health Organization. International Statistical Classification of Disease and Related Health Problems, 10 Revision. 2006 [cited; 2006 Dec, 4] Available from: [www.who.int/classifications/apps/icd/icd10online](http://www.who.int/classifications/apps/icd/icd10online)
2. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 4th ed. Washington, DC: American Psychiatric Association; 2000.
3. Slutske WS. Natural recovery and treatment-seeking in pathological gambling: results of two U.S. national surveys. *Am J Psychiatry*. 2006;163(2):297-302.
4. Lesieur HR, Blume SB. The South Oaks Gambling Screen (SOGS): a new instrument for the identification of pathological gamblers. *Am J Psychiatry*. 1987;144(9):1184-8.
5. Hodgins DC, Currie SR, el-Guebaly N. Motivational enhancement and self-help treatments for problem gambling. *J Consult Clin Psychol*. 2001;69(1):50-7.
6. 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.
7. Ladouceur R, Ferland F, Poulin C, Vitaro F, Wiebe J. Concordance between the SOGS-RA and the DSM-IV criteria for pathological gambling among youth. *Psychol Addict Behav*. 2005;19(3):271-6.
8. de Carvalho SV, Collakis ST, de Oliveira MP, da Silveira DX. Frequency of pathological gambling among substance abusers under treatment. *Rev Saude Publica*. 2005;39(2):217-22.
9. Tavares H, Martins SS, Lobo DS, Silveira CM, Gentil V, Hodgins DC. Factors at play in faster progression for female pathological gamblers: an exploratory analysis. *J Clin Psychiatry*. 2003;64(4):433-8.
10. Oliveira MP, Silva MT, da Silveira DX. Validity study of the South Oaks Gambling Screen (SOGS) among distinct groups of Brazilian gamblers. *Rev Bras Psiquiatr*. 2002;24(4):170-6.
11. Ferris J, Wynne H. The Canadian Problem Gambling Index: Final Report; 2001.
12. Gerstein DR, Volberg RA, Toce MT, Harwood H, Johnson RA, Buie T, et al. *Gambling Impact and Behavior Study: Report to the National Gambling Impact Study Commission*. National Opinion Research Center: University of Chicago, IL; 1999.
13. First MB, Spitzer RL, Gibbon M, Williams JBW. Structured clinical interview for DSM-IV Axis I Disorders: Clinician Version. Washington, DC: American Psychiatric Publishing, Inc.; 1996.
14. World Health Organization. SCAN: Schedules for Clinical Assessment in Neuropsychiatry. Version 2.1 ed. Geneva: WHO Division of Mental Health; 1998.

15. Bland RC, Newman SC, Orn H, Stebelsky G. Epidemiology of pathological gambling in Edmonton. *Can J Psychiatry*. 1993;38(2):108-12.
16. Petry NM, Stinson FS, Grant BF. Comorbidity of DSM-IV pathological gambling and other psychiatric disorders: results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *J Clin Psychiatry*. 2005;66(5):564-74.
17. Volberg RA, Abbott MW, Ronnberg S, Munck IM. Prevalence and risks of pathological gambling in Sweden. *Acta Psychiatr Scand*. 2001;104(4):250-6.
18. Welte J, Barnes G, Wieczorek W, Tidwell MC, Parker J. Alcohol and gambling pathology among U.S. adults: prevalence, demographic patterns and comorbidity. *J Stud Alcohol*. 2001;62(5):706-12.
19. Shaffer HJ, Hall MN, Vander Bilt J. Estimating the prevalence of disordered gambling behavior in the United States and Canada: a research synthesis. *Am J Public Health*. 1999;89(9):1369-76.
20. Andrade L, Walters EE, Gentil V, Laurenti R. Prevalence of ICD-10 mental disorders in a catchment area in the city of Sao Paulo, Brazil. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2002;37(7):316-25.
21. Ibanez A, Blanco C, Donahue E, Lesieur HR, Perez de Castro I, Fernandez-Piqueras J, Saiz-Ruiz J. Psychiatric comorbidity in pathological gamblers seeking treatment. *Am J Psychiatry*. 2001;158(10):1733-5.
22. Maccallum F, Blaszczyński A. Pathological gambling and comorbid substance use. *Aust N Z J Psychiatry*. 2002;36(3):411-5.
23. Kessler RC, McGonagle KA, Zhao S, Nelson CB, Hughes M, Eshleman S, Wittchen HU, Kendler KS. Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in the United States. Results from the National Comorbidity Survey. *Arch Gen Psychiatry*. 1994;51(1):8-19.
24. Cunningham-Williams RM, Cottler LB, Compton WM, Spitznagel EL, Ben-Abdallah A. Problem gambling and comorbid psychiatric and substance use disorders among drug users recruited from drug treatment and community settings. *J Gambl Stud*. 2000;16(4):347-76.
25. Ledgerwood DM, Downey KK. Relationship between problem gambling and substance use in a methadone maintenance population. *Addict Behav*. 2002;27(4):483-91.
26. Cunningham-Williams RM, Cottler LB, Compton WM 3rd, Spitznagel EL. Taking chances: problem gamblers and mental health disorders—results from the St. Louis Epidemiologic Catchment Area Study. *Am J Public Health*. 1998;88(7):1093-6.
27. McCormick RA, Russo AM, Ramirez LF, Taber JI. Affective disorders among pathological gamblers seeking treatment. *Am J Psychiatry*. 1984;141(2):215-8.
28. 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.
29. Linden RD, Pope HG Jr, Jonas JM. Pathological gambling and major affective disorder: preliminary findings. *J Clin Psychiatry*. 1986;47(4):201-3.
30. Hodgins DC, Peden N, Cassidy E. The association between comorbidity and outcome in pathological gambling: a prospective follow-up of recent quitters. *J Gambl Stud*. 2005;21(3):255-71.
31. Oliveira MP, Silva MT. A comparison of horse-race, bingo, and video poker gamblers in Brazilian gambling settings. *J Gambl Stud*. 2001;17(2):137-49.
32. Andrews G, Slade T. The classification of anxiety disorders in ICD-10 and DSM-IV: a concordance analysis. *Psychopathology*. 2002;35(2):100.
33. Minsky S, Vega W, Miskimen T, Gara M, Escobar J. Diagnostic patterns in Latino, African American, and European American psychiatric patients. *Arch Gen Psychiatry*. 2003;60(6):637-44.
34. Malgady RG, Costantino G. Symptom severity in bilingual Hispanics as a function of clinician ethnicity and language of interview. *Psychol Assess*. 1998;10(2):120.
35. Stewart RM, Brown RI. An outcome study of Gamblers Anonymous. *Br J Psychiatry*. 1988;152:284-8.
36. Petry NM. Patterns and correlates of gamblers anonymous attendance in pathological seeking professional treatment. *Addict Behav*. 2003;28(6):1049-62.
37. Dickerson M, Hinchey J, England SL. Minimal treatments and problem gamblers: a preliminary investigation. *J Gamb Stud*. 1990;6(1):87.
38. Echeburua E, Baez C, Fernandez-Montalvo J. Comparative effectiveness of three therapeutic modalities in the psychological treatment of pathological gambling: Long-term outcome. *Behav Cog Psychother*. 1996;24(1):51-72.
39. Petry NM, 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.
40. Kim SW, Grant JE, Adson DE, Shin YC. Double-blind naltrexone and placebo comparison study in the treatment of pathological gambling. *Biol Psychiatry*. 2001;49(11):914-21.
41. Dannon PN, Lowengrub K, Musin E, Gonopolski Y, Kotler M. Sustained-release bupropion versus naltrexone in the treatment of pathological gambling: a preliminary blind-rater study. *J Clin Psychopharmacol*. 2005;25(6):593-6.
42. Grant JE, Potenza MN, Hollander E, Cunningham-Williams R, Nurminen T, Smits G, Kallio A. Multicenter investigation of the opioid antagonist nalmefene in the treatment of pathological gambling. *Am J Psychiatry*. 2006;163(2):303-12.
43. Zimmerman M, Breen RB, Posternak MA. An open-label study of citalopram in the treatment of pathological gambling. *J Clin Psychiatry*. 2002;63(1):44-8.
44. Kim SW, Grant JE, Adson DE, Shin YC, Zaninelli R. A double-blind placebo-controlled study of the efficacy and safety of paroxetine in the treatment of pathological gambling. *J Clin Psychiatry*. 2002;63(6):501-7.
45. Saiz-Ruiz J, Blanco C, Ibanez A, Masramon X, Gomez MM, Madrigal M, Diez T. Sertraline treatment of pathological gambling: a pilot study. *J Clin Psychiatry*. 2005;66(1):28-33.
46. Dannon PN, Lowengrub K, Gonopolski Y, Musin E, Kotler M. Topiramate versus fluvoxamine in the treatment of pathological gambling: a randomized, blind-rater comparison study. *Clin Neuropharmacol*. 2005;28(1):6-10.
47. Blanco C, Petkova E, Ibanez A, Saiz-Ruiz J. A pilot placebo-controlled study of fluvoxamine for pathological gambling. *Ann Clin Psychiatry*. 2002;14(1):9-15.
48. Hollander E, Pallanti S, Allen A, Sood E, Baldini-Rossi N. Does sustained-release lithium reduce impulsive gambling and affective instability versus placebo in pathological gamblers with bipolar spectrum disorders? *Am J Psychiatry*. 2005;162(1):137-45.
49. Oliveira MP, Silva MT. Pathological and nonpathological gamblers: a survey in gambling settings. *Subst Use Misuse*. 2000;35(11):1573-83.
50. Ibanez A, Blanco C, de Castro IP, Fernandez-Piqueras J, Saiz-Ruiz J. Genetics of pathological gambling. *J Gambl Stud*.