



RESUMO DE AULA · JORNADA DA LEITURA

Critérios diagnósticos do transtorno do jogo: os nove sinais, o ciclo e o que especificar

Os nove critérios do DSM-5-TR e a regra dos quatro em doze meses, o ciclo que mantém o jogo, gravidade e curso, dois perfis de jogador, quem adoece e quando, e o que ainda está em disputa no diagnóstico.

PROFESSOR E PSICÓLOGO CLÍNICO

Júlio Gonçalves

MSc · CRP 12/17614

Aprenda muito mais na

Comunidade Lógica Psicológica

Uma comunidade para quem quer:

- Ψ **Aprofundar o raciocínio clínico** com conteúdos que unem ciência, processos e análise funcional.
- Ψ **Estruturar uma prática ética e coerente**, com pensamento crítico e evidências atualizadas.
- Ψ **Desenvolver o self clínico** por meio de supervisão, leituras guiadas e construção em rede.

[Clique aqui e saiba mais](#)



O ESSENCIAL

- Ψ **Quatro de nove, em doze meses, com sofrimento ou prejuízo.** Essa é a regra do critério A. O critério B exclui o que o episódio maníaco explica melhor.
- Ψ **Os nove se agrupam em quatro famílias.** Tolerância e abstinência; controle, preocupação e função; chasing e mentira; dano e resgate financeiro. Ajuda a lembrar e a perguntar.
- Ψ **Os mais frequentes são preocupação e chasing; os menos frequentes marcam a forma grave.** Perder relação ou emprego e depender de outros para pagar dívidas aparecem mais nos casos de 8 ou 9 critérios.
- Ψ **Contar critérios dá a gravidade; o calendário dá o curso.** Leve, moderada, grave. Episódico ou persistente. Remissão inicial de 3 a 12 meses; sustentada a partir de 12.
- Ψ **O ciclo é o que se trata.** Precipitante, cognição permissiva, comportamento, reforço, consequência, emoção negativa, que vira o próximo precipitante.
- Ψ **Dois jogadores, duas funções.** O deprimido joga para não sentir; o ansioso e impulsivo joga para sentir. A pergunta pelo risco de suicídio é obrigatória nos dois.

Critério A: os nove sinais

Nove critérios, quatro famílias

PARECE SUBSTÂNCIA

1 tolerância: precisa apostar mais para sentir a mesma excitação

2 abstinência: inquieto ou irritado ao tentar reduzir ou parar

CONTROLE E FUNÇÃO

3 esforços repetidos e malsucedidos de controlar

4 preocupação frequente com o jogo

5 joga quando se sente angustiado

CAÇA E OCULTAÇÃO

6 depois de perder, volta outro dia para ficar quite (chasing)

7 mente para esconder a extensão do envolvimento

DANO

8 prejudicou ou perdeu relação, emprego ou oportunidade

9 depende de outros para saldar dívidas desesperadoras do jogo

4 ou mais, em 12 meses, com sofrimento ou prejuízo

e não explicado por episódio maníaco (critério B)

Os critérios 1 e 2 são os que aproximam o jogo das substâncias; 6 e 7 são os mais frequentes; 8 e 9 são os menos frequentes e marcam a forma grave.

O DSM-5–TR define o transtorno do jogo como **comportamento de jogo problemático persistente e recorrente**, que leva a sofrimento ou comprometimento clinicamente significativo, indicado pela presença de **quatro ou mais** dos nove critérios num período de **doze meses**. Os slides mostram os

critérios 3 a 9 por extenso; os dois primeiros estão completados aqui a partir do manual, porque sem eles a lista não fecha.

- Ψ **1. Tolerância:** necessidade de apostar quantias crescentes de dinheiro para alcançar a excitação desejada.
- Ψ **2. Abstinência:** inquietação ou irritabilidade quando tenta reduzir ou parar de jogar.
- Ψ **3.** Fez esforços repetidos e **malsucedidos** no sentido de controlar, reduzir ou interromper.
- Ψ **4. Preocupação** frequente com o jogo: reviver experiências passadas, planejar a próxima, pensar em como conseguir dinheiro.
- Ψ **5.** Frequentemente joga quando se sente **angustiado** (impotência, culpa, ansiedade, depressão).
- Ψ **6.** Após perder dinheiro, frequentemente volta outro dia **para ficar quite**. É o chasing do vídeo 5.
- Ψ **7. Mente** para esconder a extensão do seu envolvimento com o jogo.
- Ψ **8.** Prejudicou ou **perdeu um relacionamento significativo**, o emprego ou uma oportunidade educacional ou profissional em razão do jogo.
- Ψ **9. Depende de outras pessoas** para obter dinheiro a fim de saldar situações financeiras desesperadoras causadas pelo jogo.

As quatro famílias

Vale ler os nove em quatro grupos, porque é assim que eles se perguntam. Os critérios 1 e 2 são os que **aproximam o jogo das substâncias**: tolerância e abstinência, sem droga nenhuma. Foi por causa deles que o DSM-5 tirou o jogo patológico do capítulo de controle dos impulsos e o colocou junto das dependências. Os critérios 3, 4 e 5 descrevem **controle e função**: a pessoa não consegue parar, pensa no jogo o tempo todo e joga para regular o que sente. Os critérios 6 e 7 são a **caça e a ocultação**, o par que mais aparece na prática. E os critérios 8 e 9 são o **dano**, os menos frequentes e os que marcam a forma grave.

O que o slide comenta sobre o critério 5

O slide observa que os estudos apontam relação estreita entre disfunção executiva e certos perfis de personalidade e o transtorno do jogo, o que abre espaço para investigar níveis de suscetibilidade. Na prática, é o aviso de que jogar quando angustiado não é só um sintoma a contar: é uma pista sobre quanto a pessoa dispõe de outras formas de regulação. As duas citações do slide (Moreira, 2004; Dash, 2019) não puderam ser conferidas e por isso não estão nas referências.

Tolerância: o gráfico da dopamina

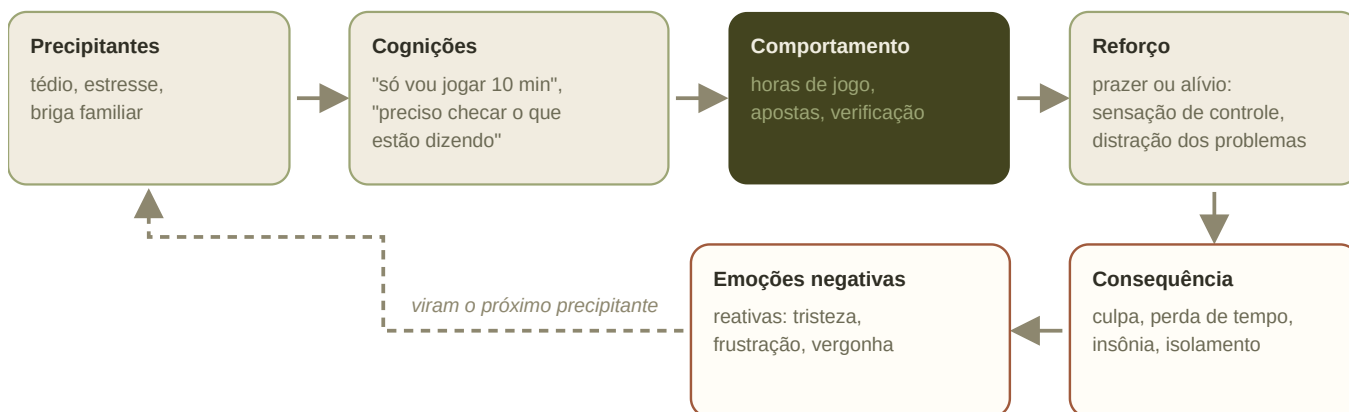
Para explicar o critério 1, o vídeo usa um esquema de **taxa dopaminérgica basal** diante de estímulos naturais. A cada ciclo de estímulo (1, 2, 3, 4), o pico sobe mais alto e a linha de base desce mais fundo. A leitura é a da tolerância: precisa de mais para sentir o mesmo, e entre um pico e outro a pessoa fica abaixo de onde estava antes de começar. O slide liga isso diretamente ao humor: em adolescentes, problemas externalizantes (comportamento antissocial, controle da raiva) e internalizantes (sofrimento emocional, baixa autoestima); em adultos, mais sintomas depressivos e ansiosos.

Uma moderação

O gráfico é um esquema didático, e vale apresentá-lo como tal. Para substâncias, a regulação para baixo dos receptores dopaminérgicos com uso repetido está bem documentada. Para o jogo, o que existe é evidência de alteração na resposta do sistema de recompensa, com achados que vão em mais de uma direção, e não uma curva tão limpa quanto a do slide. O que a clínica sustenta sem dúvida é o fenômeno comportamental: aumento progressivo das quantias apostadas e mal-estar quando reduz. É por ele que o critério se preenche, e não pelo mecanismo.

O ciclo que mantém o jogo

O ciclo sucessivo de feedback



O ciclo dos slides, redesenhado. As emoções da última etapa são o material da primeira: a vergonha de ontem é o precipitante de hoje.

O slide seguinte desenha o **ciclo sucessivo de feedback**, e é a peça mais útil do vídeo para quem vai tratar. Seis etapas: **precipitantes** (tédio, estresse, briga familiar); **cognições** permissivas ("só vou jogar dez minutos", "preciso checar o que estão dizendo"); o **comportamento** (horas de jogo, apostas, verificação); o **reforço**, prazer ou alívio, com sensação de controle e distração dos problemas; as **consequências** (culpa, perda de tempo, insônia, isolamento); e as **emoções negativas reativas** (tristeza, frustração, vergonha), que fecham o ciclo virando o próximo precipitante.

O texto do slide acrescenta o que sustenta o ciclo: as **estratégias compensatórias** baseadas na crença "não posso perder, senão terei falhado" ou "não posso demonstrar que dependo disso". A manutenção do ciclo gera consequências punitivas, e em adolescentes o risco de insucesso acadêmico, reprovação ou abandono escolar, problemas psicossociais e de sono é maior.

Onde entrar

Cada etapa é um ponto de entrada possível, e a escolha depende do paciente. A cognição permissiva é a entrada mais rápida (pegar o "só dez minutos" no ato). O reforço é a entrada mais durável (encontrar outra fonte de controle e de distração, ou tratar o problema do qual ele se distrai). A emoção reativa é a entrada que evita a recaída (o que fazer com a vergonha de ontem para que ela não vire a aposta de hoje). O erro comum é tratar só o comportamento, que é a única etapa que o ciclo repõe sozinho.

Critério B, gravidade e curso

Gravidade e curso: o que especificar

Leve · 4 ou 5 critérios

em geral preocupação com o jogo e tentar recuperar perdas

Moderada · 6 ou 7 critérios

Grave · 8 ou 9 critérios

perder relações ou oportunidades e depender de outros para pagar

CURSO

Episódico: preencheu os critérios mais de uma vez, com os sintomas cedendo por vários meses entre os períodos.

Persistente: sintomas contínuos, preenchendo os critérios por vários anos.

Remissão inicial: nenhum critério preenchido por 3 meses ou mais, e menos de 12.

Remissão sustentada: nenhum critério preenchido por 12 meses ou mais.

A contagem de critérios dá a gravidade; o calendário dá o curso. Os dois entram no diagnóstico.

O **critério B** é uma exclusão: o comportamento de jogo não é mais bem explicado por um episódio maníaco. Em mania, apostar entra num quadro de expansividade, impulsividade e gasto excessivo que se resolve com o episódio; não é transtorno do jogo. Vale perguntar por outros sinais de mania sempre que o jogo aparece em surtos.

Gravidade, pela contagem

Leve, com 4 ou 5 critérios: os preenchidos com maior frequência costumam ser a preocupação com o jogo e a tentativa de recuperar as perdas. **Moderada**, com 6 ou 7. **Grave**, com 8 ou 9: colocar em risco relacionamentos ou oportunidades profissionais e depender de outros para cobrir as perdas são os critérios menos frequentes e aparecem mais entre pessoas com a forma mais grave.

Curso, pelo calendário

O slide usa um calendário de doze meses para mostrar os quatro especificadores. **Episódico**: satisfaz os critérios mais de uma vez, com os sintomas cedendo entre os períodos por no mínimo vários meses. **Persistente**: sintomas contínuos, satisfazendo os critérios por vários anos. **Em remissão inicial**: depois do diagnóstico, nenhum critério preenchido por pelo menos 3 meses e menos de 12. **Em remissão sustentada**: nenhum critério preenchido por 12 meses ou mais.

Por que registrar o curso

O especificador de remissão obriga a acompanhar o paciente com a lista na mão, mês a mês, e não só pela sensação de melhora. E o episódico avisa: um período bom de vários meses não é alta. É intervalo.

Dois perfis de jogador, e o risco que não se pergunta sozinho

O vídeo descreve dois perfis, que o DSM-5–TR traz na seção de características associadas e que a literatura de caminhos para o jogo problemático também reconhece.

- Ψ **Deprimidos**: indivíduos deprimidos e solitários, que podem jogar quando se sentem impotentes, culpados ou deprimidos. Jogam **para não sentir**.
- Ψ **Ansiosos**: indivíduos impulsivos, competitivos, cheios de energia, inquietos, que se entediam com facilidade; podem se mostrar preocupados com a aprovação dos outros e generosos a ponto da extravagância quando ganham. Jogam **para sentir**.

A distinção importa porque a função é oposta, e o tratamento que serve a um não serve ao outro: o primeiro precisa de outra forma de regular o afeto negativo; o segundo, de outra fonte de estimulação e de um freio.

O dado que obriga a perguntar

O slide traz o número do manual: **até metade** das pessoas em tratamento para transtorno do jogo tem ideação suicida, e cerca de **17%** tentaram suicídio. É uma taxa alta o suficiente para tornar a avaliação de risco parte obrigatória da primeira entrevista de qualquer paciente com jogo problemático, e para repeti-la nos momentos de perda grande, de descoberta pela família e de dívida que estoura. Não é um item para quando o paciente trazer.

Quem adoece, quando, e em que contexto

O curso ao longo da vida

O gráfico do slide mostra o investimento em jogo (tempo, dinheiro) por faixa etária, para homens e mulheres, com pico entre os 26 e os 35 anos e queda depois. As anotações resumem o que muda em

cada fase:

- Ψ **Início precoce** (até os 15): baixa competência social, desregulação emocional, não participa de esportes, joga para regular emoções. Taxas mais elevadas entre crianças e adolescentes, forte base genética. Podem melhorar, mas com maior tendência à recaída.
- Ψ **Fase de pico**: um ou dois jogos concentram o problema; fica intenso em fases estressantes. Progressão lenta, com aumento gradual dos investimentos; mulheres têm um leve pico de progressão a mais que homens.
- Ψ **Início tardio**: comum em mulheres, com curso mais curto. Mulheres buscam tratamento com mais frequência que homens jovens. Transtorno depressivo maior, bipolar e ansiedade são mais comuns entre mulheres; personalidade antissocial e uso de substâncias, entre homens.

Um aviso sobre as fontes desse gráfico

As anotações do slide misturam duas literaturas: a do transtorno do jogo, que é o tema do vídeo, e a do transtorno de jogos pela internet (as horas médias por dia e a menção a gêneros de jogo vêm da segunda). As fontes citadas no slide (APA, 2013; Wichstrøm et al., 2016; Rehbein et al., 2019) não puderam ser conferidas neste material e por isso não estão nas referências. O desenho geral do curso, com pico no adulto jovem, início precoce mais grave e início tardio feminino, coincide com o que o DSM-5-TR descreve.

Cultura e gênero

A tabela do slide reproduz a seção de questões diagnósticas do manual. Há atividades de jogo **específicas de certas culturas** (domínios, rinhas de galo, corridas de cavalo); nos Estados Unidos, as taxas de prevalência são mais altas entre afro-americanos do que entre americanos de origem europeia, semelhantes entre hispano-americanos, e altas em populações indígenas. Homens desenvolvem o transtorno em taxas mais elevadas e tendem a apostar em cartas, esportes e corridas; mulheres tendem a preferir caça-níqueis e bingo. Jogos via internet ou videogame são mais comuns em RPG, tiros, simulação e habilidades cognitivas (aqui, de novo, o slide cruza para o transtorno de jogos).

Para a clínica brasileira, a lição da tabela não são os números norte-americanos, e sim a pergunta: **qual é o jogo** deste paciente, em qual contexto cultural ele acontece, e o que é normativo ali. A resposta muda a avaliação e muda o que se pode pedir que ele deixe.

Consequências funcionais

Colocar em risco ou perder relacionamentos importantes; problemas gerados por mentiras e empréstimos; impacto no emprego ou nos estudos, por absenteísmo ou baixo desempenho; saúde geral debilitada, com uso elevado de serviços médicos. Em termos de comorbidades, o manual lista taquicardia e angina, transtornos por uso de substâncias, depressivos, de ansiedade e da personalidade.

Aspectos controversos no diagnóstico

O vídeo fecha com quatro pontos em disputa, e eles servem de ponte para o resto da disciplina, porque valem mais para as dependências tecnológicas em geral do que para o jogo de azar em particular.

- Ψ **Generalização diagnóstica:** há risco de patologizar comportamentos normativos, especialmente em populações jovens com alta exposição digital.
- Ψ **Tempo versus prejuízo funcional:** há quem defenda que a quantidade de tempo não deve ser critério primário; o foco deve ser prejuízo e compulsividade. É a posição que o vídeo 3 já tinha adotado.
- Ψ **Diferenças culturais e contextuais:** o que é problemático num país pode não ser em outro. O exemplo do slide são os profissionais de e-sports, para quem horas de jogo são trabalho.
- Ψ **Outros comportamentos digitais problemáticos** (redes sociais, smartphones, pornografia) ainda não têm critérios formais nas classificações diagnósticas.

Repare que o transtorno do jogo é, dos quadros da disciplina, o mais bem estabelecido: tem critérios, especificadores, dados de curso e tratamento com evidência. Os quatro pontos acima mostram por que ele serve de modelo e, ao mesmo tempo, por que o modelo não se transfere sem cuidado para o resto.

Lendo o vídeo em processos

Os critérios descrevem o produto; o ciclo descreve o processo. Para a formulação, o que o vídeo entrega é isto:

- Ψ **O critério 5 é a função.** Jogar quando angustiado diz o que o jogo faz pela pessoa, e o perfil (deprimido ou ansioso) diz em que direção: baixar afeto negativo ou levantar afeto positivo.
- Ψ **Os critérios 1 e 2 são a alça biológica,** e o gráfico da dopamina é o esquema dela, com a moderação feita acima.
- Ψ **O critério 6 é a alça cognitiva** que o vídeo 5 já tinha marcado: chasing sustentado pela ideia de sorte e azar.
- Ψ **Os critérios 7, 8 e 9 são o custo social,** e são também o que alimenta a vergonha que fecha o ciclo e reabre o precipitante.
- Ψ **O curso é o que se monitora:** episódico ou persistente muda a expectativa; remissão inicial e sustentada dão o marco para o acompanhamento.

Na prática: contar os critérios para diagnosticar e classificar, desenhar o ciclo para tratar, e voltar aos critérios, mês a mês, para saber se o ciclo foi mesmo interrompido.

Referências

1. American Psychiatric Association. (2022). *Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM-5-TR* (5. ed., texto revisado). Artmed.
2. Blaszczynski, A., & Nower, L. (2002). A pathways model of problem and pathological gambling. *Addiction*, 97(5), 487–499.
3. Ladouceur, R., Sylvain, C., Boutin, C., & Doucet, C. (2002). *Understanding and treating the pathological gambler*. Wiley.
4. Potenza, M. N., Balodis, I. M., Derevensky, J., Grant, J. E., Petry, N. M., Verdejo-Garcia, A., & Yip, S. W. (2019). Gambling disorder. *Nature Reviews Disease Primers*, 5, 51.
5. Sharpe, L. (2002). A reformulated cognitive-behavioral model of problem gambling: A biopsychosocial perspective. *Clinical Psychology Review*, 22(1), 1–25.
6. World Health Organization. (2019). *International classification of diseases, 11th revision (ICD-11)*: 6C50 Gambling disorder.

NOTA DE MÉTODO

Material dirigido a psicólogos. É o sexto vídeo de uma disciplina de pós-graduação; a avaliação diagnóstica das demandas de dependência tecnológica vem no vídeo 7.

Fonte. Este resumo foi escrito a partir dos **slides** do vídeo, sem transcrição da fala. Os slides apresentam os critérios 3 a 9 por extenso; os critérios 1 e 2 foram completados a partir do DSM-5-TR e estão indicados como tal. O agrupamento em quatro famílias, o quadro "onde entrar" no ciclo, a leitura dos dois perfis pela função e a seção final em processos foram desenvolvidos pelo autor do material a partir da lógica da disciplina.

Duas moderações, sinalizadas no texto. Primeira: o gráfico da taxa dopaminérgica basal foi apresentado como esquema didático; a regulação para baixo dos receptores está bem documentada para substâncias, e para o jogo a evidência de alteração no sistema de recompensa existe, mas com achados em mais de uma direção. Segunda: as anotações do gráfico de curso por idade misturam a literatura do transtorno do jogo com a do transtorno de jogos pela internet (horas médias diárias, gêneros de jogo); o texto avisa onde isso ocorre.

Fontes não conferidas. As citações que aparecem nos slides sem dados completos (Moreira, 2004; Dash, 2019; Wichstrøm et al., 2016; Rehbein et al., 2019) não puderam ser localizadas com segurança e ficaram fora das referências, que trazem apenas o manual e obras que sustentam o que o texto afirma. Nenhuma citação foi construída para preencher lacuna.

Sobre o dado de suicídio. A taxa citada é do manual e foi mantida porque o material se dirige a profissionais; o texto a converte em conduta (avaliação de risco obrigatória e repetida), sem qualquer detalhe além da prevalência.

Levar para a prática

Marque conforme experimentar em sessão — e salve o PDF para acompanhar.

Percorri os nove critérios com o paciente, e não só os que ele trouxe; anotei quais e quantos.

Confirmei o período de doze meses e o sofrimento ou prejuízo antes de fechar o diagnóstico.

Descartei episódio maníaco quando o jogo aparece em surtos de gasto e expansividade.

Classifiquei a gravidade pela contagem (leve, moderada, grave) e registrei o especificador de curso.

Desenhei o ciclo com o paciente: precipitante, cognição permissiva, comportamento, reforço, consequência, emoção reativa.

Identifiquei o perfil (joga para não sentir ou joga para sentir) e ajustei a função-alvo.

Avaliei risco de suicídio na primeira entrevista e nos momentos de perda grande, descoberta pela família ou dívida.

Perguntei qual é o jogo, em que contexto cultural, e o que é normativo ali antes de decidir o que pedir que ele deixe.

Acompanhei a remissão com a lista de critérios, mês a mês, em vez de pela sensação de melhora.

MINHAS ANOTAÇÕES — O QUE LEVO PARA A CLÍNICA

Para revisar — resposta

Responda com suas palavras. O PDF guarda o que você escrever. O gabarito está na página seguinte — responda antes de consultar.

1. Enuncie a regra do critério A e liste os nove critérios agrupados nas quatro famílias.

2. Quais critérios são os mais frequentes e quais são os menos frequentes, e o que isso diz sobre a gravidade?

3. Descreva as seis etapas do ciclo sucessivo de feedback e explique por que a última etapa reabre a primeira.

4. Diferencie os quatro especificadores de curso (episódico, persistente, remissão inicial, remissão sustentada) pelos prazos.

5. Quais são os dois perfis de jogador descritos, e como a função do jogo muda de um para o outro?

6. Pense num paciente teu com jogo problemático. Em que etapa do ciclo tu entraria primeiro, e por quê?

Gabarito

Comentários para conferência. Nas perguntas de aplicação pessoal não há resposta certa — o que se oferece são critérios para avaliar a própria resposta.

1. Enuncie a regra do critério A e liste os nove critérios agrupados nas quatro famílias.

COMENTÁRIO

Comportamento de jogo problemático persistente e recorrente, com sofrimento ou prejuízo clinicamente significativo, indicado por quatro ou mais critérios em doze meses. Parece substância: 1 tolerância, 2 abstinência. Controle e função: 3 esforços malsucedidos de controlar, 4 preocupação frequente, 5 joga quando angustiado. Caça e ocultação: 6 volta para ficar quite, 7 mente sobre a extensão. Dano: 8 prejudicou ou perdeu relação, emprego ou oportunidade, 9 depende de outros para saldar dívidas do jogo. Critério B: não é mais bem explicado por episódio maníaco.

2. Quais critérios são os mais frequentes e quais são os menos frequentes, e o que isso diz sobre a gravidade?

COMENTÁRIO

Os mais frequentes são a preocupação com o jogo e a tentativa de recuperar as perdas, típicos da forma leve (4 ou 5 critérios). Os menos frequentes são colocar em risco relacionamentos ou oportunidades e depender de outros para cobrir as perdas, que aparecem mais na forma grave (8 ou 9). Ou seja, a gravidade não é só a contagem: os critérios de dano tendem a chegar por último.

3. Descreva as seis etapas do ciclo sucessivo de feedback e explique por que a última etapa reabre a primeira.

COMENTÁRIO

Precipitantes (tédio, estresse, briga familiar); cognições permissivas ("só dez minutos", "preciso checar"); comportamento (horas de jogo, apostas, verificação); reforço (prazer ou alívio, sensação de controle, distração); consequências (culpa, perda de tempo, insônia, isolamento); emoções negativas reativas (tristeza, frustração, vergonha). A última reabre a primeira porque a vergonha e a frustração de ontem são exatamente o tipo de estado que serve de precipitante hoje; o ciclo produz o seu próprio combustível.

4. Diferencie os quatro especificadores de curso (episódico, persistente, remissão inicial, remissão sustentada) pelos prazos.

COMENTÁRIO

Episódico: preencheu os critérios mais de uma vez, com os sintomas cedendo por no mínimo vários meses entre os períodos. Persistente: sintomas contínuos, preenchendo os critérios por vários anos. Remissão inicial: depois do diagnóstico, nenhum critério preenchido por pelo menos 3 meses e menos de 12. Remissão sustentada: nenhum critério preenchido por 12 meses ou mais.

5. Quais são os dois perfis de jogador descritos, e como a função do jogo muda de um para o outro?**COMENTÁRIO**

Deprimidos: solitários, jogam quando se sentem impotentes, culpados ou deprimidos; a função é baixar o afeto negativo, jogar para não sentir. Ansiosos: impulsivos, competitivos, cheios de energia, inquietos, entediam-se fácil, preocupados com aprovação e extravagantes quando ganham; a função é levantar o afeto positivo, jogar para sentir. Como a função é oposta, o substituto que o tratamento precisa oferecer também é.

6. Pense num paciente teu com jogo problemático. Em que etapa do ciclo tu entraria primeiro, e por quê?**CRITÉRIOS**

Não há resposta certa. Uma boa resposta escolhe a etapa a partir do paciente e justifica: a cognição permissiva quando o paciente já monitora bem os gatilhos e precisa de um freio no ato; o reforço quando o jogo é a única fonte de controle ou de alívio que ele tem, o que exige construir outra; a emoção reativa quando a recaída vem sempre pela vergonha do dia anterior. O erro comum é entrar pelo comportamento (reduzir horas ou valor) sem mexer no que o repõe.