



RESUMO DE AULA · JORNADA DA LEITURA

Etapas do processo interventivo: fármacos, grupos de apoio, o protocolo STICA e as três fases

O que a farmacologia oferece e com que evidência, o lugar dos grupos de apoio, o protocolo STICA e seu ensaio clínico, e as três fases do processo interventivo: psicoeducação, intervenções e prevenção de recaídas.

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 **Fármaco é adjuvante, e a evidência é desigual.** Antagonistas opioides têm o melhor apoio para jogo de azar; ISRS ajudam pela comorbidade; lítio, no bipolar; antipsicóticos, quase nunca.
- Ψ **Jogadores Anônimos existe no Brasil e custa zero.** Doze passos, reuniões presenciais, anonimato. Serve de rede para o paciente que não tem outra, e não substitui a terapia.
- Ψ **STICA: 23 sessões em quatro meses, grupo mais individual.** Protocolo cognitivo-comportamental para dependência de internet e jogos, testado em ensaio randomizado publicado no JAMA Psychiatry em 2019.
- Ψ **Três fases, três objetivos.** Psicoeducação para entender o ciclo e querer mudar; intervenções para mudar pensamento e comportamento; prevenção de recaídas para manter.
- Ψ **A fase inicial é onde se perde o paciente.** Entrevista motivacional, balança de vantagens e desvantagens e metas realistas vêm antes de qualquer redução. O vídeo 9 é sobre isso.

Farmacologia: o que existe e com que evidência

O vídeo abre com uma tabela de medicações usadas no jogo patológico. Ela está aqui como o slide a apresenta, seguida de uma moderação, porque o peso da evidência varia muito de uma linha para outra.

- Ψ **Fluoxetina, paroxetina (ISRS):** redução da compulsão e controle de impulsos; úteis quando há comorbidade com depressão ou ansiedade.
- Ψ **Naltrexona (antagonista opioide):** reduz o prazer associado ao jogo e a frequência dos episódios; eficaz em pacientes com comportamento de jogo altamente recompensador.
- Ψ **Lítio (estabilizador de humor):** redução de impulsividade e estabilização emocional; especialmente útil em pacientes com transtorno bipolar.
- Ψ **Topiramato (estabilizador de humor, anticonvulsivante):** redução da excitação associada ao jogo; pode ajudar com impulsividade.
- Ψ **Quetiapina, olanzapina (antipsicóticos atípicos):** indicados em casos com sintomas psicóticos ou comorbidades graves; uso limitado, geralmente adjuvante.

Uma moderação, para conversar com o psiquiatra

Nenhuma medicação tem aprovação específica para transtorno do jogo, e as metanálises mostram efeitos modestos. O que se sustenta melhor: os **antagonistas opioides** (naltrexona, nalmefeno) têm o corpo de ensaios mais consistente, sobretudo em quem tem fissura intensa ou história familiar de alcoolismo. Os **ISRS** têm resultados mistos quando o jogo é o alvo direto; funcionam melhor como tratamento da comorbidade. O **lítio** tem um ensaio positivo em jogadores com espectro bipolar, e é para esse subgrupo. O **topiramato** tem estudos pequenos. Os **antipsicóticos** não mostraram benefício sobre o jogo em si nos ensaios com olanzapina; a indicação da tabela é para a comorbidade psicótica, não para o jogo. Em resumo: fármaco é adjuvante, escolhido pela comorbidade e pela fissura, e a psicoterapia continua sendo o tratamento de primeira linha. As duas fontes citadas no slide (Weinstock e Ledgerwood, 2008; Júnior e Sousa, 2024) não puderam ser conferidas e ficaram fora das referências; a metanálise que sustenta esta moderação está lá.

Grupos de apoio: Jogadores Anônimos

O segundo slide é o site dos **Jogadores Anônimos** no Brasil: os doze passos de recuperação, os doze de unidade, as vinte perguntas, literatura, depoimentos, anonimato, reuniões presenciais, e os endereços dos escritórios de serviço em São Paulo e no Rio de Janeiro. O vídeo o apresenta como recurso a indicar.

Vale saber o que ele é e o que não é. É uma irmandade de doze passos, no modelo dos Alcoólicos Anônimos, gratuita, com reuniões regulares e uma rede de pessoas que passaram pelo mesmo. Para o paciente que perdeu a rede social por causa do jogo (critério 8 do vídeo 6), isso tem valor que a terapia individual não consegue oferecer. O que ele não é: tratamento com evidência controlada. A adesão costuma ser baixa e a evasão, alta, e os estudos mostram resultado melhor quando o grupo é combinado com psicoterapia, e não usado sozinho.

Como indicar

Como complemento, e com expectativa ajustada: "é um lugar onde tu vai encontrar gente que entende, e onde ninguém vai te cobrar nada". Para o paciente cujo modelo de abstinência total combina com os doze passos, a adesão é maior. Para quem tem meta de uso controlado (mais comum nas dependências tecnológicas que no jogo de azar), a lógica do grupo pode entrar em conflito com o plano, e vale conversar sobre isso antes.

O protocolo STICA e o ensaio clínico

O **manual STICA** (Short-term Treatment for Internet and Computer game Addiction) é baseado numa abordagem cognitivo-comportamental e combina sessões de terapia em grupo com atendimentos individuais. O protocolo compreende **23 sessões ao longo de quatro meses**. O slide mostra o artigo

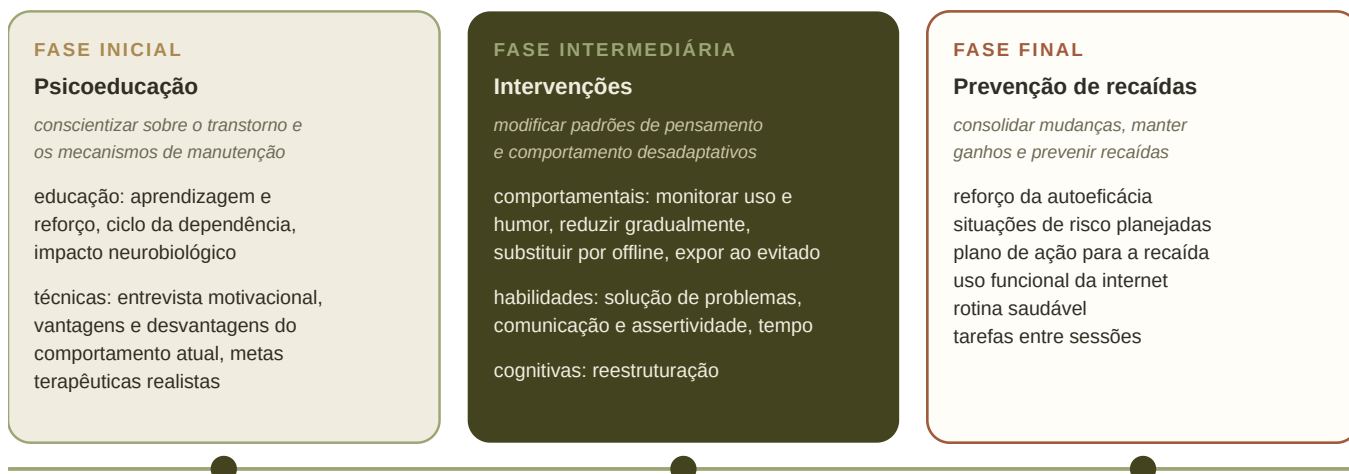
que o testou: Wölfling e colaboradores, ensaio clínico randomizado publicado no *JAMA Psychiatry* em 2019.

O que o ensaio mostrou, em resumo: adultos do sexo masculino com dependência de internet ou de jogos, tratados com o STICA, tiveram taxa de remissão bem maior que os do grupo em lista de espera ao fim dos quatro meses, com redução dos sintomas e do tempo de uso. É um dos poucos ensaios randomizados de porte na área, e por isso o protocolo serve de referência: não porque seja o único caminho, mas porque foi testado.

A estrutura dele é a que o vídeo desdobra na seção seguinte: uma fase de psicoeducação e motivação, uma fase de intervenções comportamentais, cognitivas e de habilidades, e uma fase de estabilização e prevenção de recaídas, com grupo para o treino e individual para o que é de cada um.

As três fases do processo interventivo

As três fases do processo interventivo



As três fases do slide. A ordem é didática; na prática, a psicoeducação volta sempre que a motivação cai, e a prevenção de recaídas começa na primeira redução que dá certo.

Fase inicial: psicoeducação

Objetivo: conscientizar o paciente sobre o transtorno e os mecanismos de manutenção do comportamento aditivo. Educação sobre modelos de aprendizagem e reforço, sobre o ciclo da dependência (o do vídeo 6) e sobre o impacto neurobiológico. Técnicas: **entrevista motivacional**, **análise de vantagens e desvantagens** do comportamento atual, e **estabelecimento de metas terapêuticas realistas**.

É a fase em que se perde o paciente, e por um motivo simples: ele chegou trazido, ou chegou querendo parar de sofrer sem parar de usar. Antes de qualquer redução, é preciso que a mudança seja dele. Por isso a entrevista motivacional abre a lista, e por isso o vídeo 9 é inteiro sobre ela.

Fase intermediária: intervenções

Objetivo: modificar padrões de pensamento e comportamento desadaptativos. Três frentes.

- Ψ **Intervenções comportamentais:** monitoramento do uso e do humor (a EMA do vídeo 7 continua aqui), redução gradual do tempo online, substituição por atividades offline, exposição gradual a situações evitadas, como atividades sociais.
- Ψ **Treinamento em habilidades:** solução de problemas, comunicação social e assertividade, organização e gestão do tempo. É aqui que se repõe o que a tela fazia pela pessoa: a interação controlável da ansiedade social, a fuga da tarefa difícil, a ocupação do tempo vazio.
- Ψ **Intervenções cognitivas:** reestruturação cognitiva, das crenças permissivas do ciclo ("só dez minutos") e, no jogo de azar, das crenças sobre o acaso (vídeo 5).

Fase final: prevenção de recaídas

Objetivo: consolidar mudanças, manter ganhos e prevenir recaídas. Reforço da autoeficácia; planejamento de situações de risco; elaboração de plano de ação em caso de recaída; discussão sobre o **uso funcional da internet**, porque abstinência total de tela não é meta viável para quase ninguém; estabelecimento de rotina saudável; e acompanhamento do progresso com tarefas entre sessões.

Duas observações sobre a ordem

Primeira: a sequência é didática. A psicoeducação volta sempre que a motivação cai, e a prevenção de recaídas começa na primeira redução que dá certo, porque é ali que aparece a primeira situação de risco real. Segunda: a "redução gradual do tempo online" é o item que mais tenta o terapeuta a começar por ele. O ciclo do vídeo 6 explica por que isso não segura sozinho: o comportamento é a única etapa que o ciclo repõe automaticamente. Reduzir horas sem repor a função é combinar recaída.

Lendo o vídeo em processos

As três fases mapeiam com folga numa formulação processual, e a leitura ajuda a decidir o que fazer com cada paciente, em vez de aplicar o protocolo em ordem.

- Ψ **Psicoeducação e entrevista motivacional** trabalham o nó de motivação e o de self: a pessoa passar a ver o ciclo como dela, e a mudança como dela. Sem esse nó, o resto não engata.
- Ψ **Monitoramento e redução gradual** mexem na frequência do comportamento; **substituição e exposição** mexem no que ele evita; **habilidades** repõem a função. São três alvos diferentes, e o paciente costuma precisar mais de um que dos outros.
- Ψ **Reestruturação cognitiva** mira as crenças permissivas e, no jogo de azar, a ilusão de controle. É a alça cognitiva do ciclo.

- Ψ **Prevenção de recaídas** é o trabalho sobre a alça de manutenção: o que fazer quando a emoção reativa (vergonha, frustração) tentar reabrir o precipitante.
- Ψ **Fármaco e grupo de apoio** entram pelo contexto: comorbidade e fissura, de um lado; rede social perdida, de outro.

Na prática: o protocolo dá a caixa de ferramentas e a ordem sugerida; a formulação diz qual ferramenta este paciente precisa primeiro.

Referências

1. Goslar, M., Leibetseder, M., Muench, H. M., Hofmann, S. G., & Laireiter, A.-R. (2019). Pharmacological treatments for disordered gambling: A meta-analysis. *Journal of Behavioral Addictions*, 8(2), 194–208.
2. Petry, N. M. (2005). *Pathological gambling: Etiology, comorbidity, and treatment*. American Psychological Association.
3. 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.
4. Stevens, M. W. R., King, D. L., Dorstyn, D., & Delfabbro, P. H. (2019). Cognitive-behavioral therapy for internet gaming disorder: A systematic review and meta-analysis. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 26(2), 191–203.
5. Wölfling, K., Müller, K. W., Dreier, M., Ruckes, C., Deuster, O., Batra, A., Mann, K., Musalek, M., Schütz, C., Hanke, S., & Beutel, M. E. (2019). Efficacy of short-term treatment of internet and computer game addiction: A randomized clinical trial. *JAMA Psychiatry*, 76(10), 1018–1025.

NOTA DE MÉTODO

Material dirigido a psicólogos. É o oitavo vídeo de uma disciplina de pós-graduação; a entrevista motivacional vem no vídeo 9.

Fonte. Este resumo foi escrito a partir dos **slides** do vídeo, sem transcrição da fala. A descrição do que o ensaio do STICA mostrou, a leitura dos Jogadores Anônimos como complemento, as duas observações sobre a ordem das fases e a seção final em processos foram desenvolvidas pelo autor do material a partir da lógica da disciplina e da literatura citada.

Uma moderação, sinalizada no texto. A tabela de farmacologia foi mantida como o slide a apresenta, e o material acrescenta o peso da evidência por classe, com base na metanálise de Goslar e colaboradores (2019) e na revisão de Potenza e colaboradores (2019): antagonistas opioides com o apoio mais consistente, ISRS pela comorbidade, lítio no espectro bipolar, topiramato com estudos pequenos, antipsicóticos sem benefício sobre o jogo. As duas fontes citadas no slide (Weinstock e Ledgerwood, 2008; Júnior e Sousa, 2024) não puderam ser conferidas e ficaram fora das referências. Psicólogo não prescreve; a seção existe para a conversa com o psiquiatra.

Nenhuma citação foi construída para preencher lacuna.

Levar para a prática

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

Quando há comorbidade ou fissura intensa, encaminhei ao psiquiatra com a formulação e a pergunta certa, e não com o pedido genérico de remédio.

Apresentei o grupo de apoio como complemento, com expectativa ajustada e atenção ao conflito entre abstinência e uso controlado.

Comecei pela psicoeducação e pela motivação, e não pela redução de horas.

Fiz a balança de vantagens e desvantagens do comportamento atual com o paciente, e não para ele.

Combinei metas realistas, incluindo o que é uso funcional de internet para esta pessoa.

Para cada redução planejada, defini o que entra no lugar (atividade, habilidade, contato).

Montei o plano de ação para a recaída antes da primeira situação de risco, e não depois.

Mantive tarefas entre sessões e monitoramento do uso e do humor durante todo o tratamento.

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. Descreva as cinco classes de medicação da tabela e diga, para cada uma, qual é o peso da evidência para o jogo de azar.

2. O que os Jogadores Anônimos oferecem que a psicoterapia individual não oferece, e qual é o limite dessa indicação?

3. O que é o protocolo STICA, como é estruturado e o que o ensaio de 2019 mostrou?

4. Enumere as três fases do processo interventivo, com o objetivo e as principais técnicas de cada uma.

5. Por que reduzir o tempo online sem repor a função costuma falhar? Use o ciclo do vídeo 6 na resposta.

6. Pense num paciente teu. Em que fase ele está de fato, e qual ferramenta do protocolo ele precisa primeiro?

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. Descreva as cinco classes de medicação da tabela e diga, para cada uma, qual é o peso da evidência para o jogo de azar.

COMENTÁRIO

ISRS (fluoxetina, paroxetina): compulsão e impulsos, úteis na comorbidade; evidência mista quando o jogo é o alvo direto. Naltrexona: reduz prazer e frequência; é a classe com evidência mais consistente, sobretudo com fissura intensa. Lítio: impulsividade e estabilização; apoio em jogadores com espectro bipolar. Topiramato: excitação e impulsividade; estudos pequenos. Antipsicóticos atípicos: só para comorbidade psicótica ou grave; sem benefício sobre o jogo em si nos ensaios. Em todas, adjuvante; a psicoterapia é a primeira linha.

2. O que os Jogadores Anônimos oferecem que a psicoterapia individual não oferece, e qual é o limite dessa indicação?

COMENTÁRIO

Oferecem uma rede de pessoas que passaram pelo mesmo, gratuita, com reuniões regulares e anonimato, o que repõe parte da rede social que o jogo destruiu. O limite: não é tratamento com evidência controlada, a evasão é alta e o resultado é melhor combinado com psicoterapia; e o modelo de abstinência total pode conflitar com metas de uso controlado, o que pede conversa antes da indicação.

3. O que é o protocolo STICA, como é estruturado e o que o ensaio de 2019 mostrou?

COMENTÁRIO

Short-term Treatment for Internet and Computer game Addiction: protocolo cognitivo-comportamental de 23 sessões em quatro meses, combinando grupo e atendimentos individuais. O ensaio randomizado de Wölfling e colaboradores (JAMA Psychiatry, 2019) mostrou taxa de remissão maior no grupo tratado do que na lista de espera ao fim do tratamento, com redução de sintomas e de tempo de uso.

4. Enumere as três fases do processo interventivo, com o objetivo e as principais técnicas de cada uma.

COMENTÁRIO

Inicial, psicoeducação: conscientizar sobre o transtorno e o ciclo de manutenção; entrevista motivacional, balança de vantagens e desvantagens, metas realistas. Intermediária, intervenções: modificar pensamento e comportamento; monitoramento, redução gradual, substituição por offline, exposição ao evitado, habilidades (problemas, assertividade, tempo), reestruturação cognitiva. Final, prevenção de recaídas: consolidar e manter; autoeficácia, situações de risco, plano de ação para recaída, uso funcional da internet, rotina, tarefas entre sessões.

5. Por que reduzir o tempo online sem repor a função costuma falhar? Use o ciclo do vídeo 6 na resposta.**COMENTÁRIO**

Porque no ciclo o comportamento é a única etapa que se repõe sozinha: os precipitantes continuam acontecendo, as cognições permissivas continuam disponíveis e a função (reforço, alívio, controle) continua sem outra fonte. Reduzir horas tira o comportamento sem tirar o que o produz, e o ciclo o devolve na primeira noite de domingo. A redução funciona quando vem junto com a substituição, a habilidade ou a exposição que repõe a função.

6. Pense num paciente teu. Em que fase ele está de fato, e qual ferramenta do protocolo ele precisa primeiro?**CRITÉRIOS**

Não há resposta certa. Uma boa resposta localiza o paciente pela motivação e pela função, e não pelo tempo de tratamento (um paciente na décima sessão pode estar ainda na fase inicial), e escolhe a ferramenta pelo que falta: motivação, uma habilidade específica, uma crença, um plano para a recaída. O erro comum é seguir a ordem do protocolo com um paciente que ainda não decidiu mudar.