

Lógica Psicológica

Prática Baseada em Evidências na Psicologia



SUPERVISÃO · LÓGICA PSICOLÓGICA

Jogos e apostas compulsivas

QUANDO O CONTEXTO É O QUE SUSTENTA O COMPORTAMENTO

Primeira supervisão da comunidade. Um caso de transtorno do jogo em que a decisão clínica mais importante não foi qual técnica aplicar, mas por onde começar.

20 DE JANEIRO DE 2026

Lógica Psicológica

Prática Baseada em Evidências na Psicologia

SUPERVISOR

Júlio Gonçalves

MSc · CRP 12/17614

Supervisão clínica que desenvolve raciocínio,

não receita de conduta

Uma comunidade para quem quer:

- Ψ **Formular por processos** em vez de aplicar protocolo por diagnóstico.
- Ψ **Decidir por onde começar** quando a rede oferece vários caminhos.
- Ψ **Sustentar conversas difíceis** na relação terapêutica sem invalidar.
- Ψ **Estudar casos reais** discutidos em supervisão, com referência conferida.

Conheça a comunidade



O ESSENCIAL

- Ψ Quando um comportamento é fortemente reforçador, **retirá-lo sem colocar nada no lugar** tende a fracassar. A primeira intervenção pode não ser sobre o comportamento — pode ser sobre o contexto que o mantém disponível.
- Ψ A rede mostrou **seis processos** passíveis de intervenção. A pergunta útil não foi “o que fazer?”, e sim “o que este paciente consegue fazer agora, sem mudança brusca?”.
- Ψ Reestruturação cognitiva no início esbarra em pensamentos **egossintônicos**. Antes de contestar a crença, psicoeducar sobre o acaso — que flexibiliza sem confrontar.
- Ψ Monitorar **quantitativamente** (valor gasto, horas, intensidade do impulso) cumpre duas funções: gera linha de base para redução gradual e produz motivação pelo próprio gráfico.
- Ψ Formular em rede também **redistribui a culpa**: mostra ao paciente que o padrão tem raízes contextuais, históricas e socioculturais, não apenas falha de caráter.

O caso

Homem, final da casa dos 20 anos, personal trainer em academia de funcionamento contínuo, trabalhando em turno de madrugada. Procurou terapia meses antes, mas remarcava e desmarcava sucessivamente: quando perdia o dinheiro nas apostas, ficava sem condições de pagar a sessão. Compareceu efetivamente após um ganho expressivo, que funcionou como o empurrão para iniciar o tratamento — e pagou o tratamento com esse dinheiro.

Formula a própria demanda como dependência de apostas, mas acrescenta uma ressalva importante: *não é só pelo dinheiro, é passatempo, basta eu estar ocioso*. Migrou de apostas esportivas para jogos de cassino em sites não regulamentados. Já apagou centenas de aplicativos numa única madrugada; já instalou bloqueadores; chegou a trocar de aparelho celular para conseguir usar um bloqueador incompatível com o modelo anterior — e ainda assim encontrou acesso por sites clandestinos.

PREJUÍZOS E PADRÃO ATUAL

Cinco a seis horas diárias envolvido com jogo. Prejuízo financeiro acumulado e dívida contraída em nome de familiar. Queda de produtividade: não consegue divulgar o próprio trabalho nem concluir uma pós-graduação, cujo prazo já precisou renegociar. Sono noturno apenas uma vez por semana, em função do turno.

Gatilhos mapeados. O período ocioso da madrugada, sozinho na academia, com poucos clientes — momento em que surgem os pensamentos de jogar. O trajeto longo até o trabalho.

E os bônus diários enviados pelas plataformas: mesmo com notificações desativadas, ele abre o aplicativo para resgatá-los, sabendo que ali haverá dinheiro disponível para apostar.

Pensamentos. *Terei sorte; dessa vez vai dar certo; a plataforma vai me pagar* — e, com força particular, *preciso recuperar o que perdi*. **Emoções:** ansiedade antes; arrependimento e vergonha depois das perdas. **Rede de apoio** desgastada: a família está cansada do discurso de mudança que não se sustenta, e ele parou de falar sobre o assunto.

Um dado que o próprio paciente traz e que a supervisão tratou como sinal de motivação preservada: ao ver pessoas em situação de rua, ele pensa que terminará assim se não parar — e isso o angustia.

A formulação em rede

A rede não foi montada para nomear um transtorno, mas para decidir por onde entrar.

A leitura da supervisão organizou o caso em torno de um ponto de partida contextual. Salário baixo em vínculo formal atípico, trabalho noturno, poucos clientes no turno, celular sempre à mão, ócio prolongado e solidão — um arranjo que funciona simultaneamente como gatilho e como fator de manutenção.

Sobre esse contexto incide uma tendência à impulsividade e à procrastinação. O resultado é uma ativação afetiva — ansiedade — acompanhada de cognições de recuperação e controle. O jogo entra como regulação: alivia a ansiedade momentaneamente. A perda produz culpa e vergonha, que aumentam a ansiedade basal, que por sua vez aumenta a pressão para jogar de novo.

NÓ CENTRAL

O contexto de ócio noturno solitário com acesso irrestrito — sustenta todo o resto da rede.

ALÇA DE MANUTENÇÃO

Ansiedade → jogo → alívio → perda → culpa e vergonha → mais ansiedade → jogo.

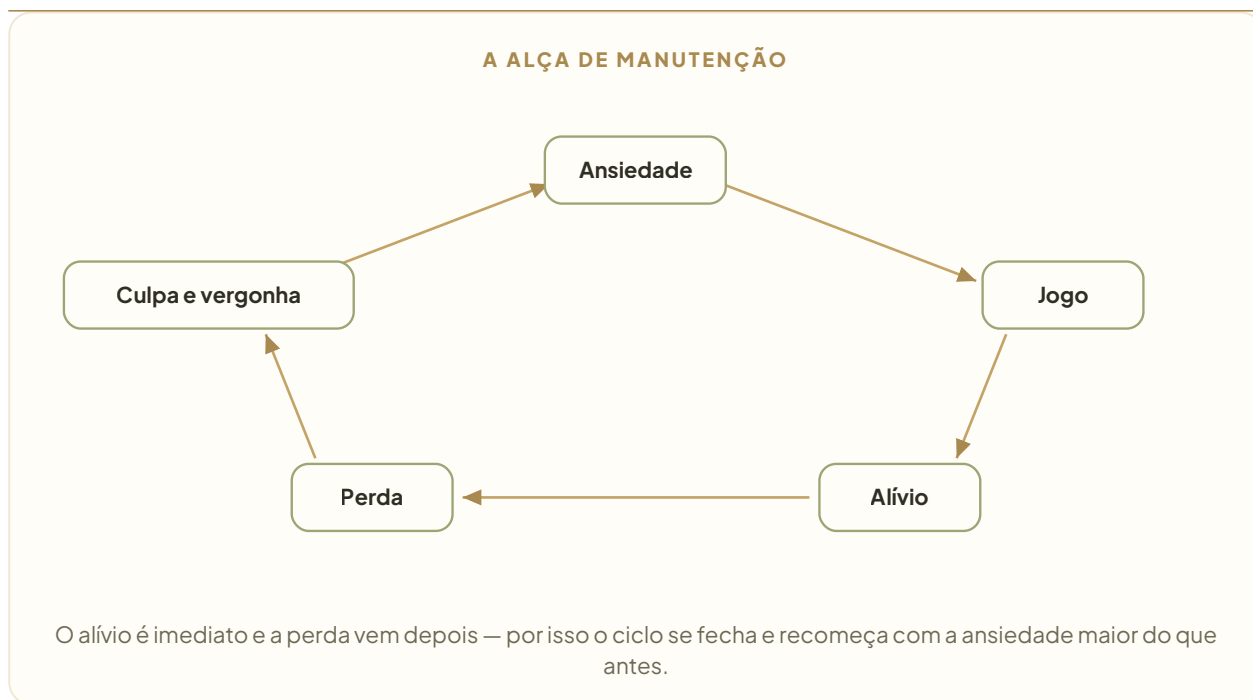
ALAVANCA

Mudança contextual: turno de trabalho, ocupação do tempo ocioso e fonte alternativa de renda.

Dois moderadores atravessam o ciclo: a **intolerância ao afeto** — pouca margem para sustentar ansiedade sem agir — e as **cognições ilusórias de controle**, que dão ao impulso uma justificativa que parece racional.

O QUE FICOU EM ABERTO

A dimensão do self não foi aprofundada. Aparecem dois movimentos em tensão — alguém que quer crescer profissionalmente e estudar, e alguém que não consegue sustentar isso — mas a supervisão avaliou que faltavam informações para traçar essas setas. Ficou registrado como lacuna, não como conclusão: em formulação por processos, é legítimo deixar parte da rede sem seta até que os dados existam.



Por onde começar: o princípio da substituição

O ponto de maior rendimento clínico da supervisão foi menos uma técnica do que um princípio de sequenciamento.

PRINCÍPIO

Diante de um comportamento fortemente reforçador, não se tenta interromper o comportamento primeiro. Retirar um reforçador sem inserir algo no lugar tende a produzir recaída. Existem pessoas que cessam abruptamente — mas são a minoria, e em geral não são as que chegam ao consultório: quem consegue resolver sozinho costuma não procurar terapia.

Daí a inversão da ordem esperada. Um protocolo orientado pelo diagnóstico provavelmente começaria pela redução gradual do comportamento-alvo. A formulação por processos apontou antes para o ambiente: sem alterar o contexto que deixa o comportamento disponível e atraente, a redução tende a falhar.

As estratégias contextuais discutidas foram três, todas a negociar com o paciente e nenhuma tratada como certeza:

- Ψ **Migrar o turno de trabalho** para o horário comercial. Uma única mudança atinge vários pontos da rede ao mesmo tempo: reduz o ócio da madrugada, restaura o sono noturno, diminui o tempo livre com o celular e reduz a vulnerabilidade fisiológica associada à privação de sono.

- Ψ **Captar ao menos um cliente particular.** Além de ocupar tempo, produz uma experiência concreta de que existe caminho mais previsível para ganhar dinheiro — o que compete diretamente com a função que o jogo ocupa.
- Ψ **Monitorar antes de restringir.** Estabelecer limites de gasto e de tempo só depois de conhecer a média real, para que o teto seja calibrado e não arbitrário.

A lógica que unifica as três é a de **redução de danos**: conhecer a linha de base, escalonar a diminuição em degraus toleráveis, e aceitar que haverá recaídas dentro do processo.

Monitoramento: por que quantificar

A supervisionanda já havia aplicado registro de pensamentos disfuncionais, com boa adesão. A sugestão foi acrescentar dimensões quantitativas ao instrumento que já está em uso — não substituí-lo.

O limite do registro aberto é que ele não gera métrica: descreve bem o episódio, mas não permite ver se o comportamento está cedendo ao longo das semanas. Um registro diário simples com escalas curtas resolve isso:

Apostou hoje? Sim ou não — a porta de entrada; se não, o registro termina aqui.

Valor gasto em faixas curtas, calibradas pela média do próprio paciente.

Horas envolvidas com jogo, incluindo o tempo assistindo a conteúdo sobre apostas.

Intensidade do impulso e **dificuldade de controlá-lo**, quando houve tentativa.

Pensamentos e sentimentos durante e depois do episódio.

A segunda função do registro quantitativo é motivacional. O gráfico devolve ao paciente uma evidência que a memória não produz — dias de regulação bem-sucedida ficam visíveis, e a percepção de progresso passa a se apoiar em dado, não em impressão.

UM DETALHE DO CASO QUE MUDA O MONITORAMENTO

O dinheiro que custeia a terapia vem do próprio jogo. Isso torna o registro do valor gasto ainda mais relevante — e cria uma tensão clínica que merece nome: o comportamento-alvo está, no momento, financiando o tratamento que pretende reduzi-lo. A supervisão não resolveu esse ponto; ele fica como questão viva do caso.

Afeto e impulso: o que cabe agora

A supervisionanda levantou o uso de **ação oposta**, da DBT, já nesse momento inicial. A avaliação foi de que ainda não — com o sistema de recompensa fortemente mobilizado e o

contexto ainda facilitador, agir na direção oposta ao impulso sem outras estruturas no lugar tende a criar acúmulo de pressão. A técnica não foi descartada, foi adiada.

Para o momento, o que cabe são estratégias de **tolerância ao mal-estar** e regulação emocional de baixo custo — incluindo recursos fisiológicos simples de aplicar quando o impulso aparece. Sobre isso vale um registro de método: a supervisão citou, entre as opções, manobras de temperatura. São recursos com uso descrito na literatura de regulação emocional, mas convém aplicá-los com critério e avaliação individual, e nunca como estratégia isolada de enfrentamento.

A estratégia central discutida foi o **adiamento**. A regra combinada é simples: surgiu o desejo, marca-se um intervalo curto — dez minutos — antes de abrir o aplicativo. Passado o intervalo, se a vontade persistir, o paciente decide dentro dos limites que já combinou.

POR QUE O ADIAMENTO FUNCIONA MESMO QUANDO FALHA

O objetivo não é vencer o impulso todas as vezes. É inserir uma barreira a mais entre o desejo e a ação, permitindo que o pico de excitação ceda um pouco antes da decisão. O paciente vai recair — e a técnica continua tendo valor, porque desloca o comportamento de automático para deliberado. Combinar o intervalo com alguma distração ativa aumenta a chance de o impulso ceder.

Cognição: psicoeducar antes de reestruturar

Os pensamentos do paciente são **egossintônicos**: ele os experimenta como razoáveis, não como sintomas. Contestá-los diretamente no início convida à defesa — e ele tem um contra-argumento imediato e concreto, já que a própria terapia está sendo paga com dinheiro ganho no jogo.

A saída proposta foi contornar o confronto: em vez de reestruturar, **psicoeducar sobre o acaso**. A entrada é antropológica antes de ser clínica — o ser humano busca prever e controlar o ambiente, porque prever evita perigo e garante ganho. Jogos de azar sequestram exatamente esse mecanismo, oferecendo a sensação de previsão num sistema em que as variáveis que determinam o resultado não estão sob controle do jogador.

Duas intervenções concretas derivam disso:

- Ψ **Levantar o balanço real.** Pedir que estime quanto ganhou e quanto perdeu, em dinheiro, ao longo de todo o período. A pergunta desloca a atenção do episódio isolado — que a memória privilegia — para o acumulado.
- Ψ **Mostrar que os pensamentos não são dele.** Apresentar a lista de cognições típicas do jogo problemático e deixar que ele reconheça as próprias frases ali. O efeito pretendido é duplo: reduz a sensação de excepcionalidade (“comigo é diferente”) e reduz a culpa, ao revelar um padrão descrito e estudado, não uma falha pessoal.

Essas cognições estão bem caracterizadas na literatura. O modelo mais utilizado descreve cinco dimensões: ilusão de controle, controle preditivo, viés interpretativo, expectativas sobre o jogo e percepção de incapacidade de parar (Raylu & Oei, 2004). Frases como “se eu persistir, vou ganhar”, “minha habilidade está melhorando” ou “é só encontrar o padrão” são instâncias reconhecíveis dessas dimensões — o que sustenta clinicamente o argumento de que o pensamento é do quadro, não da pessoa.

NOTA DE MÉTODO — AJUSTE AO QUE A EVIDÊNCIA SUSTENTA

A supervisão descreveu as plataformas como sistemas em que programadores liberam ganhos no início e depois invertem a curva para aquele jogador específico. A conclusão clínica é correta — o sistema é incontrolável e imprevisível para quem joga, e não há técnica que produza ganho sustentado. Mas o mecanismo, dito assim, vai além do que se pode afirmar. Em mercados regulados, os resultados são gerados por geradores de números aleatórios, cada evento é independente dos anteriores, e o percentual de retorno é uma média estatística de longo prazo sobre o conjunto de apostas — não uma curva ajustada em tempo real ao histórico de um usuário. Para a psicoeducação, isso não enfraquece o argumento: ao contrário, é o que fundamenta a independência entre eventos e, com ela, a queda tanto da falácia do apostador quanto da crença em padrão descoberto. Vale ainda a ressalva de que o paciente relata usar **sites não regulamentados**, sobre os quais essas garantias de auditoria simplesmente não se aplicam — o que é, por si só, argumento clínico. Sugestão: sustentar a psicoeducação na aleatoriedade e na vantagem estrutural da casa, e reservar a descrição de manipulação individualizada para o campo da hipótese.

Motivação e postura do terapeuta

A supervisionanda avaliou o paciente em **contemplação** — reconhece o problema e quer mudar, ainda que sem clareza sobre o caminho. A supervisão concordou, apoiada no fato de que ele antecipa espontaneamente um desfecho temido caso não mude.

O modelo transteórico dos estágios de mudança (Prochaska & DiClemente, 1983) organiza essa avaliação. Vale reter que o próprio modelo prevê movimento não linear: adesão inicial é comum e não garante manutenção, e a recaída faz parte do ciclo em vez de indicar fracasso.

Foi discutido um exercício projetivo de caminhos de vida — mapear o percurso atual e o percurso desejado, e imaginar a frase que resumiria cada um ao fim. A avaliação foi de que não é necessário agora, dado o nível de motivação presente, mas que se torna útil **se surgir resistência ou após uma recaída**, como recurso para reativar motivação. O produto do exercício costuma ser impresso e mantido visível, funcionando como cartão de enfrentamento.

Postura

- Ψ **Devolver a rede ao paciente** como intervenção, não como diagnóstico interno. Mostrar o padrão tem função dupla: reduz culpa ao evidenciar determinantes contextuais e históricos, e responsabiliza ao tornar visível onde a mudança precisa acontecer.
- Ψ **Tratar o relato do paciente como verdadeiro até que haja evidência clínica em contrário.** Ele afirma que não é pelo dinheiro; há indícios de que talvez seja. Isso se coleta com o tempo, sem pressa e sem confronto precoce.
- Ψ **Não prometer solução mágica.** A conversa explicita que não há atalho: a rede precisa ser modificada, o monitoramento é condição, a redução é gradual.
- Ψ **Investigar a história do jogo na vida dele** — inclusive o comportamento de jogo na família e as regras socioculturais de não perder e recuperar — como preparação para o trabalho posterior com culpa.

Um ponto a aprofundar

Registro que a supervisão não abordou, e que a literatura recomenda incluir na avaliação deste quadro: o **rastreo de risco suicida**.

Uma meta-análise de estudos publicados entre 1995 e 2022 estimou, entre pessoas com transtorno do jogo, prevalência agrupada ao longo da vida de **31% para ideação suicida**, 17% para planos e **16% para tentativas** (Armoon, Griffiths, Mohammadi & Ahounbar, 2023). São prevalências em populações majoritariamente clínicas, e o intervalo de confiança para planos é largo — mas a ordem de grandeza é alta o bastante para que o rastreo faça parte da avaliação de rotina neste quadro, e não apenas uma resposta a sinais explícitos.

No caso descrito, alguns elementos compõem um perfil que justifica atenção: endividamento com envolvimento de familiar, deterioração da rede de apoio, término recente de relacionamento e uma antecipação espontânea de desfecho catastrófico. Nenhum deles indica risco atual por si só — mas juntos recomendam que o tema seja perguntado diretamente, e não inferido.

NOTA

Este item não estava na supervisão; entra aqui como complemento de segurança, sinalizado como tal para não se confundir com o que foi efetivamente discutido no encontro.

Referências

Armoon, B., Griffiths, M. D., Mohammadi, R., & Ahounbar, E. (2023). Suicidal behaviors and associated factors among individuals with gambling disorders: A meta-analysis. *Journal of Gambling Studies*, 39(2), 751–777. <https://doi.org/10.1007/s10899-023-10188-0>

American Psychiatric Association. (2023). *Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM-5-TR* (5ª ed., texto revisado). Artmed.

Hayes, S. C., Hofmann, S. G., & Ciarrochi, J. (2020). A process-based approach to psychological diagnosis and treatment: The conceptual and treatment utility of an extended evolutionary meta model. *Clinical Psychology Review*, 82, 101908. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2020.101908>

Prochaska, J. O., & DiClemente, C. C. (1983). Stages and processes of self-change of smoking: Toward an integrative model of change. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 51(3), 390–395. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.51.3.390>

Raylu, N., & Oei, T. P. S. (2004). The Gambling Related Cognitions Scale (GRCS): Development, confirmatory factor validation and psychometric properties. *Addiction*, 99(6), 757–769. <https://doi.org/10.1111/j.1360-0443.2004.00753.x>

NOTA DE MÉTODO

Material produzido a partir da transcrição da supervisão de 20 de janeiro de 2026, com desidentificação rigorosa: nomes, cidades, datas específicas, valores exatos e traços reconhecíveis do paciente e dos participantes foram removidos ou alterados, preservando apenas o padrão clínico necessário ao aprendizado. Os supervisionandos não são identificados. As referências foram conferidas individualmente. Onde o conteúdo discutido excedia o que a evidência sustenta, o ajuste está sinalizado no corpo do texto como nota de método, e não corrigido silenciosamente. O item sobre risco suicida não fez parte do encontro e está marcado como acréscimo.

contato@psicojulio.com · (47) 99933-8021

Rua Concórdia, 703, São Vicente, Itajaí — 88309-645 · CNPJ 49.649.803/0001-60

Levar para a prática

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

- ☐ Mapeei o contexto que mantém o comportamento antes de propor reduzi-lo?
- ☐ Verifiquei se há reforçador sendo retirado sem substituição prevista?
- ☐ Estabeleci linha de base quantitativa antes de definir limites?
- ☐ Avaliei o estágio de motivação e ajustei a intervenção a ele?
- ☐ Psicoeduquei sobre o acaso antes de tentar reestruturar as crenças?
- ☐ Rastreei risco suicida na avaliação inicial?

MINHAS ANOTAÇÕES — O QUE LEVO PARA A CLÍNICA

Para revisar — responda

Responda com suas palavras. O texto fica salvo no PDF.

1. Em um caso seu com comportamento fortemente reforçador, qual mudança contextual teria maior efeito na rede — e o que a torna difícil de negociar?

2. Como você diferencia, na prática, uma crença que ainda é egossintônica de uma já disponível para reestruturação?

3. Que métricas você incluiria num registro diário para o seu caso, e por quê essas?

4. A formulação em rede mudaria a sua ordem de intervenção neste caso? Em que ponto?

5. O que você faria com a informação de que o comportamento-alvo está financiando o tratamento?