

**Ana Carolina Naves Magalhães**

**Tratamento de jogadores patológicos  
com o uso de técnica psicodinâmica :  
análise qualitativa do discurso de  
terapeutas e pacientes**

Dissertação apresentada à Faculdade de  
Medicina da Universidade de São Paulo para  
obtenção do título de Mestre em Ciências

Programa de Psiquiatria

Orientador: Prof. Dr. Hermano Tavares

**São Paulo  
2011**

## DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho a:

Meu avô Armando Leite Naves, psiquiatra mineiro dedicado a seus pacientes, amoroso, preocupado com as questões humanas e sociais, escritor e pesquisador. Tenho certeza de que ele me despertou a curiosidade e o gosto pela saúde mental.

A minha mãe Eliane, sensível também às questões humana e à família. Sem seu apoio e incentivo não teria acreditado em minha profissão.

A meu pai Cássio, homem obstinado, espirituoso, que me ensinou a importância de cativar as pessoas e fazer amigos.

A Ricardo, meu marido, companheiro, pelo apoio, amor e ensinamentos.

Aos meus irmãos, Pedro, Marina e André, pelo amor sempre.

## **AGRADECIMENTOS**

Agradeço ao Dr. Hermano Tavares, meu orientador e professor, pela sua dedicação a meu estudo, assim como a seus alunos, à sociedade e à promoção da Saúde Mental.

Aos terapeutas entrevistados pela sua disponibilidade em participar desta pesquisa com perguntas extensas. Obrigada pelos ricos dados fornecidos.

Aos pacientes entrevistados, também pela disponibilidade em participar desta pesquisa, sabendo que o objetivo seria de ajudar no tratamento de outros futuros pacientes. Pela sua generosidade.

A toda a equipe do AMJO (Ambulatório do Jogo Patológico do Ipq-FMUSP-SP), colegas, funcionários e supervisores.

A Eliza e Isabel da secretaria de pós-graduação, pela orientação detalhada de todos os inúmeros documentos e procedimentos.

Aos meus amigos, Juliana, Roberta, Saulo, Eloísa e Josiane, pelo apoio nas revisões e traduções e motivação na horas de desânimo e cansaço.

A todos psicólogos e psiquiatras que contribuíram para minha formação, na sala de aula ou através dos livros que escreveram.

## SUMÁRIO

Lista de Tabelas

Lista de Quadros

Resumo

Summary

|       |   |     |
|-------|---|-----|
| 1     | INTRODUÇÃO .....  | 1   |
| 2     | JUSTIFICATIVA DO ESTUDO .....   | 20  |
| 3     | OBJETIVOS.....  | 26  |
| 3.1   | Objetivo Geral.....   | 27  |
| 3.2   | Objetivos Específicos.....  | 27  |
| 3.2.1 | Objetivo da investigação junto aos Psicoterapeutas .....                      | 27  |
| 3.2.2 | Objetivo da investigação junto aos Jogadores Patológicos.....                 | 28  |
| 4     | METODOLOGIA .....   | 29  |
| 4.1   | Amostragem.....   | 31  |
| 4.1.1 | Amostra de psicoterapeutas .....  | 31  |
| 4.1.2 | Amostra de pacientes .....  | 32  |
| 4.1.3 | Número da amostra de psicoterapeutas e pacientes .....                        | 32  |
| 4.2   | Instrumentos de avaliação.....  | 33  |
| 4.3   | Coleta de Dados .....   | 33  |
| 5     | ASPECTOS ÉTICOS.....  | 34  |
| 6     | RESULTADOS.....   | 36  |
| 6.1   | Caracterização do público de terapeutas participantes da pesquisa.....        | 37  |
| 6.2   | Caracterização do público de pacientes participantes da pesquisa .....        | 42  |
| 6.3   | A construção dos Discursos do Sujeito Coletivo - terapeutas e pacientes... 44 |     |
| 6.4   | Discursos do Sujeito Coletivo – terapeutas .....                              | 46  |
| 6.5   | Discurso do sujeito coletivo- pacientes.....                                  | 76  |
| 7     | DISCUSSÃO.....  | 92  |
| 8     | CONCLUSÃO .....   | 110 |
| 9     | ANEXOS .....  | 113 |
| 10    | REFERÊNCIAS.....  | 119 |

## LISTA DE TABELAS

|  |    |
|--|----|
| <b>Tabela 1:</b> Distribuição dos participantes por sexo .....   | 37 |
| <b>Tabela 2:</b> Distribuição dos participantes por faixa etária.....  | 37 |
| <b>Tabela 3:</b> Distribuição dos participantes por curso superior.....  | 38 |
| <b>Tabela 4:</b> Distribuição dos participantes por orientação psicodinâmica ou psicanalítica específica.....                                      | 38 |
| <b>Tabela 5:</b> Distribuição dos participantes por tipo de treinamento formal que tiveram .....   | 39 |
| <b>Tabela 6:</b> Distribuição dos participantes por graduação em algum instituto psicanalítico ou programa psicoterápico psicodinâmico*.....       | 39 |
| <b>Tabela 7:</b> Distribuição dos participantes por experiência educacional fora de um currículo formal.....                                       | 40 |
| <b>Tabela 8:</b> Distribuição dos participantes por treinamento específico para tratamento de jogo patológico .....                                | 40 |
| <b>Tabela 9:</b> Distribuição dos participantes no tempo envolvimento em grupo profissional ou serviço de assistência a jogadores patológicos..... | 41 |
| <b>Tabela 10:</b> Distribuição dos participantes (pacientes) por sexo.....   | 42 |
| <b>Tabela 11:</b> Distribuição dos participantes (pacientes) por faixa etária .....  | 42 |
| <b>Tabela 12:</b> Distribuição do tempo de tratamento dos participantes (pacientes).....   | 43 |
| <b>Tabela 13:</b> Distribuição da determinação prévia do tempo de tratamento dos participantes (pacientes).....                                    | 43 |
| <b>Tabela 14:</b> Distribuição do tipo de terapia dos participantes (pacientes) .....  | 43 |

## LISTA DE QUADROS

|                     |   |    |
|---------------------|---|----|
| <b>Quadro 1:</b>    | Síntese dos discursos coletivos sobre o que é transferência .....   | 46 |
| <b>Quadro 2:</b>    | Síntese dos discursos coletivos sobre importância da transferência para o sucesso da terapia.....   | 47 |
| <b>Quadro 3:</b>    | Síntese dos discursos coletivos sobre manter a transferência positiva.....  | 48 |
| <b>Quadro 4:</b>    | Síntese dos discursos coletivos sobre interpretação da transferência...   | 49 |
| <b>Quadro 5:</b>    | Síntese dos discursos coletivos sobre exemplos de transferência no tratamento de JP .....   | 50 |
| <b>Quadro 6:</b>    | Síntese dos discursos coletivos sobre definição de resistência.....   | 53 |
| <b>Quadro 7:</b>    | Síntese dos discursos coletivos sobre exemplos de resistência .....   | 54 |
| <b>Quadro 8:</b>    | Síntese dos discursos coletivos sobre manejo da resistência.....  | 56 |
| <b>Quadro 9:</b>    | Síntese dos discursos coletivos sobre definição de sucesso terapêutico.....   | 58 |
| <b>Quadro 10:</b>   | Síntese dos discursos coletivos sobre percepção de fases do tratamento .....  | 59 |
| <b>Quadro 10.1:</b> | Síntese dos discursos coletivos sobre definição de fases do tratamento: <i>Começo</i> .....   | 60 |
| <b>Quadro 10.2:</b> | Síntese dos discursos coletivos sobre definição de fases do tratamento: <i>Segunda Fase</i> .....   | 61 |
| <b>Quadro 10.3:</b> | Síntese dos discursos coletivos sobre definição de fases do tratamento: <i>Terceira fase</i> .....  | 62 |
| <b>Quadro 10.4:</b> | Síntese dos discursos coletivos sobre definição de fases do tratamento: <i>Fase Final</i> .....   | 63 |
| <b>Quadro 11:</b>   | Síntese dos discursos coletivos sobre formulação de hipóteses psicodinâmicas que sustentam os sintomas do paciente.....                   | 64 |
| <b>Quadro 12:</b>   | Síntese dos discursos coletivos sobre quantas sessões levaram para formular conflitos e defesas que sustentam os sintomas do paciente ... | 65 |

|   |    |
|---|----|
| <b>Quadro 13:</b> Síntese dos discursos coletivos sobre existência de conflitos típicos em Jogadores patológicos .....  | 66 |
| <b>Quadro 14:</b> Síntese dos discursos coletivos sobre tipos de conflitos e defesas .....  | 67 |
| <b>Quadro 15:</b> Síntese dos discursos coletivos sobre lidar com a infância e adolescência no lugar de assuntos do presente .....  | 69 |
| <b>Quadro 16:</b> Síntese dos discursos coletivos sobre depender do tempo de duração do tratamento para decidir sobre lidar com experiências da infância e adolescência ..... | 70 |
| <b>Quadro 17:</b> Síntese dos discursos coletivos sobre abordar o fim da terapia .....  | 71 |
| <b>Quadro 18:</b> Síntese dos discursos coletivos sobre <i>QUANDO</i> abordar o fim da terapia.....   | 72 |
| <b>Quadro 19:</b> Síntese dos discursos coletivos sobre <i>como</i> abordar o fim da terapia.....   | 73 |
| <b>Quadro 20:</b> Síntese dos discursos coletivos sobre como proximidade do fim afeta o tratamento.....   | 74 |
| <b>Quadro 21:</b> Síntese dos discursos coletivos sobre qualidades no terapeuta que ajudaram em sua recuperação .....   | 77 |
| <b>Quadro 22:</b> Síntese dos discursos coletivos sobre como o relacionamento com o terapeuta mudou durante a terapia: <i>começo</i> do processo .....                        | 78 |
| <b>Quadro 23:</b> Síntese dos discursos coletivos sobre como o relacionamento com o terapeuta mudou durante a terapia: <i>meio</i> do processo.....                           | 79 |
| <b>Quadro 24:</b> Síntese dos discursos coletivos sobre como o relacionamento com o terapeuta mudou durante a terapia: <i>final</i> do processo. ....                         | 79 |
| <b>Quadro 25:</b> Síntese dos discursos coletivos sobre quanta dificuldade teve em aceitar, entender ou se adaptar ao terapeuta .....   | 80 |
| <b>Quadro 26:</b> Síntese dos discursos coletivos sobre se a terapia foi bem sucedida ....  | 81 |
| <b>Quadro 27:</b> Síntese dos discursos coletivos sobre porque a terapia foi bem sucedida ou não.....   | 82 |
| <b>Quadro 28:</b> Síntese dos discursos coletivos sobre aspecto mais útil do tratamento.....  | 83 |

|  |    |
|--|----|
| <b>Quadro 29:</b> Síntese dos discursos coletivos sobre descrição da terapia: como <i>começou</i> .....  | 84 |
| <b>Quadro 30:</b> Síntese dos discursos coletivos sobre descrição da terapia: como se <i>desenvolveu</i> .....   | 85 |
| <b>Quadro 31:</b> Síntese dos discursos coletivos sobre descrição da terapia: como <i>finalizou</i> .....  | 86 |
| <b>Quadro 32:</b> Síntese dos discursos coletivos sobre por que jogava.....  | 87 |
| <b>Quadro 33:</b> Síntese dos discursos coletivos sobre influência da compreensão do por que jogava sobre o parar de jogar e recuperação .....   | 88 |
| <b>Quadro 34:</b> Síntese dos discursos coletivos sobre qual foi o ponto do tratamento em que percebeu ou sentiu que o terapeuta o entendia ou algum ponto onde você percebeu que poderia parar de jogar e/ou ficar melhor.....                | 89 |
| <b>Quadro 35:</b> Síntese dos discursos coletivos sobre quando foi o ponto do tratamento em que percebeu ou sentiu que o terapeuta o entendia ou algum ponto onde você percebeu que poderia parar de jogar e/ou ficar melhor.....              | 90 |
| <b>Quadro 36:</b> Síntese dos discursos coletivos sobre o que aconteceu depois do ponto do tratamento em que percebeu ou sentiu que o terapeuta o entendia ou algum ponto onde você percebeu que poderia parar de jogar e/ou ficar melhor..... | 91 |



## RESUMO

Magalhães ACN. *Tratamento de Jogadores Patológicos com o uso de técnica psicodinâmica: análise qualitativa do discurso de terapeutas e pacientes* [dissertação]. São Paulo: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo; 2011. 125p.

No presente estudo foi feita uma investigação qualitativa sobre o discurso de terapeutas e pacientes jogadores patológicos, envolvidos em psicoterapia de orientação psicodinâmica, para que fossem identificados elementos relevantes à formulação de diretrizes para psicoterapia psicodinâmica de curto prazo (PPCP) para jogadores patológicos. O método qualitativo escolhido para este estudo foi a Análise do Discurso do Sujeito Coletivo (DSC). Os discursos colhidos de terapeutas e pacientes foram analisados em conjunto a fim de mapear como se deu o processo da perspectiva de ambos. Os objetivos do estudo junto aos terapeutas foram: identificar como se deu a transferência, como se manifestou a resistência, identificar etapas ou seqüências de fases apresentadas pelos Jogadores durante o tratamento psicodinâmico de Jogadores Patológicos. Os objetivos do estudo junto aos pacientes foram: identificar como se deu a percepção sobre o terapeuta e sobre a relação paciente-terapeuta, se houve dificuldades específicas do paciente em relação ao tratamento e relacionamento com o terapeuta e se houve fases de tratamento vividas pelos pacientes entre o início e o término da PPCP. Os resultados mostram a importância da transferência para o tratamento, indicações de como manejar a transferência negativa, a qual se mostrou inescapável. Foram identificadas quatro fases pelas quais o processo psicoterapêutico acontece. Foram identificadas defesas e conflitos típicos do jogador patológico e indicações de manejo eficaz das resistências. Foi possível também verificar a percepção e expectativa dos terapeutas e pacientes com relação ao sucesso terapêutico para este tipo de patologia. Foram levantadas hipóteses teóricas e verificada a importância e formas de se trabalhar assuntos da infância e/ou adolescência do paciente. Foram percebidos aspectos relacionados ao final de tratamento e possibilidades de manejo deste principalmente no caso de psicoterapia com tempo limitado. As conclusões deste estudo apontam para a importância do preparo dos terapeutas no sentido de estarem conscientes sobre as defesas, conflitos e resistências típicas e possibilidades de manejo destes. A postura ativa do terapeuta em psicoterapia breve foi discutida e foi percebida a necessidade de um melhor treinamento dos terapeutas a respeito da finalização do processo. Foram colocadas sugestões de avaliação final do paciente a fim de verificar em que etapa do processo este paciente se encontra e se há necessidade de rever o manejo do final do tratamento e quando não for possível prolongar as sessões fazer o encaminhamento para outro terapeuta. Conclui-se que a partir da análise e comparação entre os discursos foram encontradas, até o presente momento, algumas diretrizes importantes no que diz respeito a PPCP de jogadores patológicos. Estes dados poderão ser organizados em um manual para que os terapeutas possam se preparar para o atendimento visando melhores resultados.

Descritores: 1.Jogo patológico 2.Psicoterapia breve 3.Psicanálise 4.Estudo qualitativo

## SUMMARY

Magalhães ACN. *Treatment of Pathologic Gamblers with the use of the psychodynamic technique: qualitative analysis of the discourse of therapists and patients*. [dissertation]. São Paulo: “Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo”; 2011. 125p.

This research paper presents the qualitative analysis of the discourse of therapists and of patients who are pathological gamblers, throughout psychodynamic orientation therapy in order to identify elements that are relevant to the formulation of guidelines to short term psychodynamic psychotherapy (PPCP) for pathological gamblers. The method employed in this qualitative study was the Discourse of the Collective Subject Analysis (DSC). The discourses of therapists and patients were jointly evaluated so as to analyze the process from the perspective of both sides involved. The purposes of the study with the therapists were: identify how the transference took place, how the resistance was expressed, and which were stages or sequence of steps revealed by gamblers during the psychodynamic treatment. The purposes of the study with the patients were: identify how the patient assessed the therapist and the relationship patient-therapist, identify if the patient had specific difficulties regarding the treatment and the relationship with the therapist, and if there were different stages experienced by the patients between the beginning and the end of the PPCP. The results of the study show the relevance of transference to the treatment, and indications on how to handle negative transference, which ended up being unavoidable. Four stages were identified during the psychotherapeutic treatment. Defenses and typical conflicts of pathologic gamblers as well as signs of efficient handling of resistances were also identified. Besides, it was possible to observe the perception and expectation of therapists and patients with regard to the therapeutic attainment in this type of pathology. Theoretical hypothesis were analyzed. The importance and forms of working through childhood and adolescence issues were verified. Aspects related to the end of the treatment and its administration were analyzed, especially in the event of psychotherapy for a limited period. The inferences brought in by this study point up the importance of the preparation of therapists in the sense that they have to be fully aware of the defenses, conflicts, typical resistances and administration possibilities. The active attitude of a therapist in a brief psychotherapy was considered necessary and it was found that a better training on the administration of the ending of the treatment is very important. This paper suggests alternatives for the final evaluation of the patient in order to verify the stage in which the patient is and if it is necessary to review the handling of the end of treatment. When it is not possible to extend the sessions, it is suggested redirect the patient to other therapist. Finally, from the analysis and comparison of the discourses, it is possible to conclude that there are, so far, important guidelines for the short term psychodynamic psychotherapy of pathologic gamblers. Such relevant data may be compiled in a manual to be used for the preparation of therapists aiming better results.

Descriptors: 1.Pathological gambling 2.Brief psychotherapy 3.Psychoanalysis  
4.Qualitative study.

# 1 INTRODUÇÃO

---

O jogo patológico só foi reconhecido oficialmente como transtorno psiquiátrico a partir da terceira edição do Manual Estatístico e Diagnóstico da Associação Americana de Psiquiatria (DSM-III –APA, 1980).

Segundo o DSM-IV-TR, “A característica essencial do Jogo Patológico é ser um comportamento de jogo mal-adaptativo, recorrente e persistente (Critério A), que perturba os empreendimentos pessoais, familiares ou ocupacionais. O diagnóstico não é feito se o comportamento é melhor explicado por um Episódio Maníaco (Critério B)”. Jogo Patológico é às vezes descrito como comportamento compulsivo ou dependência, porém hoje se encontra classificado entre os “transtornos do controle do impulso não-classificados em outro local”. O jogo patológico está associado também a condutas transgressivas, desadaptação social, comportamentos de risco – como envolvimento em atos ilegais para financiar o jogo, fraudes, furtos – e autodestrutivos. Segundo a classificação do DSM-IV-TR, “a maioria dos indivíduos com Jogo Patológico afirma que está mais em busca de "ação" (um estado eufórico e excitado) do que de dinheiro” (APA, 1995).

Apesar de classificado como um transtorno do impulso, os paralelos entre as dependências químicas e Jogo Patológico são evidentes. Nota-se que o uso da droga em seu início relaciona-se a um apelo hedônico. Quando esta se torna uma dependência, se perpetua mesmo que haja um sentimento negativo. Igualmente, jogadores patológicos iniciam seu envolvimento com jogos de azar movidos pelo prazer, entretanto este comportamento persiste mesmo quando, em virtude dos prejuízos acumulados, surgem sentimentos ambíguos, prazer e angústia, em relação às apostas (Oliveira, 1997).

O tratamento do Jogo Patológico é preferencialmente ambulatorial, centrado em psicoterapias integradas com foco no comportamento de jogo, sintomas associados e no tratamento de comorbidades psiquiátricas. Inclui grupos educacionais, aconselhamento conjugal e familiar, psicoterapia psicodinâmica ou terapia cognitivo-comportamental (Tavares et al., 1999). Neste contexto ambulatorial, é dada preferência a Psicoterapias Psicodinâmicas de Curto Prazo (PPCP) por se adaptarem melhor à crescente demanda por tratamento. Diferentemente da psicoterapia psicodinâmica de longo prazo, na PPCP há a definição de um problema a ser trabalhado e o emprego de recursos técnicos específicos que tornam o processo terapêutico mais breve.

O Ambulatório do Jogo Patológico do Instituto de Psiquiatria da Faculdade de Medicina da USP-SP surgiu em 1997. Desde o seu início, psiquiatras e psicólogos aplicaram técnicas psicodinâmicas em processos terapêuticos tempo limitados. A duração do tratamento individual psicodinâmico foi estabelecida em 40 sessões de aproximadamente 40 minutos, o que se aproxima de um tempo total de seguimento de um ano, considerando-se férias, feriados e faltas justificadas, tanto do terapeuta quanto do paciente. Posteriormente, foi introduzido um segundo modelo de psicoterapia psicodinâmica de grupo com 20 sessões de 90 minutos.

## **A ABORDAGEM PSICODINÂMICA**

A característica fundamental das abordagens psicodinâmicas é se basear em três conceitos angulares: inconsciente, livre associação e transferência. (Laplanche e Pontalis, 1991)

- **O inconsciente**

Freud, ao desenvolver sua teoria psicanalítica, descreveu o inconsciente como a parte do funcionamento mental que abrange os instintos e necessidades fisiológicas. Para ele, o inconsciente cumpre, entre outros papéis, a função de um repositório de idéias sociais inaceitáveis, memórias traumáticas e emoções dolorosas excluídas da consciência pelo mecanismo da repressão psicológica.

Na visão psicanalítica, este material reprimido encontra uma forma de expressão indireta pelo sintoma. Pensamentos inconscientes não são diretamente acessíveis por uma ordinária introspecção, mas podem ser interpretados por métodos especiais e técnicas como a livre-associação, a análise de sonhos e atos falhos presentes na fala, examinados e conduzidos durante o processo analítico.

- **A livre-associação:**

No princípio de sua técnica, Freud utilizava o denominado método catártico. Este se referia à técnica em que a paciente, sob hipnose, falava sobre lembranças traumáticas retidas num suposto núcleo isolado da consciência. Freud passou então a aprofundar seus estudos sobre a histeria e descobriu o método da livre associação que consiste em convidar os pacientes a relatarem continuamente qualquer coisa que lhes vier à mente, sem levar em consideração quão sem importância ou possivelmente embaraçosa este exercício possa parecer (Reis et al., 1984)

A transferência é um fenômeno natural presente no cotidiano do seres humanos. A situação de transferência envolve uma distorção de percepção, em que um sujeito se baseia em suas experiências passadas de relacionamentos com outras pessoas, para se relacionar com alguém do presente. Há um direcionamento inconsciente de sentimentos e pensamentos internos deste sujeito para outra pessoa, baseado em

vivências do passado. Freud foi quem primeiro reconheceu a importância da transferência para a psicanálise e para uma melhor compreensão dos sentimentos dos pacientes (Haydée, 2000):

A relação paciente-terapeuta sob o contexto da livre-associação, sem risco de juízos alheios, permite a construção de um relacionamento inédito ao paciente. (Harari, 2008) A transferência que surge nesta relação torna-se, então, o instrumento terapêutico principal, por permitir a atualização dos conteúdos inconscientes que permeiam as relações interpessoais do paciente.

A neurose de transferência descrita por Freud deveria ser estimulada por meio de atitudes do terapeuta, como a neutralidade e passividade, além de interpretações que enfatizassem aspectos dependentes e regressivos do paciente. Instaurada a neurose de transferência, o analista pode então corrigir a neurose original tendo a primeira como guia (Remgruber, 1987).

### **Resistência**

A reflexão de Freud, em seu texto escrito em 1893: “**Estudos sobre a histeria**”, acerca do conceito de resistência se iniciou durante o tratamento da paciente Srta. Elizabeth Von R:

*“No curso desse difícil trabalho, comecei a atribuir maior importância à resistência oferecida pela paciente na reprodução de suas lembranças” (Freud, 1996, p.178).*

Ele completa sua reflexão:

*“Por meio de meu trabalho psíquico, eu tinha de superar uma força psíquica nos pacientes que se opunha a que as representações patogênicas se tornassem conscientes. [...] A tarefa do terapeuta, portanto, está em superar, através de seu trabalho psíquico, essa resistência à associação”. (Freud, 1996, p. 283/284).*

Assim, o conceito de resistência foi relacionado em toda a obra freudiana como aquilo que impede o progresso da associação livre e da evolução do tratamento. Ventura (2009) afirma que a resistência atua a favor dos conteúdos inconscientes e recalçados que resistem em se tornarem conscientes.

### **Transferência como resistência**

A transferência foi vista como técnica de tratamento num segundo momento da experiência de Freud. No começo ele a via como um impedimento ao tratamento. No estudo de Lima (2009), analistas foram entrevistados a respeito de suas técnicas e atuações e foi verificado em seus discursos que “a transferência, delimita o terreno onde uma dura luta vai se travar”

Para Haydée (2000):

*“A transferência corresponde à atuação da lembrança, ou seja, o paciente repete, na relação com o analista, modelos de comportamento e emoções vividas com figuras parentais em sua infância. Atuar a lembrança implica o impedimento real da recordação. Portanto, a transferência revela-se ao mesmo tempo como abertura e resistência ao inconsciente”.*



É a transferência que faz muitas vezes com que o paciente fique em silêncio ou ataque o terapeuta, até menosprezando o tratamento e chegando a abandonar o processo se não for bem manejada pelo profissional.

### **Transferência como aliada do tratamento**

“Na medida em que sua transferência (do paciente para o analista) leva um sinal ‘mais’, ela reveste seu médico de autoridade e se transforma em crença nas suas comunicações e explicações” (Freud, 1917). Assim, a qualidade do vínculo entre o analista e paciente é de extrema importância. Quando a transferência se configura como um obstáculo à análise, o analista deve detectá-la e traduzi-la para o paciente e de forma a fazer com que se torne uma grande aliada do processo (Freud, 1905).

A transferência é um fenômeno incontornável no processo terapêutico, pois ela se reproduz em qualquer relação que envolva uma transmissão de autoridade e saber, como a relação entre médico e paciente, professor e aluno, entre outras. Ventura (2009) conclui então que a transferência deve ser incluída no tratamento como uma ferramenta fundamental ao processo, manejada a partir da sua escuta e interpretação.

### **Mecanismos de defesa**

O trabalho analítico de investigação por livre-associação e a re-experimentação de vivências dolorosas na transferência eliciam mecanismos naturais de defesa contra a angústia. Freud dividiu os mecanismos de defesa em dois grupos: de um lado a sublimação e de outro os mecanismos de defesa patogênicos, assim chamados porque

não eliminam a tensão psíquica, mas apenas a encobrem. A sublimação foi descrita como uma defesa bem sucedida contra a ansiedade, por diminuir a tensão. O aumento de tensão ou desprazer é desviado para outros canais de expressão socialmente aceitáveis como, por exemplo, a criação artística. Os principais mecanismos de defesa patogênicos descritos por Freud são (Laplanche e Pontalis, 1991):

- **Recalcamento/Recalque:** é a operação pela qual o sujeito remete ao inconsciente pensamentos, imagens, ou recordações associadas a uma pulsão, em situações em que a satisfação da mesma incorreria em desprazer relativo a outras exigências.
- **Repressão:** é a um mecanismo psicológico que torna conteúdos (ideia, afeto) desagradáveis ou inoportuno, inconscientes ou pré-conscientes. “Negação: está relacionada à repressão. O sujeito nega a existência de alguma ameaça ou evento traumático ocorrido. Por exemplo: um diagnóstico grave, a iminência de morte de um ente querido, negação de algo que aconteceu no passado como a fantasia de que alguns fatos não ocorreram.
- **Racionalização:** é a redefinição da realidade. Processo de colocar motivos aceitáveis para atos ou idéias inaceitáveis ou de culpar um objeto por falhas pessoais ao invés de culpar a si mesmo. Por exemplo: dar explicações racionais para a perda de um emprego ou relacionamento tentando se convencer de que estes objetos perdidos possuíam defeitos.
- **Formação Reativa:** ou inversão da realidade, um sentimento contrário é colocado no lugar de outro para disfarçá-lo. Por exemplo: atribuir repugnância e nojo ao sexo quando os impulsos sexuais não podem ser satisfeitos. Impulsos agressivos podem dar lugar a comportamentos solícitos e amigáveis.

- 
- **Isolamento:** Uma ideia ou ato sofre o rompimento de suas conexões com outras ideias e pensamentos. O fato isolado passa a receber pouca ou nenhuma reação emocional, como se eles tivessem relacionados a outro sujeito. Fatos podem ser relatados sem sentimento quando um sujeito fala de conteúdos que foram isolados de sua personalidade. Por exemplo: um sujeito fala sobre traição conjugal, demonstrando compreensão e indiferença ao assunto, enquanto no passado este sujeito já passou por uma situação de traição conjugal, na qual houve sofrimento.
  - **Projeção:** é colocar algo do mundo interno no externo. Desejos, intenções e sentimentos que são ignorados em si mesmo são atribuídos a outras pessoas, objetos ou animais. Exemplificando: um pai pode dizer ao seu filho que este não cumpre suas tarefas, não será bem-sucedido e que este não tem aprovação dos outros, quando na verdade este sentimento é para com ele mesmo.
  - **Regressão:** é escapar da realidade. Retorno do sujeito a etapas de desenvolvimento anteriores que foram mais agradáveis, com menos frustração e ansiedade. Exemplo: falar como criança, destruir propriedades, roer unhas, por o dedo no nariz, dirigir rápida e imprudentemente, entre outros.
  - **Deslocamento:** Acontece quando o objeto que satisfazia um impulso do Id não está presente. A pessoa então desloca este impulso para outro objeto. Por exemplo: gritar com um cachorro quando a tensão foi provocada por outro estressor, ou bater numa criança quando uma agressividade não pode ser expressa em direção ao fator desencadeante.

## **PSICODINÂMICA DO JOGO PATOLÓGICO**

Freud (1996), em “Dostoievski e o Parricídio” publicado em 1928 pela primeira vez, analisou o caso desse famoso escritor e propôs que o jogo descontrolado era um sintoma de sentimentos ambivalentes que ele nutria por seu pai, sugerindo um conflito entre a necessidade de aprovação e o sentimento de que para seu, ele nunca poderia ser suficientemente bom. Freud acreditava que o dinheiro, freqüentemente referido como a principal razão para se jogar, não é a verdadeira motivação por trás do jogo excessivo, que seria melhor explicado por fantasias inconscientes relacionadas a significados inconscientes atribuídos à perda e ao ganho. Perder estaria associado a uma punição para expiar alguma culpa pela rebelião contra a autoridade paterna, ou perder estaria associado à obtenção de amor e aceitação, como se o sofrimento trouxesse amor, estabelecendo-se uma dinâmica de jogo imaginário de poder polarizado entre dominação ou submissão, vergonha e humilhação.

Inspirado por Freud, Bergler (1958), um psicanalista Americano publicou um interessante relato sobre sua experiência clínica com mais de 200 casos encaminhados a ele para tratamento, sendo que destes aproximadamente 60 permaneceram em tratamento, para os quais ele relatou sucesso terapêutico para quase todos. As críticas ao seu trabalho se concentram na falta de estabelecimento de critérios objetivos para avaliação do sucesso, ou fracasso, terapêutico. Deve-se a Bergler, a popularização da associação entre Jogo Patológico e masoquismo:

*“Só posso reiterar a minha opinião de que o superego é o verdadeiro mestre da personalidade, que o masoquismo psíquico constitui a medida preventiva mais perigosa do ego inconsciente contra a tirania do superego, que o*

*masoquismo psíquico é 'o sangue vital da neurose' e é na verdade a neurose básica... a desumanidade do homem para o homem só é igualada pela desumanidade do homem para si mesmo". (1949)*

Para este autor o jogo se apresentava como uma forma de rebelião contra autoridade parental e princípio de realidade por eles instaurado. Jogar então traria uma sensação de pseudo-independência ou uma reparação narcísica uma vez que estaria associada uma necessidade do sujeito negar sentimentos de insignificância e desamparo. As perdas no jogo e o sofrimento decorrente correspondiam a um castigo auto-administrado para aplacar a culpa inconsciente, afirmando que a verdadeira motivação inconsciente para jogar seria o desejo de perder. No jogo se estabelece um ciclo vicioso em que a rebeldia é premiada por uma vitória, à qual se sucede a “merecida punição” – uma derrota – pelo gesto de rebeldia..

Em seu trabalho clínico, Bergler adotava um estilo confrontacional, desafiando crenças e defesas onipotentes dos jogadores. Ele também incentivava a transferência do paciente para com ele, mesmo que negativa, para que ela fosse trabalhada.

### **PSICOTERAPIA PSICODINÂMICA DE CURTO PRAZO (PPCP):**

Sigmund Freud adotou técnicas terapêuticas através de sua experiência clínica. Suas modificações e teorias surgiram conforme seus casos clínicos eram desenvolvidos e conforme apareciam dificuldades. Começou com a hipnose catártica e chegou à técnica da associação livre, a qual adotou até o fim de seu trabalho, juntamente com o manejo da transferência.

Em seu texto “História de uma neurose infantil”, conhecido também como “O homem dos lobos”, publicado em 1918, Freud questionou-se acerca do término do tratamento. Neste tratamento, que durou cerca de cinco anos, o paciente continuava a associar infinitamente e mesmo que um sintoma tivesse desaparecido, ele retornava mais intenso, numa tentativa do paciente negar o efeito terapêutico. Freud então estabeleceu para este paciente, uma data para o término do processo e após este anúncio, o paciente começou a falar de assuntos significativos, até então não comentados (Freud, 1996).

Apesar desta atitude, Freud pareceu se preocupar mais com os motivos do prolongamento do tratamento e menos com a aceleração do processo (Haydée, 2000). Freud deixou claro o seu desejo de que seus discípulos continuassem o estudo de sua disciplina e alertou em “Linhas de progresso na terapia psicanalítica” (1918), que em função da necessidade de levar o atendimento a um número maior de pessoas poderia ser necessária a modificação de algumas técnicas.

A criação da “Técnica ativa” por Sándor Ferenczi, discípulo de Freud, visou quebrar as resistências que apareciam no processo analítico. Esta técnica acabou por provocar o encurtamento da duração do tratamento. Ele incitava os pacientes a saírem do seguro abrigo de seus sintomas e a expor a situação que estavam evitando. O objetivo era propiciar a rememoração e o progresso do tratamento quando fosse impedido pela resistência. Ferenczi sabia que o receio de Freud era que esta técnica pudesse provocar a volta aos primórdios da psicanálise nos quais se utilizava a técnica da sugestão e medidas mais autoritárias. Freud percebeu que era melhor sair da técnica da sugestão e do convencimento consciente para uma atitude mais passiva, de espera da manifestação inconsciente. (Rafaelli, 1993)

---

Escolas psicoterapêuticas buscaram soluções para os desafios de suas práticas e foi assim que surgiu a Psicoterapia breve de orientação psicodinâmica ou Terapia psicanalítica breve. Franz Alexander e Thomas French, envolvidos na Fundação do Instituto de Psicanálise de Chicago, organizaram o primeiro congresso em 1941, sobre teorias e técnicas de terapia psicanalítica breve. Apesar de terem sofrido algumas críticas com relação as suas técnicas, conseguiram abrir espaço para a discussão e prática desta nova modalidade de terapia. As principais mudanças relatadas com relação à técnica psicanalítica original foram: a disposição face a face do paciente com o terapeuta, duração do tratamento previamente acertado, flexibilidade do analista e a focalização, que é definida em cima do tema trazido por cada paciente. Além da focalização foram estabelecidos como elementos distintivos da PPCP a formulação de uma hipótese psicodinâmica que deve guiar o tratamento e a postura ativa do psicanalista. (Rafaelli, 1993)

Santeiro (2008) propõe que as psicoterapias psicodinâmicas breves devam ser circunscritas no tempo, com o estabelecimento de um foco de trabalho, definição de objetivos e planejamento de estratégias. O foco terapêutico deve cristalizar os conflitos psicológicos específicos relacionados ao problema psicológico do paciente e deve ser comunicado a ele para que haja uma cooperação e busca de uma concordância.

Alguns autores advertem contra o risco de prejuízo da livre-associação em virtude de um tratamento excessivamente focado movido por um *furor curandis* (desejo de curar) do terapeuta. Assim a questão da associação livre no contexto da terapia breve é possível quando o material associativo do paciente é compreendido e não dirigido. Uma estratégia psicoterapêutica que contemple o emprego alternado

da associação livre e da focalização em diferentes momentos do trabalho clínico é o caminho mais adequado para se obter resultados favoráveis com PPCP (Rafaelli, 1993).

Sifneos (1989) propõe que para o sucesso da psicoterapia dinâmica breve deve haver uma disposição para a mudança no paciente. Esta disposição para a mudança no paciente em grande parte se deve a postura ativa do terapeuta. Ele deve incentivar esta curiosidade e introspecção, mostrar ganhos realistas que podem ser obtidos pelo tratamento, incentivar ativamente a manifestação de assuntos conflituosos e intoleráveis e explorar pontos em que o paciente se mostra resistente a trabalhar. O contrário – a não expressão destes – pode reforçar a idéia de que estes temas são de fato intoleráveis e que devem ser evitados (Rosenthal, 2007).

### **A transferência em Psicoterapia Breve:**

Muitos autores defendem que em PPCP – por não se ter muito tempo de instaurar a neurose de transferência e depois desestruturá-la – deve-se evitar o seu desenvolvimento, o que não quer dizer que a transferência não aparecerá no tratamento breve. A relação paciente-terapeuta sob o contexto da livre-associação, sem risco de juízos alheios, permite a construção de um relacionamento inédito para o paciente. A transferência que surge nesta relação torna-se, então, o instrumento terapêutico principal, na medida em que permite a atualização dos conteúdos inconscientes que permeiam as relações interpessoais do paciente. A este respeito, Harari (2007) propõe que a transferência visa resgatar o laço social com o outro a partir de um sintoma próprio e não mais por uma identificação coletiva dada pelo diagnóstico.



A transferência negativa, onde pode haver o ataque do vínculo e até o desenvolvimento de impulsos hostis contra o terapeuta, em psicoterapia breve é vista como algo que pode atrapalhar e dificultar o processo, pela questão do tempo limitado. Esta questão do tempo. Nestas situações de aparecimento da transferência negativa a interpretação da mesma torna-se instrumento fundamental de manejo do terapeuta para todo o processo psicoterapêutico não fique travado ou até mesmo seja interrompido. (Remgruber, 1987)

### **Interpretação da transferência:**

Sifneos (1989) propõe que o manejo da transferência pelo terapeuta deve ser no sentido de assegurar que ele (terapeuta) não se sente ameaçado por desafios, posturas competitivas, ou pela resistência, e que através de um exame criterioso da transferência ele pode auxiliar o paciente a lidar com a ansiedade que ele experimenta. Contudo, ele alerta que há um momento certo para se interpretar a transferência. Mabilde (1989) propõe que algumas situações são propícias à interpretação da transferência, como aqueles em que ela assume um aspecto de resistência e prejudica as associações do paciente. Neste caso, a interpretação da transferência seria um recurso para melhorar o nível de *insight* do paciente, uma estratégia útil, quando o contrato terapêutico é ameaçado, ou quando vicissitudes do terapeuta alheias ao tratamento (uma viagem, ou doença) interferem acidentalmente no relacionamento terapêutico.

Uma questão ainda não suficientemente explorada é se em PPCP o manejo e interpretação da transferência devem ser ajustados às suas particularidades. Por

exemplo, em uma psicanálise clássica estabelecida sobre a neurose de transferência e sem delimitação de tempo, se um paciente refere raiva do padrão, o psicanalista pode deslocar este sentimento para a relação transferencial e trabalhar os sentimentos de frustração e ira vividos no curso do tratamento analítico e na relação paciente-analista.

Já em PPCP, Remgruber (1987) propõe que a interpretação focalize a vivência do sentimento de ódio na situação prática em que o paciente está tendo dificuldade de lidar, relacionando-a à raiva sentida não só pelo padrão, mas também com à história de vida passada do paciente e apenas eventualmente à relação terapêutica. Infelizmente, na avaliação dos efeitos de técnicas analíticas no sucesso terapêutico em processos tempo-limitados, predominam as considerações autorais pautadas em afiliações teóricas a diferentes correntes psicanalíticas e relatos de série de caso. Neste sentido, o trabalho de Høglend e o grupo de Oslo sobre interpretação da transferência em PPCP constitui uma relevante exceção por se pautar em análises de ensaios clínicos controlados. Em um estudo pioneiro, estes autores analisaram o efeito da interpretação da transferência em um grupo de 100 pacientes encaminhados à PPCP. Todos os pacientes apresentavam pelo menos um diagnóstico em Eixo I, sendo a maioria transtorno ansioso ou depressivo leve a moderado, e aproximadamente metade apresentava também um diagnóstico em Eixo II (transtorno de personalidade) do grupamento B (impulsivos) ou C (ansiosos). Eles foram aleatoriamente divididos em dois grupos, um recebeu PPCP baseada em interpretação da transferência e outro PPCP sem interpretação da transferência. Os efeitos terapêuticos foram medidos através de escalas de auto-relato que avaliaram funcionamento psicodinâmico, relações objetais, habilidades interpessoais, funcionamento global e a escala de checagem de sintomas (SCL-90). Os autores não

encontraram diferenças significativas entre os grupos, porém observou-se houve um efeito de intermediação significativo e robusto da qualidade das relações objetais. Pacientes com relações objetais pobres, caracterizados por necessidade de controle ou dependência exageradas nos relacionamentos interpessoais, apresentaram melhor resposta quando submetidos à interpretação da transferência, porém os pacientes com boas relações objetais exibiram uma resposta pior ao tratamento quando submetidos à interpretação da transferência (Høglend et al., 2006). Estudos subsequentes sobre esta mesma amostra mostraram que este efeito foi duradouro, os ganhos terapêuticos com ambos os modelos de PPCP se mantiveram após quatro anos do término do tratamento (Høglend et al., 2008). Gênero também parece influenciar o resultado. De uma maneira geral, mulheres com relações objetais ruins foram as que melhor responderam à interpretação da transferência, enquanto homens com boas relações objetais foram os que pior responderam (Ulberg et al., 2009). Os autores concluíram que em pacientes com relações objetais ruins as interpretações de transferência facilitaram o insight e que a melhora deste último estava significativamente associado à retenção dos ganhos terapêuticos a longo prazo (Johansson et al., 2010).

### **Manejo do final do tratamento**

Em “Análise terminável e interminável” (1937), Freud sugeriu duas maneiras de se pensar no término. A primeira, que o trabalho teria cumprido o máximo que poderia de modo que a continuidade não traria mais nenhum ganho – uma vez que as repressões tivessem sido solucionadas e as lacunas de memória tivessem sido preenchidas. A segunda seria que, mesmo a análise não esgotando todas as

possibilidades, se tivesse conseguido dirimir as inibições, ansiedades, repressões e o sofrimento por conta dos sintomas – e uma vez que o analista estivesse seguro de que o processo patológico não reapareceria – poder-se-ia colocar um fim nela.

Harari (2007) propõe que nas fases finais o laço de trabalho com o analista comece a ser ampliado para o que o paciente vive fora do consultório. Pode-se pedir que o paciente relate diferenças no seu modo de agir, indique se houve desenvolvimento de novas relações e maneiras de lidar com velhos problemas. Para Haydèe (2000), nesta fase devem ser discutidos com o paciente os pontos trabalhados, progressos feitos, limites e a própria alta. Ainda propõe que o paciente deva concordar com a finalização e caso não o faça, que o terapeuta não continue o atendimento, encaminhando para outro profissional. Sifneos (1989) afirma que uma demonstração clara de melhora é a maior independência do terapeuta, o aumento da auto-estima e maior autoconfiança.

Lima (2007), em sua pesquisa qualitativa concluiu que os analistas viam o término do tratamento nos seguintes aspectos: a resistência cedeu lugar à realidade, o paciente já atingiu certas condições emocionais ou o processo esbarrou em alguma limitação do analista.

### **Fases do tratamento**

Em um estudo original, McConaughy *et al.* (1983) buscaram um modelo teórico para psicoterapia baseado em estágios de mudança pelos quais passam o paciente. Tal estudo produziu uma escala de 32 itens no total, tendo oito itens que mensuravam cada uma das quatro fases de mudança pelas quais os pacientes podem

passar desde o início do tratamento. Em outro estudo, McConnaughy et al. (1989) procuraram replicar os resultados deste estudo anterior. O primeiro estudo mostrou que estágios adjacentes foram mais correlacionados entre si do que entre estágios não-adjacentes. Sugerindo que quando o paciente muda, ele o faz de um estágio para o outro. Resumidamente, os estágios propostos são os seguintes:

- 1- Pré-contemplação:** pacientes nesta fase entram no tratamento com o desejo de mudar os outros ou o ambiente, ou sentem-se coagidos por terceiros a iniciar o tratamento, a mudança não é experimentada como uma escolha própria.
- 2- Contemplação:** contempladores estão cientes de uma angustiante situação de vida e estão interessados em determinar se os problemas podem ser resolvidos e se a terapia poderia ser útil para eles.
- 3- Tomada de decisão/Ação:** pacientes no estágio de tomada de decisões tentam fazer uma resolução clara dos parâmetros da área do problema e fizeram um compromisso com a mudança. Os clientes no estágio de ação começaram a trabalhar sobre a mudança e a buscar ajuda na implementação de estratégias de ação.
- 4- Manutenção:** Mantenedores já fizeram mudanças nas áreas de problema e procuram tratamento para consolidar os ganhos prévios.

A principal implicação empírica do modelo trans-teórico dos estágios de mudança de comportamento é reconhecer que nem todos os pacientes, talvez a maioria deles, chegam para tratamento no estágio mais propício para estabelecer compromisso com mudanças efetivas e que a fase inicial do tratamento deve focar no encorajamento e nos determinantes subjetivos do desejo de mudar.

## **2 JUSTIFICATIVA DO ESTUDO**

---

Estudos específicos sobre o tratamento de jogadores patológicos por meio de terapias psicodinâmicas foram revisados por Rosenthal (2007). Segundo o autor, as psicoterapias psicodinâmicas mostraram êxito por dar ênfase na relação terapêutica e no significado dos comportamentos autodestrutivos e aparentemente irracionais. Além disso, a psicoterapia psicodinâmica, com seu foco no afeto e emoções do paciente, acesso aos desejos e conflitos inconscientes, ênfase nas relações passadas e trabalho da resistência pode ser particularmente aplicável à necessidade dos jogadores patológicos de evitar ou escapar de afetos e problemas intoleráveis. Em uma metanálise, Leichsenring, Rabung e Leibing (2004) concluem que o tratamento com orientação psicodinâmica é eficaz para transtornos psiquiátricos em geral, mas concluíram que são necessárias mais pesquisas sobre este tipo de psicoterapia para transtornos específicos.

A adequação do modelo psicodinâmico em terapias de tempo-limitado veio de preocupações de trazer um maior alcance à população da abordagem psicodinâmica. As demandas institucionais públicas têm mostrado a necessidade de tratamentos psicoterápicos mais breves que possibilitem a solução dos sintomas psiquiátricos mais rapidamente (Rafaelli, 1993).

Porém não há padronização, ou diretrizes estabelecidas para abordagem psicodinâmica do Jogo Patológico, nem de longo prazo nem em abordagem psicodinâmicas tempo-limitada.

Em situações como esta, pode ser útil a aplicação de uma metodologia qualitativa para extração de elementos comuns de diferentes discursos. Em uma análise do discurso de psicanalistas tanto da escola francesa quanto da inglesa, Lima (2007) identificou que no decorrer do processo terapêutico aparecem “momentos de tensão, afrontamentos, desequilíbrios, desencontros entre a expectativa que o analista tem do paciente e a expectativa que o paciente tem da análise” (p.198). Seu estudo concluiu que tais analistas se utilizam de estratégias que tenham por meta quebrar o imaginário e promover no paciente uma mudança de posição ou introduzir neste uma abertura para a escuta e o reconhecimento de suas imperfeições e limites. Também verificou nestes discursos que a resistência é algo sobre o qual o terapeuta deve agir, pois ela representa por meio de atos e falas do paciente a sua própria dificuldade em reconhecer e retificar padrões estereotipados e repetitivos, identificados na relação transferencial. O autor verificou que estes analistas têm convicções, certezas e considera na discussão de seu trabalho a necessidade de investigação de como o paciente descreveria a relação analítica e se os pacientes reconhecem como verdades as interpretações dos analistas.

Entre os métodos qualitativos mais utilizados temos a análise de discurso e a análise de conteúdo. A Análise de Discurso trabalha com o sentido do discurso e a Análise de Conteúdo com o conteúdo do texto. Existem várias linhas de Análise de Discurso. Autores chegaram a contabilizar pelo menos 57 modalidades de análise de discurso. O que esses diferentes estilos parecem ter em comum, ao tomar como objeto o discurso, é que concordam que na linguagem não existe apenas uma transmissão de fonemas, palavras e frases, mas também e principalmente o posicionamento do sujeito, compondo o imaginário que está no inconsciente. Trata-



se de um sistema de idéias que representa a história, o contexto social e os significados atribuídos pelo indivíduo (Caregnato e Mutti, 2006).

Em uma revisão sem limite de tempo nas bases de dados PubMed e PsycInfo, usando os unitermos: “gambling” e “qualitative research”, não encontramos artigos que relatassem, por meio da análise do discurso, a experiência de terapeutas na condução de tratamento psicodinâmico para jogadores e tampouco a experiência desses jogadores sob esta forma de tratamento. Os poucos estudos que identificamos sobre análise de discurso são da parte dos terapeutas. O estudo de Lima (2007) trata da experiência de psicanalistas, porém sem especificação do diagnóstico dos pacientes tratados, descrito anteriormente.

Da parte dos jogadores patológicos, somente um estudo explorou um grupo de pacientes sob um tratamento específico, os Jogadores Anônimos (JA – Livingston, 1974). O restante apresentou descrições etnográficas de populações específicas, baseadas em entrevistas semi-estruturadas e análise de conteúdo, porém não de discurso. Apresentaremos a seguir os principais achados.

Lesieur (1977) usou entrevistas semi-estruturadas para descrever o percurso e a evolução de jogadores patológico em dois grupos, freqüentadores e não-freqüentadores de JA, além de familiares. Ele centrou sua investigação nos principais problemas vivenciados pelo jogador, identificando três núcleos de dificuldades: questões familiares, ocupacionais e legais.

Hallebone (1999) usou também entrevistas semi-estruturadas em um estudo com tradutores e conselheiros de mulheres que não falavam inglês de quatro sub-culturas étnicas em Vitória na Austrália. A autora encontrou que estas mulheres,

indochinesas, chinesas, italianas e gregas, usavam suas crenças em *karmas* e predestinação para justificar seu interesse pelo jogo. A atividade de jogar persistiu na vida destas mulheres, apesar de trazer para elas prejuízo econômico, como lazer, principalmente porque elas se tornaram dependentes desta atividade. Em uma segunda amostra coletada em Melbourne similar a anterior, a autora demonstrou uma associação entre jogar problemático e a necessidade dessas mulheres de recuperarem uma auto-imagem positiva, escaparem da solidão, do isolamento, do tédio e dos abusos domésticos.

Em um estudo raro no campo de comportamento de jogadores patológicos, Pratt e colaboradores (2005) realizaram 34 grupos focais, compostos de quatro a nove indivíduos de 12 a 18 anos de Ontário e Quebec. Os principais achados da pesquisa, através dos discursos dos adolescentes foram que eles possuem um vasto conhecimento sobre o que constitui jogos de azar, variando de loterias instantâneas (raspadinha) até apostas em jogos típicos dos cassinos de Las Vegas.

Sobre o tratamento psicodinâmico de Jogo Patológico, Rosenthal (2007) conclui que são necessários mais estudos de desfecho, com mais informações sobre o que os programas realmente oferecem – suas hipóteses teóricas, estrutura e a natureza das intervenções. Enquanto estudos de desfecho são caracteristicamente de natureza quantitativa, a determinação da estrutura e conteúdo de tratamentos psicodinâmicos, como a PPCP, em Jogo Patológico pode ser melhor determinada por meio de investigação qualitativa.

Assim, uma investigação qualitativa sobre o discurso de terapeutas e também dos pacientes jogadores patológicos envolvidos em tratamento psicodinâmico pode trazer a identificação de elementos relevantes à formulação de diretrizes da PPCP,

descrição do processo, sua natureza, fases e efeitos do tratamento, facilitando o treinamento e a disseminação de um material de orientação aos terapeutas iniciantes que realizam tratamento de jogadores patológicos, bem como para outras modalidades de tratamento psicodinâmico em transtornos do impulso.

### **3 OBJETIVOS**

---

### **3.1 Objetivo Geral**

O presente estudo teve como objetivos principais a identificação de denominadores comuns na descrição do processo terapêutico psicodinâmico da parte dos psicoterapeutas e da parte de jogadores patológicos, usando para isto a técnica de análise do discurso coletivo.

### **3.2 Objetivos Específicos**

#### **3.2.1 Objetivo da investigação junto aos Psicoterapeutas**

- Identificar como se deu a transferência durante o tratamento psicodinâmico de Jogadores Patológicos.
- Identificar como se manifestou a resistência durante o tratamento psicodinâmico de Jogadores Patológicos.
- Identificar etapas ou seqüências de fases apresentadas pelos Jogadores Patológicos entre o princípio e a conclusão da PPCP.

### **3.2.2 Objetivo da investigação junto aos Jogadores Patológicos**

- Identificar como se deu a percepção sobre o terapeuta e sobre a relação paciente-terapeuta.
- Identificar dificuldades específicas do paciente em relação ao tratamento e relacionamento com o terapeuta.
- Identificar fases de tratamento vividas pelos pacientes entre o início e o término da PPCP.

## **4 METODOLOGIA**

---

O método qualitativo escolhido para este estudo foi a Análise do Discurso do Sujeito Coletivo (DSC – Lefrève e Lefrève, 2005). Este tipo de investigação permite um aprofundamento na complexidade de fenômenos, fatos, processos particulares e específicos de grupos bem delimitados; ela trabalha com o universo dos significados, motivações, crenças, valores e atitudes (Mynayo et al., 1993).

Foi feita uma apreensão qualitativa do discurso de terapeutas e uma qualitativa do discurso de pacientes de forma a produzir uma visão integral do processo terapêutico.

Os métodos qualitativos relacionados a análises de discursos têm um mesmo objetivo genérico: o de ouvir detalhadamente aquilo que, em contextos naturais e da forma mais livre possível, os entrevistados têm a dizer. Na análise dos dados o objetivo é procurar regularidades, isto é, padrões ou outros aspectos recorrentes nos depoimentos (Nicolaci-da-Costa, 2007).

A interpretação pode ser realizada de dois modos diferentes: (a) a partir de categorias que emergem das falas dos entrevistados, o que caracteriza a abordagem *ênica*; e (b) a partir de categorias prévias oriundas das teorias que servem de base à pesquisa, o que caracteriza a abordagem *ética* (Turato, 2003). Neste estudo foi utilizada a abordagem *ênica*.

A construção do DSC se apóia em três construtos: Idéias Centrais, Expressões-Chave e Ancoragem. A Idéia Central é uma descrição (a mais sucinta e objetiva possível) do significado desse discurso, sendo que um discurso pode ter



mais de uma idéia central. A Expressão-Chave representa o conteúdo, a substância deste sentido colocado pela Idéia Central. São segmentos de discurso que remetem à Idéia Central. Algumas vezes as Expressões-Chave não remetem a uma Ideia Central, mas relacionam-se com uma dada teoria, ideologia, ou crenças socialmente compartilhadas. Os discursos individuais são decompostos em Idéias Centrais e Expressões-Chave, para então serem reagrupados com base na ancoragem e/ou coerência e similitude produzindo desta forma uma ou mais categorias de DSC.

## **4.1 Amostragem**

A amostra foi baseada nos terapeutas e nos pacientes que freqüentaram o Programa Ambulatorial do Jogo Patológico (PRO-AMJO) do Instituto de Psiquiatria do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (IPq-HCFMUSP), um hospital universitário de atenção terciária que oferece atendimento especializado e gratuito à população.

### **4.1.1 Amostra de psicoterapeutas**

Foram incluídos nesta sub-amostra de terapeutas que conduziram psicoterapia psicodinâmica para pacientes jogadores patológicos no PRO-AMJO de 1997 a 2011 e que concordaram em participar de uma entrevista semi-estruturada (vide anexo 1) sobre esta experiência. O único critério de exclusão neste caso é foi a impossibilidade de participar da entrevista.

#### **4.1.2 Amostra de pacientes**

Foram incluídos nesta amostra pacientes diagnosticados como jogadores patológicos, que concluíram pelo menos dois terços das sessões da PPCP (27 ou mais sessões) PRO-AMJO de 1998 até 2011 e que concordaram em participar de uma entrevista semi-estruturada (vide anexo 2) sobre esta experiência. Foram excluídos do estudo os pacientes que ainda estavam em tratamento psicoterápico no PRO-AMJO.

#### **4.1.3 Número da amostra de psicoterapeutas e pacientes**

É consenso entre os autores em pesquisa qualitativa, a adequação do emprego de amostras pequenas. Números de participantes são raramente estipulados *a priori*, uma vez que o principal critério usado para determinar se as entrevistas realizadas são suficientes para a investigação de um determinado assunto, é o da *saturação da informação*. A saturação da informação é o fenômeno que ocorre quando, após certo número de entrevistas, o entrevistador começa a ouvir, de novos entrevistados, relatos muito semelhantes àqueles que já ouviu. Alguns pesquisadores que tentaram identificar quando esta saturação da informação acontece, afirmam que 20 participantes é um bom número alvo, sendo que muitas vezes um número menor é suficiente (NICOLACI-DA-COSTA, 2007).

## **4.2 Instrumentos de avaliação**

Para condução da investigação foram formuladas duas entrevistas semi-estruturadas para terapeutas (anexo 1) e pacientes (anexo 2). As perguntas das duas entrevistas apresentam uma estrutura paralela que convida o entrevistado a explorar inicialmente questões pertinentes à transferência e relação terapeuta-paciente. Em seguida, foram abordados aspectos relacionados à resistência e dificuldades encontradas durante o processo terapêutico e finalmente o entrevistado é convidado a descrever de acordo com sua percepção as diferentes fases de evolução do processo terapêutico.

## **4.3 Coleta de Dados**

A entrevista foi individual, com duração de até uma hora e meia, quando realizada pelo pesquisador pessoalmente. O entrevistado não teve um tempo máximo de resposta, sendo que o entrevistador sinalizava a passagem à próxima questão somente quando a pergunta tivesse sido respondida a contento. Esclarecimentos eram solicitados quando necessários. Para a coleta das entrevistas dos terapeutas foi disponibilizado um questionário online através do endereço: <http://qlqt.ipdsc.com.br/qlqt/index.php>. Também foi realizada uma entrevista com um terapeuta via chamada telefônica virtual, com webcam. As entrevistas gravadas foram transcritas. Cinco entrevistas foram respondidas pelo site e possibilitaram a construção das respostas já em arquivo do editor de texto. As entrevistas gravadas foram realizadas em sua maioria em salas de atendimento do IPq do Hospital das Clínicas, possibilitando o sigilo e o silêncio. Todas as entrevistas com pacientes foram conduzidas pessoalmente, face a face, pela aluna.

## **5 ASPECTOS ÉTICOS**

---

Os sujeitos da pesquisa foram informados dos riscos e benefícios relacionados à pesquisa. A questão do sigilo foi e será garantida. Não existiram danos potenciais à saúde dos participantes. Foram oferecidas informações sobre o do resultado da análise dos dados, aos participantes que manifestaram interesse previamente.

Os pacientes entrevistados foram aqueles que já realizaram o tratamento e foi garantida a eles a possibilidade de voltarem a freqüentar o PRO-AMJO, independente da anuência ou não em participar do estudo.

## **6 RESULTADOS**

---

## 6.1 Caracterização do público de terapeutas participantes da pesquisa

6.1.1 Com relação à distribuição do sexo dos participantes, os resultados estão na tabela abaixo

**Tabela 1:** Distribuição dos participantes por sexo

| <i>Sexo</i>  | <i>Número</i> | <i>Porcentagem %</i> |
|--------------|---------------|----------------------|
| Feminino     | 9             | 53%                  |
| Masculino    | 8             | 47%                  |
| <b>TOTAL</b> | <b>17</b>     | <b>100%</b>          |

6.1.2 Com relação à distribuição da idade dos participantes, os resultados estão na tabela abaixo

**Tabela 2:** Distribuição dos participantes por faixa etária

| <i>Faixa Etária</i> | <i>Número</i> | <i>Porcentagem %</i> |
|---------------------|---------------|----------------------|
| Entre 19 e 28       | 3             | 17,64%               |
| Entre 29 e 38       | 6             | 35,6%                |
| Entre 39 e 48       | 6             | 35,6%                |
| Entre 49 e 58       | 1             | 5,88%                |
| Acima de 59         | 1             | 5,88%                |
| <b>TOTAL</b>        | <b>17</b>     | <b>100%</b>          |

**6.1.3 Com relação à distribuição do curso superior dos participantes, os resultados estão na tabela abaixo**

**Tabela 3:** Distribuição dos participantes por curso superior

| <i>Curso</i> | <i>Número</i> | <i>Porcentagem %</i> |
|--------------|---------------|----------------------|
| Psicologia   | 12            | 70,6%                |
| Psiquiatria  | 5             | 29,41%               |
| <b>TOTAL</b> | <b>17</b>     | <b>100%</b>          |

**6.1.4 Com relação à distribuição da orientação psicodinâmica ou psicanalítica específica que seguem os participantes, os resultados estão na tabela abaixo.**

**Tabela 4:** Distribuição dos participantes por orientação psicodinâmica ou psicanalítica específica

| <i>Curso</i>                                | <i>Número</i> | <i>Porcentagem %</i> |
|---|---------------|----------------------|
| Psicanálise Lacaniana                       | 8             | 47,05%               |
| Psicanálise Freudiana, Kleiniana e Bioniana | 7             | 41,17%               |
| Outra                                       | 2             | 11,76%               |
| <b>TOTAL</b>                                | <b>17</b>     | <b>100%</b>          |



**6.1.5 Com relação à distribuição do tipo de treinamento formal em psicodinâmica que tiveram os terapeutas, os resultados estão na tabela abaixo**

**Tabela 5:** Distribuição dos participantes por tipo de treinamento formal que tiveram

| <i>Tipo de treinamento</i>                                      | <i>Número</i> | <i>Porcentagem %</i> |
|---|---------------|----------------------|
| Não teve  | 8             | 47,05%               |
| Pós-graduação lato senso na área psicodinâmica                  | 3             | 17,64%               |
| Pós-graduação stricto-senso e lato-sensu na área psicodinâmica. | 6             | 35,29%               |
| <b>TOTAL</b>  | <b>17</b>     | <b>100%</b>          |

**6.1.6 Com relação à distribuição de graduação em algum instituto psicanalítico ou programa psicoterápico psicodinâmico que tiveram os terapeutas, os resultados estão na tabela abaixo**

**Tabela 6:** Distribuição dos participantes por graduação em algum instituto psicanalítico ou programa psicoterápico psicodinâmico\*

| <i>Graduação</i>                                  | <i>Número</i> | <i>Porcentagem %</i> |
|---|---------------|----------------------|
| Instituto ou programa psicodinâmico - Concluído   | 7             | 41,17%               |
| Instituto ou programa psicodinâmico - em formação | 1             | 5,8%                 |
| Nenhum  | 9             | 52,94%               |
| <b>TOTAL</b>                                      | <b>17</b>     | <b>100%</b>          |

\* A soma das parcelas supera o total de indivíduos da amostra porque alguns deles graduaram-se em institutos e programas psicoterápicos.

**6.1.7 Com relação à distribuição de experiência educacional fora de um currículo formal (supervisão, grupo de estudo ou workshops, terapia pessoal ou análise pessoal) que tiveram os terapeutas, os resultados estão na tabela abaixo**

**Tabela 7:** Distribuição dos participantes por experiência educacional fora de um currículo formal

| <i>Experiência</i>                                   | <i>Número</i> | <i>Porcentagem %</i> |
|--|---------------|----------------------|
| Supervisão/grupo de estudo/análise pessoal/workshops | 12            | 70,58%               |
| Supervisão e análise                                 | 2             | 11,76%               |
| Supervisão e grupo de estudo                         | 3             | 17,64%               |
| <b>TOTAL</b>   | <b>17</b>     | <b>100%</b>          |

**6.1.8 Com relação à distribuição de treinamento específico para jogo patológico que tiveram os terapeutas, os resultados estão na tabela abaixo**

**Tabela 8:** Distribuição dos participantes por treinamento específico para tratamento de jogo patológico

| <i>Treinamento específico para tratamento de jogo patológico</i>   | <i>Número</i> | <i>Porcentagem %</i> |
|--|---------------|----------------------|
| Teve treinamento específico no AMJO (Ambulatório do Jogo Patológico) do Ipq da FMUSP.<br>Através de aulas, atendimentos, triagens, acolhimento, etc. | <b>14</b>     | <b>82,35%</b>        |
| Teve treinamento específico em algum programa ambulatorial   | <b>3</b>      | <b>17,64%</b>        |
| Não teve treinamento específico.   | <b>0</b>      | <b>0</b>             |
| <b>TOTAL</b>   | <b>17</b>     | <b>100%</b>          |

**6.1.9 Com relação à distribuição do tempo de envolvimento em algum grupo profissional ou serviço de assistência a jogadores patológicos que tiveram os terapeutas, os resultados estão na tabela abaixo**

**Tabela 9:** Distribuição dos participantes no tempo envolvimento em grupo profissional ou serviço de assistência a jogadores patológicos

| <i>Tempo de envolvimento em grupo ou serviço de assistência a JP.</i> | <i>Número</i> | <i>Porcentagem %</i> |
|---|---------------|----------------------|
| Até 2 anos  | 2             | 11,76%               |
| Até 3 anos  | 5             | 29,41%               |
| Até 4 anos  | 2             | 11,76%               |
| Até 5 anos  | 1             | 5,88%                |
| Acima de 5 anos   | 7             | 41,17%               |
| <b>TOTAL</b>  | <b>17</b>     | <b>100%</b>          |

## 6.2 Caracterização do público de pacientes participantes da pesquisa

O público de pacientes participantes da pesquisa foi caracterizado segundo sexo, idade, duração do tratamento, tempo de terapia pré-estabelecido, tipo de terapia: individual, em grupo ou combinada.

O total de pacientes que responderam a pesquisa nesta primeira etapa foi de 3 sujeitos.

### 6.2.1 Com relação à distribuição do sexo dos participantes, os resultados estão na tabela abaixo

**Tabela 10:** Distribuição dos participantes (pacientes) por sexo

| <i>Sexo</i>  | <i>Número</i> | <i>Porcentagem %</i> |
|--------------|---------------|----------------------|
| Feminino     | 8             | 53,3%                |
| Masculino    | 7             | 46,6%                |
| <b>TOTAL</b> | <b>15</b>     | <b>100%</b>          |

### 6.2.2 Com relação à distribuição da idade dos participantes (pacientes), os resultados estão na tabela abaixo

**Tabela 11:** Distribuição dos participantes (pacientes) por faixa etária

| <i>Faixa Etária</i> | <i>Número</i> | <i>Porcentagem %</i> |
|---------------------|---------------|----------------------|
| Entre 19 e 28       | 0             | 0%                   |
| Entre 29 e 38       | 0             | 0%                   |
| Entre 39 e 48       | 4             | 26,6%                |
| Entre 49 e 58       | 7             | 46,6%                |
| Acima de 59         | 4             | 26,6%                |
| <b>TOTAL</b>        | <b>15</b>     | <b>100%</b>          |

**6.2.3 Com relação à distribuição do tempo de tratamento, os resultados estão na tabela abaixo**

**Tabela 12:** Distribuição do tempo de tratamento dos participantes (pacientes)

| <i>Tempo</i> | <i>Número</i> | <i>Porcentagem %</i> |
|--------------|---------------|----------------------|
| 40 sessões   | 6             | 40%                  |
| 50 sessões   | 1             | 6,6%                 |
| 20 sessões   | 8             | 53,3%                |
| <b>TOTAL</b> | <b>15</b>     | <b>100%</b>          |

**6.2.4 Com relação à distribuição da determinação prévia do tempo de tratamento, os resultados estão na tabela abaixo**

**Tabela 13:** Distribuição da determinação prévia do tempo de tratamento dos participantes (pacientes)

| <i>Determinação do tempo de tratamento</i> | <i>Número</i> | <i>Porcentagem %</i> |
|--|---------------|----------------------|
| Sim  | 14            | 93,3%                |
| Sim mas mudou                              | 1             | 6,6%                 |
| <b>TOTAL</b>                               | <b>15</b>     | <b>100%</b>          |

**6.2.5 Com relação à distribuição do tipo de terapia, os resultados estão na tabela abaixo**

**Tabela 14:** Distribuição do tipo de terapia dos participantes (pacientes)

| <i>Tipo de terapia</i> | <i>Número</i> | <i>Porcentagem %</i> |
|------------------------|---------------|----------------------|
| Individual             | 7             | 46,6%                |
| Em grupo               | 8             | 53,3%                |
| Combinação das duas    | 0             | 0                    |
| <b>TOTAL</b>           | <b>15</b>     | <b>100%</b>          |

### **6.3 A construção dos Discursos do Sujeito Coletivo - terapeutas e pacientes**

Já foi explicitado na Metodologia deste estudo que para a elaboração do DSC, os discursos individuais dos sujeitos entrevistados são submetidos a uma decomposição em que as expressões-chave e ideias centrais acabam por ser selecionadas.

Assim através dos relatos obtidos em cada pergunta feita aos entrevistados foram encontradas idéias centrais, isto é a marca do sentido dos discursos.

Os tipos de distinção entre os DSC acontecem quando uma mesma resposta apresenta mais de um discurso. Esses discursos podem ser totalmente diferentes e neste caso devem ser apresentados separadamente. Eles podem ser também complementares e neste caso, os discursos podem ser apresentados juntos ou separados, quando o pesquisador deseja resultados mais detalhados.

Neste estudo os discursos complementares foram apresentados separadamente.

Importante lembrar que os DSC que serão apresentados parecerão ser falado por uma só pessoa. Isto obviamente não é verdadeiro, uma vez que se trata de uma construção artificial.

Ao unir as expressões-chave semelhantes referentes a cada ideia central, terá o pesquisador “um pensamento coletivo na primeira pessoa do singular”, ou uma “fala do social”, que podem ser considerados um discurso-síntese oriundo dos discursos individuais semelhantes ou complementares em seu todo ou parcialmente.

---

Todas as partes dos discursos individuais são aproveitadas para que não haja anulação de nenhuma delas. Quando há partes repetidas ou muito semelhantes, escolhe-se uma delas para ser a representante no discurso.

Os discursos estão apresentados em quadros para facilitar a visualização. Cada pergunta gerou um grupo de discursos coletivos.

Nos quadros a letra N representa o número de sujeitos que contribuíram para a construção de cada DSC. Cada sujeito pode ter contribuído para a construção de mais de um DSC.

Os discursos estão apresentados em quadros para facilitar a visualização. Cada pergunta gerou um grupo de discursos coletivos.

Cada ideia central corresponde a uma categoria do discurso. Sendo assim, o número de discursos está diretamente ligado ao número de ideias centrais que aquela pergunta gerou.

A letra S representa um sujeito social artificial. Uma pergunta que tenha gerado cinco discursos coletivos, por exemplo, terá o S01, S02, S03, S04 e o S05.

## 6.4 Discursos do Sujeito Coletivo – terapeutas

### 6.4.1 Resultados dos discursos do sujeito coletivo sobre o que é transferência

Questão 1: Por favor, nos dê com suas palavras sua definição de transferência.

Foram identificadas 9 Ideias-Centrais – síntese, ou categorias, segundo o quadro abaixo:

**Quadro 1:** Síntese dos discursos coletivos sobre o que é transferência

| #  | Ideia Central   | N* | DSC  |
|----|---|----|--|
| 01 | S01- Solução demandada a um outro suposto de ter algum saber ou poder.  | 3  | A transferência é um instrumento de se interessar ao outro esperando que ele dê uma solução. Essa demanda de solução, endereçada a uma outra pessoa, vem do fato de que este sujeito enxerga nesta pessoa, um conhecimento, um saber ou mesmo um poder que lhe falta. Portanto ele se volta para este suposto poder e diz: me ajuda? Eu quero uma solução aqui para a minha questão  |
| 02 | S02- Modo de se relacionar com o terapeuta influenciado pelos relacionamentos do paciente com pessoas de sua história de vida | 9  | É um mecanismo do paciente com o terapeuta. É a tendência dos pacientes a transferir situações de sua vida para o terapeuta, ele repete situações, padrões comportamentais que já viveu com as outras pessoas, especialmente com as figuras parentais da infância, fora dali da sala de análise.<br>O paciente transfere para o terapeuta algo que faz parte de seu conteúdo interno, pessoal, sentimentos vividos com alguma pessoas ligada ao seu passado. |
| 03 | S03- Forma de se relacionar com o terapeuta baseado em fantasias  | 2  | Esses sentimentos que o paciente transfere, podem ter sido vividos ou não em uma relação com uma pessoa próxima ligada ao seu passado. Isto é, a forma como o paciente te trata pode também ser baseada em fantasias inconscientes.  |
| 04 | S04-Relação do paciente com o terapeuta, a qual será material de trabalho   | 7  | A transferência pode ser percebida pelo terapeuta na forma como o paciente age com ele, na postura corporal, na fala dele. Implica sensação, sentimento, fala, gestual, uma serie de coisas.<br>A transferência faz parte do processo psicoterapêutico, uma vez que o paciente estabelece nesta relação, uma figura para o analista.<br>Esta relação é central para o processo psicanalítico, pois é ela que será material de trabalho do analista.          |
| 5  | S05- Forma de se relacionar com o terapeuta baseado na realidade presente   | 1  | É simplesmente como o paciente se relaciona comigo na minha presença, como o paciente te trata e isso é baseado também no relacionamento que ele tem com você real, no contato com você.   |
| 6  | S06-A Transferência é inconsciente  | 2  | A transferência é um processo inconsciente.  |
| 7  | S07- Acontece fora do consultório   | 1  | Ela acontece em todas as situações, quando o aluno senta-se diante do professor, e pede para esclarecer uma dúvida para ele, quando você vai ler um texto de um mestre que você considera especial, e pensa, quem sabe algo do que ele diz, se aplica a minha vida, existe uma transferência.  |
| 8  | S08- Pode ser consciente  | 1  | Isto pode acontecer em qualquer nível de consciência.  |
| 9  | S09- Existe a transferência do terapeuta para o paciente-a qual é prejudicial   | 1  | Para um bom proveito do processo, convém que o terapeuta leia tal fenômeno a partir dos antecedentes do jogador, procurando, para isso, evitar ao máximo expressar emoções, idéias ou valores próprios para o jogador.   |



### 6.4.2 Resultados dos discursos do sujeito coletivo sobre importância da transferência para o sucesso da terapia

Questão 2: Qual a importância da transferência para o sucesso da terapia?

Foram identificadas 6 Ideia-Centrais – síntese, ou categoria, segundo o quadro abaixo:

**Quadro 2:** Síntese dos discursos coletivos sobre importância da transferência para o sucesso da terapia

| #  | Ideia Central   | N* | DSC  |
|----|---|----|--|
| 01 | S01- O sucesso da terapia depende exclusivamente da transferência, uma vez que esta é o material de trabalho do analista. | 11 | <p>A prática da psicoterapia psicodinâmica é sob transferência, portanto o sucesso advém da mesma. A transferência é um fato, o terapeuta comportamental não vai ter este viés mas o que a gente chama de transferência tá lá.</p> <p>A transferência deve ser percebida e quando ela é trabalhada há um bom prognóstico do tratamento.</p> <p>Ela é fundamental, central, sem ela normalmente o paciente abandona o tratamento porque é ela que estabelece um vínculo entre paciente e terapeuta. Ela permite, por exemplo, que o paciente elabore conteúdos conflituosos, no processo psicoterapêutico, por acontecer em um ambiente seguro.</p> |
| 02 | S02- É o que faz com que o paciente confie no terapeuta.  | 1  | <p>A transferência não estava estabelecida na primeira consulta. Ela ia se estabelecer lá pela 3ª ou 4ª consulta. O paciente dizia, por exemplo, ah até que você é legalzinho, de alguma coisa você sabe, quem sabe isto que você sabe me ajuda. Isso é transferência. Então qual a importância da transferência? Se você quiser que o tratamento aconteça, se esforce para estabelecer a transferência.</p>   |
| 03 | S03- É nesta relação que o paciente pode se dar conta de conteúdos internos seus.   | 3  | <p>Fundamental, visto que nesse novo processo transferencial (paciente-terapeuta), vislumbramos a possibilidade do paciente reviver e re-significar suas experiências do passado, alavancando assim o tratamento para diante.</p>  |
| 04 | S04- É importante resolver-la quando aparece mas ela não é fundamental para o resultado.                                  | 1  | <p>Transferência na terapia com jogadores é diferente da que ocorre com não-jogadores.</p> <p>Toda a abordagem da terapia é diferente em muitas maneiras. A transferência do jogador, é importante em alguns casos, mas em muitos não aparecem claramente.</p> <p>O foco está no jogo e sobre questões práticas atuais, nós aprofundamos nas questões psicodinâmicas posteriormente, conforme necessário e, quando possível.</p> <p>Quando a transferência se manifesta na terapia, é importante resolver isso, mas não fundamental para o resultado.</p>  |
| 05 | S05- A contra-transferência ajuda mais.   | 1  | <p>Contratransferência é muito útil no meu trabalho, eu uso muitas vezes e pode dar o salto para a frente com a terapia quando estou precisando.</p>   |
| 06 | S06- Quando ela é interpretada ela se torna mais importante ao tratamento.  | 1  | <p>A transferência é importante mesmo se ela não é interpretada.</p>   |

### 6.4.3 Resultados dos discursos do sujeito coletivo sobre manutenção da transferência positiva

Questão 3: Você tentou manter uma transferência positiva durante o tratamento?

Foram identificadas 6 Ideias-Centrais – síntese, ou categorias, segundo o quadro abaixo:

**Quadro 3:** Síntese dos discursos coletivos sobre manter a transferência positiva

| #  | Ideia Central  | N* | DSC   |
|----|--|----|---|
| 01 | S01- A transferência positiva favorece um bom vínculo entre paciente e terapeuta.    | 5  | Tento manter a transferência positiva, para manter um bom vínculo que é necessário e fortalecer esse lado saudável do paciente. Eu mostro ao paciente que ele foi compreendido, no sentido de ter atitudes empáticas. Acredito que quando a transferência é positiva há a continuidade das sessões.   |
| 02 | S02-Não privilegia a positiva. O importante é a transferência, negativa ou positiva. | 8  | Eu tentei manter a transferência, o vínculo, não importando que ela seja positiva ou negativa. Não visio privilegiar o tratamento com uma transferência positiva. Eu acho que é uma riqueza de possibilidades você poder trabalhar com a transferência positiva e negativa. Pode ser uma transferência de ódio, por exemplo, ou mostrar para o paciente que pode contar aspectos negativos de sua vida, que ele não precisa ficar me agradando. |
| 03 | S03- A transferência negativa pode favorecer o tratamento.                           | 3  | A transferência negativa, pode ser útil ao tratamento. Quando ocorre, é considerada como um motor que, se bem manejada, relança e até prolonga a experiência em curso. Afinal o positivo já está bom, não é? A transferência negativa precisa ser cuidada.  |
| 04 | S04- Sim, tentava manter uma transferência positiva.                                 | 5  | Sim, tentava manter uma transferência positiva.   |
| 05 | S05- A transferência negativa precisa de tempo para ser trabalhada.                  | 2  | Se eu aceitar a negativa talvez eu não tenha tempo de trabalhar isso. Se eu estou findando qualquer terapia ou se a terapia é breve (12 a 16 sessões) eu não vou mexer nisso porque não vou ter tempo de trabalhar isso. Portanto eu tento manter a transferência positiva especialmente em tratamentos curtos ou quando o número de sessões é determinado anteriormente.   |
| 06 | S06- Manter a transferência positiva às vezes traz obstáculos                        | 1  | Entretanto, uma transferência positiva pode impedir o paciente de lidar com certas questões ou de fazer progressos que eles precisam fazer. Não é apenas a transferência negativa que traz obstáculos na terapia.   |

#### 6.4.4 Resultados dos discursos do sujeito coletivo sobre interpretação da transferência

Questão 4: Você interpretou a transferência (sempre, algumas vezes se você sentiu que era benéfico ao paciente, nunca)? Por que?

Foram identificadas 6 Ideias-Centrais – síntese, ou categorias, segundo o quadro abaixo:

**Quadro 4:** Síntese dos discursos coletivos sobre interpretação da transferência

| #  | Ideia Central   | N* | DSC   |
|----|---|----|---|
| 01 | S01- Interpreta algumas vezes pois sempre pode prejudicar.              | 4  | Algumas vezes. Interpretar sempre pode quebrar o vínculo que pode ainda estar frágil, ou não estabelecido. Depende do tempo que eu tenho com ele, do tempo que ele está comigo, depende da estrutura de ego que o paciente tem para aceitar minha interpretação, como também da frequência semanal que eu o atendo. Eu não interpreto sempre para ele não ficar paranóico.  |
| 02 | S02- Não interpreta a transferência. Interpreta o discurso do paciente. | 2  | Não, não interpreto a transferência, a interpretação sempre visa o discurso analisante, ou seja, o sujeito do inconsciente. A transferência não é interpretada porque para Lacan não há relação, não são dois sujeitos, portanto a interpretação só pode se dirigir a um inconsciente que é o do analisante. O inconsciente do analista não faz parte da cena.  |
| 03 | S03- Interpreta sempre.   | 3  | Sempre que consegui e sinto que é benéfico ao paciente sim porque traz informações importantes, uma vez que o tipo de transferência estabelecido comigo, é provavelmente um modelo de relação que é reproduzido por ele lá fora com outras pessoas e não comunicá-los ao paciente, não gera a possibilidade do mesmo perceber as distorções que faz sobre a realidade e retificá-las.   |
| 04 | S04- Às vezes, para favorecer o tratamento.                             | 6  | Às vezes, quando senti que era que era benéfico para o paciente e me dava a sensação de que ele quando percebia esta relação transferencial, conseguia generalizar para outras áreas da vida, para a paciente refletir sobre seu padrão de comportamento e maneiras de lidar com as coisas. Pode, por exemplo, ajudar o paciente a compreender algo sobre por que eles jogam.<br>Isto promovia melhora para o manejo no seu dia-a-dia e pode fazer deslanchar mais a terapia, se estivesse num ponto estagnado. E também porque depois ele conseguia estabelecer uma relação de confiança no setting terapêutico. |
| 05 | S05- Tentava nunca interpretar a transferência                          | 1  | Eu sempre achei muito mais produtivo comentar sobre as relações interpessoais que o paciente tem lá fora. Eu sei que esta daqui é uma espécie de modelo, na qual a gente pode se basear mas também tem as outras relações lá fora. Mas ficar falando sobre a própria relação durante a relação traz uma artificialidade e até mesmo uma questão de desconforto para mim.  |
| 06 | S06- Algumas vezes, diante da transferência negativa                    | 2  | Eu fiz interpretação da transferência por assim dizer, eu discuti a relação com o paciente quando um embate ou mal-estar muito grande se estabelece, para que o paciente pudesse lidar com as coisas de forma mais aberta e honesta. Um situação em que o paciente está obviamente contrariado, chateado, aborrecido e foi alguma coisa que você fez, disse e as vezes é preciso colocar isso em pauta e perguntar: " qual é o problema? Por que você ficou chateado?" Você ficou chateado por causa disso? Olha, veja... O discutir a relação que implica na verdade é explicitar a transferência.               |

### 6.4.5 Resultados dos discursos do sujeito coletivo sobre exemplos de como a transferência se manifestou na psicoterapia que foi conduzida com Jogadores Patológicos

Questão 5: Por favor, nos dê dois ou três exemplos de como a transferência se manifestou na psicoterapia que você conduziu com jogadores patológicos.

Foram identificadas 11 Ideias-Centrais – síntese, ou categorias, segundo o quadro abaixo:

**Quadro 5:** Síntese dos discursos coletivos sobre exemplos de transferência no tratamento de JP

| #  | Ideia Central   | N* | DSC   |
|----|---|----|---|
| 01 | S01- Sonhar com o terapeuta.                                      | 1  | Um exemplo da manifestação da transferência é quando o Jogador Patológico sonha com o terapeuta e conta o sonho na sessão.  |
| 02 | S02-Recair no jogo quando o terapeuta falta por motivos de saúde. | 1  | Outro exemplo é quando as recaídas ocorrem durante as férias do terapeuta, ou em momentos de pausa por motivos de doença do terapeuta.  |
| 03 | S03- Necessidade de agradar o terapeuta.                          | 4  | O paciente se sentia envergonhado se jogou. Porque o terapeuta para eles trabalham para que ele pare de jogar, entende? Então jogar é como estar desagradando o terapeuta para eles. Tinha uma paciente que me dava presentes, queria me agradar. Outro exemplo disso é ficar querendo saber a opinião do terapeuta pois queria aprovação, demonstrando dependência desta opinião. Eles costumam parar de jogar imediatamente, e fazer todas as coisas certas, mas é para mim, não para si mesmos. Esta necessidade de agradar a mim e outros interfere em seus conteúdos importantes trazidos na terapia, coisas que eles acham que eu posso não gostar, de modo que o que está apresentado a mim e ao mundo é um falso self. Uma vez que o verdadeiro eu é negligenciado, há uma sensação dormente de raiva. Quando eu não mostro apreciação adequada para tudo que eles foram me dando, seus sentimentos estão feridos e eles caem fora, retornam ao jogo e param a terapia. |
| 04 | S04- Rivalizar  | 2  | Às vezes o paciente queria rivalizar comigo, querendo "apostar" e manipular a sessão ou a dinâmica da sessão. Uma relação de concorrência, essencialmente, uma luta de poder, em que se eu ganho, eles perdem, e vice-versa. As coisas são vistas termos de tudo ou nada, e o jogador tenta controlar a interação entre nós, por exemplo, retendo informações, essencialmente por mentiras encobertas. Isto pode ser sobre o seu jogo contínuo. Desde que eu não descubra, ou pense em perguntar diretamente sobre isso, eles começam a sentir-se es e mais inteligente do que eu.  |

Continua...

Continuação Quadro 5

| #  | Ideia Central   | N* | DSC   |
|----|---|----|---|
| 05 | S05- Irritar-se, agir agressivamente                                    | 4  | Outra forma de transferência era a irritação, rispidez comigo, fazer colocações agressivas. Era uma paciente, que na infância procurava se defender das agressões dos pais extremamente severos e hostis e então comumente me atacava durante a sessão. Outro exemplo era de um paciente que tendia a se defender de colocações que eu fizesse ao comportamento de jogar. Tinha uma postura defensiva. Dizia que eu não poderia entendê-lo porque não jogava.   |
| 06 | S06- Menosprezar o terapeuta  | 2  | Tinha um paciente no grupo que transferia para mim a mãe má. Fazendo colocações pejorativas. Dizia que minha roupa era primitiva, que eu tomava sol na laje.<br>Na historia de vida dele tinha historia de abandono por parte de figura materna, da própria mãe biológica e depois de uma senhora que cuidava dele e faleceu e depois a sua filha que o abandonou.<br>Tinha uma paciente que não ouvia o que eu dizia. Pensei que ela tinha problema de surdez.   |
| 07 | S07-Agir como superior ao terapeuta                                     | 2  | E se coloca numa posição de que ela tem razão. Tinha uma atitude radicalmente maternal, superior e impositiva que a mesma exercia sobre seu/sua terapeuta, fazia uso de uma primazia materna que a mesma erigia como defesa em relação ao tratamento.   |
| 05 | S05- Agir de forma infantilizada, vendo o terapeuta com uma autoridade. | 3  | O paciente me colocou na posição de cuidador, responsável por ele, uma situação paternal.<br>É uma transferência de autoridade.<br>Por exemplo, o paciente chega atrasado e pede desculpas porque ele está atrasado, mesmo que eu tivesse falado que aquele espaço era dele.<br>O paciente pede licença para ir ao banheiro.<br>Eu sinto que eu sou uma professora de escola, de alunos de quinta série, que levantam a mão e pedem para ir ao banheiro. Estranho uma pessoa de 50 anos pedindo a sua autorização. Eu penso que é uma transferência com uma professora, se colocando como uma criança.<br>Essa mesma transferência percebi em uma paciente que demandava cuidados, ela queria ser cuidada o tempo inteiro. Ela não terminou a terapia.  |
| 06 | S06- Encantamento pelo terapeuta.                                       | 3  | Uma outra forma, por exemplo, o paciente que fica encantado, admirado, até mesmo apaixonado pelo analista. Isso é natural, Freud fala da paixão do paciente pelo analista. O paciente está apanhando da vida, está com o casamento abalado, está endividado, os filhos já não respeitam mais nada, falam que ele é jogador, não consegue mais trabalho. E ele encontra uma pessoa, que está lá, que escuta, que conversa, que não pune, que não fala poxa, você jogou, estou brava, não gostei. Porque eu não fico na expectativa de que o paciente pare de jogar. E você começa a conversar. Acredito que seja essa transferência que faça com que um paciente que acabou de comparecer a uma primeira consulta diga que se sente melhor ao sair dela. |

Continua...

## Conclusão Quadro 5

| #  | Ideia Central   | N* | DSC  |
|----|---|----|--|
| 07 | S07- Não se responsabilizar.                              | 3  | <p>O paciente que atribuía a mim a responsabilidade de parar de jogar, atribuía a mim a melhora em sua vida familiar, mas quem estava mudando era ela, esse é um processo dela e não meu. Mostrava que não conseguia se livrar de suas dificuldades sozinho.</p> <p>Esse mesmo tipo de transferência se manifestava também, quando o paciente se defendia de colocações que eu fizesse ao comportamento de jogar. Ele tinha uma postura defensiva, tentava buscar alguma explicação causal, justificativas para o comportamento de jogar, tentava ocultar a magnitude do problema, percebia o problema mas disfarçava o problema.</p>  |
| 08 | S08-Achar que o estão contrariando                        | 1  | Transferência de achar que outro está contrariando ela. Eu queria saber como ela sentia, não estava contrariando. Achava que eu estava indo contra.  |
| 09 | S09- Transferência negativa ou positiva com a instituição | 2  | <p>Bom um exemplo é essa, em que a pessoa te liga e diz olha, às vezes a transferência, a transferência inicialmente não é nem com o profissional é com a instituição, o sujeito diz, olha o cara do HC quem falou, então deve ser importante.</p> <p>Já um outro paciente, que estava tendo uma atitude de dificultar o andamento do tratamento estava tendo uma transferência negativa para com a Instituição Psiquiátrica como um todo, projetada na pessoa terapeuta.</p>  |
| 10 | S10- Pedido de atenção                                    | 2  | <p>Eu acho que é o seguinte: é quando o paciente explicita de alguma maneira a necessidade de ser ouvido, é um sinal claro de transferência. Seja com prazer " Oba hoje eu vou ser escutado, eu precisava muito falar com você hoje" ou " Que chato você só vai me ver na semana que vem, eu vou ficar uma semana sem te ver porque você vai viajar". Qualquer uma dessas situações, seja verbalizada como uma cobrança ou como uma satisfação tem a ver com a necessidade de ser ouvido.</p> <p>Com a maioria dos meus pacientes do sexo masculino que tinham pais distantes e pouco envolventes, eu acabava sendo muito ativo e disponível para eles, digo coisas como "Eu estou orgulhoso de você".</p> |
| 11 | S11- Inveja   | 1  | Às vezes como uma idealização, achando que você é perfeito, que sua vida é maravilhosa e mostrando um pouco de inveja.   |

### 6.4.6 Resultados dos discursos do sujeito coletivo sobre definição de resistência

Questão 6: Por favor, nos dê em poucas palavras sua definição de resistência em tratamento psicodinâmico.

Foram identificadas 8 Ideias-Centrais – síntese, ou categorias, segundo o quadro abaixo:

**Quadro 6:** Síntese dos discursos coletivos sobre definição de resistência

| #  | Ideia Central   | N* | DSC   |
|----|---|----|---|
| 01 | S01- Impasses na relação analítica pela dificuldade de escuta do terapeuta. | 1  | Um tipo de impasse, para os analista lacanianos por exemplo, que deve ser atribuído a uma dificuldade na escuta do terapeuta, pois o inconsciente não resiste em se fazer ouvir.  |
| 02 | S02- Pode se manifestar através da interrupção do tratamento.               | 2  | É uma barreira com o processo analítico, podendo chegar a interrupção do tratamento.  |
| 03 | S03- Dificuldade do paciente em acessar conteúdos internos.                 | 9  | A força que as pessoas fazem, um mecanismo que criam, para manter inconsciente algo que lhes seja insuportável, um conteúdo interno que não esteja preparado para entrar em contato naquele momento, pois traz sofrimentos e conflitos.<br>Podem se manifestar por pensamentos, sentimentos, ações, em suma, tudo que dificulta o acesso do paciente ao inconsciente. É o que impede a pessoa de se relacionar livremente com o analista, é o que impede a análise, é um sinal de que ali tem um conflito, tanto que quando a resistência é muito forte o analista não consegue iluminar muito. |
| 04 | S04- Bloqueia o processo terapêutico  | 6  | Grosso modo podemos dizer que são forças internas do paciente que se opõem ao tratamento.<br>Longe de ser uma recusa em tratar-se, é uma recusa em lançar-se incondicional e cegamente nas mãos do tratamento, e, por analogia, do terapeuta. Tudo na terapia que obstrui entendimento e mudança. Quando ele toma consciência sobre alguns aspectos mas se recusa a falar, pode ser feita uma interpretação e há um bloqueio de aceitação da mesma. Há então uma interrupção do processo de livre-associação.   |
| 05 | S05- Algo que o paciente cria, consciente ou inconsciente.                  | 3  | O paciente cria consciente ou inconscientemente uma barreira no vínculo com terapeuta e uma barreira com o processo, ele se defende de assuntos e situações que possam lhe causar sofrimentos e conflitos.  |
| 06 | S06- A resistência é do paciente com o analista.                            | 2  | A resistência é do paciente com o analista, é o que impede a pessoa de se relacionar livremente com o analista.   |
| 07 | S07- A resistência é o que propicia a análise, se bem manejada.             | 1  | A questão é que quando a resistência é muito forte você não consegue iluminar muito. E o trabalho é no sentido de diminuir a resistência para conseguir iluminar mais. Mas a resistência é muito importante porque ela é um sinal de que ali tem um conflito. A resistência pode aumentar ou diminuir. É o que propicia a análise porque ela marca onde é que você tem que investigar. A resistência mostra onde é que estão as defesas.  |
| 08 | S08- Está a serviço de uma defesa do ego                                    | 1  | Está frequentemente um serviço da Defesa do ego e tipicamente está associada, próxima a uma tremenda dor emocional.   |

### 6.4.7 Resultados dos discursos do sujeito coletivo sobre exemplos de resistência.

Questão 7: Por favor, nos dê dois ou três exemplos de como a resistência se manifestou na psicoterapia que você conduziu com jogadores patológicos.

Foram identificadas 13 Ideias-Centrais – síntese, ou categorias, segundo o quadro abaixo:

**Quadro 7:** Síntese dos discursos coletivos sobre exemplos de resistência

| #  | Ideia Central  | N* | DSC  |
|----|--|----|--|
| 01 | S01-Evitar alguns assuntos durante a sessão.                                     | 11 | Um exemplo é fugir do assunto. Tem várias formas. O paciente falar só do que é bom ou no silêncio dele, tem sonolência durante a sessão. Ou mesmo quando estamos tocando num assunto difícil, uma situação de abuso, o jogo, entre outros, o paciente começa a falar de coisas triviais, sobre um encontro que teve com amigos no dia anterior, fala da chuva, de outras pessoas e não de si, foge do aqui e agora. Parece que o paciente está falando isso para gente não conversar. Ele pode também dizer que não quer falar deste assunto ou reter informações.               |
| 02 | S02- Faltar  | 7  | Olha se manifesta com faltas. Em algumas faltas, não todas, mas são representativas de resistência.<br>Já percebi que o paciente faltou após alguma sessão que tivesse sido mais densa ou que eu tivesse feito alguma interpretação.<br>Percebi que faltavam depois de alguma recaída no jogo. Acredito que era porque tinha vergonha do terapeuta. Achava que iria ficar decepcionado do que fez. Faltava para não ter que falar de algum assunto, como o jogo por exemplo. Quando poderia vir falar do jogo, faltava.<br>Havia um paciente que faltava uma sessão sim uma não. |
| 03 | S03- Paciente só querer falar do jogo, não falando do que veio antes em sua vida | 2  | Quando o paciente não quer falar da vida e quer saber de jogo.<br>Para evitar isto, o terapeuta pode perguntar para ele, por exemplo: “Poxa o que mais a gente conversaria se a gente não ficasse aqui falando de jogo?”   |
| 04 | S04- Resistência da parte do terapeuta em só perguntar do jogo                   | 1  | Então resistência, da parte do terapeuta, é quando o ele fica muito focado na questão do jogo, na frequência, nas recaídas, como se não existisse vida anterior ao jogo, como se a pessoa já tivesse nascido jogador. Em nossa experiência, o problema do jogo decorre de uma experiência de vida, de uma filiação, do trauma que o fato de falar produz.  |
| 05 | S05- Rivalidade  | 2  | O paciente adora jogar, competir. Em uma situação como o anúncio do término do tratamento, por exemplo, o paciente colocou-se mais imperativo. Uma resistência por parte do terapeuta, por uma má capacitação, pode levá-lo a abusar de sua autoridade entrando em rivalidade com o jogador patológico.  |

Continua...



## Conclusão Quadro 7

| #  | Ideia Central                          | N* | DSC  |
|----|--|----|--|
| 06 | S06- Negação                           | 7  | Um tipo comum de resistência por parte do jogador é a negação. O paciente que tem problemas com aceitação do diagnóstico e as limitações inerentes ao mesmo (dependência vs. independência). O paciente chega e diz, por exemplo, o meu problema não é jogo OU "Eu não tenho problema".<br>Teve um paciente que atribuiu o fato de jogar ao destino e até a forças ocultas, que dizer, não se responsabiliza por aquilo. Aquilo não é dele.<br>Teve um paciente que disse que tudo estava bem, que já estava recuperado porque não jogava há 2 semanas por exemplo.  |
| 07 | S07- Recusa o que o terapeuta diz      | 3  | Um tipo de resistência é quando o paciente que recusa tudo o que você diz, qualquer coisa que você dá pra ele, não serve. Quando ele se esquiva daquilo que o terapeuta diz. Não elabora, não pensa sobre.<br>Por exemplo, ele diz que o analista não entendeu o que ele estava falando, que não está acompanhando. Ou quando eu digo alguma coisa e ele diz que isso não é problema dele e quando ele menospreza alguma colocação de minha parte.   |
| 08 | S08- Interrupção do tratamento         | 1  | Uma resistência que aconteceu foi a paciente ter parado a terapia. Na minha opinião porque ela iria começar a entrar em campos que ela não queria falar.   |
| 09 | S09-Atrasos                            | 3  | Vejo a resistência nos atrasos. O paciente diz: "Eu estou atrasado porque o prédio é o mais longe do metrô". Não tem um eu que é responsável por aquilo.   |
| 10 | S10- Mentir ou omitir                  | 2  | Pequenas mentiras desnecessárias para justificar faltas também pequenas. Mentir é uma questão importante, incluindo a mentira encoberta (omissão). O paciente pode ter jogado ou estar engajado em algum comportamento de assumir riscos, mas não mencioná-lo na terapia. Tecnicamente eles não estão mentindo, ou assim eles se mantêm, porque eles não foram questionados sobre isso.  |
| 11 | S11-Racionalização                     | 3  | Essa racionalidade dele eu vejo como uma resistência a chegar nas emoções. Eu considero uma barreira. Achava explicações, ou mudavam totalmente de assunto. Ao invés de parar e sentir, ele vinha com explicações racionais para aquilo. Quando o paciente não reconhece como algo dele e projeta no outro, não se implica.<br>O paciente diz: "Eu jogo porque eu tenho que recuperar o dinheiro perdido, se você quer resolver meus problemas, paga as minhas dívidas que você consegue resolver todos os meus problemas" ou "Se eu tivesse ganhando ninguém ficava implicando com meu jogo. O jogo não me causou problema nenhum, o problema foi que eu entrei no financiamento do carro, porque minha mulher queria trocar o carro... Então dizer não foi o jogo que me prejudicou, o que prejudica é a escola do filho, é trocar o carro todo ano porque minha esposa exige então essas coisas custam dinheiro". |
| 12 | S12- O paciente ser passivo na terapia | 1  | O paciente pode ser passivo na terapia   |
| 13 | S13- Ser excessivamente complacente    | 1  | Ser excessivamente complacente   |

### 6.4.8 Resultados dos discursos do sujeito coletivo sobre manejo da resistência

Questão 8: Como você manejou a resistência e as mudanças relatadas nos exemplos que você descreveu anteriormente?

Foram identificadas 12 Ideias-Centrais – síntese, ou categorias, segundo o quadro abaixo:

**Quadro 8:** Síntese dos discursos coletivos sobre manejo da resistência

| #  | Ideia Central  | N* | DSC  |
|----|--|----|--|
| 01 | S01- Desfocando da questão do jogo.                        | 1  | Desfocar do jogo, levando a pessoa a recordações anteriores ao início do jogo. Segundo preceito Freudiano é que recordar está na base da Associação Livre.   |
| 02 | S02- Resgate do foco por meio da supervisão.               | 2  | O paciente que chega chorando, por exemplo, convida o terapeuta a entrar num conluio. Corre o risco de virar um grupo de apoio, suporte psicológico, de assistência social.<br>Então, o terapeuta, as vezes, sai do foco mas é importante retomar e seguir. Porque o paciente também aprende quando a gente sai do foco e retoma. O analista pode se atrapalhar e retomar.<br>Para superar esta resistência do analista em perceber as dificuldades do paciente, o exercício da supervisão é fundamental.  |
| 03 | S03-Dialogar, acolher.                                     | 3  | Através do diálogo, do acolhimento, colocando que estava ali para ajudar.  |
| 04 | S04- Colocando número de faltas e término pré-determinado. | 3  | Eu tinha uma cobrança com relação às faltas, quando era o caso. Quando o paciente não vem mais, tem um limite. Acho importante colocar um fim. No final, pelo próprio fim de análise. Uma paciente, por exemplo, percebeu que já não tinha tanto tempo para falar de tudo e então começou a falar de quando era criança, que gostava de dinheiro e o que fazia para conseguir dinheiro.  |
| 05 | S05- Sem apontar a defesa                                  | 7  | Devemos apontar a angustia e não a defesa, delicadamente de modo a favorecer o insight. Posso usar os exemplos citados pelo paciente para apontá-los visando uma possível reflexão, mas sem colocar dessa forma, como resistência.<br>Às vezes o paciente fica contando coisas interessantes da vida dele, para encantar o terapeuta, mas aí eu digo: “ E você? Como você está?, Temos que trabalhar”<br>Posso por exemplo, com relação a pessoas que mudam de assunto, reformular a minha frase. Posso interpretar, colocar a percepção do que estava acontecendo, expondo o que eu pensava ser o nó da questão para ele naquele momento. |

Continua...

## Conclusão Quadro 8

| #  | Ideia Central   | N* | DSC  |
|----|---|----|--|
| 06 | S06-Tomando cuidado com a dor                             |    | <p>O que podemos fazer é ajudar o paciente, acelerar o sofrimento dele, de forma que ele possa entrar em contato com a dor e tolerar. Quando ele está na sessão comigo, ele tem alguém para compartilhar isso. Então a gente tem que ver se a gente vai trabalhar juntos, a frustração na sessão.</p> <p>Eu vou apontando para eles (normalmente depois de eu ter sentido um certo grau de frustração vêm em minha contra-transferência), suavemente apenas começando a notar que (juntos e eu tendo a indicar a resistência e torná-la aceitável...que ela pode ficar o tempo que ela precisa, mas que quando a pessoa está disposta a abrir mão dessa resistência, eles vão fazer progressos</p> |
| 07 | S07- Interpretar a defesa                                 | 2  | <p>Interpretar a defesa ou a função defensiva em primeiro lugar. Por exemplo, não confrontá-los sobre suas mentiras sem abordar a sua razão para mentir.</p> <p>Eu tento ver o comportamento do paciente, do seu ponto de vista, porque eles fazem o que fazem, o que sai dele, independentemente de quanto auto-destrutivo ou irracional possa parecer.</p> <p>Supomos que a revelação dessas resistências favoreça a conscientização dos conteúdos inconscientes reprimidos.</p>   |
| 08 | S08- Surpreender o paciente.                              | 1  | <p>A forma como vou fazer isto? Quando eu estou diante da resistência do paciente, no caso de paciente jogador eu gosto de lidar com ela, dizendo uma coisa que ele não espera. O humor acho que é uma maneira de trabalhar a resistência. Ter umas tiradas. Provocada, que estimule a pessoa a pensar. Algo que seja uma surpresa. O analista precisa estar preparado para improvisar.</p>  |
| 09 | S09- Interpretar a transferência.                         | 1  | <p>Teve um paciente que queria falar só de coisas que achava que ia interessar o terapeuta. Mostrei que ela não estava ali só para falar do que era legal. Depois ela trouxe os motivos. Tinha vergonha de vir para a sessão quando jogava. Conversamos e a postura dela mudou. Começou a participar melhor da terapia.</p>  |
| 10 | S10- Esperar a repetição para tocar no assunto novamente. | 3  | <p>Eu apontava a angústia. E se a pessoas continuava resistente, muda de assunto, eu deixava baixar a poeira, eu respeito, entendo que ele não tá pronto para tocar no assunto, e deixo o barco correr porque esse tema vai surgir novamente. Se não surgir na mesma sessão eu abordo quando aparecer.</p>   |
| 11 | S11- Devolver a responsabilidade ao paciente.             | 2  | <p>Devo mostrar que eles tem que se responsabilizar pelo que fazem e pela implicação em suas vidas. Eu disse para um paciente que se ele quer parar de jogar ou não isso é não é um problema meu, a primeira reação foi de espanto. Foi bom porque, ou ele pode pensar que parar de jogar é dele ou ele existe.</p> <p>O analista não pode ficar carregando uma coisa que é do paciente, se não eu não ajudo o paciente a crescer.</p> <p>No caso de atraso, por exemplo, se ele vinha e chega pedindo desculpas, eu digo essa desculpa é para mim? Essa desculpa é para você, é para o seu benefício. É uma tentativa de re-integrar aquilo que é do paciente, ao paciente.</p>                   |
| 12 | S12-Questionando, mostrando uma inconsistência.           | 2  | <p>Em geral eu tentava mostrar alguma incoerência entre a queixa e o comportamento e deixar o paciente em dúvida. P. ex. a paciente relata que está ajudando as pessoas, doa cesta básica, remédios para a filha. Eu questionei o que ela está fazendo para seu bem-estar. Ela disse que estava fazendo muitas coisas. Eu pedi um exemplo e então o paciente acabou percebendo que realmente ela não estava fazendo nada por ela.</p>  |

### 6.4.9 Resultados dos discursos do sujeito coletivo sobre definição de sucesso terapêutico

Questão 9: Como você definiria sucesso terapêutico no tratamento de jogadores patológicos?

Foram identificadas 7 Ideias-Centrals – síntese, ou categorias, segundo o quadro abaixo:

**Quadro 9:** Síntese dos discursos coletivos sobre definição de sucesso terapêutico

| #  | Ideia Central   | N* | DSC  |
|----|---|----|--|
| 01 | S01- Responsabilizar-se por sua vida.                                   | 2  | Quando o paciente se apropria da responsabilidade e pelo cuidado de sua vida e tem uma melhor adaptação à realidade.   |
| 02 | S02- Parar de jogar.  | 6  | Remissão do sintoma, ou seja, o cessar da prática do jogo.   |
| 03 | S03-Melhora do ajuste social.   | 6  | A retomada e/ou melhora dos laços sociais. O melhor manejo por parte dos pacientes de conflitos de relacionamento que estes pacientes apresentam. Com o filho, com a mulher, com as pessoas. Isto é, reestruturação do relacionamento interpessoal, com o trabalho. Percebi em um caso, que era o reestabelecimento da vida familiar que assegurava a abstinência ao jogo. |
| 04 | S04- O paciente ter feito alguma reflexão, ter compreendido algo de si. | 2  | Os pacientes mais alienados, às vezes eles ganham a possibilidade de ter uma dúvida, por exemplo, porque não querem olhar para a realidade. A possibilidade de perceber que eles só querem prazer, prazer; a compreensão por parte deles que são dependentes dessa fonte de satisfação.  |
| 05 | S05- Quando o paciente busca outras fontes de satisfação.               | 2  | Quando o paciente busca outras fontes de satisfação. Quando ele percebe outros aspectos da vida dele e seus horizontes se ampliam.   |
| 06 | S06- Redução do comportamento de jogo.                                  | 4  | Redução do comportamento de jogo, digamos um deslize menor, podendo até ter uma pequena recaída, mas não jogando muito.  |
| 07 | S07- Melhora na qualidade de vida.                                      | 4  | Melhora na qualidade de vida do paciente. Isto é, quando há uma mudança de estilo de vida e de relação com a vida, de uma forma mais criativa, mais habilidosa, menos supersticiosa, menos superficial.  |
| 08 | S08- Melhora da estima  | 1  | Quando o paciente tem uma melhora na estima.   |
| 09 | S09- Demanda inicial resolvida  | 4  | A terapia bem sucedida aborda a disfunção subjacente, e os seus motivos para o jogo, de modo que a necessidade de jogar ou agir de forma destrutiva não está mais lá. Quando a demanda que ele trouxe se resolve ou fica sob controle. Ou seja, a partir do momento que não tem mais sintoma ou o sintoma não tem mais o domínio e o mancha da vida do jogador.            |
| 10 | S10-Quando a pessoa se sente feliz                                      |    | Quando a pessoa se sente feliz.  |
| 11 | S11-Terminar o tratamento   |    | Sucesso é o cara que começa o processo e acaba. Porque para o sintoma não ter mais o domínio e o mancha da vida do jogador, isso leva um tempo. Isso acontece num momento bastante adiantado em termos de duração do tratamento.   |
| 12 | S12-Quando não há mais consequências negativas advindas do jogo         |    | Sucesso terapêutico no caso do jogador patológico é ele não ter mais consequências negativas advindas do jogo.   |

#### 6.4.10 Resultados dos discursos do sujeito coletivo sobre fases identificáveis do processo psicoterapêutico

Questão 10: Por favor, escolha um caso dentre os que você tratou com sucesso. Mantendo este caso em mente, você diria que o tratamento do paciente seguiu fases identificáveis?

Foram identificadas 2 Ideias-Centrais – síntese, ou categorias, segundo o quadro abaixo:

**Quadro 10:** Síntese dos discursos coletivos sobre percepção de fases do tratamento

| #  | Ideia Central          | N* | DSC                                      |
|----|------------------------|----|--|
| 01 | S01-NÃO PERCEBEU FASES | 3  | Não percebi fases identificáveis.        |
| 02 | S02- PERCEBEU FASES    | 14 | Sim, percebi alguns pontos de transição. |

### 6.4.10.1 Resultados dos discursos do sujeito coletivo sobre quais fases são identificáveis do processo psicoterapêutico

Questão 10: Se sim, você poderia nos dar uma breve descrição dessas fases?

Foram identificadas 12 Ideias-Centrais – síntese, ou categorias, segundo o quadro abaixo:

**Quadro 10.1:** Síntese dos discursos coletivos sobre definição de fases do tratamento:

#### *Começo*

| #  | Ideia Central  | N* | DSC  |
|----|--|----|--|
| 01 | S01- questionamento, visando reconhecimento.                     | 6  | Esta primeira fase se caracteriza pelo questionamento da identidade do jogador patológico, como identidade ou como identificatória da personalidade. Isto visando trazer para o paciente, um reconhecimento, uma vez que ele se encontra neste começo muito perdido. Deve-se então fazer uma introdução, propiciar a identificação do problema, uma identificação dos próprios limites.<br><br>O terapeuta pode propiciar isto remetendo a pessoa a um passado mais remoto que o do início do jogo.  |
| 02 | S02- O paciente nega o problema.                                 | 6  | No começo, geralmente o paciente chega jogando. Pois jogando ele se aliena de toda a pressão que está tendo. Há então, um primeiro momento, de afirmação de autonomia e competência pessoais, ele apenas discorre sobre seus sucessos e aquisições pessoais prévios à instalação do jogo habitual, recusando-se a ouvir.<br><br>Muitas vezes são os outros que atribuem a ele um problema com o jogo. Um paciente por exemplo, chegou com uma postura de superioridade, que era uma defesa dele de se mostrar melhor do que os outros.<br><br>Há uma negação. Tinha uma paciente que delegava para a filha a problematização do problema dela. |
| 03 | S03- Auto-engano   | 1  | Talvez alguém possa pensar da primeira fase como um auto-engano ou fase de lua de mel. O jogador pode idealizar o terapeuta, ou entrar em desespero para se sentir melhor.<br><br>Eles podem ser excessivamente otimistas.   |
| 04 | S04- Paciente estava muito deprimida                             | 2  | Paciente no início do tratamento se encontrava muito deprimida   |
| 05 | S05- Paciente estava com sérios problemas conseqüências do jogo. | 2  | O paciente estava com sérios problemas financeiros decorrentes do jogo e dificuldade no relacionamento com a família. Era pressão de tudo quanto é lado, cobrança das irmãs, dos pais, ele muito aflito.   |

**Quadro 10.2:** Síntese dos discursos coletivos sobre definição de fases do tratamento:***Segunda Fase***

| #  | Ideia Central   | N* | DSC   |
|----|---|----|---|
| 01 | Estabelecimento da transferência  | 3  | <p>Numa segunda fase o objetivo é o estabelecimento de um laço de trabalho, nomeado por Freud, transferência. Este laço se fundamenta na confiança resultante dos primeiros efeitos do tratamento que acarretam uma expectativa positiva em relação aos objetivos a serem atingidos. Embora as vezes isto não se reflita em um comportamento positivo, isto é, as vezes o laço se estabelece na aparência com críticas, desprezo, degradações em relação a autoridade do terapeuta.</p> <p>Então teve uma primeira fase deste tratamento, que sem tentar ser impositivo, eu tentava motivá-lo a ficar sem jogar. Acho que aí que se estabeleceu a transferência. Ele me disse: “Então qual seria a sua forma de lidar com o meu problema?”.</p> |
| 02 | Defesas diminuídas e aceitação de limitações e maior responsabilização. | 6  | <p>Ai no meio do processo eu percebi que essa defesa baixou, minimizou, esse superego, ele entrou mais em contato com essas questões egóicas dele. Começou a prestar atenção nele mesmo, nos sentimentos.</p> <p>Ele percebeu o problema no comportamento de jogar e identificou os próprios limites, aceitou que o período produtivo glorificado por ele havia ficado para trás, e percebeu dificuldades de habilidade social e se responsabilizou pelas coisas que aconteciam com ele.</p>  |
| 03 | S03- Incômodo, resistência à mudança, regressão.                        | 3  | <p>Então acho que ela estranhou isso da gente querer conversar de outros assuntos. E daí acho que foi somando tudo e daí ela teve esse pânico dela.</p> <p>Se isto acontece o paciente pode recair e/ou interromper o tratamento.</p>   |
| 04 | S04- Depressão e Tédio.   | 1  | <p>Numa segunda fase podemos perceber uma depressão em ter que lidar com o processo, trazendo depois um tédio.</p>  |
| 05 | S05- Parou de jogar   | 1  | <p>No meio do tratamento, quando ele começou a se perceber mais, ele parou de jogar. Até se testou no meio do caminho, entrou num bingo jogou 5 reais mas nunca mais jogou, até o final da terapia.</p>   |
| 06 | S06- Fase proativa  | 6  | <p>É o momento em que o terapeuta tem que tirar o paciente daquela situação, ajudá-lo a encontrar uma solução, fazer um resgate.</p> <p>O paciente passa então a uma fase proativa, positiva, em que passa a querer reconquistar o que foi perdido. Passa a mobilizar-se para resolver os problemas com as dívidas e empenho em reconquistar a confiança dos familiares. Percebi que nesta fase o paciente apresenta uma melhora no seu estado de ânimo e estima. Passa a se cuidar mais até mesmo esteticamente. Uma paciente apareceu maquiada, penteada, pintou as unhas e cabelo, nesta fase.</p>   |

**Quadro 10.3:** Síntese dos discursos coletivos sobre definição de fases do tratamento:***Terceira fase***

| #  | Ideia Central   | N* | DSC   |
|----|---|----|---|
| 01 | S01- Movimento de destruição  | 2  | Esbarra-se em questões familiares arraigadas, a partir das quais sente dificuldades em aceitar o sucesso, e em diversas ocasiões, não só apostando, mas situações pessoais, teve atitudes e movimentos francamente auto-destrutivos, sentimentos de raiva e fúria.  |
| 03 | S03- Negociação   | 3  | Depois que o paciente consegue resolver alguns problemas é a hora de entrar no processo de subjetivação. E às vezes ele não quer mais falar disso porque diz que está resolvido e daí o terapeuta deve insistir dizendo que se ele não compreender quais são os motivos que o levaram àquela situação, ele pode entrar de novo. |
| 04 | S04-Processo de subjetivação, entendimento dos problemas subjacentes e obstáculos à recuperação | 6  | Após algumas pontuações, o reconhecimento de que, simultaneamente à reconstrução, é preciso adquirir maestria sobre a constelação sintomática que, na verdade, destruiu suas conquistas.<br>Quando ele se pergunta por que ele foi parar naquela situação aí começa a subjetivação do paciente.                                 |



**Quadro 10.4:** Síntese dos discursos coletivos sobre definição de fases do tratamento:***Fase Final***

| #  | Ideia Central  | N* | DSC   |
|----|--|----|---|
| 01 | S01- Restabelecimento do laço social.                          | 4  | Nas fases finais o objetivo é levar a pessoa a não restringir seu pensar sobre si ao tempo restrito dos encontros com o terapeuta. Isto tem como resultado estender o laço de trabalho a todos os momentos de suas vidas.<br>Nesta fase geralmente é trabalhado o desenvolvimento de habilidades sociais. Uma paciente, por exemplo, começou a trazer assuntos da família porque ela começou a voltar a ter contato com a família dela e dizia estar se sentindo melhor com o cônjuge e com o filho.  |
| 02 | S02- Indícios de uma reformulação subjetiva.                   | 7  | É a fase da descoberta. O paciente traz suas conclusões. Quando o paciente conseguiu elaborar conflitos mais profundos que tivessem uma relação de causa com o seu comportamento de jogar e consciente das consequências negativas que o jogo lhe trazia.<br>Há um grande contato com a realidade e aproximação consigo mesmo. O paciente me disse: " De repente tinha aberto o olho e tinha passado 15 anos. E eu me reparei como um velho no espelho, eu tava jogando nesse tempo. E não sabia o que estava acontecendo, estava alienado de mim". |
| 03 | S03- Assimilação do final como um término e não como abandono. | 3  | Teve um paciente que deu uma boa melhorada no final quando a questão do término da terapia começou a ser lembrado. Então esta questão do final foi trabalhada e ele conseguiu assimilar como um término e não como um abandono, que é bem diferente.  |
| 04 | S04- Busca de outras fontes de prazer.                         | 3  | Numa 4ª fase, percebi que o paciente começa a buscar outras fontes de prazer que levassem a melhor qualidade de vida.<br>Há uma descoberta. Entra em contato com coisas que não eram prazerosas antes, pois ele tinha uma frustração com a vida.  |
| 05 | S05- Consolidação, recuperação e manutenção                    | 3  | O paciente está estável e mantém-se abstinente.   |
| 06 | S06- Não há mais demandas                                      | 2  | Ao final do tratamento o paciente dizia sentir-se melhor consigo mesmo. Não tinha mais dívidas. E as demandas foram resolvidas.   |

### 6.4.11 Resultados dos discursos do sujeito coletivo sobre hipóteses psicodinâmicas

Questão 11: Considerando as técnicas psicodinâmicas que você usou enquanto conduzia a psicoterapia com jogadores patológicos: você usualmente tentava formular hipóteses psicodinâmicas que guiavam suas intervenções terapêuticas?

Foram identificadas 7 Ideias-Centrais – síntese, ou categorias, segundo o quadro abaixo:

**Quadro 11:** Síntese dos discursos coletivos sobre formulação de hipóteses psicodinâmicas que sustentam os sintomas do paciente

| #  | Ideia Central  | N* | DSC  |
|----|--|----|--|
| 01 | S01- A hipótese é a existência do inconsciente.                        | 2  | A hipótese básica da psicodinâmica é o postulado freudiano do inconsciente.<br>O postulado do inconsciente pressupõe que na questão nuclear surge a relação com o Outro primordial na qual se assentará o vínculo com o terapeuta.<br>Eu tenho um modelo que fala disso. Sabe aquelas figuras 3D que você tem que deixar o olho desfocado, que de repente a imagem surge na sua frente? Eu procuro deixar minha mente desfocada, sem a hipótese, até que alguma coisa se forma. E isso vai variar muito de paciente para paciente ou da dupla paciente-terapeuta de uma para outra. As vezes tem coisas que demoram a aparecer. É como cebola, com varias camadas. |
| 02 | S02- O próprio paciente elabora o seu conflito.                        | 2  | Parte-se da queixa para se chegar a uma questão nuclear, da qual todos os detalhes da queixa se desdobram. Tenta-se que o próprio paciente formule seu conflito, desde o momento inicial da percepção do mesmo até as circunstâncias atuais que desencadearam na iniciativa de buscar ajuda. No caso de um paciente por exemplo, chegamos a hipótese de que a questão era que no jogo ele tinha o tempo dele. Mesmo que fosse um jogo com controle, tinha a perda do controle, mas era uma coisa que ele controla. É um dinheiro que ele podia gastar com ele, o tempo que ele podia gastar com ele.   |
| 03 | S03- Sim.  | 5  | Sim, desde o início venho tentando formular hipóteses para buscar o manejo adequado. Acho que para um psicólogo que trabalha com psicodinâmica isso seja automático.   |
| 04 | S04- Sim, com ajuda da supervisão                                      | 8  | Sim, de acordo com a supervisão, as hipóteses e pequenas intervenções se tornavam mais fáceis. A dificuldades eram então retomadas na supervisão.  |
| 05 | S05- tentava identificar o tipo de angústia.                           | 1  | Tentava perceber qual era a angustia básica que estava presente, Acasalamento, luta e fuga ( e mais uma que não lembro). O grupo é dinâmico, cada sessão era uma sessão. E às vezes as 3 angustias do Bion estavam presentes numa única sessão.  |
| 06 | S06- As hipóteses eram reformuladas o tempo todo.                      | 2  | Sem hipótese psicodinâmica, a psicoterapia psicodinâmica carece de qualquer sentido. As hipóteses psicodinâmicas são formuladas E REFORMULADAS o tempo todo, o que é amplamente conhecido de todos os terapeutas psicodinâmicos.<br>Muitas vezes durante o tratamento eu formulei algumas hipóteses e trabalhei fundamentado nesses hipóteses pelo tempo que aquilo ajudou a lidar com o tratamento. Muitas vezes você elabora uma hipótese e lá na frente percebe que não é bem isso. Reformula, a hipótese do conflito e vai mais um pouco.  |
| 07 | S07- Sim, mas só parava de reformular quando tinha acertado a hipótese | 1  | Vamos dizer que eu dei sorte de ter elaborado uma hipótese no inicio sobre o conflito e trabalhasse isso e acertasse na elaboração do conflito do paciente, isso iria até o fim do tratamento. Mas isso é a exceção.   |

### 6.4.12 Resultados dos discursos do sujeito coletivo sobre quantas sessões levaram para que pudesse formular hipóteses

Questão 12: Se sim, quantas sessões levaram para que você pudesse formular alguns conflitos e defesas que estavam sustentando os sintomas do paciente jogador patológico?

Foram identificadas 8 Ideias-Centrais – síntese, ou categorias, segundo o quadro abaixo:

**Quadro 12:** Síntese dos discursos coletivos sobre quantas sessões levaram para formular conflitos e defesas que sustentam os sintomas do paciente

| #  | Ideia Central   | N* | DSC  |
|----|---|----|--|
| 01 | S01- Depende de cada caso.  | 3  | Varia muito de acordo com tempo de elaboração de cada um, o conflito aparece ao longo das sessões. Alguns levaram menos sessões ao passo que outras muito mais.  |
| 02 | S02- Não pode demorar por ser uma etapa inicial.                  | 2  | Mas como se trata de uma etapa inicial ela não pode ser infinita, há um tempo definido e que não pode ser muito demorado. Desde a primeira sessão essa formulação começa e o terapeuta escande os termos-chave que incentivam que a formulação seja alcançada o antes possível, pois esta formulação traz alívio, algumas vezes micro sucessos terapêuticos.<br>Se passar da metade do tratamento e ainda tiver reformulando hipótese é um sinal de alerta de que este tratamento não está indo bem. |
| 03 | S03- Até a 3ª sessão.   | 2  | Foi possível perceber logo na segunda sessão. Partindo desse ponto, foi possível trabalhar nas próximas sessões.   |
| 04 | S04- Na quinta sessão.  | 2  | Na 5ª você tem uma primeira hipótese. Às vezes o paciente já fez terapia antes. Ele traz já algumas formulações sobre o conflito dele.   |
| 05 | S05- Na oitava sessão.  | 1  | Oito sessões   |
| 06 | S06- A partir da 10ª sessão.                                      | 1  | A partir da décima sessão acho que é possível formular hipóteses e fazer algumas intervenções.   |
| 07 | S07- Na 15ª sessão  | 1  | Na terapia individual. Demorou. Para começar a formular direito as hipóteses. Eu diria na 15ª sessão. No ¼ do tratamento.  |
| 08 | S08- No meio do tratamento aparece uma hipótese mais consistente. | 4  | No início do tratamento algumas hipóteses foram levantadas, mas sem muita consistência. No meio do tratamento novas hipóteses foram surgindo a partir das supervisões. Teve uma paciente que lá pela metade do tratamento, ela começou a falar mais dos filhos, a gente começou a entender melhor essa dinâmica familiar dela, entre outros conflitos e defesas.   |
| 09 | S09- Desde o começo até o final do tratamento.                    | 1  | Sem hipótese psicodinâmica, a psicoterapia psicodinâmica carece de qualquer sentido. As hipóteses psicodinâmicas são formuladas E REFORMULADAS o tempo todo, o que é amplamente conhecido de todos os terapeutas psicodinâmicos.   |

### 6.4.13 Resultados dos discursos do sujeito coletivo sobre conflitos e defesas típicos

Questão 13: Existem conflitos típicos ou defesas que você viu nos jogadores patológicos que você tratou, ou cada caso teve seus próprios.

Foram identificadas 3 Ideias-Centrais – síntese, ou categorias, segundo o quadro abaixo:

**Quadro 13:** Síntese dos discursos coletivos sobre existência de conflitos típicos em Jogadores patológicos

| #  | Ideia Central   | N* | DSC  |
|----|---|----|--|
| 01 | S01- Depende de cada caso.                              | 4  | Acho que tanto os conflitos quanto as defesas são individuais, somam-se a isso a cultura, as crenças, e a personalidade de cada pessoa. Apesar de terem o mesmo diagnóstico, o jogo, a impulsividade. O que o jogo vai representar para cada um além disso, daí é particular. O jogo patológico mostrou uma variedade tal de estruturas e sintomas, que só é possível concluir que cada caso tem seus próprios conflitos e comportamentos, ou seja, não há um determinismo psicopatológico direto e linear que defina tal diagnóstico. |
| 02 | S02- Existe um caráter impulsivo/compulsivo semelhante. | 3  | Sim tem conflitos típicos por serem dependentes. Há uma dinâmica muito específica.<br>O que é possível observar é o caráter impulsivo e compulsivo que há entre todos os jogadores.  |
| 03 | S03- Sim.   | 9  | Sim, existem.  |

#### 6.4.14 Resultados dos discursos do sujeito coletivo sobre tipos de conflitos e defesas

Questão 14: Se você pensa que há conflitos e defesas típicos, você pode dizer quais são eles?

Foram identificadas 11 Ideias-Centrals – síntese, ou categorias, segundo o quadro abaixo:

**Quadro 14:** Síntese dos discursos coletivos sobre tipos de conflitos e defesas

| #  | Ideia Central                                | N* | DSC   |
|----|--|----|---|
| 01 | S01- Liberdade X Conformidade                | 3  | <p>Podemos dizer que a defesa típica nos jogadores patológicos é o "viver a marginalidade". Para poder evitar os espinhos que inexoravelmente existem na vida familiar, no trabalho, o jogo aparece como uma solução. Solução esta que aliena o jogador das instituições como a família, o clube, a patota, o esporte, levando-o cada vez mais para as bordas, isolando-se neste umbral do mundo em que vive.</p> <p>Eu acho que todos eles estão sempre fugindo de alguma coisa, que usam o jogo como uma fuga, de um sentimento deles mesmos ou de alguma situação que incomoda. Uma forma de compensar alguma coisa. Eu lembro de um paciente, ele começou a jogar quando ele se aposentou e os filhos saíram de casa. Ele não tinha que fazer, chamaram ele para ir para o bingo. Daí depois ele me contou que num domingo, a família estava reunida na casa dele, os filhos foram almoçar lá e ele saiu para ir jogar. Já não importava se ele estava sozinho ou com muita gente na casa, ele saía para ir jogar. Não entra em contato, deixa de lado.</p> |
| 02 | S02. Baixa auto-estima e dependência afetiva | 4  | <p>A baixa auto-estima, essa enorme desconsideração pela própria pessoa.</p> <p>As vezes o paciente coloca a auto-estima dele na máquina, a falta de auto-estima. Ele vai projetando coisas na máquina e depois fica grudado nela.</p> <p>Pude perceber que os pacientes apresentavam uma certa carência em seus discursos. Não sei dizer se ambos eram simplesmente carentes, mas que o sentimento vinha embutido no discurso. Acredito que tenha a ver com uma dependência afetiva.</p>   |
| 03 | S03- Conflitos edípicos                      | 3  | <p>Conflitos edípicos. No discurso do homens, tentando competir com a figura paterna ou relatavam histórias de abandono da figura materna. No discurso das mulheres, também a figura paterna era bastante significativa mas vinha de uma outra forma, tentando se destacar, chamar a atenção.</p> <p>Tem um conflito com a figura paterna ou qualquer figura que represente lei e autoridade. Com o pai ou com alguma instância, que personifique esta metáfora paterna ou lei paterna.</p> <p>Quando ele escuta: Isto não pode. Então ele quer ser a exceção. Onde tiver regra ele quer ser exceção.</p>   |

Continua...

## Conclusão Quadro 14

| #  | Ideia Central                                  | N* | DSC   |
|----|--|----|---|
| 04 | S04- Defesas típicas                           | 2  | Defesas típicas: negação, resistência, racionalizações, formações reativas.   |
| 05 | S05- Afetos intoleráveis                       |    | Não há conflitos ou defesas típicos diferentes do usual da clínica psicodinâmica. Os jogadores tem alguns afetos intoleráveis como desamparo, vergonha, culpa, depressão.   |
| 05 | S05- Falta de noção da realidade e identidade. | 3  | Tem essa falta de lógica. Essa falta de noção da realidade.<br>Isso é comum entre eles, uma imensa desconsideração pela própria pessoa, com sentimentos entorpecidos. Falta de noção de eu.   |
| 06 | S06- Onipotência e narcisismo                  | 3  | Chama atenção a onipotência e o narcisismo. Esta questão narcisista é muito importante para o jogador. Ele quer esta exceção porque no momento que ele for a exceção, ele é especial, ele é diferente e admirável por esta exceção.<br>Há também fantasias compensatórias de ser poderoso e estar no controle.  |
| 07 | S07- Falência financeira                       |    | Falência financeira.  |
| 08 | S08- Racionalização                            |    | Defesas mais comuns: racionalizações. Fiz isso porque precisava do dinheiro, etc...   |
| 09 | S09- Conflito: ser amado X ser especial        |    | Conflito: ele quer ser amado. Entre ser amado e ser especial não dá para ser as duas coisas. Você é amado se você é obediente, se você se conforma as regras mas ai não é especial. Quando você é especial ai você não é amado. Porque você não segue as regras, você se endivida, desobedece,,as é especial porque é esse um que ao contrario dos outros é alguém que segue seu próprio caminho o cavaleiro solitário. Mas solitário, triste, excluído.                              |
| 10 | S10- Estilo de enfrentamento esquivo           | 3  | Defesa: não se implicar. Um estilo de enfrentamento de esquiva - pode-se evitar ou escapar de problemas.<br>Não se responsabilizar pelos atos, pela maneira como estão conduzindo a vida deles....Coisas ruins vem do destino, dá má sorte. "A vida é um jogo". "Eu jogo porque eu gosto de jogar". Isso é uma tentativa de dizer que jogar não está em conflito com as suas outras exposições diante da vida. Jogar se encaixa perfeitamente em tudo que ele faz e tudo o que ele é. |
| 11 | S11- Problemas pensados como insolúveis        | 1  | Há problemas que são pensados como insolúveis   |

### 6.4.15 Resultados dos discursos do sujeito coletivo sobre importância de lidar com a infância e adolescência no lugar de assuntos do presente

Questão 15: Quão importante é lidar com experiências da infância e/ou adolescência no lugar de desenvolver insights sobre os relacionamentos e experiências presentes dos pacientes?

Foram identificadas 4 Ideias-Centrais – síntese, ou categoria, segundo o quadro abaixo:

#### Quadro 15: Síntese dos discursos coletivos sobre lidar com a infância e adolescência no lugar de assuntos do presente

| #  | Ideia Central   | N* | DSC  |
|----|---|----|--|
| 01 | S01- Um não invalida o outro.   | 12 | Uma coisa não invalida a outra. Mesmo que a etiologia do sintoma advinha de experiências da infância, isto é atualizado nas circunstâncias que determinam o momento da busca de ajuda. Lidamos com o que aparece, ou vem a tona. Trabalhamos ao mesmo tempo com a infância encarnada na experiência presente.<br>Acho que falar da infância até colabora. Por exemplo, no caso de uma paciente nem perguntei, ela começou a me trazer, coisas da infância dela.<br>Penso que fatos ocorridos na infância devem ser considerados para uma compreensão do comportamento atual.   |
| 02 | S02- Depende do paciente. Quando o paciente dá indícios de que precisa trabalhar assuntos da infância.        | 3  | Depende de cada caso. Tem pacientes que tiveram infância que marcou muito de alguma maneira. Se o paciente traz essas lembranças ou se ele dá um sinal, mostra de alguma forma que desperte o interesse.<br>Tem alguns pacientes que trazem naturalmente, que dizem assim, sabe o meu problema é que quando eu tinha dois anos, ele tem uma necessidade de falar sobre sua infância, eu acolho isso e incluo no tratamento.....e ele não traz isso eu investigo ativamente sobre a família, quando nasceu, se tinha irmãos, pais, se ele embarca muito fácil nisso, eu acolho e incluo no tratamento, se ele não embarca nisso, eu trabalho as questões interpessoais presentes. |
| 03 | S03- Importância crucial considerando a questão da transferência.   | 2  | Importância crucial, considerando a questão da transferência como reatualização com o terapeuta de sentimentos vividos com pessoas do passado.   |
| 04 | S04- Se a infância for um tema que o paciente demonstre resistência em trabalhar prefere trabalhar o presente | 1  | Se essa for uma resistência essa é uma que eu prefiro não enfrentar. Porque resistências que você tem que interferir sobre o fluxo de associação de ideias não é legal.<br>Se existe brecha lá vou eu se não eu prefiro respeitar o fluxo de associação de ideias.   |

**6.4.16 Resultados dos discursos do sujeito coletivo sobre depender do tempo de duração do tratamento para decidir sobre lidar com experiências da infância e adolescência.**

Questão 16: Sobre a questão anterior, sua resposta depende da duração do tratamento e se há um número prévio de sessões?

Foram identificadas 2 Ideias-Centrais – síntese, ou categorias, segundo o quadro abaixo:

**Quadro 16:** Síntese dos discursos coletivos sobre depender do tempo de duração do tratamento para decidir sobre lidar com experiências da infância e adolescência

| #  | Ideia Central   | N* | DSC   |
|----|-----------------|----|---|
| 01 | S01- Independe. | 12 | <p>Não depende. Mesmo em tratamentos curtos abro espaço para retomar experiência antigas, certamente precursoras do comportamento atual.</p> <p>Desde a primeira sessão as duas experiências caminham juntas, a da infância e a do presente, portanto isto lidar ou não com experiências da infância e/ou adolescência independe da duração do tratamento ou de um estabelecimento prévio de sessões.</p> <p>A duração do tratamento é importante para determinar o tempo que temos com o paciente mas trabalhamos da maneira que é possível.</p> |
| 02 | S02- Depende.   | 5  | <p>Depende. O primeiro objetivo é tratar o sintoma.</p> <p>Se o assunto da infância e/ou adolescência surge no final do tratamento ou se é um assunto que apresente resistência eu não vou mexer nisso. A não ser que fosse muito gritante. No caso de terapia breve, o terapeuta tem que ser mais diretivo, mais ativo. Deve deixar a terapia menos ao tempo do paciente e lidar com as experiências prévias de forma mais diretiva.</p>   |



#### 6.4.17 Resultados dos discursos do sujeito coletivo sobre abordar o final da terapia durante o processo psicoterápico

Questão 17: Ao se aproximar do fim da psicoterapia, você abordou o tema com o paciente?

Foram identificadas 4 Ideias-Centrais – síntese, ou categorias, segundo o quadro abaixo:

**Quadro 17:** Síntese dos discursos coletivos sobre abordar o fim da terapia

| #  | Ideia Central                             | N* | DSC  |
|----|---|----|--|
| 01 | S01- Se a terapia tem tempo limitado sim. | 11 | Esta pergunta só procede se trabalhamos com um número fixo de sessões porque senão o fim não é abordado, ele acontece. Se vai chegando no final e o paciente nunca fala disso, eu digo, escuta, a gente está chegando no final, daqui a pouco eu não te vejo mais, você não vem mais aqui, a gente nem falou disso, não é? |
| 02 | S02- Não precisou, pois ele abordou.      | 6  | Não precisou. Às vezes eu não to me dando conta de que o final esta chegando mas o paciente ele me lembra. Ele me lembra contando alguma situação que estava chegando no final e como ele reagiu a isso, por exemplo. Ou mesmo quando o paciente interrompe o tratamento.  |

#### 6.4.18 Resultados dos discursos do sujeito coletivo sobre quando abordar o fim da terapia

Questão 18: Se sim, quando?

Foram identificadas 2 Ideias-Centrais – síntese, ou categorias, segundo o quadro abaixo:

**Quadro 18:** Síntese dos discursos coletivos sobre *QUANDO* abordar o fim da terapia

| #  | Ideia Central                 | N* | DSC  |
|----|-------------------------------|----|--|
| 01 | S01- em torno da 30ª sessão   | 6  | Sim. Na 30ª sessão a gente começava a contar para o paciente que faltavam 10 sessões. Depois na 35ª a gente falava novamente para ir preparando a finalização. |
| 02 | S02- a partir da 26ª sessão.  | 1  | Sim, claro. A partir da 26 sessão.   |
| 03 | S03- Depende de cada paciente | 1  | Quando, depende de cada paciente, de quanto tempo eu estive vendo eles, e quão intensivo foi o tratamento.   |

### 6.4.19 Resultados dos discursos do sujeito coletivo sobre como abordar o fim da terapia

Questão 19: Se sim, como?

Foram identificadas 6 Ideias-Centrais – síntese, ou categorias, segundo o quadro abaixo:

**Quadro 19:** Síntese dos discursos coletivos sobre *como* abordar o fim da terapia

| #  | Ideia Central   | N* | DSC  |
|----|---|----|--|
| 01 | S01- Contextualizando o tempo.  | 9  | Vamos trabalhando as questões referente ao fim da terapia individual. Relembrando o contrato, contextualizando a sessão que estavam e assim relativizando o tempo faltante.<br>Na 30ª sessão a gente começava a contar para o paciente que faltavam 10 sessões, por exemplo.<br>Eu posso começar a falar de como o paciente vai ocupar o horário da terapia que vai ficar livre, se ele esta preocupado, então nesse sentido eu vou aproximando. Na aplicação da Escala ESJ, já vou lembrando. |
| 02 | S02- Falando sobre a seqüência do tratamento no Ambulatório em outras modalidades de atendimento. | 2  | Falamos do começo das outras opções de tratamento no ambulatório pois entendemos que apesar de haver um número fixo não há impedimento de seguir no pós-terapêutico ou no motivacional.  |
| 03 | S03-Falando dos ganhos e resultados.  | 3  | Fala-se dos resultados obtidos, tentando indicar os ganhos psicoterapêuticos para ver o que ficou. É um tempo para consolidar o que o paciente tenha realizado.  |
| 04 | S04- Explora o futuro do paciente   | 1  | Tem que fazer o resgate do paciente, eu tento ajudá-lo a elaborar, exploro as possibilidades, saio um pouco do setting psicodinâmico mas são atitudes que dão sustentação ao tratamento psicodinâmico.<br>Antever o que será a vida, o fim do processo terapêutico.  |
| 05 | S05- Explora os sentimentos com relação ao final do tratamento                                    | 1  | Como você se sente com relação a isso?   |
| 06 | S06- Sem muita discussão  | 1  | Sem muita discussão.   |

### 6.4.20 Resultados dos discursos do sujeito coletivo sobre como o fim afeta a terapia

Questão 20: Na sua opinião, como a proximidade do fim do tratamento afeta a psicoterapia?

Foram identificadas 10 Ideias-Centrais-síntese, ou categorias, segundo o quadro abaixo:

**Quadro 20:** Síntese dos discursos coletivos sobre como proximidade do fim afeta o tratamento

| #  | Ideia Central   | N* | DSC   |
|----|---|----|---|
| 01 | S01- Leva a uma associação com abandono e resistência por parte do paciente | 5  | <p>O paciente vai sentindo que vai acabar, ele sente que aquilo é uma separação e o analista precisa estar ligado porque o paciente, qualquer paciente mas o paciente jogador, é um paciente que tem muita dificuldade de se separar. Tem dificuldade de interrupção. A maioria reage mal, sente como abandono.</p> <p>E o paciente que começa já a atuar de uma outra forma, começa a tentar afastar. A parte da transferência negativa talvez. Pode pensar: “Vou embora mesmo então é melhor começar a desligar desde já” ou “Se você gostasse mesmo de mim, ficava mais tempo comigo”.</p> <p>Teve um paciente que estava indo bem, elaborava suas questões mas quando chegamos perto do término do tratamento ele não tinha mais insights, não elaborava.</p>   |
| 02 | S02- Mobilizar conteúdos e retardamento do fim                              | 1  | <p>Às vezes acontece do fim ser retardado, isto serve como exemplo da importância da abordagem do fim. O fim é retardado em função de aproveitamento maior ou de algum acontecimento trágico na vida do paciente, enfim algumas circunstâncias internas ou externas ao tratamento podem determinar esse retardo.</p>  |
| 03 | S03. Pode funcionar como um acelerador.                                     | 3  | <p>Pode funcionar como um acelerador pois introduz a dimensão da finitude e do fim, elementos que se mostram bastante eficientes em qualquer terapia, desde que o analista reconheça isso e saiba trabalhar isso.</p> <p>O tratamento com um final é uma oportunidade de o analista trabalhar os termos, os lutos, os rompimentos, os fracassos, a perda, eles tem um monte disso. O fato de o tratamento estar acabando, o paciente sente que está acabando e sabe quando você sente um cheiro que te lembra a infância? Ele começa a sentir o cheiro da separação e isso remete a separações que ele já viveu e isso é uma oportunidade de trabalhar na transferência alguma coisa que as vezes ele não conseguiu, não consegue viver sozinho, não consegue se separar. Com o analista na transferência ele vê essa oportunidade de trabalhar aquilo então é ótimo.</p> |

Continua...

## Conclusão Quadro 20

| #  | Ideia Central                                       | N* | DSC  |
|----|---|----|--|
| 04 | S04- Não sabe                                       | 2  | Muda, não sei se afeta. Não sei de que forma.  |
| 05 | S05- Desestabiliza mas é contornável                | 4  | Afeta muito. Penso que o conhecimento prévio do paciente acerca do fim do tratamento pode gerar muita angústia, ansiedade. O paciente fica inseguro pensando em como vai ser, como vai ficar, tem um momento de intranquilidade.<br>Pode desestabilizar o processo psicoterapêutico mas isto é contornável. O paciente pode começar a elaborar a questão do fim e conseguir ver como um término e não como abandono.                               |
| 06 | S06- Traz novos conteúdos.                          | 2  | Pode afetar positivamente. Uma paciente, sabendo que estava na 30ª sessão, estava no final do tratamento e não ia ter como mexer em muita coisa, acho que ela se sentiu a vontade para falar de outros assuntos. Se ela não falasse naquela hora, não teria outro momento. Então ela tinha que contar. Acho que ela começou a ansiedade do paciente. Acho que ela pensou tinha tanta coisa pra falar então era a hora de falar do mais importante. |
| 07 | S07- Cada um de uma forma.                          | 1  | Cada paciente reagia de uma forma.   |
| 08 | S08- Piora ou recaída nos sintomas.                 | 2  | A maioria reage mal, sente como abandono fica mais presente a angústia de abandono, há piora nos sintomas, nem tava mais falando de jogar e começa a falar mais de jogar. Piora do quadro. Fala que ta com vontade de jogar. Se esta jogando joga mais. Então pode haver um ressurgimento de sintomas, incluindo pensamentos, impulsos de jogar ou atuação.  |
| 09 | S09- Não afeta                                      | 1  | Novamente a maioria dos meus pacientes são homens e eles não são em geral muito interpessoalmente íntimos, e eles não se importam de parar e começar de novo quando é necessário.  |
| 10 | S10-Assuntos anteriormente discutidos são retomados | 1  | Questões de desapego, do terapeuta e do jogo, são tratadas novamente. É como se os personagens principais do drama voltam ao palco para sua chamada de cortina.  |

## **6.5 Discurso do sujeito coletivo- pacientes**

Os discursos estão apresentados em quadros para facilitar a visualização. Cada pergunta gerou um grupo de discursos coletivos.

Nos quadros a letra N representa o número de sujeitos que contribuíram para a construção de cada DSC. Cada sujeito pode ter contribuído para a construção de mais de um DSC.

Os discursos estão apresentados em quadros para facilitar a visualização. Cada pergunta gerou um grupo de discursos coletivos.

Cada ideia central corresponde a uma categoria do discurso. Sendo assim, o número de discursos está diretamente ligado ao número de ideias centrais que aquela pergunta gerou.

Nos quadros a letra N representa o número de sujeitos que contribuíram para a construção de cada DSC. Cada sujeito pode ter contribuído para a construção de mais de um DSC.

A letra S representa Sujeito. Uma pergunta que tenha gerado 5 discursos coletivos, por exemplo, terá o S01, S02, S03, S04 e o S05.

### 6.5.1 Resultados dos discursos do sujeito coletivo sobre qualidades no terapeuta que ajudaram em sua recuperação

Questão 1: Revendo o seu tratamento psicoterápico, havia qualidades de seu terapeuta que ajudaram em sua recuperação?

Foram identificadas 9 Ideias-Centrais – síntese, ou categorias, segundo o quadro abaixo:

**Quadro 21:** Síntese dos discursos coletivos sobre qualidades no terapeuta que ajudaram em sua recuperação

| #  | Ideia Central                            | N* | DSC   |
|----|--|----|---|
| 01 | S01- Clareza e objetividade.             | 3  | Sim, bastante. Minha terapeuta era clara e objetiva, sempre me trazendo para a realidade. Logo primeiro dia da terapia foi objetiva dizendo que para muitos a terapia ajuda a se recuperar dos vícios. Ele direcionava as manifestações em prol da recuperação.   |
| 02 | S02- Inteligência                        | 4  | Era muito inteligente. Tinha uma memória incrível, lembrava de tudo. Perspicaz. Ele tinha as respostas diante dos meus comentários.   |
| 03 | S03-Não judicativo.                      | 2  | Eu acho que principalmente a forma do atendimento, onde a gente não percebia aquele ranço, aquela coisa que muitas vezes que na terapia, a parte de atendimento psicológico como um todo, a gente sempre fica com a sensação do que é que estão pensando de mim. E isto no caso do meu terapeuta especificamente, eu não notei isso. Não teve um pré-julgamento com uma cara de culpa, ele não esta me culpando.<br>Ele me assumiu como uma pessoa decente. Me deixou forte. Me ajudou. |
| 04 | S04- Trazia o paciente para a realidade. | 2  | Sempre me trazendo para a realidade. Me orientava, me questionava, ele conversava muito comigo.<br>Ele sempre falava que dependia de mim, que estar ali todo dia conversando comigo , não ia adiantar nada. O que ia adiantar era eu ter força de vontade e fazer meus esforços.  |
| 05 | S05- Compreensivo                        | 1  | Senti uma segurança, uma pessoa sensível ao problema. Ele não queria falar só de jogo. Logo no início abriu precedentes para falar sobre a vida, passado, crises, infância, adolescência. Foi muito compreensivo.   |
| 06 | S06-Calmo                                | 1  | Meu terapeuta era calmo.  |
| 07 | S07-Atencioso                            | 2  | Ele era atencioso. democrática, permitindo a livre manifestação.  |
| 08 | S08-Empático                             | 1  | Houve interação , empatia.  |
| 09 | S09- Confiança                           | 5  | Transmite muita confiança, me ajudou o paciente a retomar minha força. Não tive dificuldades em me abrir e falar coisas constrangedoras. Foi muito amigo. No primeiro dia da terapia disse que para muitos a terapia ajuda a conseguir se recuperar dos vícios.   |

### 6.5.2 Resultados dos discursos do sujeito coletivo sobre mudanças no relacionamento com o terapeuta

Questão 2: Como seu relacionamento com seu terapeuta mudou durante seu tratamento com seu terapeuta?

Foram identificadas 9 Ideias-Centrais – síntese, ou categorias, segundo os quadros abaixo:

**Quadro 22:** Síntese dos discursos coletivos sobre como o relacionamento com o terapeuta mudou durante a terapia: *começo* do processo

| #  | Ideia Central  | N* | DSC   |
|----|--|----|---|
| 01 | S01- No começo não entendia e menosprezava o que o terapeuta falava.   | 1  | No começo eu não entendia o que meu terapeuta estava falando e achava meio burrinho.  |
| 02 | S02- No começo terapeuta mais ouvia e o paciente dava justificativas para os seus atos e esperava que o terapeuta desse razão e sentisse pena. | 1  | No início o meu terapeuta ficava numa posição mais de ouvir. E o que a gente espera, inconsciente talvez, é que o outro sinta pena de vc, te dê razão, justificativas. A gente nem sequer aceita que era você que fez essa besteira. E aí começa procurar motivos. Mas por que é que eu fui, por que é que eu fiz.  |
| 03 | S03- Pouca intimidade no começo.   | 1  | Mudou porque no começo eu não tinha muita intimidade hoje a gente se conhece melhor.  |
| 04 | S04- Foi estável desde o começo.   | 5  | Meu relacionamento com meu terapeuta foi sempre estável. O vínculo e a confiança aconteceram logo no início.<br><br>Do princípio ao fim foi excelente o tratamento. Desde quando eu comecei o tratamento com ele acho que eu me sentia muito bem com ele, ele era uma pessoa que foi muito boa. Eu não conseguia esconder nada dele, quando eu jogava eu contava para ele. Ele me relaxava. |



**Quadro 23:** Síntese dos discursos coletivos sobre como o relacionamento com o terapeuta mudou durante a terapia: *meio* do processo.

| #  | Ideia Central  | N* | DSC   |
|----|--|----|---|
| 01 | S01- Adquiriu confiança no terapeuta.  | 8  | Depois passei a entender o que ela dizia e passei a achá-la inteligente, fui adquirindo confiança. Foi mudando aos poucos, a gente vai se abrindo mais, ficando mais a vontade e tendo mais intimidade.   |
| 02 | S02- Terapeuta começou a chamar o paciente à razão e dizer coisas que o levasse a responsabilizar-se.                  | 1  | Olha eu acho que o relacionamento mudou em determinado momento meu terapeuta começou a me chamar a razão. Porque eu tive reincidência, na questão de freqüência a casa de jogo essa coisa toda, e ele me deu uns puxões de orelha que eu acho que foi bastante eficaz.<br><br>Inicialmente o que você espera , inconsciente talvez, é que o outra sinta pena de você, te dê razão, justificativas. Porque é que nem criança, você faz uma coisa errada, depois você chora. E ficam com dó de você. Então essa questão de ter necessidade de que as pessoas tenham pena de você por mais que a gente não queria sentir, tem momento que ela aparece.<br><br>E isso não aconteceu, muito pelo contrario, ele pegou na orelha e levantou lá em cima. |
| 03 | S03- Irritação com o terapeuta diante de sua mudança na posição de ouvir para a posição de dizer aspectos do paciente. | 1  | Meu terapeuta mudou a interatividade comigo mas de uma outra forma, de eu sair até brava. Dizia "que droga, não venho mais aqui. Venho aqui pra conversar e ele fica falando".  |

**Quadro 24:** Síntese dos discursos coletivos sobre como o relacionamento com o terapeuta mudou durante a terapia: *final* do processo.

| #  | Ideia Central  | N* | DSC   |
|----|--|----|---|
| 01 | S01- Incentivo para continuar os ganhos terapêuticos.                              | 1  | No final teve uma outra mudança, que foi uma mudança muito boa também que foi um incentivo, a que eu continuasse tendo, vamos dizer assim, a força que eu adquiri neste período todo de me livrar da questão.   |
| 02 | S02- Sentimento de que precisava de mais tempo de terapia para conhecer-se melhor. | 1  | A única coisa que eu achei é que a gente para a terapia num momento muito importante eu acho que a gente devia continuar um pouco mais. Eu ate falei que eu queria fazer particular se eu tivesse condição. Porque você se afasta, está remodelando as coisas mas ainda assim eu acho que precisaria mais um pouco pra que a gente pudesse completar realmente o ciclo do estudo de si próprio não é? E de retomar você mesma. Porque você deixa de ser você. A sensação de quando a gente vai num lugar de jogar perde um monte de dinheiro e você sai de lá e ainda precisa de um tempo para ter a noção de que era você. |

### 6.5.3 Resultados dos discursos do sujeito coletivo sobre dificuldade em aceitar, entender ou se adaptar ao terapeuta

Questão 3: Quanta dificuldade você teve em aceitar, entender ou se adaptar ao seu terapeuta ou terapia?

Foram identificadas 3 Ideias-Centrais – síntese, ou categorias, segundo os quadros abaixo:

**Quadro 25:** Síntese dos discursos coletivos sobre quanta dificuldade teve em aceitar, entender ou se adaptar ao terapeuta

| #  | Ideia Central  | N* | DSC  |
|----|--|----|--|
| 01 | S01- Um pouco no que diz respeito a entender, se adaptar ao que ele dizia. | 6  | Um pouco no começo. Não acompanhava aonde ela queria chegar.<br>O problema não era meu terapeuta mas a forma como ele estava colocando as coisas.<br>Eu até entendia o que ele dizia mas minha cabeça era teimosa. |
| 02 | S02- Não considero que houve dificuldades.                                 | 6  | Não considero que houve dificuldades em nossa relação terapêutica.   |
| 03 | Um pouco no começo por ainda não ter confiança                             | 3  | No início foi difícil por eu ser uma pessoa retraída e envergonhada por ser viciada.<br>No começo e difícil, pois estamos ali na frente de uma pessoa totalmente estranha.   |

#### 6.5.4 Resultados dos discursos do sujeito coletivo sobre sucesso da terapia

Questão 4: Você acha que sua terapia foi bem sucedida?

Foram identificadas 1 Ideias-Centrais – síntese, ou categorias, segundo os quadros abaixo:

**Quadro 26:** Síntese dos discursos coletivos sobre se a terapia foi bem sucedida

| #  | Ideia Central     | N* | DSC   |
|----|-------------------|----|---|
| 01 | S01- Sim.         | 12 | Sim.  |
| 02 | S02- Parcialmente | 3  | Parcialmente. Acredito que faltou uma continuidade. Me entusiasmei com a psicoterapia. Antes achava que era uma coisa sem nexos. Sentia entusiasmo e confiança. Mas infelizmente terminou e eu ainda não consigo me comunicar com as pessoas. Não melhorou o relacionamento com minha família. Eu compreendi algumas questões mais ainda sou uma ilha. Não trabalho, não faço nada o dia todo, fico preso dentro de casa, não tenho dinheiro. |

### 6.5.5 Resultados dos discursos do sujeito coletivo sobre por que do sucesso da terapia

Questão 5: Você pode dizer por que?

Foram identificadas 11 Ideias-Centrais – síntese, ou categorias, segundo os quadros abaixo:

**Quadro 27:** Síntese dos discursos coletivos sobre porque a terapia foi bem sucedida ou não

| #  | Ideia Central   | N* | DSC  |
|----|---|----|--|
| 01 | S01- Parou de jogar.  | 4  | Primeiro porque eu acho que eu parei de jogar  |
| 02 | S02- Parou de ter vontade de jogar.   | 2  | Parei de ter vontade de jogar nas máquinas caça-níquel.  |
| 03 | S03-Passou a refletir sobre sua vida. e compreendeu o que o levava ao jogo. | 7  | Passsei a refletir sobre a minha vida, e sair da superficialidade. Compreendi melhor o que me levava ao jogo. O que era discutido me fez pensar muito. Aprendi a aceitar e compreender minha doença.   |
| 04 | S04- Compreendeu o que o levava ao jogo.                                    | 1  | Compreendi melhor o que me levava ao jogo.   |
| 05 | S05- Reinserção familiar.   | 1  | A reorganização da minha inserção familiar que estava muito ruim. Com relação ao meu pai. Eu tava assumindo até uma espécie de culpa, eu tava assumindo todos os problemas que eles apresentavam e eu não dava conta, e como eu não tava bem, é isso que minha terapeuta brigava comigo, como é que eu ia dar conta deles. Eu tava assumindo uma responsabilidade muito grande.<br>Eu passei a frequentar a minha família sem a obrigação, quando eu posso, quando eu quero e porque eu quero hoje por exemplo meus pais vem aqui pra SP porque eles se tratam aqui no HC eu venho pego deixo eles onde tem que ficar e vou embora, eu não perco meu dia de trabalho pra ficar esperando, pra botar no carro, eles pegam uma condução e isso sem eu sentir culpa, antes eu me sentia obrigada, a ponto de eu ir na rodoviária, pegar um taxi pra ir no HC. E eu arrumei um médico um medico pra ela um cardiologista aqui do HC e eles fazem as rotinas lá na cidade dele, numa boa. |
| 06 | S06- Disponibilidade para fazer o tratamento/ envolvimento.                 | 3  | Porque eu estava disposta a fazer o tratamento. Tinha muita força de vontade de estar ali com meu terapeuta. Nunca faltei em nenhuma sessão.   |
| 07 | S07-Parcial porque não resolveu algumas demandas                            | 2  | Parcialmente porque acredito que faltou uma continuidade. Como houve uma identificação deveria ter tido uma continuidade. Consegui me abrir com o meu terapeuta mas não consegui ser mais sincera com as pessoas do meu convívio.<br>Eu ainda não consigo me comunicar com as pessoas.   |
| 08 | S08-Parcial porque teve recaídas  | 1  | Não teve mais sucesso pela recaída que eu tive.  |
| 09 | S09-Está menos impulsivo e por isto melhorou o convívio com as pessoas      | 1  | Mas foi bom porque eu aprendi muita coisa. Fez muita diferença. Primeiro lugar. Eu era uma pessoa explosiva. Qualquer palavrinha eu já queria explodir, já queria quebrar, já queria brigar, então isso resolveu porque hoje em dia eu sei me controlar.   |
| 10 | S10-Porque se fortaleceu  | 2  | Firmeza e sabedoria que os terapeutas passam para a gente. Comecei a me aceitar e a ter auto-estima.   |
| 11 | S11-Viveu um processo de mudança  | 1  | Sim, com certeza, pois através do tratamento e da terapia, graças a Deus a minha vida mudou muito.   |

### 6.5.6 Resultados dos discursos do sujeito coletivo sobre o aspecto mais útil do tratamento

Questão 6: Qual foi o aspecto mais útil do seu tratamento?

Foram identificadas 9 Ideias-Centrais – síntese, ou categorias, segundo os quadros abaixo:

**Quadro 28:** Síntese dos discursos coletivos sobre aspecto mais útil do tratamento

| #  | Ideia Central   | N* | DSC   |
|----|---|----|---|
| 01 | S01- Percepção da necessidade de uma mudança.         | 4  | Consciência de que precisava mudar. Eu vi que jogar só me trouxe prejuízo. Consegui separar o certo e o errado. Hoje consigo entender que o vício destrói a vida.   |
| 02 | S02- O fez pensar, raciocinar sobre si mesmo.         | 4  | Eu saía sempre da sessão pensando e raciocinando no que ela tinha me falado. Mas como não eram coisas muito objetivas, porque era tudo ligado, porque aqui a gente mede muito comportamento. Você vai tomar tal remédio, vai fazer isso, é muito comportamental, e já com o meu terapeuta não tinha nada disso, e por isso no começo foi difícil porque eu tinha que fugir desse lado comportamental para ir para um outro lado mais existencial. Que foi o que a gente abordou muito.                                |
| 03 | S03- Sair do jogo.                                    | 3  | Foi sair do jogo. Não sentir vontade de ir jogar. Foi o mais útil de tudo porque eu era compulsiva demais.  |
| 04 | Diminuir a culpa                                      | 1  | Entender que eu não sou uma pessoa tão horrível.  |
| 05 | Ter esperança de um futuro melhor                     | 1  | E que eu tenho possibilidade de sair do buraco que eu estou. E que eu não posso me abater por isso. Tenho que trabalhar na direção contrária, porque eu quero.  |
| 06 | Entender melhor sobre o jogo e o que o levava ao jogo | 2  | Ter algum discernimento dos fatores desencadeantes. Tive um entendimento maior do transtorno.   |
| 07 | Conseguiu entender algo sobre si, reformulou e reviu  | 3  | Pude rever as coisas que me atormentavam. Tinha conflitos de pensamentos. Pensamentos contraditórios e antagônicos. Isto foi debatido na terapia. Percebi que sofria com algumas coisas. Entendi que acontecimentos de minha infância e adolescência desencadearam todo o problema psicológico. Fiquei neurótico, nervoso. Percebi que eu não tinha domínio de meus pensamentos. Consegui "reconhecer" e "aceitar" que não tenho limite e que por isso não posso jogar, até então eu achava que poderia me controlar. |
| 08 | Se relacionar com outras pessoas                      | 2  | Entendo que foi relacionamento com o outro.   |
| 09 | Ter resolvido suas dificuldades                       | 1  | Depois da terapia não briga mais com os pensamentos, não estabelece relação com a intenção.<br>Trabalhou a sua dificuldade de concentração, sua timidez e a sua dificuldades de aceitar elogios.  |

### 6.5.7 Resultados dos discursos do sujeito coletivo sobre descrição da terapia

Questão 7: Por favor, nos dê uma breve descrição de sua terapia (como ela começou, se desenvolveu e terminou).

Foram identificadas 23 Ideias-Centrais – síntese, ou categorias, segundo os quadros abaixo:

#### Quadro 29: Síntese dos discursos coletivos sobre descrição da terapia: como começou

| #  | Ideia Central   | N* | DSC  |
|----|---|----|--|
| 01 | S01- Dificuldade de entender a terapeuta e desvalorização da terapia. | 6  | Achei o começo mais difícil de entender, achava meu terapeuta meio burro. Saía da terapia pensando: "pagar 10 reais de estacionamento para nada".  |
| 02 | S02- Dificuldade de responsabilizar-se.                               | 2  | No início teve alguns tropeços, devido a dificuldade em assumir o jogo como uma doença.<br>De vez em quando escapava um pensamento: "Mas a culpa é da fulana que começou a me levar para esse negócio que eu não ia."  |
| 03 | S03- Sentia muita culpa.  | 3  | No começo me sentia muito envergonhada. Parecia que eu tinha cometido um crime. Contra mim. Por minha culpa, minha culpa, minha culpa. Eu sentia culpa porque eu não fui capaz de interromper. Eu joguei por 12 anos. Se eu tivesse parado antes eu tinha a metade do dinheiro que eu juntei em toda minha vida. Todo o dinheiro da minha aposentadoria eu gastei em 5 anos. |
| 04 | S04- Chegou em estado de depressão e despersonalização.               | 2  | Eu cheguei aqui num estado de depressão, eu cheguei a ficar uma semana trancada em casa. Sem sair para nada, eu tive uma desorganização eu cheguei a nem saber se era eu mesmo se não era. Tinha muita angústia e vontade de chorar.   |
| 05 | S05- Não conseguia pedir ajuda para os pais.                          | 1  | Eu tive uma diarreia terrível, tive dores, estava sozinha em minha casa, e eu não podia sair de casa, eu não queria ligar para meus pais. Porque eram os únicos que eu podia ligar mas minha mãe é muito sensível, ela disse o que é que foi, você não está bem, o que está acontecendo? A gente está indo para ai. Nessa semana eu emagreci 6,5kg.                          |
| 06 | S06-Entendimento da compulsão   | 1  | No começo o foco foi mais eu entendi a compulsão como doença. Foi importante. Tentando reconhecer a compulsão como doença.   |
| 07 | S07-Dificuldade de se abrir   | 5  | No começo foi meio difícil. Estava tímido, quase não me abria. Hoje eu já me sinto mais aberto para poder conversar sobre os meus problemas. Eu tinha um pouco de vergonha de ter que contar a minha vida, os meus problemas e porque estava ali e que tinha vontade de jogar.   |
| 08 | S08-Curiosidade   | 1  | Começou com curiosidade, descobertas.  |

**Quadro 30:** Síntese dos discursos coletivos sobre descrição da terapia: como se *desenvolveu*

| #  | Ideia Central                                  | N* | DSC   |
|----|--|----|---|
| 01 | S01- Aderiu a terapia, adquiriu confiança.     | 5  | Durante o tratamento a terapia foi me ajudando a entender a realidade. Foi se ajustando, fui tendo mais confiança no terapeuta e o entendendo mais. Eu percebi que ele estava se aprofundando demais e eu não estava acompanhando. E comecei a aderir mais ao tratamento como um todo, o psiquiatra, o cardiologista, os exercícios físicos, comecei a fazer caminhadas em casa, porque eu moro em um condomínio, tem um espaço de arvore, de terras, de ar livre, pra gente fazer algo pra me cuidar mais. |
| 02 | S02- Melhora da auto-estima.                   | 1  | Comecei a fazer algo pra me cuidar mais.  |
| 03 | S03- Crise                                     | 2  | Eu tinha decidido parar de jogar e teve dias que eu entrei em síndrome de abstinência brava, passei a semana em cetralina, 4 por dia. E outros medicamentos. Transcorreu com vários surtos ( recaídas, mentiras, roubos, etc) . Isto foi no meio da terapia.  |
| 04 | Retomada das atividades prazerosas             | 1  | Por exemplo, eu gosto de cantar, eu por causa do meu problema, não posso cantar mas eu tenho outros caminhos, eu posso assistir, ou por exemplo, eu escrevo músicas. Eu fico fazendo coisas que me dão prazer. Eu conserto coisas. Eu conserto geladeira. Faço pequenos trabalhos, trabalhos delicados. Eu comecei a buscar isto durante a terapia.   |
| 05 | Começou a falar de suas dificuldades e queixas | 6  | No começo fui meio difícil hoje eu já me sinto mais aberta para poder conversar sobre os meus problemas. O terapeuta começou a fazer perguntas. Foi se aprofundando e com o passar das sessões eu consegui me soltar e falar dos meus vícios, meus problemas com o jogo e me abrindo mais.  |
| 06 | S06- Parou de jogar                            | 1  | No meio da terapia eu parei de jogar.   |

**Quadro 31:** Síntese dos discursos coletivos sobre descrição da terapia: como *finalizou*

| #  | Ideia Central   | N* | DSC  |
|----|---|----|--|
| 01 | S01- Achou que não tinha completado seu auto-conhecimento no final. | 4  | <p>No final, acho que foi um pouco cedo o final.</p> <p>A única coisa que eu achei é que a gente para a terapia num momento muito importante eu acho que a gente devia continuar um pouco mais. Eu ate falei que eu queria fazer particular se eu tivesse condição. Porque você se afasta, está remodelando as coisas mas ainda assim eu acho que precisaria mais um pouco pra que a gente pudesse completar realmente o ciclo do estudo de si próprio não é? E de retomar você mesma. Porque você deixa de ser você. A sensação de quando a gente vai num lugar de jogar perde um monte de dinheiro e você sai de lá e ainda precisa de um tempo para ter a noção de que era você.</p> <p>Quando eu comecei a conversar mesmo com meu terapeuta eu parei. Agora que acabou certamente abrirá um vazio nas tardes que eu vinha aqui e agora eu não sei como vai ser sem.</p> |
| 02 | S02- Deu conta de não voltar a jogar.                               | 1  | Até dei conta de não retornar. Dei conta ate porque é uma questão muito obrigada, quando eu digo não, se eu disser que eu não vou, eu não vou mesmo. Apesar de eu ser flexível com algumas coisas.   |
| 03 | S03- Depois do final: tentativa de reinserção social.               | 1  | Hoje eu estou afastada por causa da campanha, e estou procurando reorganizar todas as minhas atividades, estou querendo resolver esta questão do jogo porque me impede, quer dizer não me impede, eu sou docente na universidade também, estou dando aula, em enfermagem, tenho formação em enfermagem e em direito, e estou tentando me inserir na política, no trabalho.   |
| 04 | S04-Conclusão   | 1  | No final foi uma conclusão.  |
| 05 | S05-Aceita o passado e pensa em um futuro melhor                    | 1  | <p>Eu acho que o que está feito está feito. Eu acho que eu tenho que achar outros caminhos e superar este problema. Por exemplo, eu gosto de cantar, eu por causa do meu problema, não posso cantar mas eu tenho outros caminhos, eu posso assistir, ou por exemplo, eu escrevo músicas. Eu fico fazendo coisas que me dão prazer. Eu conserto coisas. Eu conserto geladeira. Faço pequenos trabalhos, trabalhos delicados. Eu comecei a buscar isto durante a terapia.</p> <p>Essa retomada das atividades que me dão prazer duram até hoje.</p>  |
| 06 | S06-Começou a falar da infância                                     | 1  | Aí eu comecei a falar da infância no final. E no começo a gente não comentou nada disso. Nos finais agora que a gente ficou lembrando do meu passado e foi muito bom. As sessões por últimos foram a que mais mexeram no meu passado. Foi muito bom, eu chorava. Quando mexia no meu passado eu chorava muito e meu terapeuta ficava olhando para mim e eu soluçava. E eu não podia me conter.   |
| 07 | S07-Teve uma recaída  | 1  | Só fui jogar no final.   |
| 08 | S08-Está muito feliz, melhora da auto-estima.                       | 3  | E terminou assim comigo muito feliz, eu me conhecendo, ouvindo e aprendendo que sou alguém. Hoje estou me sentindo forte para enfrentar os desafios da vida.   |
| 09 | S09-Recuperação   | 1  | E terminou assim comigo muito feliz pois estou 90% curada.   |



### 6.5.8 – Resultados dos discursos do sujeito coletivo sobre por que jogava

Questão 8: Você sabe agora por que você jogava?

Foram identificadas 6 Ideias-Centrais – síntese, ou categorias, segundo os quadros abaixo:

**Quadro 32:** Síntese dos discursos coletivos sobre por que jogava

| #  | Ideia Central   | N* | DSC   |
|----|---|----|---|
| 01 | S01- Aspectos da infância.                            | 1  | Problema que você teve na infância que você lembra, porque o lado pratico, evitar passar perto do jogo não vai na causa. Algumas coisas ligadas a causa meu terapeuta me ajudou a perceber. Algumas coisas ligadas ao meu pai.  |
| 02 | S02-Brigas com a família                              |    | Brigar em casa  |
| 03 | S03- Coisas anteriores ao jogo. Sentimentos, emoções. | 5  | Nunca tocamos no nome jogo. Por incrível que pareça. Algumas coisas ligadas a compulsão. O que levava a compulsão que é anterior ao jogo. Uma certa ansiedade, uma certa angústia, depressão., solidão, vazio. Eu buscava compensações em relações a sentimentos e emoções internas. Foi exatamente nesta terapia que consegui me entender emocionalmente. Não digo que estou curada mas excessivamente controlada. |
| 04 | S04-Não sabe  | 2  | Honestamente não sei  |
| 05 | S05-Por causa da compulsão                            | 3  | Por conta do vício e da satisfação a nós mesmos para dar vazão a compulsão. Acredito que meu caso é incurável por conta de uma grande carga genética, portanto não posso entrar no jogo. O viciado sempre acha que joga para descontar alguma. coisa, tapar algum buraco escuro na vida. Mas isso é só desculpas.   |
| 06 | S06-Porque estava endividada.                         |    | Por causa das dívidas   |

### 6.5.9 Resultados dos discursos do sujeito coletivo sobre influência da compreensão do por que jogava sobre o parar de jogar e recuperação

Questão 9: Compreender por que você jogava, ou por que você continuava jogando foi importante para você conseguir parar de jogar ou para sua recuperação?

Foi identificada 3 Ideia-Central – síntese, ou categoria, segundo o quadro abaixo:

**Quadro 33:** Síntese dos discursos coletivos sobre influência da compreensão do por que jogava sobre o parar de jogar e recuperação

| #  | Ideia Central                                      | N* | DSC   |
|----|--|----|---|
| 01 | S01- Sim.  | 7  | <p>Sem dúvida. E era esse justamente o enfoque que meu terapeuta colocava durante todo o tempo. Eu puxava assunto do jogo e ele falava que esse não era o ponto, que nós não estávamos falando do jogo estamos falando de mim. Ele queria conversar o que me levava ao jogo. Eram outras coisas que me levavam ao jogo. Ai eu comecei a perceber e a gente começou a se aprofundar mais na terapia justamente por isso. Porque o jogador quer ficar na superficialidade, "eu joguei, acordei bem, briguei com a mulher, fui jogar. Você fica discutindo e fica só por cima e acaba se aprofundando e minha terapeuta me proporcionou isso.</p> <p>Teve o momento em que eu resolvi que não adiantava mais estar indo pra esses cantos que esses cantos não adiantavam, e eu percebi que de algum jeito eu tinha que parar.</p> <p>Eu nunca numa ida ao jogo eu perdi. Se eu tivesse levantado e ido embora. O problema da compulsividade é que não vai embora, fica lá apertando sem parar.</p> |
| 02 | S02-Em parte                                       | 3  | <p>Tava jogando e parei. Eu parei durante a terapia mas eu também fazia tratamento psiquiátrico então não sei o que mais ajudou.</p> <p>Depois voltei a jogar e quero ganhar, jogar, ganhar, como se fosse um vídeo-game. Então eu ainda estou tentando entender minha doença e quero em breve parar de vez de jogar.</p>   |
| 03 | S03- Não. Parou de jogar porque o dinheiro acabou. | 1  | <p>Não. Parar de jogar foi o seguinte: o dinheiro acabou.</p>   |

**6.5.10 Resultados dos discursos do sujeito coletivo sobre qual foi o ponto do tratamento em que percebeu que o terapeuta o entendia ou que poderia ficar melhor e/ou parar de jogar**

Questão 10: Você se lembra de algum momento ou ponto do tratamento quando você pela primeira vez percebeu ou sentiu que seu terapeuta entendia você? OU algum ponto onde você percebeu que poderia parar de jogar e/ou ficar melhor?

Foram identificadas 7 Ideias-Centrais – síntese, ou categorias, segundo o quadro abaixo:

**Quadro 34:** Síntese dos discursos coletivos sobre qual foi o ponto do tratamento em que percebeu ou sentiu que o terapeuta o entendia ou algum ponto onde você percebeu que poderia parar de jogar e/ou ficar melhor

| #  | Ideia Central   | N* | DSC  |
|----|---|----|--|
| 01 | S01- Quando começou a entender o terapeuta.   | 1  | No começo eu achei que não. Depois eu percebi. Pelo contrario depois ela me entendia muito bem e eu a entendia também. Começou a ter uma sinergia. Quando eu comecei a entender, eu não queria parar mais.   |
| 02 | S02- Quando entrava em contato com a realidade.   | 2  | Sim. Quando eu entrava em contato com a realidade e conseguia entender o mau que o jogo estava me trazendo.<br>Meu terapeuta consegue expor as situações com muita clareza.  |
| 03 | S03- Quando o terapeuta o responsabilizou.  | 1  | Olha já no meio do tratamento eu comecei a levar uns puxões de orelha da terapeuta , percebi então que ela poderia realmente me ajudar mas só no final eu me senti forte o suficiente para nunca mais voltar a jogar apesar da insistência de várias casas de jogos e a partir de então eu nunca mais senti vontade de jogar mesmo nos momentos de muita necessidade financeira. |
| 04 | S04-Quando ele começou a mexer no meu passado.  | 1  | Eu acredito que quando meu terapeuta começou a me entender mesmo foi quando ele começou a mexer no meu passado.  |
| 05 | S05-Quando o terapeuta o ajudou a perceber que não deveria mais jogar e conseguiu para de jogar | 4  | Consegui ter forças para parar de jogar. Quando eu não estava jogando eu me sentia forte e vencedora. Tenho a clara percepção, além de certeza de que indo ao jogo não apresento nenhuma melhora no comportamento, portanto definitivamente não posso ir.  |
| 06 | S06-Quando o terapeuta o ajudou a perceber que era importante                                   | 1  | Sim, me lembro. Foi quando ela me fez eu perceber que eu era importante.   |
| 07 | S07-Quando o terapeuta compreendeu o que se passava dentro dele                                 | 2  | Quando comecei a contar a minha história e ela me entendeu exatamente o que se passava dentro de mim. Minha terapeuta me ajudou muito a entender este processo de auto-mutilação e punição que vivi no fundo eu sabia que aquilo não era para mim.   |

**6.5.11 Resultados dos discursos do sujeito coletivo sobre quando foi o ponto do tratamento em que percebeu que o terapeuta o entendia ou que poderia ficar melhor e/ou parar de jogar**

Questão 11: Quando foi isso?

Foram identificadas 5 Ideias-Centrais – síntese, ou categoria, segundo o quadro abaixo:

**Quadro 35:** Síntese dos discursos coletivos sobre quando foi o ponto do tratamento em que percebeu ou sentiu que o terapeuta o entendia ou algum ponto onde você percebeu que poderia parar de jogar e/ou ficar melhor

| #  | Ideia Central                | N* | DSC   |
|----|------------------------------|----|---|
| 01 | S01- No meio do tratamento.  | 5  | No meio.  |
| 02 | S02- Depois do meio          | 1  | Depois do meio  |
| 03 | S03- Desde o começo          | 4  | Desde o começo. Logo no início. Eu acho que no máximo na 3a sessão. |
| 04 | S04- No final                | 2  | Somente agora, no final do tratamento psicoterápico.                |
| 05 | S05- No decorrer das sessões | 1  | Foi no decorrer das sessões   |

**6.5.12 – Resultados dos discursos do sujeito coletivo sobre o que aconteceu depois do ponto do tratamento em que percebeu que o terapeuta o entendia ou que poderia ficar melhor e/ou parar de jogar.**

Questão 12: O que aconteceu depois disto?

Foram identificadas 10 Ideias-Centrais – síntese, ou categorias, segundo o quadro abaixo:

**Quadro 36:** Síntese dos discursos coletivos sobre o que aconteceu depois do ponto do tratamento em que percebeu ou sentiu que o terapeuta o entendia ou algum ponto onde você percebeu que poderia parar de jogar e/ou ficar melhor

| #  | Ideia Central  | N* | DSC  |
|----|--|----|--|
| 01 | S01- Parou de jogar.   | 3  | A partir de então eu não senti vontade de jogar mesmo nos momentos de muita necessidade financeira. Tava jogando e parei. Isso foi durante a terapia.  |
| 02 | S02- A terapia acabou e voltou a jogar.                              | 1  | Infelizmente após o final do tratamento voltei a jogar.  |
| 03 | S03- A terapia acabou e sentiu-se sozinho.                           | 2  | Gostaria que o tratamento durasse um pouco mais , às vezes sinto falta de discutir com alguém , me sinto sozinho precisando de mais tempo para dividir minhas questões emocionais. Mas não estou em condições de pagar e isso às vezes me torna depressiva aí tenho que tomar algum remédio para ajudar.   |
| 04 | S04- Permaneceu sem jogar  | 2  | A partir de então eu nunca mais senti vontade de jogar mesmo nos momentos de muita necessidade financeira, e assim permaneço até hoje. Não jogo há 73 dias e não está nada fácil, mas sei que é um dia de cada vez.  |
| 05 | S05- A terapia terminou mas lembra-se da terapia e do terapeuta.     | 2  | Esses dias eu lembrei do meu terapeuta. Eu trocava o nome dele, e esses dias eu lembrei do nome. Todos os dias eu lembro das reuniões, das conversas e principalmente das coisas que ele me falava.  |
| 06 | S06- Foi melhorando cada vez mais e passou a se sentir muito bem     | 5  | Depois disso foi só melhorando o papo. Hoje estou começando a engatinhar como minha netinha de 1 ano e 4 meses. Me sinto uma nova pessoa, estou começando a viver novamente; com a graça de Deus e dos terapeutas. Passei a me sentir bem, dormia bem, tinha consciência limpa, não precisei mais me esconder das pessoas por vergonha ou remorso. Eu comecei a gostar mais de mim. Resolvi fazer escolhas diferentes para minha vida. Decidi fazer tratamento para o fumo e está sendo excelente. Há 2 meses não fumo. Parei de jogar em setembro de 2010 e daí para cá venho sentindo transformação em minha vida. Pois não preciso mais mentir. |
| 07 | S07- Teve maior compreensão da realidade                             | 3  | Fui vendo quanto de ruim o jogo trouxe para mim e para minha família. Consegui entender alguns sonhos e comecei a perceber coisas que antes não percebia.  |
| 08 | S08- Vontade de continuar o processo de compreensão e recuperação.   | 2  | Isso está ocorrendo espero que continue indefinitivamente e o que procurei e que efetivamente precisava. Algumas coisas ficaram no ar. Comecei a minha compreensão e parou a terapia.  |
| 09 | S09- Está pensando no futuro   | 2  | "apostar" em um futuro melhor é possível.  |
| 10 | S10- Aceita o que passou e entende que precisava muito do tratamento | 2  | Apagar o passado eu sei que não dá mais tenho certeza de que procurei o que efetivamente precisava. Muita ajuda...   |

## 7 DISCUSSÃO

---

Todos os discursos levantados até aqui possibilitaram o aparecimento de aspectos relevantes. Muitos deles já haviam sido percebidos durante supervisões, relatos de casos, discussões de casos refratários no PRO-AMJO.

Em uma pesquisa em que vários discursos são colhidos, todavia, nos permite verificar semelhanças, detalhes, congruências e incongruências vividas por um grupo de pessoas, sendo este o motivo da escolha do método do Discurso do Sujeito Coletivo.

Os discursos possibilitaram a percepção de que durante o processo psicoterapêutico do jogador patológico aparecem dúvidas e desafios que os terapeutas têm de manejar da melhor forma possível. Os pacientes também têm dificuldade de aderir ao tratamento e muitas vezes o terapeuta não percebe a perspectiva do seu paciente. Estes desencontros e encontros entre a expectativa do paciente e a do terapeuta a respeito do tratamento foram os pontos mais interessantes do trabalho.

As hipóteses que suscitaram a elaboração desta pesquisa nasceram dentro de um centro universitário de atendimento público a jogadores patológicos (AMJO-IPq- FMUSP) e por isso há a necessidade de que o tratamento seja limitado, siga algumas regras institucionais para que tenha espaço de atendimento a toda demanda de pacientes que chega ao serviço. Além disso, busca-se a excelência. Para tanto há que se reduzir os manejos mal sucedidos e aprimorar a técnica para lidar com as dificuldades. Por exemplo, espera-se evitar os riscos de recaída se o paciente estiver abstinente, evitar que em uma finalização de tratamento o terapeuta não saiba até que

ponto seu paciente conseguiu avançar e/ou que o paciente tenha conseguido poucos ganhos, evitar a própria interrupção precoce do tratamento por parte do paciente, entre outras inúmeras situações.

Os resultados combinados da análise do discurso de terapeutas e pacientes podem ser aglutinados em três núcleos principais: fenômenos típicos do tratamento psicodinâmico (transferência e resistência), manejo e condução do processo terapêutico propriamente dito (conflitos, defesas, formulação de hipóteses psicodinâmicas, término e definição de sucesso terapêutico) e finalmente as fases desse processo. Sobre a transferência, os discursos dos terapeutas foram unânimes em colocar que este fenômeno acontece no tratamento. A importância dada a ela foi relacionada ao fato de que é através dela que o paciente estabelece a confiança no terapeuta e que ela é material de trabalho do terapeuta. Os discursos apontaram também que existe transferência quando há expectativa de solução, de cura ou de resolução do paciente em relação à figura do terapeuta.

Neste sentido grande parte dos discursos dos pacientes sobre quando perceberam que poderiam melhorar afirmou que foi justamente quando começaram a confiar no terapeuta, a ouvi-lo, isto é, quando o terapeuta começa a ter algum poder de influência na vida do paciente.

Por outro lado o paciente não se dá conta do que é a transferência e de que é através dela que a maioria dos terapeutas acredita que depende o tratamento.

Não foi indagado aos pacientes sobre a interpretação da transferência, isto é, se o terapeuta falava para eles sobre aspectos da relação entre eles. E também não foi percebido nenhum discurso de pacientes que discorresse sobre isto mesmo que nas entrelinhas do discurso.



Os terapeutas não indicaram privilégio à transferência positiva, uma vez que a negativa foi muita citada nos discursos sobre exemplos de como se manifestou a transferência. Além disto, há uma boa parte de discursos de terapeutas que até colocaram a importância do aparecimento da transferência negativa, que ela se bem conduzida pode até alavancar o tratamento. A transferência negativa dos pacientes para com os terapeutas foi percebida nas entrelinhas dos discursos, como por exemplo, quando um paciente disse que no começo achava seu terapeuta “burrinho” e depois passou a valorizá-lo e o achou inteligente. Freud e Bergler sugeriram que a psicodinâmica do jogador patológico é dominada por conflitos parentais e a dificuldade em aceitar o princípio de realidade instaurado pela figura de autoridade e lei. Neste cenário, soa pouco realista esperar que sentimentos de rivalidade e raiva não venham se manifestar na transferência durante o tratamento. Um discurso muito interessante de um paciente alertou para o perigo em tentar manter a transferência positiva uma vez que ela pode impedir o paciente de lidar com certas questões ou de fazer progressos.

Com relação ao manejo da transferência negativa foram ouvidos discursos em que há a indicação de interpretação da transferência. Aqui pode se citar a contribuição de Malbide (1989) quando defende a interpretação da transferência para momentos em que a transferência se coloca como resistência. Esta interpretação também se mostrou indicada nos momentos em que há resistência do paciente em perceber algo ou para perceber um padrão de relacionamento que se estabelece fora do consultório.

Sobre a resistência, no discurso dos terapeutas ela é o que impede a progressão do tratamento, pois interrompe o processo de associação livre. Ela foi

---

indicada pela circunstancialidade do discurso do paciente (falar de assuntos triviais, não falar sobre si, etc.) ou esquiva concreta (faltas, atrasos, etc.).

Nos discursos dos pacientes a resistência também foi percebida nas entrelinhas como, por exemplo, quando os pacientes disseram que no começo do tratamento tiveram dificuldade de entender o que o terapeuta estava dizendo e o sentido da psicoterapia.

Alguns discursos apontaram para a responsabilidade do terapeuta em lidar com os obstáculos de acesso ao inconsciente e que assim quando há um bloqueio é o terapeuta que deve se responsabilizar por isto, isto é, a condução do processo não está acontecendo de forma que permita ao paciente se abrir e evoluir.

Aqui alguns discursos apontam para o cuidado em não deixar as sessões girarem em torno do assunto jogo, seja quando o paciente só quer falar sobre isso, ou quando o terapeuta em sua preocupação com o sintoma do jogo acaba só falando deste assunto também. Faz-se um alerta, portanto ao perigo de “conluio” com a dificuldade do paciente e enfatiza-se que a supervisão é um instrumento essencial para que sejam percebidas estas dificuldades do terapeuta. Um manejo possível que surgiu na análise do discurso de terapeutas para contornar este tipo de resistência foi remeter o paciente a um passado anterior ao jogo.

Alguns exemplos de resistências foram freqüentemente relatados pelos terapeutas: evitar alguns assuntos durante a sessão (esquiva), a negação (não admitir um problema, colocar no outro a responsabilidade pelo que é dele) e a racionalização (dificultar o acesso a emoções encontrando um motivo racional para seus comportamentos).

É de se esperar que estes tipos de exemplos não tenham sido apresentados nos discursos dos pacientes uma vez que a resistência é algo de difícil elaboração e percepção.

Com relação ao manejo da resistência, vimos alguns discursos que apontaram para o cuidado e a delicadeza com que deve ser manejada uma vez que junto a ela estão conteúdos dolorosos e sofridos e por isto mesmo o paciente resiste tanto. Deve-se mostrar ao paciente que ele, terapeuta, está ali para ser um aliado e que a abertura a aspectos e assuntos difíceis favorecerá o tratamento. Além disto, as interpretações, questionamentos e apontamentos de inconsistências foram colocados como formas de se lidar com a resistência, objetivando a subjetivação do discurso do paciente.

Sobre a condução do processo psicodinâmico, está claro que os terapeutas identificaram conflitos e defesas dos pacientes como fenômenos eliciados pelo próprio tratamento. Entretanto, em que pese que os dois fenômenos são relacionados (conflitos inconscientes suscitam uma defesa psíquica), cabe aqui uma autocrítica sobre a pergunta formulada para esta finalidade que não solicitou uma diferenciação entre ambos. Na análise dos resultados, porém tentou-se identificar o que é conflito e o que é defesa.

Há congruência entre a teoria freudiana dos conflitos edípicos em JP e o relato dos terapeutas no presente estudo, ainda que este paralelo deva ser visto com cautela, pois sempre há o risco de uma avaliação tautológica dos pacientes da parte de clínicos que já são previamente comprometidos com o referencial psicanalítico. Os principais conflitos apontados foram necessidade de ser amado versus a necessidade de ser especial (ou singular) e a divisão entre liberdade e conformidade. No primeiro caso o paciente estaria dividido entre a condição da obediência à

autoridade para ser amado e a transgressão que lhe assegura a individualidade. O segundo caso parece ser uma consequência ampliada do primeiro, onde a transgressão garante a liberdade, mas exclui do laço social. Em ambas as situações parece claro o paralelo com a teoria freudiana de que a rebelião contra a autoridade representada pelo pai leva a dificuldades na instalação do princípio de realidade e o recurso aos pensamentos mágicos e à superstição.

Apesar do foco na figura paterna, questões em relação à mãe também surgiram nos relatos de terapeutas envolvendo histórias de abandono. Uma possível hipótese que podemos levantar é se esta necessidade de ser especial não seria uma tentativa de compensação de uma negligência parental e reparação narcísica de uma auto-estima comprometida.

São compatíveis com estes conflitos, as defesas de narcisismo e onipotência apontadas pelos terapeutas: o narcisismo relacionando-se com o fato de o jogador querer ser a exceção e a onipotência com as fantasias do jogador de ser poderoso e estar no controle.

Sobre a formulação de hipóteses, nenhum discurso do sujeito coletivo (DSC) colhido na pesquisa afirmou buscar o delineamento de hipóteses psicodinâmicas específicas, isto é, a busca de hipóteses a priori a serem verificadas no processo de psicoterapia psicodinâmica de curto prazo (PPCP), enquanto que um DSC sugeriu hipótese universal que fundamentaria a PPCP para o jogador patológico (JP): a de que o jogo tem motivação inconsciente. Um discurso de terapeuta colocou que a reformulação de hipóteses acontece do início ao fim do tratamento. Por outro lado outros discursos indicam que no início do tratamento, ou pelo menos na sua primeira metade, os terapeutas devem ajudar o paciente a formular a hipótese anteriormente

referida, sendo muito importante não permitir que tal percepção passe despercebida neste período. Há, contudo, ressalvas de que esta elaboração deva ser pautada nos conteúdos originais trazidos pelo paciente, sendo que a hipótese sobre o conflito central deveria ser formulada em sessão pelo paciente, ou construída na supervisão pela revisão do conteúdo das sessões. Nota-se aqui uma divisão dos terapeutas entre formular hipóteses e usar as sessões para testá-las e reformulá-las se necessário, ou aguardar que as mesmas se estruturam de forma espontânea ao longo do tratamento. Esta última opção parece mais natural ao interferir menos com os conteúdos do paciente, entretanto a PPCP por definição pode não dispor do tempo necessário para que o próprio paciente formule seus conflitos, exigindo do terapeuta uma atividade maior na condução do tratamento, como defendido por Sifneos (1989). No tratamento psicodinâmico de jogadores patológicos, isto é uma questão em aberto. Entretanto como indicado pelo discurso dos terapeutas seria interessante que até a metade das sessões programadas tal hipótese que deveria guiar o tratamento já estivesse formulada. Então, nos casos em que o paciente exiba dificuldade para fazê-lo sozinho, justifica-se uma atividade crescente do terapeuta do princípio ao meio do tratamento.

Segundo Rosenthal (2007) a formulação psicodinâmica começa enfrentando a questão de por que este paciente em particular apresenta-se com este diagnóstico e problemas específicos no momento. Nesta perspectiva de uma elaboração inicial, alguns discursos apontaram para a elaboração de hipóteses da 1ª até a 5ª sessão e que até a 20ª constrói-se uma segunda hipótese já melhor elaborada do que a primeira.

Sobre a importância em se trabalhar conteúdos da infância e adolescência no lugar de assuntos do presente, os discursos de terapeutas em sua grande maioria

indicam que o presente e o passado podem ser trabalhados juntos. Se retomarmos a definição de transferência e de inconsciente na obra Freudiana, conseguimos entender o porque disto. O inconsciente é atemporal e a transferência é o mecanismo de re-atualização no presente do que foi vivido no passado. Assim faz muito sentido trabalhar com as memórias do passado e conflitos do presente ao mesmo tempo. Por outro lado alguns discursos apontaram que as memórias de infância necessitam de um tempo maior para serem trabalhadas e que se elas surgem no final do tratamento. Assim, o terapeuta deveria focar mais o presente. Mais uma vez, o tempo como um limite concreto da PPCP se apresenta como o fator decisivo para se investir, ou não na investigação de conteúdos da infância. Se o paciente tem facilidade e naturalmente se remete ao passado, o terapeuta deve aproveitar esta oportunidade. Contudo, se o paciente apresenta dificuldades neste quesito, ou acena com o resgate de um evento remoto ao fim do processo, o que exigiria um prolongamento implausível do tratamento deve se dirigir a atenção para os desafios do presente. Ainda assim, é fundamental observar que no discurso dos pacientes as referências a origens infantis dos problemas com jogo foram recorrentes, sugerindo que a tentativa de investigar as experiências mais marcantes do desenvolvimento emocional desses pacientes é válida e deveria ser tentada a princípio na PPCP, devendo ser abandonada apenas no caso em que a insistência em fazê-lo, por dificuldades do paciente, pudesse comprometer a progressão do tratamento.

O manejo do final do tratamento em psicoterapia de curto prazo ou de tempo limitado é algo que merece maior atenção do que em psicoterapia sem limitação de tempo. Neste último caso, o fim é decidido geralmente pelo paciente, que começa a sinalizar que já não tem mais demandas e que já está bem resolvido com muitas de

suas questões. O término do tratamento em PPCP de jogadores patológicos revelou-se no discurso de ambos terapeutas e pacientes um desafio para o qual não se pôde antever uma conciliação satisfatória. De um lado, os terapeutas apontam para o potencial positivo do término em catalisar o processo terapêutico, abrindo caminho para material antes represado pela resistência do paciente. Contudo, quando questionados sobre o manejo específico do término, nenhum discurso sugeriu foco em vivências de abandono e luto que poderiam naturalmente emergir no contexto do fim da terapia. Esta deficiência apresenta um importante paralelo no discurso dos pacientes que afirmaram ter tido dificuldade em aceitar o término, recaíram, ou sentiram que o processo de autoconhecimento foi insuficiente.

Os conteúdos especificamente abordados nas sessões finais pelos terapeutas foram: contextualização do tempo, a seqüência do tratamento no Ambulatório em outras modalidades de atendimento, falar sobre ganhos e resultados da terapia, explorar o futuro do paciente e explorar os sentimentos com relação ao final do tratamento. Isto vai em parte ao encontro da proposta de Sifneos (1989) que sugere avaliar ao fim do tratamento se o paciente relata diferenças no seu modo de agir, indicando se houve desenvolvimento de novas relações e novas maneiras de lidar com velhos problemas, demonstrando maior independência do terapeuta, melhora da auto-estima e da autoconfiança.

Haydee (2000) propõe que nesta fase sejam discutidos com o paciente os pontos trabalhados, progressos feitos, limites e a própria alta, averiguando-se a concordância do paciente com a finalização. Caso não haja concordância e o terapeuta não puder continuar o atendimento, deve ser feito um encaminhamento para outro profissional.

Em relação à definição de sucesso terapêutico, para os terapeutas associam um término exitoso à redução do comportamento de jogo, melhora na qualidade de vida e busca de outras fontes de satisfação, enquanto que para os pacientes o sucesso está associado à disponibilidade para realizar o próprio tratamento, na compreensão do que os levava a jogar, ter consciência das perdas, parar de jogar e não sentir vontade de fazê-lo. Terapeutas e pacientes ainda concordam que o sucesso é detectado pela melhoria do autoconhecimento, aumento da responsabilidade e re-inserção social.

Importante ser mencionado o contraste detectado na pesquisa, ao se apurar que os terapeutas foram mais otimistas quanto ao alcance da PPCP abrangendo elementos relativos à melhora global do bem estar subjetivo e da qualidade de vida, enquanto os pacientes mencionam satisfação com o simples fato de conseguir dar sequência ao tratamento, parar de jogar e compreender o que os levava ao jogo. Estes dados apontam que a percepção dos terapeutas com relação ao sucesso terapêutico visualiza efeitos de longo prazo, enquanto a percepção dos pacientes visualiza efeitos de curto prazo.

Surgiu ainda um discurso em que alguns pacientes vêem o sucesso de forma parcial uma vez que não resolveram algumas demandas. Estes discursos de pacientes nos fazem pensar na importância de uma avaliação por parte do terapeuta de se as demandas propostas inicialmente por seus pacientes estão de fato resolvidas ou se será necessário um re-encaminhamento deste paciente para uma nova terapia ou continuidade.

Após o recebimento da alta, sugere-se ainda uma re-avaliação posterior pelo terapeuta que conduziu o tratamento ou pela equipe institucional. Isto porque no



momento da entrevista alguns pacientes, que já haviam recebido alta até mais de um ano, colocaram a necessidade de ainda entender seus conflitos, estarem jogando e demonstraram o interesse de retomar o tratamento.

Finalmente, em uma tentativa de induzir uma síntese da avaliação do processo, foi solicitada a ambos, pacientes e terapeutas se ele observaram fases específicas da PPCP no tratamento do JP. A descrição dos terapeutas foi muito mais complexa e mais detalhada.

Os pacientes acabaram dividindo seus discursos em três etapas: início, meio e fim de tratamento. Já através dos discursos dos terapeutas foi possível identificar várias fases, que poderiam chegar a oito. Optou-se porém, após a análise destes dados que 4 grandes fases poderiam dar conta de todo o processo narrado pelos terapeutas.

A narração da fase inicial pelos pacientes e terapeutas, que chamaremos de **reconhecimento**, mostrou-se muito concordante. No início o paciente nega o problema e vive um auto-engano, segundo os terapeutas. Os pacientes conseguiram dizer que tinham dificuldade de se responsabilizar no começo do tratamento e que tinham dificuldade de entender e valorizar o terapeuta e a terapia. Os terapeutas percebem que o jogador chega com sérios problemas advindos do jogo. A depressão foi percebida pelos dois grupos, porém a despersonalização foi narrada apenas pelos pacientes que ainda descreveram dificuldade de relacionamento interpessoal e sentimento de culpa. Sobressai no discurso dos pacientes o atordoamento causado pelas crises agudas causadas pelo jogo que praticamente o “jogaram” no contexto terapêutico sem uma clara percepção do que isto implicava.

Ainda nesta fase inicial os terapeutas propõem que deve-se incitar o questionamento visando o reconhecimento. Cabe perfeitamente aqui os discursos de

pacientes dizendo que no começo tinham dificuldade de se abrir, mas que tinham muita curiosidade a respeito de si mesmo e da compulsão. Aqui o paciente se pergunta sobre que tratamento é este, quem é este terapeuta. Sua posição ainda parece ser a da vítima, isto é, os problemas que ele tem não são de responsabilidade dele. Ao mesmo tempo, diante de todo o cenário de sua vida de destruição e caos, ele tem um sentimento de desamparo e uma demanda de acolhimento. Nesta fase o terapeuta deve então adotar uma posição de interesse e uma postura acolhedora e iniciar um questionamento inicial simples do tipo: “quem é você”, “o que faz aqui”, visando o reconhecimento.

Marcando um período de transição entre a fase de reconhecimento e a próxima fase que chamaremos de fase **subjetivação**, o terapeuta indaga sobre as motivações para o jogo. O paciente responde às perguntas feitas pelo terapeuta ainda sob uma perspectiva superficial, preso às circunstâncias. Neste ponto em que se verificam mais claramente as defesas clássicas como negação e racionalização, como no resumo que um paciente fez ao ser indagado pelo seu terapeuta como havia sido o seu dia: “hoje eu acordei, fui trabalhar, discuti com meu chefe, fui jogar, perdi dinheiro e voltei para casa”. Neste ponto, surge uma demanda do paciente de confirmação do seu papel de vítima, que uma vez não dada pelo terapeuta, provoca irritação e sentimentos de menosprezo pelo terapeuta. Verifica-se aqui a transferência negativa referida pelos terapeutas e talvez neste ponto, quando este fenômeno for intenso o suficiente para ameaçar a progressão do tratamento, caiba a interpretação da transferência como uma estratégia para lidar quando a mesma representa uma resistência ao avanço do tratamento. Se o terapeuta for bem sucedido no manejo deste ponto estratégico do tratamento, espera-se que o discurso do paciente progrida

da circunstancialidade à subjetivação, onde a narrativa do contexto externo é aos poucos substituída pela narrativa do contexto interno.

Nesta fase intermediária, ou de subjetivação, os terapeutas discorreram muito sobre o estabelecimento da transferência. Também disseram que é a fase em que as defesas diminuem e há uma aceitação de limitações e uma maior reponsabilização. Neste mesmo sentido os pacientes disseram que nesta fase intermediária eles aderiram à terapia e adquiriram confiança no terapeuta, assim como começaram a falar de suas dificuldades e queixas. Nesta fase os pacientes geralmente param de jogar e mostram-se mais pró-ativos, retomando algumas atividades que tinham deixado de lado e resgatando sua auto-estima.

Há dois discursos, um de terapeutas e um de pacientes, sobre o final desta fase que colocam a possibilidade de nela aparecer um certo incômodo, uma resistência à mudança e até mesmo uma regressão. Isto foi chamado por alguns pacientes de crise. Questiona-se aqui o que provocaria esta crise neste segundo momento. Embora a resposta exata a essa questão exija mais investigação, parece natural que, nesta fase em que a aliança terapêutica se consolida, progredindo-se na redução da resistência ao tratamento, o paciente comece a se perguntar sobre seu próprio comportamento e aí entende-se o incômodo, a crise ou até mesmo uma regressão. Mais uma vez, espera-se que um manejo adequado do terapeuta permita aquilo que chamaremos de retificação subjetiva, um processo através do qual o paciente troca da posição de vítima para agente de sua própria vida, a abertura deste processo marca a passagem à terceira fase e a emergência de sentimentos conflitantes de esperança e medo.

A terceira fase narrada somente pelos terapeutas é aquela que chamaremos destruição e **negociação**, pois envolve a demolição do discurso da vítima e

construção de uma relação com os desafios da vida sob as perspectivas e limites da realidade. Em mais este momento estratégico do tratamento, a conduta do terapeuta diante das emoções conflitantes que surgem deve ser no sentido de mostrar os benefícios da mudança e apoiar o paciente neste processo que também pode ser difícil e doloroso.

A entrada na quarta fase que chamaremos de **término** é precipitada pela percepção de que a psicoterapia adentrou as suas últimas sessões. Interessantemente sobre esta fase final é onde as narrativas de pacientes e terapeutas se mostraram menos congruentes do que as fases iniciais. Assim como foi discutido no tópico sucesso terapêutico, aqui no final do tratamento os terapeutas o apresentaram com muito mais otimismo do que os pacientes. Não houve nenhum discurso sequer por parte dos terapeutas de que no final este paciente pode ainda não estar bem. Questiona-se se não foram obtidos estes discursos uma vez que a eles foi pedido para narrar uma seqüência de fases tendo em mente um caso bem sucedido.

Da parte dos pacientes, foram colhidos discursos bem sucedidos como: manutenção da abstinência, recuperação, felicidade, esperança de um futuro melhor, aceitação do passado sem culpa, tentativa de re-inserção social e conclusão. Destes discursos chamam a atenção as palavras esperança e tentativa. Aqui fica claro que este momento final pode significar ainda um processo de mudança para o paciente. Isto é, ele ainda não se inseriu, ele ainda não tem uma vida no presente boa, mas sonha com uma no futuro. Os discursos de pacientes que demonstram que o final pode não ser bem sucedido foram sobre a recaída que pode acontecer neste momento, a sensação de abandono e de que precisava de mais tempo com o seu terapeuta. Este é o terceiro e último ponto estratégico do tratamento. Infelizmente o

seu manejo mais adequado não pôde ser elucidado na presente pesquisa e pede um detalhamento em futuras investigações.

Além dessa importante limitação, destacamos que os achados deste estudo, bem como as conclusões que derivam deles, devem ser relativizados por outras limitações inerentes à metodologia qualitativa. Através dela podemos identificar modalidades de discurso a respeito do processo terapêutico e identificar fenômenos que surgem durante o mesmo, mas não podemos pesar a contribuição específica de cada um para o desfecho terapêutico. Para isto, é necessária a elaboração de diretrizes pautadas nos fenômenos identificados e testá-las em ensaios clínicos subseqüentes para avaliar os efeitos da PPCP em jogadores patológicos comparada a intervenções mínimas e outras modalidades terapêuticas. Também é importante frisar que a instrução dada aos terapeutas para basearem suas respostas em processos psicoterápicos conduzidos com êxito tinha como finalidade privilegiar a recordação de manobras terapêuticas para um tratamento bem sucedido, visando a formulação futura de diretrizes terapêuticas. Da parte dos pacientes, embora o sigilo das informações tenha sido reiterado de forma enfática, é possível que algum constrangimento não declarado possa ter inibido a plena expressão dos mesmos, sobretudo quando se pediu que eles relatassem a sua opinião sobre seus terapeutas. É importante lembrar que a aluna, que conduziu pessoalmente todas as entrevistas com pacientes, embora não tenha incluído nenhum paciente tratado por ela mesma, foi também uma das psicoterapeutas que conduziu PPCP no PRO-AMJO. Entretanto, se tal limitação se deu, claramente não foi absoluta, visto que críticas e menções às limitações dos terapeutas puderam ser registradas no discurso dos pacientes.

Em resumo, esta análise qualitativa do discurso do sujeito coletivo de terapeutas e pacientes sobre PPCP em jogadores patológicos tem seu mérito principal na originalidade de seus objetivos, visto que até o momento desconhecemos a existência de outro estudo pautado em amostra clínica que tenha aplicado esta metodologia à investigação de uma modalidade de psicoterapia em um diagnóstico psiquiátrico específico. É interessante notar que enquanto as fases de progressão do tratamento parecem reproduzir observações clínicas relatadas no tratamento psicodinâmico independente do diagnóstico, os conteúdos das sessões amalgamados na organização dos discursos coletivos sugerem algumas peculiaridades de jogadores patológicos submetidos ao tratamento psicodinâmico. Ou seja, a estrutura do tratamento psicodinâmico para jogadores patológicos é genérica, mas seu conteúdo é particularmente influenciado pelo diagnóstico. Neste caso destacam-se o atordoamento e o tumulto interno vivido pelo jogador no início do tratamento. Os sentimentos de hostilidade e rivalidade em relação ao terapeuta são um desafio que se apresenta logo no princípio do tratamento, exigindo um cuidado particular no manejo da transferência, particularmente a negativa, requerendo eventualmente a interpretação da mesma. Estes ataques são provocados pelo questionamento, inerente ao processo psicodinâmico, das defesas narcísicas e onipotentes do jogador bem observadas e relatadas pelos terapeutas. Interessantemente, contrário aos primeiros relatos de Freud e Bergler, quase nenhuma ênfase foi posta no masoquismo como mecanismo típico de jogadores patológicos nesta amostra de terapeutas e pacientes. Por fim, tanto o discurso de terapeutas quanto de pacientes alerta para o risco de se ficar exclusivamente preso aos fatores externos que desencadeiam o jogo, ou às suas conseqüências, com uma sugestão de que sempre que possível deve se tentar um resgate de experiências da

---

infância ou do passado remoto que possam traçar um paralelo entre momentos cruciais do desenvolvimento e comportamento presente de jogo.

Esperamos que estes achados sirvam de estímulo ao desenvolvimento de mais pesquisas sobre a abordagem psicodinâmica do Jogo Patológico, resgatando dessa forma uma prática clínica que se confunde com a própria história da construção desse diagnóstico, mas que surpreendentemente pode desaparecer se as lacunas das últimas décadas em relatos de investigação, teste de hipóteses clínicas e reformulação técnica recorrente não forem preenchidas.

## **8 CONCLUSÃO**

---



---

A análise dos discursos de sujeitos coletivos de terapeutas e jogadores patológicos tratados com PPCP conduziu às seguintes conclusões:

- O início do tratamento psicodinâmico de jogadores patológicos é marcado pelo atordoamento causado pelas crises que precipitaram a busca pelo próprio tratamento, muitas vezes uma opção imposta, mais do que um ato voluntário do paciente;
- Sentimentos negativos em relação ao terapeuta podem ocorrer e requerem um manejo específico por meio de interpretações para dirimir resistência e permitir a progressão do tratamento;
- Narcisismo e onipotência são mecanismos de defesa comuns em jogadores contra sentimentos de menos valia e desamparo;
- O masoquismo, ao contrário de sugestões prévias da literatura, não foi identificado como um mecanismo peculiar de jogadores patológicos;
- Uma hipótese psicodinâmica associando um provável conflito inconsciente ao jogo é necessária à condução da PPCP e sua elaboração deve ocorrer entre o início e metade do tratamento, devendo o terapeuta empenhar esforço crescentemente ativo proporcional ao risco de não se obter esta formulação em tempo hábil para condução exitosa do tratamento;
- A combinação dos discursos de terapeutas e pacientes permitiu a identificação de quatro fases da PPCP em jogadores patológicos:
  - Fase inicial de reconhecimento, visa a circunscrição do paciente como sujeito da terapia e da queixa que motiva o tratamento;

- 
- Fase de subjetivação, visa a passagem progressiva de um discurso pautado nas circunstâncias externas do jogo para circunstâncias internas;
  - Fase de retificação/negociação, se refere à mudança de posição subjetiva de vítima para agente da própria vida, exige um esforço ativo da parte terapeuta em reduzir resistências e apontar os benefícios dessa mudança;
  - Término, período em que se verificam os benefícios da PPCP e se trabalham os sentimentos de luto pelo fim do tratamento.
- O manejo do término de tratamento e a definição de sucesso terapêutico e fatores associados necessitam investigação adicional;
  - De uma maneira geral terapeutas expressam uma ambição maior em relação aos resultados da PPCP, relacionando seu êxito à interrupção do jogo, ao aumento do bem estar subjetivo e da qualidade de vida;
  - Pacientes são mais modestos em sua avaliação e consideram sucesso terapêutico a simples adesão ao tratamento, tendo uma avaliação mais atrelada à supressão do jogo e fatores associados.

## **9 ANEXOS**

---

## **Anexo 1 – Roteiro de perguntas aos terapeutas**

Instruções: Primeiramente, nós gostaríamos de agradecer pelo seu tempo. Se você concordar em participar deste estudo, nós gostaríamos de lhe perguntar algumas questões retomando a psicoterapia de jogadores patológicos que você conduziu recentemente ou no passado. Este questionário é parte de um estudo qualitativo que tem por objetivo identificar características da psicoterapia que promovem a recuperação mais facilmente. Qualquer informação que você fornecer será absolutamente confidencial. Nenhum dado será fornecido que possa identificar os entrevistados. A maioria das questões são abertas e construídas de forma que garantisse que a sua opinião não ficasse restringida por qualquer suposição prévia dos pesquisadores. Tente manter suas respostas sucintas e simples. Nós iremos perguntar sobre sua compreensão sobre alguns conceitos como transferência e resistência para verificar se os terapeutas estão lidando com eles da mesma forma. Nós não estamos procurando definições escolares e isto não é um exame. Suas respostas são boas como elas são na medida que você fique a vontade para respondê-las e que elas representem sua verdadeira opinião.

Mais uma vez obrigada pela sua participação.

### Questões para o terapeuta

- 1- Por favor, nos dê com suas palavras sua definição de transferência.
- 2- Qual a importância da transferência para o sucesso da terapia?
- 3- Você tentou manter uma transferência positiva durante o tratamento?
- 4- Você interpretou a transferência (sempre, algumas vezes se você sentiu que era benéfico ao paciente, nunca)? Por que?
- 5- Por favor, nos dê dois ou três exemplos de como a transferência se manifestou na psicoterapia que você conduziu com jogadores patológicos.
- 6- Por favor, nos dê em poucas palavras sua definição de resistência em tratamento psicodinâmico.
- 7- Por favor, nos dê dois ou três exemplos de como a resistência se manifestou na psicoterapia que você conduziu com jogadores patológicos.
- 8- Como você maneja a resistência e mudanças relatadas nos exemplos que você descreveu anteriormente?
- 9- Como você definiria sucesso terapêutico?
- 10- Por favor, escolha um caso dentre os que você tratou com sucesso. Mantendo este caso em mente, você diria que o tratamento do paciente seguiu fases identificáveis? Se sim, você poderia nos dar uma breve descrição dessas fases?

Considerando as técnicas psicodinâmicas que você usou enquanto conduzia a psicoterapia com jogadores patológicos:

- 11- Você usualmente tentava formular hipóteses psicodinâmicas que guiavam suas intervenções terapêuticas? Se sim, quantas sessões levaram para que você pudesse formular alguns conflitos e defesas que estavam sustentando os sintomas do paciente jogador patológico?
- 12- Existem conflitos típicos ou defesas que você viu em alguns ou na maioria dos jogadores patológicos que você tratou, ou cada caso teve seus próprios conflitos e comportamentos?
- 13- Se você pensa que há conflitos e defesas típicas, você pode dizer quais são eles?
- 14- Quão importante é lidar com experiências da infância e/ou adolescência no lugar de desenvolver insights sobre os relacionamentos e experiências presentes dos pacientes?
- 15- Sua resposta depende da duração do tratamento e se há um número prévio de sessões determinados?
- 16- Sua terapia com jogadores patológicos geralmente tem um número fixo de sessões? Se sim, quantas?
- 17- Foi sua própria decisão trabalhar desta forma, ou você teve que aceitar isto devido a dificuldades da realidade (muitos pacientes, fila de espera, demandas financeiras ou institucionais, etc.)?
- 18- Ao se aproximar do fim da psicoterapia, você abordou o tema com o paciente?
- 19- Se sim, como
- 20- Quando?
- 21- Na sua opinião, como a proximidade do fim do tratamento afeta a psicoterapia?

A respeito do seu treinamento e do seu referencial teórico:

- 22- Você segue alguma orientação psicodinâmica ou psicanalítica específica?
- 23- Que tipo de treinamento formal você teve? Você se graduou em algum instituto psicanalítico ou programa psicoterápico psicodinâmico?
- 24- Ou sua experiência educacional não fez parte de um currículo formal (i.e. supervisão, grupo de estudo ou workshops, terapia pessoal ou análise pessoal, etc.).
- 25- Você teve algum treinamento específico para jogo patológico? Você completou algum programa? Qual?
- 26- Você esteve atualmente ou no passado envolvido com algum grupo profissional ou serviço de assistência a jogadores patológicos?
- 27- Que tipo de programa foi: internação, ambulatorial, outro?
- 28- Foi em algum serviço universitário, serviço público, iniciativa não-governamental (trabalho voluntário, ONG, etc.), prática privada, ou outro?
- 29- Quanto tempo você esteve envolvido com este grupo ou serviço?

## **Anexo 2 – Roteiro de perguntas aos pacientes**

Instruções: Primeiramente, nós gostaríamos de agradecer pelo seu tempo. Se você concordar em participar deste estudo, nós gostaríamos de lhe perguntar algumas questões retomando seu tratamento para jogo compulsivo e sua experiência com seu terapeuta. O objetivo deste estudo é identificar características da psicoterapia para jogo que promovem a recuperação mais facilmente. Qualquer informação que você fornecer será absolutamente confidencial. Nenhum dado será fornecido que possa identificar os entrevistados. Desta forma, nós esperamos que você fosse o mais honesto possível em suas respostas.

### Questões

- 1- Revendo o seu tratamento psicoterápico, havia qualidades de seu terapeuta que ajudaram em sua recuperação?
- 2- Como seu relacionamento com seu terapeuta mudou durante seu tratamento com seu terapeuta?
- 3- Quanta dificuldade você teve em aceitar, entender ou se adaptar ao seu terapeuta ou terapia?
- 4- Você acha que sua terapia foi bem sucedida?
- 5- Você pode dizer por que?
- 6- Qual foi o aspecto mais útil do seu tratamento?
- 7- Por favor, nos dê uma breve descrição de sua terapia (como ela começou, se desenvolveu e terminou).
- 8- Quanto tempo ela levou?
- 9- A duração do tratamento ou o número de sessões foi determinado previamente?
- 10- Ela foi individual, familiar, em grupo ou combinação de mais de uma delas?
- 11- Você sabe agora por que você jogava?
- 12- Compreender por que você jogava, ou por que você continuava jogando foi importante para você conseguir parar de jogar ou para sua recuperação?
- 13- Você se lembra de algum momento ou ponto do tratamento quando você pela primeira vez percebeu ou sentiu que seu terapeuta entendia você? OU algum ponto onde você percebeu que poderia parar de jogar e/ou ficar melhor?
- 14- Quando foi isso?
- 15- O que aconteceu depois disto?

**Anexo 3 - Termo de Consentimento Informado dos terapeutas que atendem ou atenderam no AMJO- Ambulatório do Jogo Patológico do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da USP-SP (FMUSP)**

São Paulo, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2008.

A entrevista a se realizar será utilizada para o estudo sobre “Tratamento de Jogadores Patológicos com o uso de técnica psicodinâmica: Análise qualitativa do discurso de terapeutas e pacientes” promovido pelo Instituto de Psiquiatria do Hospital das Clínicas de São Paulo e realizado pela psicóloga Ana Carolina Naves Magalhães, sob a orientação do Professor Dr. Hermano Tavares.

A entrevista terá a duração de aproximadamente uma hora e será utilizado um gravador para o registro. As informações registradas serão transcritas e trabalhadas segundo o referencial da Análise do Discurso Coletivo. É resguardado ao entrevistado o sigilo. Seu nome, nome de instituições ou situações que possam identificá-lo serão omitidos.

Os benefícios desta pesquisa é poder cooperar com a construção de um material de aperfeiçoamento da prática de Tratamento de Jogadores Patológicos, transtorno que traz conseqüências negativas à sociedade. Além disto ao responder às perguntas da entrevista os participantes podem perceber aspectos pessoais importantes, anteriormente não percebidos.

O risco desta pesquisa é mínimo, uma vez que as respostas à entrevista são rigorosamente sigilosas. Ex-pacientes, mesmo que tenham realizado a pesquisa não saberão do conteúdo específico das respostas dos terapeutas, nem outras pessoas da equipe de profissionais do AMJO.

Caso o participante se sinta incomodado com as perguntas ele pode não respondê-las e em qualquer momento desistir da participação.

Assim, após terem sido esclarecidos estes aspectos, \_\_\_\_\_, na qualidade de entrevistado autorizo a realização da entrevista, seu registro através de gravador e sua utilização para a realização da citada dissertação de mestrado.

\_\_\_\_\_  
Ana Carolina N. Magalhães

\_\_\_\_\_  
Entrevistado

**Anexo 4 - Termo de Consentimento Informado dos pacientes tratados no AMJO- Ambulatório do Jogo Patológico do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da USP-SP (FMUSP)**

São Paulo, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2008

A entrevista a se realizar será utilizada para o estudo sobre “Tratamento de Jogadores Patológicos com o uso de técnica psicodinâmica: Análise qualitativa do discurso de terapeutas e pacientes” promovido pelo Instituto de Psiquiatria do Hospital das Clínicas de São Paulo e realizado pela psicóloga Ana Carolina Naves Magalhães, sob a orientação do Professor Dr. Hermano Tavares.

A entrevista terá a duração de aproximadamente uma hora e será utilizado um gravador para o registro. As informações registradas serão transcritas e trabalhadas segundo o referencial da Análise do Discurso Coletivo. É resguardado ao entrevistado o sigilo. Seu nome, nome de instituições ou situações que possam identificá-lo serão omitidos.

Os benefícios desta pesquisa é poder cooperar com a construção de um material de aperfeiçoamento da prática de Tratamento de Jogadores Patológicos, transtorno que traz conseqüências negativas à sociedade.

O risco desta pesquisa é mínimo, uma vez que as respostas à entrevista são rigorosamente sigilosas, ou seja, ninguém, nem ex-terapeutas ou atuais cuidadores, saberão do conteúdo específico das respostas dos pacientes entrevistados.

Caso o participante se sinta incomodado com as perguntas ele pode não respondê-las e em qualquer momento desistir da participação.

É garantido um novo tratamento àqueles pacientes que não estão abstinentes do comportamento de jogo e os que estão abstinentes são novamente convidados a freqüentarem o Grupo Pós-Terapêutico, o qual tem por objetivo a manutenção da abstinência, sendo os temas dos encontros focalizados em Qualidade de Vida.

Assim, após terem sido esclarecidos estes aspectos, \_\_\_\_\_, na qualidade de entrevistado, autoriza a realização da entrevista, seu registro através de gravador e sua utilização para a realização da citada dissertação de mestrado.

\_\_\_\_\_  
Ana Carolina N. Magalhães

\_\_\_\_\_  
Entrevistado



## **10 REFERÊNCIAS**

---

---

American Psychiatric Association. Manual de Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM-IV). 4ª edição, Artes Médicas, Porto Alegre, 1995.

Bergler E. *The psychology of gambling*. New York: International University Press; 1958.

Brandão HN. Analisando o Discurso. <http://www.estacaodaluz.org.br>. 2008

Caregnato RCA, Mutti R. Pesquisa qualitativa: análise de discurso versus análise de conteúdo. *Texto contexto* – 2006; 15:(4):679-684

Ferenczi S. (1926) Contra-indicações da técnica ativa. In: *Escritos Psicanalíticos 1909-1933*. Org. J. Birman. Rio de Janeiro, Taurus, s.d. p.272

Freud S. História de uma neurose infantil e outros trabalhos, 1919. In: Edição standard brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud. Rio de Janeiro: Imago, 1996, v.XVII

Freud S. Além do princípio de prazer, 1920. In: *Edição standard brasileira das Obras Psicológicas Completas de Sigmund Freud*. Rio de Janeiro: Imago, 1980b, v. 4-5.

Freud S. Análise terminável e interminável [1937a]. In: *Obras psicológicas completas de Sigmund Freud: Edição standart brasileira*. Rio de Janeiro: Imago, 1996. v. XXIII.

Freud S. Estudos sobre a histeria [1893-1895]. In: *Obras psicológicas completas de Sigmund Freud: Edição standart brasileira*. Rio de Janeiro : Imago, 1996. v. II.

Freud S. Dostoievski e o Parricídio (1928[1927]). In: O Futuro de uma Ilusão, O mal-estar na civilização e outros trabalhos. In: *Obras psicológicas completas de Sigmund Freud: Edição standart brasileira*. Rio de Janeiro : Imago, 1996. v. IV

Freud S. *Um Caso de Histeria, Três Ensaios sobre a Sexualidade e outros trabalhos*. ESB Vol VII. Rio de Janeiro: Imago, 1977, pp. 01-119.

Freud S. Um fragmento da análise de um caso de histeria [1905]. In: *Obras psicológicas completas de Sigmund Freud: Edição standart brasileira*. Rio de Janeiro: Imago, 1996. v. VII.

Gianesi APL. A toxicomania e o sujeito da psicanálise. *Psychê*. São Paulo, 2005; 9(15)

Hallebone E. Women and the new gambling culture in Austrália. *Leisure and Society*, 1999; 22: 101-125.

Harari A. *Fundamentos da prática lacaniana: risco e corpo*. Tese (Doutorado – Programa de Pós-Graduação em Psicologia. Área de concentração: Psicologia Clínica) – Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo 2008.

Haydée CK. *Psicoterapia breve psicanalítica: compreensão e cuidados da alma humana*. São Paulo : *Escuta*, 2000 2ª ed

Høglend P, Amlo S, Marble A, Bøgwald KP, Sørbye O, Sjaastad MC, Heyerdahl O. Analysis of the patient-therapist relationship in dynamic psychotherapy: an

experimental study of transference interpretations. *Am J Psychiatry*. 2006 Oct;163(10):1739-46.

Høglend P, Bøgwald KP, Amlo S, Marble A, Ulberg R, Sjaastad, MC, Sørbye O, Heyerdahl O, Johansson P. Transference interpretations in dynamic psychotherapy: do they really yield sustained effects? *Am J Psychiatry*. 2008 Jun;165(6):763-71.

Johansson P, Høglend P, Ulberg R, Amlo S, Marble A, Bøgwald KP, Sørbye O, Sjaastad MC, Heyerdahl O. The mediating role of insight for long-term improvements in psychodynamic therapy. *J Consult Clin Psychol*. 2010 Jun; 78(3):438-48.

Laplanche J, Pontalis JB. Vocabulário da psicanálise. São Paulo: *Martins Fontes*, 1991.

Lefèvre F, Lefèvre AMC. O Discurso do Sujeito Coletivo - Um novo enfoque em pesquisa qualitativa (Desdobramentos). Ed. - Caxias do Sul, RS: *Educs*, 2005.

Leichsenring F, Rabung S, Leibing E. The efficacy of short-term psychodynamic psychotherapy in specific psychiatric disorders: a meta-analysis. *Arch Gen Psychiatry*. 2004; 61(12):1208-16.

Lesieur HR. *The career of the Compulsive Gambler*. Garden City, NY: Doubleday Anchor, 1977.

Lima MA. *O paciente e o término da análise no discurso de psicanalistas: uma análise institucional de discurso*. (Dissertação Mestrado – Programa de Pós-Graduação em Psicologia. Área de concentração: Psicologia Escolar e do Desenvolvimento Humano) – Instituto de Psicologia da USP – SP 2007.

Mabilde LC. Ação e indicadores da interpretação transferencial em psicoterapia. In: Eizirik C, Aguiar R, Schestatsky S (orgs.). *Psicoterapia de orientação analítica*. Porto Alegre: Artes Médicas; 1989. p. 164-9.

Minayo MCS, Sanches O. Quantitativo-qualitativo: oposição ou complementaridade?. *Cadernos de Saúde Pública*, 1993; 9(3) ISSN 0102-311X.

Nicolaci-da-Costa AM. *O campo da pesquisa qualitativa e o Método de Explicitação do Discurso Subjacente (MEDS)*. *Psicologia: Reflexão e Crítica*. 2007; 20(1): SSN 0102-7972

Oliveira MPMT. *Jogo Patológico: um estudo sobre jogadores de bingo, videopoker e jockey club*. São Paulo, 1997. Dissertação (mestrado) - Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo.

Pratt L, Derevensky JL, Gillespie M, Gupta R. The Development of an Instrument to Assess the Role of Gambling Outcome Expectancies for Adolescents: A Qualitative Analysis of Perceived Risks and Benefits of Adolescent Gambling. Final report to the Ontario Problem Gambling Centre, International Centre for Youth Gambling Problems and High-Risk Behaviors, McGill University, Montreal. 2005.

Rafaelli R. *Psicanálise e psicoterapia breve*. *Estudos de Psicologia*, v.10, n.3, p.134, set./dez. 1993

Remgruber V. *Psicoterapia breve a técnica focal*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1987 2ª ed

Reis A, Magalhaes LMA, Gonçalves WL. Teorias da Personalidade em Freud, Reich e Jung. In: *Temas Básicos de Psicologia*. Org: Clara Regina Rappaport. São Paulo: EPU, 1984.

- Remgruber V. *Psicoterapia breve a técnica focal*. Porto Alegre :Artes Médicas, 1987 2ª ed
- Rosenthal R. *Psicoterapia psicodinâmica e o tratamento do jogo patológico*. Rev. Bras. Psiquiatria, 2007.
- Rugle LJ, Rosenthal RJ. Transference and countertransference reactions in the psychotherapy of pathological gamblers. *Journal of Gambling Studies*, 1994; 10(1): 43-65
- Santeiro TV. *Psicoterapia breve psicodinâmica preventiva: pesquisa exploratória de resultados e acompanhamento*. Psicol. estud. Vol.13 no 4. Maringá: Oct/dec. 2008.
- Schmitt RL. "Espíritos infernais" e "astutos encantamentos" em psicoterapia de orientação psicanalítica: a interpretação transferencial. Rev. psiquiatr. Rio Gd. Sul vol.27 no.2 Porto Alegre May/Aug. 2005
- Sifneos PE. *Psicoterapia Dinâmica Breve: Avaliação e Técnica*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1989
- Stebbins RA. Qualitative Methodologies. In: *Research and Measurement Issues in Gambling Studies*. Org: Garry Smith, David C. Hodgins e Robert J. Williams. Chapter 5. 2007
- Tavares H, Gentil VF, Oliveira CS, Tavares AG. Jogadores patológicos, uma revisão: psicopatologia, quadro clínico e tratamento. *Revista de Psiquiatria Clínica*. 1999; 26 (4): 179-187.
- Turato ER. *Tratado da metodologia da pesquisa clínico-qualitativa*. Petrópolis, RJ: Vozes, 2003

---

Ulberg R, Johansson P, Marble A, Høglend P. Patient sex as moderator of effects of transference interpretation in a randomized controlled study of dynamic psychotherapy. *Can J Psychiatry*. 2009 Feb;54(2):78-86. Erratum in: *Can J Psychiatry*. 2009 May;54(5):350.

Ventura R. *Os paradoxos do conceito de resistência: do mesmo à diferença. Estudos de psicanálise n.32*. Belo Horizonte, Nov.2009