



FACULDADE DE
MEDICINA
LISBOA

TRABALHO FINAL

MESTRADO INTEGRADO EM MEDICINA

Clínica Universitária de Psiquiatria e Psicologia Médica

Perturbação de jogo na adolescência: evidência científica sobre a intervenção terapêutica

Dinarte Álvaro Rodrigues Abreu

Orientado por:

Professor Doutor Marco Alberto Vicente Barreto Torrado

Dra. Susana Filipa Gonçalves Eusébio

MAIO'2022

Resumo

A Perturbação de Jogo, que foi incluída como uma perturbação aditiva sem substância na última edição do DSM (APA, 2013), consiste num comportamento de jogo persistente e recorrente, apesar das suas consequências negativas.

O jogo tornou-se um dos comportamentos aditivos mais frequentes em adolescentes e jovens adultos (Secades-Villa et al., 2016). Isso pode ser devido ao crescimento da disponibilidade e acessibilidade de jogos de azar (particularmente online), o que pode resultar num aumento da prevalência de problemas de jogo nesta faixa etária (González-Roz et al., 2017).

O jogo problemático tem sido associado a uma variedade de complicações, como sintomas depressivos major, uso de álcool e outras substâncias, ideação e tentativas de suicídio, ansiedade e problemas de saúde em geral (Dowling et al., 2017).

O presente trabalho tem como objetivo expor a escassa evidência científica à cerca da intervenção terapêutica em adolescentes numa patologia cuja prevalência está a aumentar de forma progressiva e que se encontra associada a perturbações do humor e de ansiedade, tornando-se desta forma numa temática distinta.

Para realização da presente revisão narrativa de literatura, foi levada a cabo uma pesquisa bibliográfica, dos últimos dez anos e dirigida à adolescência, com consulta de livros e manuais sobre o tema em estudo e com a pesquisa de artigos. Os artigos consultados foram obtidos com recurso ao PubMed, ao Web Of Science e ao Google Scholar.

Palavras-chave: Perturbação de jogo, Adolescência, Sistema de Recompensa Cerebral, DSM 5, Terapia Cognitivo-Comportamental, Antagonistas de Opióides, Inibidores Seletivos de Recaptação de Serotonina.

O Trabalho Final é da exclusiva responsabilidade do seu autor, não cabendo qualquer responsabilidade à FMUL pelos conteúdos nele apresentados.

Abstract

Gambling Disorder, which was included as an addictive nonsubstance related disorder in the latest edition of the DSM (APA, 2013), consists in a persistent and recurrent gambling behavior despite its negative consequences.

Gambling has become one of the most frequent addictive behaviors in adolescents and young adults (Secades-Villa et al., 2016). This may be due to the growth in the availability and accessibility of gambling (particularly online), which may result in an increased prevalence of gambling problems in this age group (González-Roz et al., 2017).

Problem gambling has been associated with a variety of complications, such as major depressive symptoms, use of alcohol and other substances, suicide ideation and attempts, anxiety, and general health problems (Dowling et al., 2017).

The present thesis aims to expose the scarce scientific evidence about therapeutic intervention in adolescents in a pathology whose prevalence is progressively increasing, and which is associated with depressive and anxiety disorders, thus becoming a distinct theme.

In order to carry out this narrative literature review, a bibliographical research was made, covering the last ten years and aimed at adolescence, with the consultation of books and manuals on the topic under study and the search for articles. The consulted articles were obtained using PubMed, Web Of Science and Google Scholar.

Keywords: Gambling Disorder, Adolescence, Brain Reward System, DSM 5, Cognitive Behavioral Therapy, Opioid Antagonists, Selective Serotonin Reuptake Inhibitors.

The author is the sole responsible for the Final Work, and FMUL has no responsibility for the content presented therein.

Índice

Introdução.....	7
Metodologia.....	9
Epidemiologia.....	10
Fisiopatologia	12
Apresentação clínica	15
Diagnóstico.....	17
Tratamento	26
Tratamento psicossocial	26
Tratamento farmacológico	30
Conclusão	37
Bibliografia	39

Índice de Tabelas

Tabela 1. Estimativa de jogadores problemáticos entre aqueles que jogaram nos últimos 12 meses, por gênero (percentagem) 11

Tabela 2. Critérios de Diagnóstico para a Perturbação de Jogo estabelecidos (DSM 5).20

Lista de Abreviaturas

CAGI	Inventário canadiano de jogo para adolescentes
CBT/ TCC	Intervenções terapêuticas de cariz cognitivo comportamental
DSM	Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais
ESPAD	Inquérito Escolar Europeu sobre álcool e outras drogas
ISRSs	Inibidores da recaptção da serotonina
SOGS	Questionário de Rastreo para problemas de jogo de South Oaks

Introdução

A Perturbação de Jogo, que foi incluída como uma perturbação aditiva na última edição do DSM (APA, 2013), consiste num comportamento de jogo persistente e recorrente, apesar das suas consequências negativas. O jogo tornou-se um dos comportamentos aditivos mais frequentes em adolescentes e jovens adultos (Secades-Villa et al., 2016). Isso pode ser devido ao crescimento da disponibilidade e acessibilidade de jogos de azar, o que pode resultar num aumento da prevalência de problemas de jogo (González-Roz et al., 2017). Uma revisão sistemática feita por Calado et al. (2017) mostra que entre 0,2% a 12,3% dos adolescentes cumprem os critérios para o jogo problemático. Sabe-se que muitos adultos que apresentam Perturbação de Jogo iniciaram o seu comportamento de jogo de risco durante a adolescência (Sharman et al., 2019). Além disso, um início precoce do comportamento de jogo é associado a maior gravidade em fases posteriores da vida (Kang et al., 2019).

O jogo problemático tem sido associado a uma variedade de complicações, como sintomas depressivos major, uso de álcool e outras substâncias, ideação e tentativas de suicídio, ansiedade e problemas de saúde em geral (Dowling et al., 2017).

A Perturbação de Jogo em adolescentes apresenta-se associada a diversos fenómenos, tais como: Disfunção na regulação da emocional (vulnerabilidade emocional) (Sancho et al., 2019), cognições distorcidas (ilusão de controlo) (McInnes et al., 2014), Perturbação de Hiperatividade/Défice de Atenção (Robyn N. Taylor et al., 2014), comportamentos delinquentes precoces (Frank Vitaro et al., 2014), problemas familiares e ou sociais (Zu Wei Zhai et al., 2021), abusos e impulsividade (Rina Gupta et al., 2012). Como não há uma única causa identificável ou modelo teórico universalmente aceite para compreender o jogo problemático, as abordagens de tratamento têm diferido. Motivações individuais para jogar e jogar excessivamente variam muito, exigindo, portanto, diferentes abordagens de tratamento. As abordagens atuais de tratamento para adolescentes têm sido baseadas numa ampla variedade de abordagens teóricas paralelas àquelas usadas para adultos. No entanto, note-se que no que diz respeito à intervenção terapêutica da Perturbação de Jogo em adolescentes ainda há pouca evidência à cerca da sua eficácia e segurança sobretudo a

Perturbação de jogo na adolescência: evidência científica sobre a intervenção terapêutica nível farmacológico uma vez que ainda não existem ensaios clínicos farmacológicos especificamente dirigidos a esta faixa etária e que abordem este tema.

O jogo problemático tem sido frequentemente referido como uma “adição oculta” (Derevensky et al., 2011). Ao contrário da adição relacionada com drogas, álcool ou tabaco, muitas vezes é difícil detetar uma Perturbação de Jogo, também não há exames de sangue ou urina para confirmá-la. A negação do problema é comum nos adolescentes, embora eles tenham pontuações altas nas medidas de gravidade do jogo e reconheçam que os seus pais, irmãos e/ou colegas consideram o seu comportamento problemático. Embora os adolescentes em geral não queiram procurar ajuda para nenhuma adição ou perturbação de saúde mental, isso é provavelmente ainda mais comum entre adolescentes que são jogadores problemáticos.

Para se estabelecer o diagnóstico de Perturbação de Jogo deve ser colhida uma história clínica tão completa quanto possível, que aborde o início dos sintomas e a sua emergência na história e circunstâncias de vida do indivíduo; a sua evolução e o impacto nas várias esferas de funcionamento (Torrado et al., 2017), sendo esta informação integrada com os critérios de diagnóstico presentes no DSM-5. De acordo com o DSM-5, a definição estabelece um comportamento problemático de jogo persistente e recorrente que leva a prejuízo ou sofrimento clinicamente significativo, conforme indicado pelo indivíduo exibindo quatro (ou mais) dos critérios num período de 12 meses, sendo que o comportamento face ao jogo não é mais bem explicado por um episódio maníaco. Quanto à gravidade atual da Perturbação de Jogo é dividida em leve, moderada e grave. E no que toca à cronicidade da Perturbação de Jogo esta pode ainda ser categorizada em episódica ou persistente e ainda podemos especificar se está em remissão precoce ou em remissão mantida (Tabela 2).

O presente trabalho tem como objetivo expor a escassa evidência científica à cerca da intervenção terapêutica em adolescentes numa patologia cuja prevalência está a aumentar de forma progressiva e que se encontra associada a perturbações do humor e de ansiedade, tornando-se desta forma numa temática distinta.

Metodologia

Para realização da presente revisão narrativa de literatura, foi levada a cabo uma pesquisa bibliográfica, com consulta de livros e manuais sobre o tema em estudo e com a pesquisa de artigos. Os artigos consultados foram obtidos com recurso ao PubMed, ao Web Of Science e ao Google Scholar. A pesquisa nestes motores de busca online assentou no uso das seguintes palavras-chave em diferentes combinações: “gambling disorder”, “adolescence”, “brain reward system”, “DSM-5”, “cognitive behavioral therapy”, “opioid antagonists”, “selective serotonin reuptake inhibitors”. Os critérios de elegibilidade na busca foram a língua inglesa, a faixa etária adolescente (13-18 anos) e a data de publicação (2000-2021).

Após eliminação de duplicados e exclusão de artigos cuja relevância não se inseria no âmbito desta revisão, os artigos selecionados foram extraídos e organizados por temas com recurso ao Citavi (Versão 5.5.0.1.), um programa de gestão de referências bibliográficas.

A presente revisão narrativa de literatura propõe-se a expor a evidência científica à cerca da intervenção terapêutica em adolescentes com perturbação de jogo.

Epidemiologia

A Perturbação de Jogo tornou-se um dos comportamentos aditivos sem substância mais difundidos entre adolescentes e adultos jovens (Secades-Villa et al., 2016). Globalmente, cerca de 0.2% a 12,3% dos jovens demonstraram comportamento problemático de jogo (Sapthiang et al., 2020). No entanto, a prevalência desta perturbação varia geograficamente.

Na América do Norte, as taxas de prevalência do jogo problemático em adolescentes variaram de 2,1 a 2,6%, enquanto na Oceânia essas taxas variaram de 0,2 a 4,4% (Calado et al., 2017). No contexto europeu é de salientar os dados decorrentes de um inquérito em meio escolar, regularmente desenvolvido nos vários países, que integra informação respeitante aos comportamentos de jogo em jovens de 16 anos (ESPAD), além dos de utilização de substâncias psicoativas. Os resultados do ESPAD 2019 denunciam que em relação ao jogo a dinheiro, Portugal regista uma prevalência igual à média europeia (22%), embora no que respeita ao jogo online a dinheiro essa seja uma prática menos prevalente por cá (6%) do que na média dos países participantes (8%). Os jovens portugueses que jogaram a dinheiro em 2019 fizeram-no sobretudo em lotarias e em apostas desportivas, numa proporção superior à média europeia. Quanto ao indicador de problemas relacionados com o jogo a dinheiro, Portugal está abaixo da média no que diz respeito ao jogo problemático, como descrito na Tabela 1. Os dados do ESPAD 2019 fazem naturalmente antecipar potenciais situações de vulnerabilidade em jovens no domínio dos comportamentos aditivos sem substância, dado que as oportunidades de jogo aumentaram de forma muito significativa (em contextos múltiplos e muito apelativos, designadamente na internet), propiciando práticas de jogo cada vez mais precoces e frequentes.

As variações geográficas da prevalência da Perturbação de Jogo podem estar associadas à legislação de jogo, ao acesso a locais de jogo, qualidade e quantidade de serviços de bem-estar e benefícios de saúde, fatores culturais, mas também a diferentes práticas clínicas e distintos métodos de rastreio para Perturbação de Jogo que variam entre os diferentes países ou regiões.

Devido à rápida expansão das oportunidades de jogo legalizadas e ao

Perturbação de jogo na adolescência: evidência científica sobre a intervenção terapêutica desenvolvimento de novas formas de jogo, especialmente no que diz respeito a atividades baseadas na Internet e no contexto de novas Mídias, como e-Sports e loot-boxes (Macey & Hamari, 2018), tem havido um rápido aumento da prevalência de jogo em adolescentes (Calado et al., 2017). De facto, estudos internacionais relatam que até 80-99% dos adolescentes estão envolvidos em alguma forma de jogo (Donati et al., 2013). Além disso, adolescentes que jogam regularmente mostraram uma maior prevalência de comportamentos de risco, como consumo de tabaco e de substâncias psicoativas (Molinaro et al., 2018). Pesquisas atestaram que um início precoce de jogo está associado a problemas mais graves relacionados com o jogo na idade adulta (Dowling et al., 2017), mais problemas de saúde (Weinberger et al., 2015), baixo desempenho acadêmico (Floros et al., 2015) e problemas psicossociais, como abuso de substâncias, ansiedade (Messerlian et al., 2007) e sintomatologia depressiva (Sundqvist et al., 2015).

Na adolescência, o jogo continua a ser mais popular entre homens do que mulheres, com mais rapazes do que raparigas exibindo comportamentos graves relacionados com o jogo (Ipsos MORI, 2014). Há maior taxa de prevalência de jogo problemático entre os homens, em comparação com as mulheres (Volberg et al., 2018). Em geral, descobriu-se que os homens fazem apostas maiores (Derevensky et al., 1996), apostam em atividades mais diversas, jogam com mais frequência, gastam mais tempo/dinheiro e têm uma idade mais precoce de início (Jacobs, 2004). Enquanto os homens preferem apostas desportivas e jogos de habilidade, as mulheres tendem a preferir jogar na loteria e bingo (Derevensky, 2012). As taxas de problemas de jogo entre os jovens são pelo menos quatro vezes mais altas do que entre os adultos (Petit et al., 2015).

Tabela 1

Estimativa de jogadores problemáticos entre aqueles que jogaram nos últimos 12 meses, por gênero (percentagem)

Pais	Jogo Problemático	Jogo Problemático Rapazes	Jogo Problemático Raparigas
Dinamarca	9.1	11	0
Geórgia	12	15	4.8
Holanda	1.3	1.5	1.0
Portugal	3.2	4.5	0.6
Roménia	8.5	10	3.9
Média europeia	5	6.3	2.4

Nota. Adaptado de ESPAD Report (2019).

Fisiopatologia

No Manual Diagnóstico e Estatístico de Perturbações Mentais, Quinta Edição (DSM-5), a Perturbação de Jogo é classificada como uma perturbação aditiva e não relacionada à substância (APA, 2013). No entanto, há um debate considerável sobre se a perturbação de jogo é uma perturbação não relacionada ao abuso de substâncias ou a uma perturbação de controlo de impulsos (Blanco et al., 2001). Em estudos com doentes com perturbação de jogo, foram observados achados neurobiológicos e alterações no comportamento que são consistentes com cada hipótese:

- O suporte para a hipótese de que a patogénese da perturbação de jogo está relacionada com perturbações do controlo de impulsos vem de estudos que encontraram alterações nos metabólitos da serotonina em jogadores com perturbação de jogo e doentes com perturbação do controlo de impulsos (Potenza, 2001). Homens com perturbação de jogo também obtêm respostas anómalas quando sujeitos a ligantes serotoninérgicos.

- Uma relação entre perturbação de jogo e abuso de substâncias é sugerida por semelhanças entre as duas perturbações, incluindo sintomas de tolerância, abstinência, desejo antecipatório e um curso crónico de recaída (Blanco et al., 2001). A vulnerabilidade genética comum para a perturbação de jogo e abuso de álcool também foi relatada entre gêmeos (Slutske et al., 2000). Finalmente, estudos de tomada de decisão descobriram que, em comparação com grupos de controlo saudáveis, pessoas com perturbação por uso de substâncias escolhem com mais frequência grandes recompensas imediatas quando confrontadas com tarefas de jogo, apesar de punições intermitentes maiores (Bechara, 2001).

Pode ser que elementos das perturbações de abuso de substâncias e impulsos desempenhem um papel na patogénese da perturbação de jogo.

Conceitos emergentes sobre a perturbação de jogo vêem-na como uma das "adições naturais" (por exemplo, adição sexual e algumas perturbações alimentares) que podem envolver a liberação de peptídeos opióides endógenos, como a encefalina, na área tegmental ventral do tronco cerebral (Tamminga et al., 2006). Além disso,

Perturbação de jogo na adolescência: evidência científica sobre a intervenção terapêutica jogadores problemáticos parecem exibir maior "ativação" do eixo hipotálamo-hipófise-adrenal do que jogadores não problemáticos, bem como mudanças nas vias de recompensa cerebral e no córtex pré-frontal (Goudriaan et al., 2004).

A desregulação do tónus dopaminérgico também pode desempenhar um papel no desenvolvimento da Perturbação de Jogo. Houve relatos de casos de doentes com doença de Parkinson que desenvolveram perturbação de jogo após o início da terapia dopaminérgica (Dodd et al., 2005). A perturbação de jogo também foi relatada em doentes com síndrome das pernas inquietas aquando do uso de agonistas dopaminérgicos (Tippmann-Peikert et al., 2007). O pramipexol é o agonista da dopamina implicado com mais frequência e foi responsável por 39 dos 67 relatórios à Food and Drug Administration dos Estados Unidos de possível perturbação de jogo relacionada a fármacos (Szarfman et al., 2006).

Apesar de todos estes achados fisiopatológicos à cerca da perturbação de jogo em adultos devemos ter em conta que a faixa etária adolescente ainda se encontra sob período de neuro desenvolvimento apresentado maior plasticidade cerebral, logo as alterações neurológicas que se observaram nos estudos com adultos podem não corresponder de forma linear à faixa etária adolescente.

➤ **Genética**

Os genes são importantes na etiologia da perturbação de jogo (Black et al., 2014). Um estudo com gêmeos avaliou a concordância para a perturbação de jogo ao longo da vida numa amostra de 6.744 homens que serviram nas forças armadas, que incluiu 1.874 pares de gêmeos monozigóticos e 1.498 pares de gêmeos dizigóticos. O histórico de perturbação de jogo ao longo da vida na amostra completa foi de 1%. Uma história de vida de perturbação de jogo foi encontrada em 23% dos monozigóticos e 10% dos dizigóticos co-gêmeos de homens com perturbação de jogo (Slutske et al., 2000).

Os genes têm a mesma relevância na etiologia da perturbação de jogo tanto em mulheres quanto em homens. Um estudo com gêmeos que incluiu 867 pares de gêmeos monozigóticos e 1.008 pares de gêmeos dizigóticos descobriu que as influências genéticas foram responsáveis por 49% da variação na responsabilidade pela

Perturbação de jogo na adolescência: evidência científica sobre a intervenção terapêutica perturbação de jogo e que não havia evidência de diferenças entre os sexos (Slutske et al., 2010).

Apresentação clínica

As manifestações clínicas da Perturbação de Jogo são variáveis. Por um lado, alguns países aplicam com maior frequência testes de rastreio, permitindo identificar doentes adolescentes numa fase mais inicial da perturbação. Por outro lado, devido a limitações e dificuldades no acesso aos cuidados de saúde, muitos doentes podem apenas ser diagnosticados quando apresentam sintomas mais graves ou se encontram em fases mais avançadas da perturbação.

Alguns adolescentes com Perturbação de Jogo apresentam poucos sintomas típicos no momento do diagnóstico. Nesses casos, pode-se utilizar o *Questionário de Rastreio para problemas de jogo de South Oaks – versão para Adolescentes (SOGS- A)* em que um score de 4 ou mais pontos traduz um jogador problemático e/ou usar o *Inventário canadiano de jogo para adolescentes (CAGI)*. Dado que um início da perturbação em idade precoce está associado a pior prognóstico e maior psicopatologia na vida adulta (Burge et al., 2006), a deteção e o tratamento precoce de problemas associados ao jogo problemático tornam-se essenciais.

A Perturbação de Jogo pode manifestar-se através de envolvimento progressivo em atividades de jogo, preocupação frequente com o jogo, tolerância (necessidade de jogar com quantias de dinheiro crescentes de forma a atingir a excitação desejada), abstinência, desejo, perda de controlo em relação ao jogo, utilização do jogo como forma escape, tentativas recorrentes de “resgate” de perdas, mentira, atos ilegais, rotura relacional/académica e dependência financeira.

Por vezes adolescentes com Perturbação de Jogo podem também manifestar uma perturbação associada ao uso de substâncias. O jogo e o uso de substâncias são comportamentos de alto risco, frequentemente inter-relacionados e raramente ocorrem de forma independente (Romer, 2003). Estudantes que relatam práticas regulares de jogo a dinheiro também tendem a relatar o uso de álcool e canábis. Os problemas de uso de substâncias são especialmente prevalentes para aqueles com Perturbação de Jogo (Lorains et al., 2011), com taxas de prevalência ao longo da vida de perturbações por uso de substâncias em média de 57,5% entre aqueles que apresentam Perturbação de Jogo (Lorains et al., 2011). Estima-se que a Perturbação

Perturbação de jogo na adolescência: evidência científica sobre a intervenção terapêutica por uso de álcool afete 28,1% dos que experienciam o jogo problemático (Lorains et al., 2011), sendo a Perturbação por uso de canábis a segunda mais comum (Kausch, 2003).

Outra forma de apresentação é a presença de Perturbação Depressiva. Jogadores problemáticos têm maior tendência a apresentar humor depressivo em comparação com não jogadores. Bonnaire et al. (2017) encontraram níveis mais elevados de depressão em jogadores com perturbação de jogo quando comparados com jogadores sem perturbação de jogo, uma vez que o envolvimento problemático com o jogo leva de forma progressiva a sintomas depressivos devido ao isolamento social e problemas financeiros resultantes (Dussault et al., 2011).

Mais raramente, os adolescentes que apresentam Perturbação de Jogo podem vir a desenvolver comportamentos suicidas. Tanto nos adolescentes como nos adultos, a perturbação de jogo produz uma ampla gama de consequências negativas que resultam em sofrimento psicológico significativo. Relações familiares interrompidas, pressões financeiras e jurídicas, desempenho escolar deteriorado, evasão escolar, agressão e comportamentos delinquentes ou criminosos para financiar o jogo juntam-se numa "espiral de opções" cada vez mais estreita, que subsequentemente gera depressão e uma sensação de desesperança, desamparo e dor psíquica - fatores que, combinados, também estão associados ao risco de suicídio (Blaszczynski & Farrell, 1998). Como resultado, não é surpreendente que altas taxas de ideação suicida e tentativas de suicídio sejam relatadas em amostras de jogadores problemáticos na comunidade, em grupos de Jogadores Anónimos, aquando do tratamento e nas linhas telefónicas de auxílio (Maccallum & Blaszczynski, 2003).

Diagnóstico

Meios complementares de diagnóstico

O rastreio de potenciais problemas de saúde tornou-se comum. Por exemplo, as pessoas agora são rastreadas rotineiramente para hipertensão arterial e dislipidemia. No entanto, o rastreio de rotina para a Perturbação de Jogo não é feito por vários motivos. Em primeiro lugar, há uma baixa taxa de procura de tratamento por jogadores com perturbação de jogo, sobretudo no caso dos adolescentes. A baixa taxa de procura de tratamento entre jogadores com perturbação de jogo significa que poucas pessoas se apresentam para o rastreio.

Em segundo lugar, a perturbação de jogo é uma perturbação com baixa taxa de prevalência em comparação com, por exemplo, a depressão e a perturbação do uso de álcool. Consequentemente, os profissionais de saúde mental e de saúde pública podem não sentir a urgência de fazer o rastreio de uma perturbação relativamente rara ou não ter acesso às pesquisas mais recentes sobre o rastreio da Perturbação de Jogo.

O terceiro problema é que é raro um profissional de saúde receber treino sobre essa perturbação durante a graduação ou a faculdade de medicina. Com pouco ou nenhum conhecimento sobre os problemas de saúde associados ao problema do jogo, não é surpreendente que este tópico ainda seja relativamente ignorado nos principais pontos de acesso a cuidados de saúde.

No entanto, parte dos jogadores com Perturbação de Jogo estão em tratamento para outras perturbações psiquiátricas. Dado que grande parte dos casos de Perturbação de Jogo ocorrem apenas após o início de outras perturbações do DSM-5, pode-se pensar que o início da Perturbação de Jogo poderia ser evitado se os médicos aumentassem a sua monitorização para problemas emergentes de jogo. (Kessler RC et. al, 2008).

Além disso, o rastreio de rotina de um problema de jogo entre indivíduos com perturbações por uso de substâncias, outras perturbações mentais e outros grupos de risco (crianças, adolescentes, idosos, sexo masculino, história familiar de *gambling*,

infância traumática, baixo nível socioeconómico e antecedentes de violência) também é essencial, uma vez que o rastreio para Perturbação de Jogo deve ser considerado para indivíduos que procuram tratamento para outras perturbações psiquiátricas devido à alta taxa de comorbilidade com outras perturbações mentais (Petry NM et. al, 2005). Há assim uma necessidade de expandir a identificação de jogadores com perturbação e reduzir ou remover barreiras para procurar e receber tratamento para essa perturbação.

A determinação do diagnóstico envolve a colheita de uma história clínica que abranja o início, contexto e impacto da sintomatologia na vida do indivíduo. (Torrado et al., 2017)

Posteriormente deve ser feita uma integração da história clínica com os critérios de diagnósticos atuais (ex: DSM 5) algo que pode revelar-se complicado, daí existirem ferramentas como o Questionário e Rastreio para problemas de jogo de South Oaks (versão para adolescentes) e o Inventário canadiano de jogo para adolescentes que se podem revelar úteis. No entanto é importante saber-se que estes instrumentos são apenas medidas que auxiliam no processo de diagnóstico e não o atribuem. A atribuição de diagnóstico será efetuada através da avaliação global por parte de um clínico baseada nas várias fontes de colheita de dados. (Torrado et al., 2017)

Alguns desses instrumentos são dirigidos à população jovem, sendo que serão abordados aqueles que apresentam maior peso ao nível da literatura científica e da evidência no que se refere à caracterização das qualidades psicométricas apresentadas.

Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais (DSM–5)

Vários instrumentos de rastreio e diagnóstico estão disponíveis para identificar adolescentes com problemas de jogo, mas não existe consenso sobre qual é o melhor. Os critérios para perturbação de jogo listados no DSM-5 (APA, 2013) foram adotados como o elemento central na maioria dos instrumentos de diagnóstico. De acordo com o DSM-5, a definição estabelece um comportamento problemático de jogo persistente e recorrente que leva a prejuízo ou sofrimento clinicamente significativo, conforme indicado pelo indivíduo exibindo quatro (ou mais) dos critérios num período de 12 meses (Tabela 2).

Quanto à gravidade atual da Perturbação de Jogo é dividida em leve, moderada e grave (Tabela 2).

Se o comportamento de jogo não for melhor explicado por um episódio maníaco, ele pode ser categorizado em episódico ou persistente e ainda podemos especificar se está em remissão precoce ou em remissão mantida (Tabela 2).

Em comparação com os adultos, descobriu-se que os adolescentes apresentam altas taxas de jogo problemático e conseqüentemente de perturbação de jogo. No entanto, relativamente poucos adolescentes procuram ajuda para problemas de jogo (Barnes et al., 2015).

Tabela 2

Critérios de Diagnóstico para a Perturbação de Jogo estabelecidos pelo DSM 5

**PERTURBAÇÕES RELACIONADAS COM SUBSTÂNCIAS E PERTURBAÇÕES ADITIVAS
PERTURBAÇÕES NÃO RELACIONADAS COM SUBSTÂNCIAS**

Critérios de Diagnóstico para a Perturbação de Jogo [312.31] (F63.0)

A. Comportamento problemático, persistente e recorrente, em relação ao jogo, que conduz a mal-estar e défices clinicamente significativos, tal como indicado pela exibição pelo indivíduo de 4 (ou mais) dos seguintes critérios durante um período de 12 meses:

1. Necessidade de jogar com quantias de dinheiro crescentes de modo a atingir a excitação desejada;
2. Inquietação ou irritabilidade quando tenta reduzir ou parar de jogar;
3. Esforços malsucedidos de controlar, reduzir ou parar de jogar;
4. Preocupação frequente com o jogo (por exemplo, pensamentos persistentes de reviver experiências prévias com o jogo, desvantagens ou planeamento dos próximos jogos, pensar em formas de obter dinheiro para jogar);
5. Jogo frequente quando se sente angustiado (sentimento de desespero, culpabilidade, ansiedade, depressão);
6. Após perdas de dinheiro no jogo, regressa muitas vezes noutro dia para as recuperar (“resgate” das próprias perdas);
7. Mentir para dissimular a extensão de envolvimento com o jogo;
8. Prejudicou ou perdeu relações significativas, emprego ou oportunidades de carreira ou académicas devido ao jogo;
9. Depende de terceiros para obter o dinheiro para aliviar as situações financeiras desesperadas causadas pelo jogo.

B. O comportamento face ao jogo não é mais bem explicado por um episódio maníaco.

Especificar se:

Episódico. Cumpre os critérios de diagnóstico em mais do que um momento, com diminuição dos sintomas entre os períodos da perturbação de jogo durante pelo menos vários meses.

Persistente. Experiência de sintomas de forma contínua, cumprindo os critérios de diagnóstico por múltiplos anos.

Especificar se:

Em remissão precoce. Após terem sido previamente cumpridos todos os critérios para jogo patológico, nenhum critério para perturbação de jogo foi preenchido durante um período mínimo de 3 meses mas inferior a 12 meses.

Em remissão mantida. Após terem sido previamente cumpridos todos os critérios para jogo patológico, nenhum critério para perturbação de jogo foi preenchido durante um período de 12 ou mais meses.

Especificar a gravidade atual:

Ligeira. Presença de 4-5 critérios.

Moderada. Presença de 6-7 critérios.

Grave. Presença de 8-9 critérios.

Questionário de Rastreio para problemas de jogo de South Oaks – versão para Adolescentes (SOGS- A)

O SOGS-A, (Winters et al., 1993) uma versão adaptada do Questionário de Rastreio para problemas de jogo de South Oaks (SOGS), (Lesieur & Blume, 1987) foi desenvolvido para avaliar as Perturbações de Jogo em adolescentes. Os investigadores adaptaram o SOGS alterando o período de tempo de vida para estudar apenas os últimos 12 meses dos jogadores. Essa abordagem parecia mais apropriada em termos de desenvolvimento para adolescentes, uma vez que eles não têm tanta experiência de vida quanto os adultos e tendem a viver mais no presente do que os adultos. Outras revisões incluíram a alteração da redação dos itens e opções de resposta para refletir melhor o comportamento de jogo dos adolescentes e os níveis de leitura dos jovens, eliminando dois itens que eram vistos como tendo baixa validade de conteúdo para adolescentes; e ter apenas um item para fontes de dinheiro emprestado em vez de nove itens, como é feito com o SOGS. Esta escala contempla 12 questões com duas opções de resposta (sim|não) avaliando comportamentos de jogo e problemas relacionados ao jogo nos últimos 12 meses. Os itens da SOGS-A foram reformulados a

partir da SOGS original para enfatizar a frequência do comportamento de jogo e os índices comportamentais. É notoriamente o instrumento mais utilizado em termos internacionais para o rastreio de problemas de jogo em adolescentes.

O resultado total varia entre 0 e 12 pontos, aplicando-se as seguintes tipologias de caracterização: 0 ou 1 ponto: jogador não problemático; 2 ou 3 pontos: jogador em risco; 4 ou mais pontos: jogador problemático. A versão original, à semelhança de outras versões (ex: espanhola) denuncia níveis de consistência interna bastante aceitáveis (Becona et al., 1997; Winters et al., 1993).

A vantagem desta ferramenta de rastreio é a ênfase no comportamento de jogo, mas como desvantagem há o facto de ainda não ter sido testada adequadamente em mulheres.

Uma cópia da SOGS-A, bem como uma descrição detalhada das revisões, podem ser encontradas num artigo de Winters, Stinchfield e Fulkerson. (Winters et al., 1993)

Inventário canadiano de jogo para adolescentes (CAGI)

O CAGI é uma medida de auto-relato focada nas consequências psicossociais adversas decorrentes dos problemas de jogo em adolescentes (Tremblay et al., 2010). Em vez de adaptar um instrumento para adultos, o CAGI foi desenvolvido para criar uma escala específica para adolescentes que medisse um continuum de gravidade do problema de jogo de baixo a alto, em vez de itens que abordam apenas a gravidade alta do problema. O CAGI mede os dois elementos principais do jogo juvenil: o próprio comportamento de jogo e as consequências negativas do jogo.

A primeira secção do instrumento examina a participação em práticas de jogo nos últimos 3 meses para corresponder ao foco do adolescente em atividades recentes, em vez de no passado distante, especialmente porque a adolescência é uma época de rápidas mudanças e desenvolvimento. Inclui 20 itens que medem a frequência de jogo (numa escala de 6 possibilidades de resposta) e o tempo gasto em jogo numa semana-tipo, bem como a análise de 19 tipos de atividades de jogo diferentes. Um último item nesta secção procura observar o montante de dinheiro/bens gastos no jogo.

A segunda secção contempla 24 itens (numa escala de 4 pontos) e cobre os

Perturbação de jogo na adolescência: evidência científica sobre a intervenção terapêutica seguintes domínios: gravidade do problema de jogo (9 itens); consequências psicológicas (6 itens); consequências sociais (5 itens); consequências financeiras (6 itens); perda de controlo (4 itens).

Este instrumento inclui ainda uma subescala de caracterização da gravidade global do problema de jogo (GPSS), por meio da extração dos resultados obtidos através de 9 itens distribuídos por 4 dos 5 domínios anteriormente mencionados.

O resultado total é classificado em 3 categorias: a) 0 ou 1 ponto: luz verde (sem problemas de jogo); b) 2 a 5 pontos: luz amarela (gravidade baixa a moderada) e; c) 6 ou mais pontos: luz vermelha (gravidade elevada).

O CAGI vai além de uma escala única e simples para a medição de domínios múltiplos e mais complexos de risco e dano do jogo.

Em termos psicométricos são descritos bons níveis de validade e precisão. A versão espanhola da escala, recentemente desenvolvida, aponta igualmente segundo os modelos testados para uma solução unidimensional do constructo medido pelo CAGI, com níveis de consistência interna muito adequados (Jiménez-Murcia et al., 2017).

Considerações sobre as ferramentas de diagnóstico

Os instrumentos descritos focam domínios diferenciais de comportamento. Por exemplo, o SOGS-A inclui questões relacionadas aos contextos parental/familiar e de pares dos adolescentes e o DSM-5 correlatos clínicos e comportamentais. Muitas das medidas foram projetadas para atender a diferentes propósitos e requerem diferentes critérios de pontuação. Por exemplo, métodos de rastreio como o SOGS-A são projetados para identificar prováveis problemas de jogo ou Perturbação de Jogo, enquanto instrumentos de diagnóstico como os critérios do DSM-5 são projetados para diagnosticar apenas a Perturbação de Jogo. Entre adolescentes, os critérios de diagnóstico e os cut-off scores tendem a ser mais tolerantes do que entre adultos (Stinchfield, 2002) porque alguns critérios que podem ser apropriados para adultos podem não ser aplicáveis a adolescentes. Embora haja um debate considerável sobre qual instrumento é o mais preciso, dispositivos de rastreio que identificam a maior

população de adolescentes jogadores problemáticos (por exemplo, SOGS-A) podem ser úteis em algumas situações para fins de rastreio, enquanto instrumentos modelados de acordo com critérios diagnósticos (por exemplo, DSM-5) pode ter maior utilidade diagnóstica.

Atitude diagnóstica

O diagnóstico do adolescente requer uma abordagem de avaliação a vários níveis. Pode-se optar por usar qualquer uma das medidas diagnósticas acima para auxiliar no processo. No entanto, uma limitação importante de cada uma é que os adolescentes, assim como os adultos, podem não relatar totalmente os seus comportamentos problemáticos. Os pais podem ou não estar cientes do *gambling* dos seus filhos, portanto, as entrevistas conduzidas separadamente com o adolescente e os pais podem ser úteis para identificar inconsistências. Uma avaliação clínica do *gambling* em adolescentes deve incluir um inventário da extensão em que o jogo exerceu consequências negativas diretas e indiretas e se condições específicas satisfazem os critérios diagnósticos. Também devem ser avaliados os contextos nos quais o adolescente joga e o envolvimento de outras pessoas no jogo. A rede de suporte familiar em que o adolescente está inserido também deverá ser alvo de avaliação.

É importante saber-se que altas taxas de perturbação depressiva major, perturbação afetiva bipolar, esquizofrenia, perturbação fóbica, perturbação de personalidade antissocial e perturbação por uso de substâncias (incluindo álcool e tabaco), bem como perturbação de hiperatividade com défice de atenção, são observadas em doentes com Perturbação de jogo e jogo problemático (Cunningham-Williams et al., 1998; Bray et al., 1992; DeCaria et al., 1999; Petry NM et al., 2005), assim sendo, aconselha-se a realização de uma avaliação para estas comorbilidades psiquiátricas nos casos de Perturbação de Jogo em adolescentes, bem como se deve avaliar a presença de perturbação de jogo em adolescentes com as comorbilidades a cima descritas. A descoberta de uma comorbilidade psiquiátrica num caso de Perturbação de jogo também poderá auxiliar na escolha da terapêutica a ser instituída.

Finalmente, o médico deve determinar até que ponto o jogo afetou a família do

Perturbação de jogo na adolescência: evidência científica sobre a intervenção terapêutica adolescente e as relações com seus pares, escola, trabalho ou atividades extracurriculares, e se o adolescente experimentou quaisquer dificuldades legais ou danos noutros contextos de vida.

Tratamento

É difícil fazer recomendações baseadas na evidência para o tratamento da Perturbação de Jogo porque poucos ensaios clínicos em relação ao efeito terapêutico foram conduzidos, e a maioria envolveu apenas pequenas amostras e tem falhas metodológicas. Como exemplo, uma revisão de 2020 concluiu que a evidência sobre a eficácia das intervenções é insuficiente (Škařupová K. et al, 2020).

Como as causas da Perturbação de Jogo são variadas, não existe uma abordagem de tratamento única que funcione universalmente para todos os indivíduos que precisam de ajuda. No tratamento da adolescência e juventude, não existem abordagens específicas que tenham sido validadas empiricamente. Portanto, os tratamentos usados são semelhantes aos usados para adultos. Algumas das abordagens incluem modelos psicológicos, farmacológicos, biológicos/genéticos baseados em adições, modelos de auto-ajuda (Ladouceur et al., 2015) e Entrevista Motivacional (Pasche et al., 2013). Será dado destaque à abordagem de tratamento psicossocial e farmacológico da Perturbação de Jogo em adolescentes.

Tratamentos psicossociais

Dados agregados de ensaios clínicos aleatorizados de intervenções psicossociais em doentes com Perturbação de Jogo suportam um benefício modesto a moderado para técnicas comportamentais (dessensibilização imaginária) e intervenções cognitivo-comportamentais (TCC) (Pasche et al., 2013). Uma meta-análise do tratamento psicossocial para a Perturbação de Jogo demonstrou efeitos positivos significativos a curto e longo prazo (Pallesen et al., 2005).

O início do tratamento psicossocial para a Perturbação de Jogo começa com ajudar o doente a superar os pensamentos irracionais. Pensa-se que os indivíduos com Perturbação de Jogo acreditam que têm a capacidade de controlar eventos casuais confiando em comportamentos ou métodos supersticiosos.

As terapias psicossociais enfatizam a identificação de razões para o jogo, confronto de defesas e cessação de comportamentos de perseguição. Os tratamentos

Perturbação de jogo na adolescência: evidência científica sobre a intervenção terapêutica cognitivos concentram-se em desafiar e corrigir os erros de pensamento do paciente; por exemplo, explorando e entendendo a ilusão de controlo sobre eventos casuais.

A terapia comportamental considera a Perturbação de Jogo um comportamento aprendido e baseia-se em técnicas como exposição sistemática ou dessensibilização e desenvolvimento de habilidades (por exemplo, técnicas de relaxamento e melhoria das habilidades sociais). A TCC combina elementos das abordagens de tratamento comportamental e cognitivo, usando exposição sistemática ou dessensibilização, técnicas de relaxamento, treino de competências sociais e sensibilização encoberta, bem como prevenção de recaídas.

Embora essas técnicas de aconselhamento e tratamento possam estar além do nível de conforto e experiência da maioria dos médicos, o conhecimento das opções de tratamento e o encaminhamento para profissionais de saúde mental qualificados são importantes no tratamento bem-sucedido de adolescentes com Perturbação de Jogo e das suas famílias.

Infelizmente, os doentes, sobretudo adolescentes, muitas vezes relutam em procurar ajuda psicológica e metade dos doentes encaminhados aos serviços de saúde mental não seguem o encaminhamento. Assim, o aconselhamento e o tratamento para problemas relacionados ao jogo podem depender apenas de um relacionamento de confiança com um médico de família (Feldman, A. 2013).

Infelizmente, poucas pesquisas estão disponíveis para orientar os tratamentos para problemas do adolescente ou Perturbação de Jogo. Embora várias abordagens de tratamento psicossocial tenham sido descritas, nenhum estudo controlado com placebo foi realizado em adolescentes com Perturbação de Jogo. Como os métodos de tratamento usados em adolescentes geralmente se baseiam naqueles usados em adultos, serão referidas algumas abordagens de tratamento psicossocial comumente usadas com jogadores patológicos adultos e discutido o uso de tais tratamentos em jogadores problemáticos e patológicos adolescentes.

Terapia cognitivo-comportamental (TCC)

A TCC é eficaz no tratamento da Perturbação de Jogo e muitos terapeutas preferem usar a TCC (Derevensky & Gilbeau, 2015). Rash e Petry (2014) conduziram uma revisão sistemática de tratamentos psicológicos para a Perturbação de Jogo. As

suas descobertas indicaram que a TCC foi a mais comum entre as terapias psicossociais.

A TCC defende que a situação pode ser mudada através de uma mudança no pensamento que pode levar a um comportamento diferente. Para jogadores problemáticos, pode ser aplicada das seguintes maneiras:

a) Reforço: jogadores problemáticos podem ser recompensados durante os períodos de abstinência.

b) Modelagem: um jogador problemático que se junta a um grupo como Jogadores Anónimos provavelmente será motivado a se abster de jogar ou manter a sua recuperação quando interagir com outros membros do grupo que se abstiveram por um longo período de tempo. Esses membros do grupo modelam os benefícios da abstinência.

c) Resposta condicionada: quando jogadores problemáticos são ajudados a identificar potenciais fatores desencadeantes e a conceber formas de os difundir, é provável que se abstenham de jogar.

d) Fatores cognitivos: o modelo ABC (A – Acontecimento: São os factos, é o que realmente acontece; B – Interpretação: É a forma como a pessoa interpreta os factos. Essa interpretação pode ser relativamente precisa ou pode ser influenciada por distorções cognitivas. É nesse momento que surgem os pensamentos automáticos, baseados nas crenças disfuncionais; C – Comportamento: A forma como o indivíduo reage ao acontecimento e à sua interpretação. É aqui que entram as reações emocionais, fisiológicas e comportamentais. Se a pessoa tem crenças disfuncionais e pensamentos automáticos errôneos, é provável que o seu comportamento não seja muito adequado às situações) pode ser usado para obtenção do autorreconhecimento das distorções cognitivas de indivíduos com Perturbação de Jogo. Ao reavaliar as suas crenças/interpretações de factos, eles podem mudar as consequências que decorrem de pensamentos não adaptativos.

e) O treino de relaxamento e a dessensibilização ajudam os indivíduos com Perturbação de Jogo a se preparar mentalmente para superar o desejo de jogar.

A TCC também pode ser utilizada para transmitir aos indivíduos com Perturbação

Perturbação de jogo na adolescência: evidência científica sobre a intervenção terapêutica de Jogo habilidades de enfrentamento intrapessoal e interpessoal, seja em terapia individual ou em grupo. A ênfase também deve ser colocada na prevenção de recaídas e gestão de contingências (van Wormer & Davis, 2016).

No entanto, para os adolescentes, além disso, é necessário ajudá-los a compreender as suas cognições errôneas, leis de probabilidade e independência de eventos. O foco também deve estar nas motivações subjacentes que levam ao jogo, que incluem ansiedade, sintomas depressivos, perturbações somáticas, problemas pessoais, académicos e familiares, risco elevado, perturbações do humor, habilidades de enfrentamento deficientes e etc. Sendo que o mais importante é a redução das barreiras para aceder ao tratamento, algo que deve ser considerado antes do estabelecimento das Melhores Práticas (Derevensky & Gilbeau, 2015). A TCC também pode ser usada em terapia de grupo para tratar Perturbação de Jogo.

Outras intervenções úteis que podem ajudar o adolescente com Perturbação de Jogo incluem:

- Recrutar membros da família para ajudar a encorajar o adolescente com Perturbação de Jogo a seguir as recomendações de tratamento.

- Tratar as comorbilidades psiquiátricas do adolescente com Perturbação de Jogo (perturbações do humor e abuso de substâncias), bem como intervir para reduzir o risco de suicídio.

- Fornecer recursos de apoio ao adolescente e familiares. O Instituto de Apoio ao Jogador pode ser contactado pela linha de ajuda telefónica 968 230 998 ou através do seu site (www.iaj.pt). A linha de ajuda, é providenciada em regime de voluntariado, e dirige-se a pessoas com problemas de abuso, dependência, adição ao jogo, mas também aos seus familiares e proporciona informações sobre problemas de jogo, prevenção, diagnóstico, sugestões, intervenção, tratamento, acompanhamento aos jogadores ou familiares e reencaminhamentos.

Os objetivos de tratamento para doentes com Perturbação de Jogo são semelhantes aos doentes que estão sendo tratados para depressão ou alcoolismo, pois são focados em restaurar uma maneira "normal" de pensar e viver para os doentes.

Tratamento Farmacológico

O tratamento farmacológico para problemas de jogo é mais eficaz quando toma em consideração a comorbilidade psiquiátrica do doente; um diagnóstico de Perturbação afetiva bipolar, Perturbação obsessivo-compulsiva, Perturbação de hiperatividade com déficit de atenção e abuso de substâncias deve ser considerado em todos os pacientes com Perturbação de Jogo (Dell'Osso et al., 2005).

Nenhum estudo conhecido avaliou terapias farmacológicas para Perturbação de Jogo em adolescentes. Até o momento, antidepressivos, antagonistas de opióides e outros fármacos têm sido usados para tratar a perturbação de jogo em adultos. Em cada seção, primeiro serão descritos os estudos que avaliaram a eficácia desses fármacos no tratamento da Perturbação de Jogo em adultos. Em seguida, será discutido o uso desses agentes no tratamento de perturbações psiquiátricas em adolescentes.

1. Antidepressivos

Pesquisas iniciais demonstraram que a terapia farmacológica tem um papel no tratamento da depressão coexistente com perturbação de jogo, e não como tratamento primário para a Perturbação de Jogo (Murray, 1993). No entanto, na última década, os inibidores seletivos de recaptção de serotonina (ISRSs) foram encontrados em pequenos ensaios clínicos como eficazes na redução de comportamentos de jogo, independentemente de seu efeito sobre perturbações de humor e ansiedade.

1.1. Fluvoxamina

A eficácia da fluvoxamina (ISRS) foi estudada com base num ensaio clínico em dupla ocultação aleatorizado e controlado por placebo em 10 homens com Perturbação de Jogo (Hollander et al., 2000). O estudo utilizou um desenho cruzado, de modo que cada paciente recebeu 8 semanas de fluvoxamina (195 mg/dia) e 8 semanas de placebo. O tratamento com fluvoxamina resultou numa melhora percentual significativamente maior na gravidade geral do jogo na escala de impressão clínica global de Perturbação de Jogo ($p < 0.05$). Essa diferença entre os grupos de

Perturbação de jogo na adolescência: evidência científica sobre a intervenção terapêutica tratamento e placebo só foi significativa na segunda fase do estudo, sugerindo que houve um efeito placebo inicial que diminuiu com o tempo.

Embora a fluvoxamina não tenha sido usada para tratar a Perturbação de Jogo em adolescentes, ela tem sido usada para tratar adolescentes com Perturbação de ansiedade generalizada, Perturbação de ansiedade de separação, Perturbação Obsessivo-Compulsiva (POC) e fobia social (Cheer & Figgitt, 2002). Num estudo, Strauss et al. (2002) concluíram que a fluvoxamina é um tratamento aceitável para adolescentes com Perturbação do Espectro do Autismo e outras perturbações do neurodesenvolvimento. A fluvoxamina é bem tolerada em crianças e adolescentes e reduz os sintomas de ansiedade em crianças e adolescentes com POC (Cheer & Figgitt, 2002). No entanto, devem ser feitos estudos que avaliem a eficácia a longo prazo de antes de quaisquer recomendações para a Perturbação de Jogo em adolescentes.

1.2. Citalopram

O citalopram, que é um ISRS, foi considerado eficaz ($p < 0.05$) para o tratamento de jogadores com perturbação de jogo não deprimidos num ensaio clínico aberto do qual fizeram parte 15 indivíduos durante 12 semanas (Zimmerman et al., 2002).

O citalopram pode ser utilizado na faixa etária adolescente no tratamento de perturbações de ansiedade, perturbação depressiva e na perturbação obsessivo compulsiva. No entanto, o citalopram não deverá ser utilizado no tratamento de adolescentes. Em ensaios clínicos de adolescentes tratados com antidepressivos foram observados mais frequentemente comportamentos relacionados com o suicídio (tentativas de suicídio e pensamentos suicidas), e hostilidade (predominantemente agressão, comportamento de oposição e fúria) em comparação com os que foram tratados com placebo. Se, apesar disso, com base na necessidade clínica, for tomada a decisão de efetuar tratamento, o doente deverá ser cuidadosamente monitorizado relativamente ao surgimento de sintomas suicidas. Além disso, não existem dados de segurança a longo prazo em adolescentes relativos ao crescimento, à maturação e ao desenvolvimento cognitivo e comportamental (INFARMED, 2011).

Assim sendo, o citalopram não apresenta para já condições de eficácia e segurança para que possa ser utilizado no tratamento de perturbação de jogo em

1.3. Fluoxetina

A fluoxetina, um ISRS, também foi considerada eficaz para o tratamento de jogadores com perturbação de jogo não deprimidos num ensaio clínico aberto composto por 20 indivíduos com Perturbação de Jogo e com a duração de 6 meses (Gandara et al., 1999). Neste ensaio clínico, a fluoxetina (20 mg/dia) em combinação com psicoterapia foi associada a taxas de remissão mais altas em comparação com a psicoterapia isolada ($p < 0.05$) (Gandara et al., 1999).

Nos adolescentes, a fluoxetina é utilizada em episódios depressivos major moderados a graves, quando a depressão não responde a 4-6 sessões de terapêutica psicológica. A fluoxetina só deve ser utilizada em adolescentes com depressão moderada a grave somente em combinação com uma terapêutica psicológica. Nesta faixa etária a fluoxetina também pode ser usada para o tratamento de Perturbações de ansiedade, mutismo seletivo, Perturbações do comportamento alimentar, Perturbação afetiva bipolar tipo I (em combinação com a olanzapina) e na Perturbação obsessivo-compulsiva.

Apesar da fluoxetina apresentar um perfil de segurança adequado na faixa etária adolescente, ainda carece de estudos adicionais que demonstrem a sua eficácia na Perturbação de jogo em adolescentes.

1.4. Bupropiona

A bupropiona é um inibidor da recaptção da noradrenalina e dopamina e um antagonista dos recetores nicotínicos. Um pequeno ensaio clínico aberto do qual fizeram parte 10 indivíduos com perturbação de jogo e com uma duração de 8 semanas com bupropiona (200 mg/dia) também sugeriu possíveis benefícios na Perturbação de Jogo ($p < 0.05$) (Black, 2007).

A bupropiona pode ser usada para tratar adolescentes com Perturbação de hiperatividade com défice de atenção, perturbação depressiva refratária e na cessação tabágica.

Quanto ao uso da bupropiona na Perturbação de jogo em adolescentes ainda carece de evidência científica e estudos adicionais.

É importante referir que os estudos que foram mencionados são limitados pelo tamanho pequeno, seguimento curto e, em alguns casos, pelo desenho do estudo. Assim, a confirmação com base em ensaios clínicos aleatorizados, controlados com placebo, com uma amostra de maiores dimensões e com seguimento prolongado é necessária antes que recomendações definitivas possam ser feitas.

2. Antagonistas dos Recetores Opióides

Um interesse crescente tem sido direcionado ao sistema opióide no tratamento da Perturbação de Jogo. Vários estudos foram conduzidos para testar a eficácia dos antagonistas opióides no tratamento da perturbação, mostrando uma redução da necessidade de se envolver no comportamento aditivo e períodos mais longos de abstinência (Kim & Grant, 2001; Grant et al., 2006; Grant et al., 2008). Foi colocada a hipótese de uma predisposição genética regular a resposta aos antagonistas de opióides em jogadores com perturbação de jogo e uma história familiar de alcoolismo foi associada à resposta positiva ao tratamento com esses fármacos (Grant et al., 2008).

A naltrexona pode ser eficaz no tratamento da Perturbação de Jogo em adultos, mas são necessários estudos adicionais para confirmar esses resultados. No que diz respeito aos adolescentes, pesquisas adicionais são necessárias para determinar a segurança e eficácia da naltrexona no tratamento de perturbações psiquiátricas, incluindo Perturbação de Jogo.

2.1. Naltrexona

Curiosamente, o jogo pode induzir um efeito agradável, portanto, os fármacos que diminuem esse efeito podem ser úteis no tratamento da Perturbação de Jogo. A naltrexona é um antagonista dos recetores opióides usado para tratar várias perturbações de dependência. Uma revisão de estudos aleatorizados em doentes com Perturbação de jogo encontrou evidências limitadas de que antagonistas de opióides,

Perturbação de jogo na adolescência: evidência científica sobre a intervenção terapêutica como a naltrexona, podem ser úteis (Kraus et al., 2020). No entanto, a naltrexona pode causar anormalidades na função hepática (Kim et al., 2001).

A naltrexona foi usada num ensaio clínico em dupla ocultação controlado com placebo para tratar os sintomas associados à Perturbação do Espectro do Autismo em crianças, (Campbell et al., 1990) e num único estudo de caso para tratar o abuso de álcool em adolescentes (Wold & Kaminer, 1997). No entanto, a segurança desse medicamento em populações pediátricas ainda não foi estabelecida, (Chabane et al., 2000) portanto, certamente é muito cedo para recomendar o uso de naltrexona no tratamento da Perturbação de Jogo em adolescentes.

2.2. Nalmefeno

Um ensaio clínico em dupla ocultação aleatorizado com nalmefeno em 207 pessoas com Perturbação de Jogo descobriu que nalmefeno 25 mg por dia reduziu significativamente os scores de avaliação de jogo durante um período de teste de 16 semanas em comparação com placebo ($p < 0.05$) (Grant et al., 2006). Doses mais altas de nalmefeno não foram mais eficazes, mas causaram mais efeitos adversos. No geral, no entanto, a taxa de abandono antes da semana 16 foi alta em todos os grupos: 47% do grupo placebo e 31% do grupo nalmefeno completaram o estudo.

Na faixa etária adolescente o nalmefeno pode ser utilizado em caso de intoxicação de opióides. O nalmefeno tem uma duração de ação mais longa do que a naloxona. O seu uso no cenário de cuidados agudos é controverso. Comparado com a naloxona, causa menos flutuações no nível de consciência do paciente e menor risco de toxicidade opióide recorrente em pacientes que saem contra orientação médica logo após a ressuscitação inicial. Por outro lado, o nalmefeno pode precipitar a abstinência prolongada em pacientes com perturbação por uso de opióides ou sintomas recorrentes em pacientes que tomaram opióides sintéticos com duração de ação igual ou maior que a do nalmefeno (Yaksh et al., 2011).

O nalmefeno pode ser considerado para uso em adolescentes que tiveram uma única exposição a opióides ou naqueles que estão internados e não apresentam abstinência após uma dose experimental de naloxona (Kaplan et al., 1999). O nalmefeno também pode ser usado com segurança em adolescentes potencialmente

Perturbação de jogo na adolescência: evidência científica sobre a intervenção terapêutica dependentes de opióides após uma dose experimental de naloxona ter sido tolerada com segurança. Doses de 0,5 a 2,0 mg (via intravenosa) foram relatadas como seguras e eficazes em adultos. A duração da ação é de 4 a 10 horas se a dose for de 0,5 a 1,0 mg, e maior que 8 horas se a dose for de 2,0 mg. Os efeitos adversos do nalmefeno são incomuns e incluem náuseas e vômitos, taquicardia, mioclonia, tonturas e sonolência.

Embora a dose ideal de nalmefeno para intoxicação por opióides em adolescentes não tenha sido estudada, doses de 0,25 a 1,0 mcg/kg (até um máximo de 40 mcg; via intravenosa) foram usadas com segurança para reverter a sedação em 15 pacientes pediátricos (Chumpa et al., 2001).

No que toca ao uso de nalmefeno para o tratamento da Perturbação de Jogo em adolescentes, ainda são necessários mais estudos que demonstrem a sua eficácia nesta patologia de forma a poder ser uma linha de tratamento recomendada.

3. Outros

Os estabilizadores do humor mostraram propriedades anti-impulsivas, bem como eficácia na redução do desejo e na prevenção de recaídas em diferentes perturbações relacionadas a substâncias. Vários estudos têm sido realizados para avaliar a sua utilidade no tratamento da Perturbação de Jogo, incluindo situações de comorbilidade com espectro bipolar (Di Nicola et al., 2014).

Evidências limitadas sugerem o possível uso de estabilizadores de humor no tratamento da Perturbação de Jogo em adultos. De acordo com McElroy et al (1996), as Perturbações do controlo de impulso e as Perturbações do espectro bipolar podem estar relacionadas, sugerindo uma possível razão para a eficácia desses agentes no tratamento da Perturbação de Jogo. Se tal tratamento seria eficaz no tratamento da Perturbação de Jogo em adolescentes é algo que ainda aguarda mais pesquisas.

3.1. Lítio

Um ensaio clínico aleatorizado com dupla ocultação e controlado com placebo em 40 doentes com Perturbação de jogo e Perturbação afetiva bipolar com a duração de 10 semanas sugeriu que em doentes com Perturbação do espectro bipolar (exceto

Perturbação afetiva bipolar tipo I) e Perturbação de Jogo, o lítio (1150 mg/dia) pode ser benéfico ($p < 0.05$) (Hollander et al., 2005).

O lítio é um estabilizador de humor, na adolescência é utilizado para tratamento da Perturbação afetiva bipolar em monoterapia, na remissão de episódio maníaco ou episódio com características mistas e também no tratamento de manutenção.

Quanto ao seu uso na perturbação de jogo em adolescentes este poderá ser benéfico se existir uma Perturbação afetiva bipolar, no entanto são necessários estudos adicionais de forma que esta linha de tratamento possa ser recomendada.

3.2. Topiramato

O topiramato (200 mg/dia) pareceu ter alguma eficácia no tratamento da Perturbação de Jogo ($p < 0.05$) num ensaio clínico comparativo (topiramato vs fluvoxamina) aberto e aleatorizado composto por 31 adultos com perturbação de jogo e com a duração de 12 semanas, tendo sido mais eficaz do que a fluvoxamina (Dannon et al., 2005).

O topiramato pelas suas propriedades anticonvulsivas e neuroprotetoras é indicado em monoterapia ou como terapia adjuvante para crises parciais com ou sem generalização secundária e crises tónico-clónicas primárias generalizadas em adolescentes.

No que se refere ao uso do topiramato na perturbação de jogo em adolescentes é algo ainda incerto pois que carece de estudos adicionais.

Existiram ainda outros estudos em jogadores adultos com perturbação de jogo relativos a alternativas farmacológicas que não mostram benefícios: Um grande efeito placebo foi observado num ensaio clínico controlado e aleatorizado com sertralina (Saiz-Ruiz et al., 2005). A taxa de resposta foi a mesma para sertralina e placebo (74 por cento e 72 por cento, respetivamente). A olanzapina não foi mais eficaz que o placebo num outro ensaio clínico aleatorizado (McElroy et al., 2008).

Conclusão

O uso de terapias comportamentais e, em particular, TCC para doentes com Perturbação de Jogo é apoiado por ensaios clínicos aleatorizados com algumas falhas metodológicas. É sugerido que o tratamento psicológico seja incluído num plano de tratamento para todos os doentes com problemas de jogo. Infelizmente, os doentes muitas vezes relutam em procurar ajuda psicológica, especialmente quando adolescentes, e metade dos doentes encaminhados aos serviços de saúde mental não segue o encaminhamento.

A terapêutica farmacológica para o problema do jogo demonstrou ser mais eficaz quando direcionada à comorbilidade psiquiátrica do doente; um diagnóstico de Perturbação afetiva bipolar, Perturbação obsessivo-compulsiva, Perturbação de hiperatividade com défice de atenção e abuso de substâncias deve ser considerado em todos os doentes com Perturbação de jogo. A terapia farmacológica pode ter algum benefício, independentemente da comorbilidade subjacente, mas os dados são apenas preliminares. Os ISRSs mostraram resultados mistos com um efeito placebo substancial. Os antagonistas opióides (naltrexona e nalmeveno) mostraram eficácia em pequenos ensaios aleatorizados.

Após uma pesquisa com a metodologia já mencionada chegou-se à conclusão de que a evidência científica à cerca da intervenção terapêutica em adolescentes com perturbação de jogo é escassa. Sendo esta uma patologia cuja prevalência está a aumentar de forma progressiva e que se encontra associada a perturbações do humor e de ansiedade, tornando-se desta forma numa temática distinta que requer estudos adicionais.

Com base na evidência disponível a abordagem mais eficaz a ter na Perturbação de Jogo em adolescentes será a combinação de intervenção psicossocial e terapêutica farmacológica direcionada à comorbilidade psiquiátrica.

Tendo em conta o contexto descrito, é importante existir um investimento na abordagem preventiva (que englobe uma melhor preparação dos serviços de saúde, legislação e fiscalização de casas/plataformas de jogo, aumento da literacia sobre a

Perturbação de jogo na adolescência: evidência científica sobre a intervenção terapêutica
problemática e um maior controlo sobre a publicidade associada ao jogo) direcionada sobretudo aos adolescentes pertencentes a grupos de risco (Torrado et al., 2019).

Bibliografia

- Barnes, G. M., Welte, J. W., Tidwell, M.-C. O., & Hoffman, J. H. (2015). Gambling and substance use: Co-occurrence among adults in a recent general population study in the United States. *International Gambling Studies*, 15(1), 55–71.
<https://doi.org/10.1080/14459795.2014.990396>
- Bechara, A. (2001, July). Neurobiology of decision-making: risk and reward. *In Seminars in clinical neuropsychiatry* (Vol. 6, No. 3, pp. 205-216).
- Becoña, E. (1997). Pathological gambling in Spanish children and adolescents: An emerging problem. *Psychological reports*, 81(1), 275-287.
- Black, D. W., Arndt, S., & Forbush, K. T. (2007). Bupropion in the Treatment of Pathological Gambling. *Journal of Clinical Psychopharmacology*, 27(2), 8.
- Black, D. W., Coryell, W. H., Crowe, R. R., McCormick, B., Shaw, M. C., & Allen, J. (2014). A Direct, Controlled, Blind Family Study of *DSM-IV* Pathological Gambling. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 75(03), 215–221.
<https://doi.org/10.4088/JCP.13m08566>
- Blanco, C., Moreyra, P., Nunes, E. V., Saiz-Ruiz, J., & Ibanez, A. (2001, July). Pathological gambling: addiction or compulsion?. *In Seminars in clinical neuropsychiatry* (Vol. 6, No. 3, pp. 167-176).
- Blaszczynski, A., & Farrell, E. (1998). A Case Series of 44 Completed Gambling-Related Suicides. *JOURNAL OF GAMBLING STUDIES*, 17.

Bonnaire, C., Barrault, S., Aïte, A., Cassotti, M., Moutier, S., & Varescon, I. (2017).

Relationship between pathological gambling, alexithymia, and gambling type: Gambling, Alexithymia, and Gambling Type. *The American Journal on Addictions*, 26(2), 152–160. <https://doi.org/10.1111/ajad.12506>

Bray, R. M., Kroutil, L. A., Luckey, J. W., Wheelless, S. C., & Iannacchione, V. G. (1992).

1992 worldwide survey of substance abuse and health behaviors among military personnel. RESEARCH TRIANGLE INST (RTI) RESEARCH TRIANGLE PARK NC.

Burge, A. N., Pietrzak, R. H., & Petry, N. M. (2006). Pre/Early Adolescent Onset of

Gambling and Psychosocial Problems in Treatment-Seeking Pathological Gamblers. *Journal of Gambling Studies*, 22(3), 263–274. <https://doi.org/10.1007/s10899-006-9015-7>

Calado, F., Alexandre, J., & Griffiths, M. D. (2017). Prevalence of Adolescent Problem

Gambling: A Systematic Review of Recent Research. *Journal of Gambling Studies*, 33(2), 397–424. <https://doi.org/10.1007/s10899-016-9627-5>

Campbell, M., Anderson, L. T., Small, A. M., Locascio, J. J., Lynch, N. S., & Choroco, M.

C. (1990). Naltrexone in autistic children: a double-blind and placebo-controlled study. *Psychopharmacology Bulletin*.

Chabane, N., Leboyer, M., & Mouren-Simeoni, M. C. (2000). Opiate antagonists in

children and adolescents. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 9(S1), S44–S50. <https://doi.org/10.1007/s007870070018>

- Perturbação de jogo na adolescência: evidência científica sobre a intervenção terapêutica*
Cheer, S. M., & Figgitt, D. P. (2002). Spotlight on Fluvoxamine in Anxiety Disorders in Children and Adolescents*: *CNS Drugs*, 16(2), 139–144.
<https://doi.org/10.2165/00023210-200216020-00006>
- Chumpa, A., Kaplan, R. L., Burns, M. M., & Shannon, M. W. (2001). Nalmefene for elective reversal of procedural sedation in children. *The American Journal of Emergency Medicine*, 19(7), 545–548.
<https://doi.org/10.1053/ajem.2001.27141>
- Cunningham-Williams, R. M., Cottler, L. B., Compton, W. M., & Spitznagel, E. L. (1998). Taking chances: Problem gamblers and mental health disorders--results from the St. Louis Epidemiologic Catchment Area Study. *American Journal of Public Health*, 88(7), 1093–1096. <https://doi.org/10.2105/AJPH.88.7.1093>
- Dannon, P. N., Lowengrub, K., Gonopolski, Y., Musin, E., & Kotler, M. (2005). Topiramate Versus Fluvoxamine in the Treatment of Pathological Gambling: A Randomized, Blind-Rater Comparison Study. *Clinical Neuropharmacology*, 28(1), 6–10. <https://doi.org/10.1097/01.wnf.0000152623.46474.07>
- DeCaria, C. M., Cartwright, C., & Novotny, S. (1999). The relationship between bipolar spectrum and impulse control disorders. In 152nd Annual Meeting of the American Psychiatric Association.
- De la Gandara, J. J., Sanz, O., & Gilaberte, I. (1999, May). Fluoxetine: open-trial in pathological gambling. In *152d Annual Meeting of the American Psychiatric Association, Washington, DC*.

- Perturbação de jogo na adolescência: evidência científica sobre a intervenção terapêutica*
- Dell’Osso, B., Allen, A., & Hollander, E. (2005). [No title found]. *Clinical Practice and Epidemiology in Mental Health*, 1(1), 21. <https://doi.org/10.1186/1745-0179-1-21>
- Derevensky, J. L. (2012). *Teen gambling: Understanding a growing epidemic*. Rowman & Littlefield Publishers.
- Derevensky, J. L., & Gilbeau, L. (2015). Adolescent gambling: twenty-five years of research. *Canadian Journal of Addiction*, 6(2), 4-12.
- Derevensky, J. L., Gupta, R., & Della Cioppa, G. (1996). A developmental perspective of gambling behavior in children and adolescents. *Journal of Gambling Studies*, 12(1), 49–66. <https://doi.org/10.1007/BF01533189>
- Derevensky, J. L., Shek, D. T., & Merrick, J. (2011). Youth gambling. *The hidden addiction*. Boston, MA: Walter de Gruyter.
- Di Nicola, M., De Risio, L., Pettorruso, M., Caselli, G., De Crescenzo, F., Swierkosz-Lenart, K., Martinotti, G., Camardese, G., Di Giannantonio, M., & Janiri, L. (2014). Bipolar disorder and gambling disorder comorbidity: Current evidence and implications for pharmacological treatment. *Journal of Affective Disorders*, 167, 285–298. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2014.06.023>
- Dodd, M. L., Klos, K. J., Bower, J. H., Geda, Y. E., Josephs, K. A., & Ahlskog, J. E. (2005). Pathological Gambling Caused by Drugs Used to Treat Parkinson Disease. *Archives of Neurology*, 62(9), 1377. <https://doi.org/10.1001/archneur.62.9.noc50009>
- Donati, M. A., Chiesi, F., & Primi, C. (2013). A model to explain at-risk/problem gambling among male and female adolescents: Gender similarities and

Perturbação de jogo na adolescência: evidência científica sobre a intervenção terapêutica
differences. *Journal of Adolescence*, 36(1), 129–137.

<https://doi.org/10.1016/j.adolescence.2012.10.001>

Dowling, N. A., Merkouris, S. S., Greenwood, C. J., Oldenhof, E., Toumbourou, J. W., & Youssef, G. J. (2017). Early risk and protective factors for problem gambling: A systematic review and meta-analysis of longitudinal studies. *Clinical Psychology Review*, 51, 109–124. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2016.10.008>

Dussault, F., Brendgen, M., Vitaro, F., Wanner, B., & Tremblay, R. E. (2011). Longitudinal links between impulsivity, gambling problems and depressive symptoms: A transactional model from adolescence to early adulthood: Impulsivity, gambling problems and depressive symptoms. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 52(2), 130–138. <https://doi.org/10.1111/j.1469-7610.2010.02313.x>

Edition, F. (2013). Diagnostic and statistical manual of mental disorders. *Am Psychiatric Assoc*, 21, 591-643.

Feldman, A. (2013). INCREASING THE ODDS A Series Dedicated to Understanding Gambling Disorders Innovative Studies from the NCRG Centers of Excellence in Gambling Research.

Floros, G., Paradisioti, A., Hadjimarcou, M., Mappouras, D. G., Karkanioti, O., & Siomos, K. (2015). Adolescent Online Gambling in Cyprus: Associated School Performance and Psychopathology. *Journal of Gambling Studies*, 31(2), 367–384. <https://doi.org/10.1007/s10899-013-9424-3>

González-Roz, A., Fernández-Hermida, J. R., Weidberg, S., Martínez-Loredo, V., & Secades-Villa, R. (2017). Prevalence of Problem Gambling Among Adolescents:

A Comparison Across Modes of Access, Gambling Activities, and Levels of Severity. *Journal of Gambling Studies*, 33(2), 371–382.
<https://doi.org/10.1007/s10899-016-9652-4>

Goudriaan, A. E., Oosterlaan, J., de Beurs, E., & Van den Brink, W. (2004). Pathological gambling: A comprehensive review of biobehavioral findings. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 28(2), 123–141.
<https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2004.03.001>

Grant, J. E., Kim, S. W., Hollander, E., & Potenza, M. N. (2008). Predicting response to opiate antagonists and placebo in the treatment of pathological gambling. *Psychopharmacology*, 200(4), 521–527. <https://doi.org/10.1007/s00213-008-1235-3>

Grant, J. E., Potenza, M. N., Hollander, E., & Cunningham-Williams, R. (2006). Multicenter Investigation of the Opioid Antagonist Nalmefene in the Treatment of Pathological Gambling. *Am J Psychiatry*, 10.

Gupta, R., Nower, L., Derevensky, J. L., Blaszczynski, A., Faregh, N., & Temcheff, C. (2013). Problem Gambling in Adolescents: An Examination of the Pathways Model. *Journal of Gambling Studies*, 29(3), 575–588.
<https://doi.org/10.1007/s10899-012-9322-0>

Hollander, E., DeCaria, C. M., Finkell, J. N., Begaz, T., Wong, C. M., & Cartwright, C. (2000). A randomized double-blind fluvoxamine/placebo crossover trial in pathologic gambling. *Biological Psychiatry*, 47(9), 813–817.
[https://doi.org/10.1016/S0006-3223\(00\)00241-9](https://doi.org/10.1016/S0006-3223(00)00241-9)

Perturbação de jogo na adolescência: evidência científica sobre a intervenção terapêutica
Hollander, E., Pallanti, S., Allen, A., Sood, E., & Rossi, N. B. (2005). Does Sustained-Release Lithium Reduce Impulsive Gambling and Affective Instability Versus Placebo in Pathological Gamblers With Bipolar Spectrum Disorders? *Am J Psychiatry*, 9.

INFARMED (2011). RESUMO DAS CARACTERÍSTICAS DO MEDICAMENTO. - Citalopram. [Acedido a 17 de janeiro de 2022]. Disponível em: [https://www.grupoazevedos.com/content/files/Citalopram_AZ_10_20_e_40_mg_comp_rev_\(aprov_04-13\)_2.pdf](https://www.grupoazevedos.com/content/files/Citalopram_AZ_10_20_e_40_mg_comp_rev_(aprov_04-13)_2.pdf)

Ipsos, M. (2014). The prevalence of underage gambling. *A research study among*, 11.

Jacobs, D. F. (2004). Youth Gambling in North America: Long Term Trends and Future Prospects. Teoksessa: Derevensky, Jeffrey L. & Gupta, Rina (toim.): Gambling Problems in Youth. Theoretical and Applied Perspectives.

Jiménez-Murcia, S., Granero, R., Stinchfield, R., Tremblay, J., del Pino-Gutiérrez, A., Moragas, L., Savvidou, L. G., Fernández-Aranda, F., Aymamí, N., Gómez-Peña, M., Tárrega, S., Gunnard, K., Martín-Romera, V., Steward, T., Mestre-Bach, G., & Menchón, J. M. (2017). A Spanish Validation of the Canadian Adolescent Gambling Inventory (CAGI). *Frontiers in Psychology*, 8. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2017.00177>

Kang, K., Ok, J. S., Kim, H., & Lee, K.-S. (2019). The Gambling Factors Related with the Level of Adolescent Problem Gambler. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 16(12), 2110. <https://doi.org/10.3390/ijerph16122110>

- Kaplan, J. L., Marx, J. A., Calabro, J. J., Gin-Shaw, S. L., Spiller, J. D., Spivey, W. L., Gaddis, G. M., Zhao, N., & Harchelroad, F. P. (1999). Double-Blind, Randomized Study of Nalmefene and Naloxone in Emergency Department Patients With Suspected Narcotic Overdose. *Annals of Emergency Medicine, 34*(1), 42–50. [https://doi.org/10.1016/S0196-0644\(99\)70270-2](https://doi.org/10.1016/S0196-0644(99)70270-2)
- Kausch, O. (2003). Suicide attempts among veterans seeking treatment for pathological gambling. *The Journal of clinical psychiatry, 64*(9), 20385.
- Kessler, R. C., Hwang, I., LaBrie, R., Petukhova, M., Sampson, N. A., Winters, K. C., & Shaffer, H. J. (2008). DSM-IV pathological gambling in the National Comorbidity Survey Replication. *Psychological Medicine, 38*(9), 1351–1360. <https://doi.org/10.1017/S0033291708002900>
- Kim, S. W., & Grant, J. E. (2001). An open naltrexone treatment study in pathological gambling disorder: *International Clinical Psychopharmacology, 16*(5), 285–289. <https://doi.org/10.1097/00004850-200109000-00006>
- Kim, S. W., Grant, J. E., Adson, D. E., & Shin, Y. C. (2001). Double-blind naltrexone and placebo comparison study in the treatment of pathological gambling. *Biological Psychiatry, 49*(11), 914–921. [https://doi.org/10.1016/S0006-3223\(01\)01079-4](https://doi.org/10.1016/S0006-3223(01)01079-4)
- Kraus, S. W., Etuk, R., & Potenza, M. N. (2020). Current pharmacotherapy for gambling disorder: A systematic review. *Expert Opinion on Pharmacotherapy, 21*(3), 287–296. <https://doi.org/10.1080/14656566.2019.1702969>
- Lambert, T., Kelly, D. L., Alcock, S., & Conley, R. R. (2004). Psychotropic Prescribing for Acute Inpatient Admissions in Patients With Severe Psychosis. *Journal of Clinical*

<https://doi.org/10.1097/01.jcp.0000106224.36344.11>

Lesieur, H. R., & Blume, S. B. (1987). The South Oaks Gambling Screen (SOGS): a new instrument for the identification of pathological gamblers.

Lorains, F. K., Cowlishaw, S., & Thomas, S. A. (2011). Prevalence of comorbid disorders in problem and pathological gambling: Systematic review and meta-analysis of population surveys: Comorbid disorders in pathological gambling. *Addiction*, 106(3), 490–498. <https://doi.org/10.1111/j.1360-0443.2010.03300.x>

Maccallum, F., & Blaszczynski, A. (2003). Pathological Gambling and Suicidality: An Analysis of Severity and Lethality. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 33(1), 88–98. <https://doi.org/10.1521/suli.33.1.88.22781>

Macey, J., & Hamari, J. (2018). Investigating relationships between video gaming, spectating esports, and gambling. *Computers in Human Behavior*, 80, 344–353. <https://doi.org/10.1016/j.chb.2017.11.027>

McElroy, S. L., Nelson, E. B., Welge, J. A., Kaehler, L., & Keck, P. E. (2008). Olanzapine in the treatment of pathological gambling: a negative randomized placebo-controlled trial. *The Journal of clinical psychiatry*, 69(3), 13214.

McElroy, S. L., Pope, H. G., Keck, P. E., Hudson, J. I., Phillips, K. A., & Strakowski, S. M. (1996). Are impulse-control disorders related to bipolar disorder? *Comprehensive Psychiatry*, 37(4), 229–240. [https://doi.org/10.1016/S0010-440X\(96\)90001-2](https://doi.org/10.1016/S0010-440X(96)90001-2)

McInnes, A., Hodgins, D. C., & Holub, A. (2014). The Gambling Cognitions Inventory: Scale development and psychometric validation with problem and pathological

gamblers. *International Gambling Studies*, 14(3), 410–431.

<https://doi.org/10.1080/14459795.2014.923483>

Messerlian, C., Gillespie, M., & Derevensky, J. L. (2007). Beyond drugs and alcohol:

Including gambling in a high-risk behavioural framework. *Paediatrics & Child Health*, 12(3), 199–204. <https://doi.org/10.1093/pch/12.3.199>

Mokinaro, S., Vincente, J., Benedetti, E., Cerrai, S., Colasante, E., Arpa, S., ... &

Skarupova, K. (2020). ESPAD Report 2019: Results From European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs.

Murray, J. B. (1993). Review of Research on Pathological Gambling. *Psychological*

Reports, 72(3), 791–810. <https://doi.org/10.2466/pr0.1993.72.3.791>

Pallesen, S., Mitsem, M., Kvale, G., Johnsen, B.-H., & Molde, H. (2005). Outcome of

psychological treatments of pathological gambling: A review and meta-analysis.

Addiction, 100(10), 1412–1422. <https://doi.org/10.1111/j.1360-0443.2005.01204.x>

Pasche, S. C., Sinclair, H., Collins, P., Pretorius, A., Grant, J. E., & Stein, D. J. (2013). The

effectiveness of a cognitive-behavioral intervention for pathological gambling:

A country-wide study. *ANNALS OF CLINICAL PSYCHIATRY*, 7.

Petit, A., Karila, L., & Lejoyeux, M. (2015). Adolescent pathological gambling. *Archives*

de Pediatrie: Organe Officiel de la Societe Francaise de Pediatrie, 22(5), 564-568.

Petry, N. M., Stinson, F. S., & Grant, B. F. (2005). Comorbidity of DSM-IV pathological

gambling and other psychiatric disorders: results from the National

- Perturbação de jogo na adolescência: evidência científica sobre a intervenção terapêutica*
Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *Journal of clinical psychiatry*, 66(5), 564-574.
- Pijak, M. R. (2006). Rebound Inflammation and the Risk of Ischemic Stroke After Discontinuation of Aspirin Therapy. *Archives of Neurology*, 63(2), 300.
<https://doi.org/10.1001/archneur.63.2.300-b>
- Potenza, M. N. (2001, July). The neurobiology of pathological gambling. In *Seminars in clinical neuropsychiatry* (Vol. 6, No. 3, pp. 217-226).
- Rash, C., & Petry, N. (2014). Psychological treatments for gambling disorder. *Psychology Research and Behavior Management*, 285.
<https://doi.org/10.2147/PRBM.S40883>
- Romer, D. (Ed.). (2003). *Reducing adolescent risk: Toward an integrated approach*. Sage.
- Saiz-Ruiz, J., Blanco, C., Ibáñez, A., Masramon, X., Gómez, M. M., Madrigal, M., & Díez, T. (2005). Sertraline treatment of pathological gambling: a pilot study. *Journal of Clinical Psychiatry*, 66(1), 28-33.
- Sancho, M., de Gracia, M., Granero, R., González-Simarro, S., Sánchez, I., Fernández-Aranda, F., Trujols, J., Mallorquí-Bagué, N., Mestre-Bach, G., del Pino-Gutiérrez, A., Mena-Moreno, T., Vintró-Alcaraz, C., Steward, T., Aymamí, N., Gómez-Peña, M., Menchón, J. M., & Jiménez-Murcia, S. (2019). Differences in Emotion Regulation Considering Gender, Age, and Gambling Preferences in a Sample of Gambling Disorder Patients. *Frontiers in Psychiatry*, 10, 625.
<https://doi.org/10.3389/fpsy.2019.00625>

Sapthiang, S., Van Gordon, W., Shonin, E., & Griffiths, M. D. (2020). Adolescent problem gambling requires community-level health promotion approaches. *Addiction Research & Theory, 28*(2), 91–94.
<https://doi.org/10.1080/16066359.2019.1590559>

Secades-Villa, R., Martínez-Loredo, V., Grande-Gosende, A., & Fernández-Hermida, J. R. (2016). The Relationship between Impulsivity and Problem Gambling in Adolescence. *Frontiers in Psychology, 7*.
<https://doi.org/10.3389/fpsyg.2016.01931>

Sharman, S., Butler, K., & Roberts, A. (2019). Psychosocial risk factors in disordered gambling: A descriptive systematic overview of vulnerable populations. *Addictive Behaviors, 99*, 106071.
<https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2019.106071>

Škařupová, K., Vlach, T., & Mravčík, V. (2020). Early intervention and identification of gambling disorder: A systematic literature review of strategies implemented by gambling operators. *Central European Journal of Public Health, 28*(1), 18–23.
<https://doi.org/10.21101/cejph.a5849>

Slutske, W. S. (2000). Common Genetic Vulnerability for Pathological Gambling and Alcohol Dependence in Men. *Archives of General Psychiatry, 57*(7), 666–673.
<https://doi.org/10.1001/archpsyc.57.7.666>

Slutske, W. S., Zhu, G., Meier, M. H., & Martin, N. G. (2010). Genetic and environmental influences on disordered gambling in men and women. *Archives of general psychiatry, 67*(6), 624-630.

Perturbação de jogo na adolescência: evidência científica sobre a intervenção terapêutica
Smith, D. P., Battersby, M. W., Harvey, P. W., Pols, R. G., & Ladouceur, R. (2015).

Cognitive versus exposure therapy for problem gambling: Randomised controlled trial. *Behaviour Research and Therapy*, 69, 100–110.
<https://doi.org/10.1016/j.brat.2015.04.008>

Stinchfield, R. (2002). Reliability, validity, and classification accuracy of the South Oaks Gambling Screen (SOGS). *Addictive Behaviors*, 27(1), 1–19.
[https://doi.org/10.1016/S0306-4603\(00\)00158-1](https://doi.org/10.1016/S0306-4603(00)00158-1)

Strauss, W. L., Unis, A. S., Cowan, C., Dawson, G., & Dager, S. R. (2002). Fluorine Magnetic Resonance Spectroscopy Measurement of Brain Fluvoxamine and Fluoxetine in Pediatric Patients Treated for Pervasive Developmental Disorders. *American Journal of Psychiatry*, 159(5), 755–760.
<https://doi.org/10.1176/appi.ajp.159.5.755>

Sundqvist, K., Rosendahl, I., & Wennberg, P. (2015). The association between at-risk gambling and binge drinking in the general Swedish population. *Addictive Behaviors Reports*, 2, 49–54. <https://doi.org/10.1016/j.abrep.2015.07.001>

Tamminga, C. A., & Nestler, E. J. (2006). Pathological Gambling: Focusing on the Addiction, Not the Activity. *American Journal of Psychiatry*, 163(2), 180–181.
<https://doi.org/10.1176/appi.ajp.163.2.180>

Taylor, R. N., Parker, J. D. A., Keefer, K. V., Kloosterman, P. H., & Summerfeldt, L. J. (2015). Gambling Related Cognitive Distortions in Adolescence: Relationships with Gambling Problems in Typically Developing and Special Needs Students. *Journal of Gambling Studies*, 31(4), 1417–1429.
<https://doi.org/10.1007/s10899-014-9480-3>

Tippmann-Peikert, M., Park, J. G., Boeve, B. F., Shepard, J. W., & Silber, M. H. (2007).

Pathologic gambling in patients with restless legs syndrome treated with dopaminergic agonists. *Neurology*, 68(4), 301–303.

<https://doi.org/10.1212/01.wnl.0000252368.25106.b6>

Torrado, M. (2018). *LINHAS DE ORIENTAÇÃO TÉCNICA PARA A INTERVENÇÃO EM COMPORTAMENTOS ADITIVOS E DEPENDÊNCIAS SEM SUBSTÂNCIA*. 119.

Torrado, M. V., Dinis, S., Nicolau, L. B., Eusébio, S., & Ouakinin, S. (2019). *Responsible Gambling and Mental Health: Topics for an Integrated Strategy in Prevention and Harm Reduction of Behavioral Addictions* *Jogo Responsável e Saúde Mental: Tópicos para uma Estratégia Integrada na Prevenção e Redução de Danos das Adições Comportamentais*. 14.

Tremblay, J., Stinchfield, R., Wiebe, J., & Wynne, H. (2010). *Canadian adolescent gambling inventory (CAGI) phase III final report*. Alberta Gaming Research Institute.

Van Wormer, K., & Davis, D. R. (2016). *Addiction treatment*. Cengage Learning.

Vieno, A., Canale, N., Potente, R., Scalese, M., Griffiths, M. D., & Molinaro, S. (2018).

The multiplicative effect of combining alcohol with energy drinks on adolescent gambling. *Addictive Behaviors*, 82, 7–13.

<https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2018.01.034>

Vitaro, F., C. Hartl, A., Laursen, B., Brendgen, M., Dionne, G., & Boivin, M. (2015).

Reciprocal Longitudinal Associations Between Adolescent Twin Gambling and Delinquency. *Journal of Gambling Studies*, 31(4), 1449–1461.

<https://doi.org/10.1007/s10899-014-9487-9>

- Perturbação de jogo na adolescência: evidência científica sobre a intervenção terapêutica*
Volberg, R. A., McNamara, L. M., & Carris, K. L. (2018). Risk Factors for Problem Gambling in California: Demographics, Comorbidities and Gambling Participation. *Journal of Gambling Studies*, 34(2), 361–377.
<https://doi.org/10.1007/s10899-017-9703-5>
- Weinberger, A. H., Franco, C. A., Hoff, R. A., Pilver, C., Steinberg, M. A., Rugle, L., Wampler, J., Cavallo, D. A., Krishnan-Sarin, S., & Potenza, M. N. (2015). Cigarette smoking, problem-gambling severity, and health behaviors in high-school students. *Addictive Behaviors Reports*, 1, 40–48.
<https://doi.org/10.1016/j.abrep.2015.01.001>
- Winters, K. C., Stinchfield, R. D., & Fulkerson, J. (1993). Toward the development of an adolescent gambling problem severity scale. *Journal of Gambling Studies*, 9(1), 63–84. <https://doi.org/10.1007/BF01019925>
- Wold, M., & Kaminer, Y. (1997). Naltrexone for alcohol abuse. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 36, 6-7.
- Yaksh, T. L., & Wallace, M. S. (2011). Opioids, analgesia, and pain management. *Goodman and Gilman's the pharmacological basis of therapeutics*, 481-526.
- Zhai, Z. W., Hoff, R. A., Howell, J. C., Wampler, J., Krishnan-Sarin, S., & Potenza, M. N. (2021). Lottery-Purchasing Adolescents: Gambling Perceptions, Problems, and Characteristics. *Journal of Gambling Studies*, 37(4), 1177–1195.
<https://doi.org/10.1007/s10899-021-10004-7>
- Zimmerman, M., Breen, R. B., & Posternak, M. A. (2002). An open-label study of citalopram in the treatment of pathological gambling. *Journal of Clinical Psychiatry*, 63(1), 44-48.