

REVISTA
INTERATIVA
ÍNDICE CLICÁVEL
E HIPERLINKS ATIVOS



Revista da Associação
Portuguesa de Adictologia

Nº9 • 2024

adictologia

REVISTA ADICTOLOGIA

Publicação científica editada pela
Associação Portuguesa de Adictologia
Associação para o Estudo das Drogas
e das Dependências

DIRETOR

Nuno Silva Miguel

CONSELHO EDITORIAL

Alice Castro
Carlos Vasconcelos
Catarina Durão
Davide Cruz
Elisabete Albuquerque
Emídio Rodrigues
Emília Leitão
Graça Vilar
Helena Dias
João Curto
Leonor Madureira
Luiz Gamito
Rocha Almeida
Rui Correia

PROPRIEDADE

Associação Portuguesa de Adictologia
Associação para o Estudo das Drogas e das Dependências
Correspondência: Rua Luís Duarte Santos, nº 18 – 4º O
3030-403 Coimbra

www.adictologia.com
geral@adictologia.com

DESENHO E PAGINAÇÃO

Henrique Patrício
henriqpatricio@gmail.com
Foto: Mart Production 7230395 | Pexels

ISSN – 2183-3168
Publicação Semestral



- 05** **Editorial**
Nuno Silva Miguel
- 06** **Alexitimia e consumo de substâncias – um estudo descritivo**
Alexithymia and substance consumption – a descriptive study
Salomé Mouta, Margarida Pinho
- 16** **Prevalência de consumo de substâncias psicoativas dos doentes acompanhados pela Unidade Saúde Mental Comunitária da Unidade Local de Saúde Viseu Dão-Lafões**
Prevalence of consumption of psychoactive substances among patients monitored by the Community Mental Health Unit of the Viseu Dão-Lafões Local Health Unit
Rui Vaz, Joana Martins, Lúcia Costa, Sofia Pereira, Tânia Casanova, Nuno Gil
- 26** **Análise bibliométrica do conceito de “Loot Box” utilizando métricas da SCOPUS e VOSviewer**
Bibliometric Analysis of “LOOT BOX” concept
Rui Tinoco, Ana Sofia Braga, Letícia Rodrigues
- 44** **Filhos de pais com Perturbação do Uso do Álcool e a sua abordagem nos Cuidados de Saúde Primários – Estudo de Caso**
Children of Parents with Alcohol Use Disorder and their approach in Primary Health Care – Case Study
Matilde Pontes Gramacho Vieira, Sónia Ferreira, Cristina Ribeiro
- 52** **Desafios diagnósticos a propósito de um caso clínico: a ausência do diagnóstico de Adição Sexual nos atuais sistemas classificativos.**
Diagnostic challenges regarding a case report: the absence of the diagnosis of Sexual Addiction in current classification systems.
Ana Carolina Pires, Isabela Faria, Joana Marques Pinto, Carla Silva
- 60** **Perturbação de Jogo e Esquizofrenia: a propósito de um caso clínico**
Gambling Disorder and Schizophrenia: case report
Isabela Faria, Joana Marques Pinto, Ana Carolina Pires, Francisca Jarmela Pina, Pedro M. Esteves, Brigitte Wildenberg, Filipa Sola, Carla Silva

**adi
cto.
logia**

EDITORIAL

NUNO SILVA MIGUEL

PERTURBAÇÃO DE JOGO E ESQUIZOFRENIA: A PROPÓSITO DE UM CASO CLÍNICO

GAMBLING DISORDER AND SCHIZOPHRENIA: CASE REPORT

AUTORES

Isabela Faria^{1,2}, Joana Marques Pinto^{1,2}, Ana
Carolina Pires^{1,2}, Francisca Jarmela Pina^{1,2},
Pedro M. Esteves^{1,2}, Brigitte Wildenberg^{1,2},
Filipa Sola¹, Carla Silva^{1,2}

¹ Serviço de Psiquiatria da Unidade Local de
Saúde de Coimbra, Coimbra, Portugal

² Faculdade de Medicina da Universidade de
Coimbra, Coimbra, Portugal

Autor para correspondência:

Isabela Marina Antunes de Faria;
Morada - Praceta Professor Mota Pinto
3004-561, Coimbra;
12003@ulscoimbra.min-saude.pt

RESUMO

A Perturbação de Jogo (PJ) é uma adição comportamental com elevados níveis de comorbilidade com outras perturbações psiquiátricas, como a Esquizofrenia. Pretende-se apresentar um caso clínico com uma breve revisão da literatura, e evidenciar a estreita relação entre PJ e esquizofrenia.

Masculino, 39 anos, diagnóstico de Esquizofrenia, inicia descontrolo em jogos de azar, após ganho avultado numa das tentativas. Joga diariamente, com dívidas aos familiares e amigos. Assume esforços mal sucedidos em reduzir o comportamento, sem sintomatologia psicótica ativa.

Estima-se que a prevalência de PJ na esquizofrenia seja de 12-19%, superior à população em geral. Quando estas patologias co-ocorrem, podem exacerbar os sintomas de cada uma. Na literatura, tem sido discutidos componentes chave para a co-ocorrência, como a impulsividade, alterações neuropsicológicas e neurobiológicas. É fundamental que os profissionais de saúde mental investiguem os diversos sintomas de PJ nestes doentes, com o objetivo de incorporar estratégias de prevenção e intervenção precoce.

Palavras-chave

Jogo patológico; esquizofrenia; adições; patologia dual; aripiprazol

ABSTRACT

Gambling disorder (GD) is a behavioural addiction with high levels of comorbidity with other psychiatric disorders, such as schizophrenia. The aim is to present a clinical case with a brief review of the literature, and to highlight the close relationship between PJ and schizophrenia.

Male, 39 years old, diagnosed with Schizophrenia, begins to lose control of gambling after winning a lot in one of his attempts. He gambles daily, owing debts to family and friends. He makes unsuccessful efforts to reduce his behaviour, without active psychotic symptoms.

The prevalence of GD in schizophrenia is estimated at 12-19%, higher than in the general population. When these pathologies co-occur, they can exacerbate the symptoms of each other. In the literature, key components for co-occurrence have been discussed, such as impulsivity, neuropsychological and neurobiological alterations. It is essential that mental health professionals investigate the various symptoms of GD in these patients, with the aim of incorporating prevention and early intervention strategies.

Keywords

Gambling disorder; schizophrenia; addictions; dual disease; aripiprazole

INTRODUÇÃO

A Perturbação de Jogo (PJ) é definida como uma condição psiquiátrica que envolve comportamentos repetitivos e incontrolláveis, em atividades de jogo problemático apesar de consequências negativas a nível pessoal, de saúde, social, académico/ocupacional e financeiro, com prioridade crescente em relação a outros interesses e perda de controlo sobre o comportamento.¹ Esta patologia faz parte do grupo de Adições sem substância, designado de Adições comportamentais, e tem uma prevalência de 0.1 a 5.8% em todo o mundo no último ano, e de 0.7 a 6.5% durante toda a vida.²

A PJ é pautada por um padrão persistente comportamental maladaptativo associado à prática de jogo excessiva que conduz a uma disrupção das atividades pessoais, familiares ou ocupacionais. O *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th Edition – Revised* (DSM-5-TR)¹ inclui nove critérios diagnósticos, quatro dos quais devem ser preenchidos para o diagnóstico de PJ. O comportamento de jogo que ocorra durante um episódio maníaco é critério de exclusão para o diagnóstico, ou seja, embora o mesmo indivíduo possa ter um diagnóstico de Perturbação Afetiva Bipolar e PJ em co-ocorrência, o padrão comportamental de jogo maladaptativo não deve ocorrer exclusivamente durante episódios maníacos para se poder formular o diagnóstico de PJ. Deste modo, objetiva-se uma mudança na conceptualização das Perturbações Aditivas nos critérios de classificação, com a PJ (antes denominada Jogo patológico) a ser transferida da sua anterior classificação na categoria de *Perturbação do controlo do impulso* (DSM III e DSM IV) para o grupo das *Perturbações relacionadas com substâncias* e *Perturbações aditivas*, num subgrupo denominado de *Perturbações não relacionadas com substâncias*.

Na Classificação Internacional de Doenças – 11^a Edição (CID-11),³ a PJ foi reclassificada, tendo transitado da secção das *Perturbações de personalidade e do comportamento* para as *Perturbações por uso de substâncias ou comportamentos aditivos*, estando

agora incluída como uma perturbação psiquiátrica a *Perturbação por uso de videojogos*.

Indivíduos com PJ apresentam uma significativa diminuição do auto-controlo no comportamento aditivo, com *craving* para a continuação do comportamento.² É uma doença que tem permanecido subdiagnosticada e não tratada, muitas vezes devido ao longo período entre o início da clínica e a procura de ajuda numa unidade de saúde. A PJ pode-se dividir entre *gaming*, que mobiliza predominantemente a interatividade e define-se por indicadores de progressão e sucesso, requerendo conhecimento e habilidade para o jogo; ou *gambling*, que envolve mecanismos de apostas, montantes financeiros, risco e pagamentos, dependendo de probabilidade e sorte. Atualmente, o paradigma da prática de jogo tem-se alterado ao longo das últimas décadas, havendo cada vez mais jogadores a optarem pelos jogos na Internet, o que se pode justificar pelo conforto associado ao simples uso do computador ou telemóvel, a maior acessibilidade, possibilidade de anonimato e facilidade no pagamento.

Dos doentes diagnosticados com PJ, 96% terão outra perturbação mental e 64% terão três ou mais perturbações psiquiátricas.⁴ A PJ tem sido associada a elevada comorbilidade com diversas perturbações psiquiátricas, incluindo Perturbações psicóticas e Esquizofrenia. Por sua vez, a esquizofrenia está associada a taxas elevadas de perturbações associadas ao consumo de substâncias (PUS), que são frequentemente comórbidas com PJ na população em geral e podem desenvolver-se através de mecanismos partilhados.⁵ De acordo com a literatura, doentes com psicose tem cerca de 12 a 19% de comorbilidade com PJ,⁶ e tem 3 a 4 vezes maior probabilidade de desenvolver jogo patológico comparativamente à população em geral.⁷

Com este artigo, apresenta-se um caso clínico e pretende-se evidenciar a estreita relação entre PJ e esquizofrenia, com uma breve revisão da literatura.

CASO CLÍNICO

F., sexo masculino, 39 anos, casado. Reformado por invalidez, reforma da Suíça onde residiu durante 10 anos, auferir cerca de 5 mil euros por mês. Seguido em consultas de Psiquiatria desde os 23 anos, com o diagnóstico de Esquizofrenia, regista mais de 7 internamentos no serviço de Psiquiatria por sintomatologia psicótica e alterações do comportamento, coincidentes com períodos em que descontinuava a medicação antipsicótica. Clinicamente estabilizado desde há 4 anos, data do último internamento. Atualmente com a seguinte medicação habitual: aripiprazol 400mg IM mensalmente, olanzapina 10mg ao deitar e lorazepam 5mg ao deitar, afirmando cumprimento regular. Recorreu ao Serviço de Urgência (SU) da Unidade Local de Saúde (ULS) de Coimbra, por sensação de descontrolo em jogos de azar, especificamente rapsadinhas. Iniciou o comportamento aditivo há 2 anos, após ganho avultado numa das tentativas, tendo ganho de uma vez 5 mil euros. Joga diariamente, em média 100 euros por dia, com dívidas aos familiares e amigos. Assume esforços mal sucedidos em reduzir ou parar o comportamento. Não se apura psicopatologia do foro afetivo durante toda a evolução clínica, excluindo-se episódios maníacos.

À observação encontrava-se vígil, orientado em todas as valências, aspeto cuidado e higiene mantida. Contacto cordial. Humor eutímico, níveis de ansiedade aumentados na vertente cognitiva. Discurso fluente e globalmente organizado, sem alterações da semântica ou sintaxe. Sem sintomatologia psicótica. Ritmos cronobiológicos conciliados. Motivado para cessar o comportamento aditivo. Foi realizado controlo analítico com hemograma, bioquímica, função renal, hepática e tiroideia, doseamento de ácido fólico e vitamina B12, sem alterações. Foi realizada Tomografia Computorizada Crânio-encefálica (TC.CE) que não revelou alterações.

No SU foi iniciado topiramato com titulação até 150mg por dia, e foi encaminhado para intervenção em grupo de jogo patológico na Unidade de

Patologia Dual da ULS Coimbra. Iniciou sessões em grupo, que tinham como premissa técnicas de controlo de estímulos, prevenção de recaída, treino assertivo, re-estruturação cognitiva e auto-reforço. Posteriormente, fez *dropout* após a segunda sessão.

DISCUSSÃO

O caso clínico apresentado evidencia o diagnóstico comórbido de Esquizofrenia e PJ. De acordo com a literatura, estima-se que a prevalência de jogo patológico na esquizofrenia seja de 12 a 19%,⁸ superior à população em geral. Quando estas duas patologias co-ocorrem, está descrito que podem exacerbar os sintomas de cada uma.⁹

A elevada prevalência de comportamentos aditivos na esquizofrenia pode contribuir para a presença de jogo patológico subdiagnosticado.¹⁰ No entanto, a presença de sintomatologia psicótica ativa na esquizofrenia é tipicamente um critério de exclusão nos estudos em doentes com o diagnóstico de jogo patológico.²

A literatura recente tem tentado identificar componentes chave para a co-ocorrência específica destas duas patologias. Em primeiro lugar, a impulsividade é reconhecida como um dos fatores mais importantes para a presença deste diagnóstico dual. De facto, os domínios cognitivo, afetivo e motor da impulsividade são considerados fatores essenciais para o início e progressão de várias patologias, sendo considerado uma componente transdiagnóstica das Perturbações do espectro impulsivo-compulsivo.¹¹ A presença de comportamentos inapropriados relacionados com impulsos maladaptativos podem estar na origem da coexistência de múltiplas condições comórbidas e/ou perturbações caracterizadas por escassos mecanismos de auto-controlo, como a PJ e a esquizofrenia.¹² Em segundo lugar, estudos neuropsicológicos e neurobiológicos têm encontrado disfunções semelhantes que podem contribuir para a explicação da conexão entre PJ e esquizofrenia. Alterações no sistema de motivação, e disfunção no circuito de comportamento e recompensa (estriado ventral primário e córtex

pré-frontal medial) e anormalidades no sistema dos neurotransmissores, como a dopamina, serotonina e glutamato, tem sido características presentes em ambas PJ e esquizofrenia.¹³⁻¹⁵ Em terceiro lugar, há múltiplas manifestações clínicas comuns na PJ e na psicose, como por exemplo, a idade de início na adolescência ou jovem adulto,¹⁶ e a maior frequência no sexo masculino. A presença de traços de personalidade pautados por dificuldade na regulação emocional é comum em ambas as patologias, e a presença do diagnóstico dual está relacionada com pior estado psicopatológico, muitas vezes evidenciado com o aumento da frequência e intensidade do jogo.¹⁷

A comorbilidade entre Esquizofrenia e PJ foi associada a níveis mais elevados de neuroticismo e introversão na *Symptom Checklist Revised* (SCL-90-R).¹⁸ Adicionalmente, na *Temperament and Character Inventory-Revised* (TCI-R),¹⁹ indivíduos com ambos os diagnósticos pontuaram mais no evitamento de perigo e dependência de recompensa, e pontuaram menos na persistência e auto-aceitação.² Em adição, foi constatado que estes doentes tem preferência por jogos não estratégicos, como *slot-machines*, bingo e lotaria.

Neste caso clínico em particular, o doente encontrava-se medicado com aripiprazol 400mg IM mensal. O aripiprazol é um agonista parcial dopaminérgico dos recetores D2, tem uma ação agonista parcial em recetores dopaminérgicos D3, ações nos recetores serotoninérgicos 5HT2A, 5HT1A, 5HT7 e 5HT2C, e propriedades colinérgicas, muscarínicas e antagonistas H1 limitadas.²⁰ É um antipsicótico atípico aprovado desde 2002, pela *US Food and Drug Administration* (FDA), amplamente utilizado no tratamento da esquizofrenia, Doença Bipolar e Perturbações depressivas (nestas como adjuvante). O uso de aripiprazol em Perturbações Aditivas tem sido um tema de debate na literatura e comunidade científica. A FDA e outras autoridades de saúde chegaram a emitir um aviso sobre a utilização do aripiprazol e o eventual desenvolvimento de perturbações pautadas por dificuldades no controlo de impulsos, incluindo o jogo patológico, a perturbação

da compulsão alimentar e a hipersexualidade.²¹ Este efeito poderia ser uma consequência do aumento da disponibilidade de dopamina (DA) no sistema de recompensa do cérebro. No entanto, tal não é suficiente para explicar estes efeitos e os estudos de investigação indicam que alguns fenótipos clínicos afetados por disfunções frontais específicas são mais vulneráveis a desenvolver perturbações do controlo dos impulsos quando medicados com agonistas dopaminérgicos.²² A capacidade dos agonistas parciais de aumentar a atividade da dopamina na via mesolímbica e modular o sistema dopaminérgico pode ser benéfica para reduzir o *craving*, os comportamentos de procura de recompensa e a recaída. O aripiprazol ILD mostrou eficácia em sintomas psicóticos e aditivos em doentes com esquizofrenia e Perturbações do uso de substâncias num estudo observacional multicêntrico.²³

Relativamente ao tratamento, devem ser priorizadas estratégias individualizadas. A intervenção psicofarmacológica e psicoterapêutica deve levar em conta o duplo diagnóstico, e não apenas um deles. O tratamento deve ser realizado por uma equipa multidisciplinar, com intervenção psicoterapêutica que vise aumentar o auto-controlo, a regulação emocional, reduzir a impulsividade e treino de aptidão social. A comorbilidade pode levar a uma maior dificuldade no tratamento e a um pior prognóstico. A presença do duplo estigma, estigma de uma doença mental grave e de uma perturbação aditiva, muitas vezes contribui para o atraso ou mesmo a ausência na procura de cuidados.

Há poucos estudos que relacionem o diagnóstico dual de esquizofrenia e PJ, pelo que devem ser realizadas novas investigações nesta área, para o estudo da psicopatologia e da co-ocorrência de ambas patologias, para avaliação do curso da doença, adesão ao tratamento e prognóstico.

É fundamental que os profissionais de saúde mental investiguem os diversos sintomas de PJ nestes doentes, com o objetivo de incorporar estratégias de prevenção e intervenção precoce.

REFERÊNCIAS

- 1 American Psychiatric Association. (2022). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed., text rev.). <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425787>
- 2 Granero R, et al. The prevalence and features of schizophrenia among individuals with gambling disorder. *J Psychiatr Res.* 2021 Apr;136:374-383. doi: 10.1016/j.jpsychires.2021.02.025. Epub 2021 Feb 13. PMID: 33639330
- 3 World Health Organization. (2022). ICD-11: International classification of diseases (11th revision). <https://icd.who.int/>
- 4 Petry, N. M., Stinson, F. S., & Grant, B. F. (2005). Comorbidity of DSM-IV pathological gambling and other psychiatric disorders: results from the National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *The Journal of clinical psychiatry*, 66(5), 564–574. <https://doi.org/10.4088/jcp.v66n0504>
- 5 Fortgang, R. G., Hoff, R. A., & Potenza, M. N. (2018). Problem and pathological gambling in schizophrenia: Exploring links with substance use and impulsivity. *Journal of Gambling Studies*. Advance online publication. doi: 10.1007/s10899-018-9757-z
- 6 Aragay, N., et al. 2012. Pathological gambling in a psychiatric sample. *Compr. Psychiatr.* 53, 9–14. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2011.02.004>
- 7 Haydock, M., Cowlshaw, S., Harvey, C., Castle, D., 2015. Prevalence and correlates of problem gambling in people with psychotic disorders. *Compr. Psychiatr.* 58, 122–129. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2015.01.003>
- 8 Desai, R. A., & Potenza, M. N. (2009). A cross-sectional study of problem and pathological gambling in patients with schizophrenia/schizoaffective disorder. *The Journal of clinical psychiatry*, 70(9), 1250–1257. <https://doi.org/10.4088/JCP.08m04359>
- 9 Yakovenko, I., Clark, C.M., Hodgins, D.C., Goghari, V.M., 2016. A qualitative analysis of the effects of a comorbid disordered gambling diagnosis with schizophrenia. *Schizophr. Res.* 171, 50–55. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2015.12.008>
- 10 Fortgang, R.G., Hoff, R.A., Potenza, M.N., 2020. Schizophrenia symptom severity and motivations for gambling in individuals with schizophrenia or schizoaffective disorder. *Psychiatr. Res.* 291, 113281. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2020.113281>
- 11 Krueger, R.F., Eaton, N.R., 2015. Transdiagnostic factors of mental disorders. *World Psychiatr.* 14, 27–29. <https://doi.org/10.1002/wps.20175>
- 12 Dowling, N.A., et al. 2015. Prevalence of psychiatric co-morbidity in treatment-seeking problem gamblers: a systematic review and meta-analysis. *Aust. N. Z. J. Psychiatr.* 49, 519–539. <https://doi.org/10.1177/0004867415575774>
- 13 Leicht, G., et al, 2020. Alterations of oscillatory neuronal activity during reward processing in schizophrenia. *J. Psychiatr. Res.* 129, 80–87. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2020.05.031>
- 14 Ruiz, I., Raugh, I.M., Bartolomeo, L.A., Strauss, G.P., 2020. A meta-analysis of neuropsychological effort test performance in psychotic disorders. *Neuropsychol. Rev.* 30, 407–424. <https://doi.org/10.1007/s11065-020-09448-2>
- 15 Zack, M., St George, R., Clark, L., 2020. Dopaminergic signaling of uncertainty and the aetiology of gambling addiction. *Prog. Neuro-Psychopharmacol. Biol. Psychiatry* 99, 109853. <https://doi.org/10.1016/j.pnpbp.2019.109853>
- 16 Gin, K., Stewart, C., Jolley, S., 2020. A systematic literature review of childhood externalising psychopathology and later psychotic symptoms. *Clin. Psychol. Psychother.* <https://doi.org/10.1002/cpp.2493>
- 17 Kim, H.S., et al. 2018. Comorbid addictive behaviors in disordered gamblers with psychosis. *Rev. Bras. Psiquiatr.* 40, 441–443. <https://doi.org/10.1590/1516-4446-2017-2307>
- 18 Derogatis, L.R., 1994. SCL-90-R: Symptom Checklist-90-R. Administration, Scoring and Procedures Manual—II for the Revised Version. Clinical Psychometric Research, Towson, MD
- 19 Cloninger, C.R., Przybeck, T.R., Svrakic, D.M., Wetzel, R.D., 1994. The Temperament and Character Inventory (TCI). A Guide to its Development and Use. Center for Psychobiology of Personality, Washington University, St. Louis, MO.
- 20 Stahl SM. *Stahl's Essential Psychopharmacology: Neuroscientific Basis and Practical Applications*. 5th ed. Cambridge University Press; 2021
- 21 Food and Drug Administration. FDA Drug Safety Communication: FDA Warns About New Impulse-Control Problems Associated With Mental Health Drug Aripiprazole (Abilify, Abilify Maintena, Aristada). (2016). Available online at: <https://www.fda.gov/drugs/drugsafety/ucm498662.htm>
- 22 Peris, L., & Szerman, N. (2021). Partial Agonists and Dual Disorders: Focus on Dual Schizophrenia. *Frontiers in psychiatry*, 12, 769623. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2021.769623>
- 23 Szerman N, et al. Once monthly long-acting injectable aripiprazole for the treatment of patients with schizophrenia and co-occurring substance use disorders: a multicenter, observational study. *Drugs RealWorld Outcomes.* (2020) 7:75–83. doi: 10.1007/s40801-020-00178-8

Conflito de interesses

Os autores declaram não ter nenhum conflito de interesses.



adictologia

Associação Portuguesa para o Estudo
das Drogas e das Dependências