

LINHAS DE ORIENTAÇÃO TÉCNICA  
PARA A INTERVENÇÃO  
EM COMPORTAMENTOS ADITIVOS  
E DEPENDÊNCIAS SEM SUBSTÂNCIA

A PERTURBAÇÃO DE JOGO



**SICAD**

Serviço de Intervenção nos  
Comportamentos Aditivos  
e nas Dependências



LINHAS DE ORIENTAÇÃO TÉCNICA PARA A INTERVENÇÃO EM  
COMPORTAMENTOS ADITIVOS  
E DEPENDÊNCIAS SEM SUBSTÂNCIA

A PERTURBAÇÃO DE JOGO

**Título:**

LINHAS DE ORIENTAÇÃO TÉCNICA PARA A INTERVENÇÃO EM COMPORTAMENTOS ADITIVOS E DEPENDÊNCIAS SEM SUBSTÂNCIA: A PERTURBAÇÃO DE JOGO

**Entidades Participantes:**

Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências (SICAD)  
Administração Regional de Saúde do Norte, I. P.  
Administração Regional de Saúde do Centro, I. P.  
Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo, I. P.  
Administração Regional de Saúde do Alentejo, I. P.  
Administração Regional de Saúde do Algarve, I. P.

**Coordenação:**

Graça Vilar | Domingos Duran | Marco Torrado  
Direção de Planeamento e Intervenção | Divisão de Intervenção Terapêutica (SICAD)

**Autores<sup>1</sup>:**

Marco Torrado (SICAD) | Graça Vilar (SICAD) | Anabela Almeida (ET Setúbal) | Anabela Freitas (CRI Porto Central) | Carla Almeida (CRI Lisboa Ocidental) | Clara dos Reis (CRI Viana do Castelo) | Hélder Mota (ET Torres Vedras) | Hélder São João (CRI Viana do Castelo) | Helena Lopes (CRI Porto Central) | Isabel Estevão (CRI Baixo Alentejo) | José Torres Freixo (CRI Braga) | Marco Cruz (CRI Porto Oriental) | Marta Santos (CRI Baixo Alentejo) | Natália Cardoso (CRI Aveiro) | Natália Pacheco (CRI Castelo Branco) | Paula Santos (UD Taipas) | Raquel Soares (CRI Viseu) | Ricardo Rodrigues (ET Barlavento) | Sérgio Camernates (Centro Hospitalar de Lisboa Norte, Hospital de Santa Maria) | Susana Sequeira (CRI Norte Alentejano) | Vanda Lopes (CRI Lisboa Oriental)

**Editor:**

Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências  
Morada: Parque da Saúde Pulido Valente, Edifício SICAD, Alameda das Linhas de Torres, N.º 117, 1750-147 Lisboa  
Edição: Setembro 2017  
ISBN: 978-989-99574-8-0  
Tiragem: 1300 exemplares

Esta informação está disponível no sítio *web*  
do Serviço de Intervenção nos Comportamentos e nas Dependências, <http://www.sicad.pt>

---

<sup>1</sup> De referir a participação de Joana Leonardo e Filipa Cunha (SICAD) no suporte à concepção e organização gráfica do documento; e ainda de Ana Marques (CRI Vila Real), Ana Peixoto e Laura Costa (CRI Porto Oriental) e Paula Borralho (CRI Baixo Alentejo) na fase inicial do Grupo de Trabalho.

## ÍNDICE

Índice de Tabelas .....	6
Índice de Figuras .....	6
Introdução .....	9
1. Definição Nosológica .....	11
I.A. Evolução da definição de Jogo Patológico no Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais (DSM) e na Classificação Internacional de Doenças (ICD).....	11
2. Estudos de Prevalência.....	19
II.A. Dimensão do Fenómeno em Portugal.....	19
II.B. Breve resenha do problema do jogo na Europa .....	21
3. Bases Neurobiológicas, Neuropsicológicas e Neuroquímicas .....	25
III.A. Aspectos Neurobiológicos e Neuroquímicos .....	25
III.B. Aspectos Neuropsicológicos .....	27
4. Princípios da Etiopatogenia.....	29
IV.A. Fatores de Risco .....	29
IV.B. Teorias Explicativas .....	33
IV.B.1. Modelo da Adição.....	33
IV.B.2. Modelo Cognitivo-Comportamental.....	36
IV.B.3. Abordagem Psicanalítica. ....	39
IV.B.4. Teorias da Personalidade. ....	44
IV.B.5. Modelo(s) Integrado(s) / Biopsicossocial. ....	48
5. Fenomenologia Clínica .....	55
6. Processos de Diagnóstico e Avaliação .....	61
VI.A. Instrumentos de Avaliação dos Problemas de Jogo .....	62
VI.A.1. <i>South Oaks Gambling Screen</i> (SOGS).....	62
VI.A.2. Questionário de diagnóstico do jogo patológico de acordo com os critérios do DSM-IV.....	64
VI.A.3. National Opinion Research Center DSM-IV Screen for gambling problems, NODS .....	64
VI.A.4. Problem Gambling Severity Index, PGSI (também denominado de Canadian Problem Gambling Index, CPGI).....	65
VI.A.5. <i>South Oaks Gambling Screen</i> – versão para Adolescentes (SOGS- A).....	65
VI.A.6. <i>Canadian Adolescent Gambling Inventory</i> (CAGI).....	66
VI.B.1. Outros dados pertinentes para o diagnóstico:.....	67
7. Perspetiva da Saúde Pública .....	69
8. Intervenções Psicossociais .....	77
VIII.A. Intervenção Cognitivo-Comportamental.....	77
VIII.A.2. Princípios da intervenção cognitiva:.....	79
VIII.A.3. Abordagens cognitivo-comportamentais (CBT):.....	80
VIII.B. Intervenções Breves e Motivacionais. ....	83

VIII.C. Intervenção familiar sistémica.....	87
VIII.D. Jogadores Anónimos.....	91
9. Tratamento Psicofarmacológico.....	93
Considerações Finais.....	101
Referências Bibliográficas.....	103
Glossário.....	115

## Índice de Tabelas

Tabela 1 - Critérios de Diagnóstico de Jogo Patológico estabelecidos pelo DSM-III-R.....	12
Tabela 2 - Critérios de Diagnóstico de Jogo Patológico estabelecidos pelo DSM-IV.....	13
Tabela 3 - Critérios de Diagnóstico de Jogo Patológico estabelecidos pelo DSM-IV-TR.....	14
Tabela 4 - Critérios de Diagnóstico para a Perturbação de Jogo estabelecidos pelo DSM 5.....	16
Tabela 5 - Utentes integrados nas respostas dos CRI a 31-12-2016.....	21
Tabela 6 - Fatores mais associados à emergência de problemas de jogo.....	30
Tabela 7 - Fatores protetores em relação à problemática do jogo.....	31
Tabela 8 - Programas de Intervenção CBT.....	82
Tabela 9 - Estudos controlados sobre a eficácia de fármacos na perturbação de jogo.....	97
Tabela 10 - Interação das substâncias psicoativas com as terapêuticas psicofarmacológicas.....	99

## Índice de Figuras

Figura 1 - Representação gráfica das vias dopaminérgicas (circuito da recompensa) implicadas nos CAD (adapt.).....	35
Figura 2 - Modelo teórico (adapt.) das associações entre impulsividade e problemas de jogo proposto por Nower & Blaszczynski (2006).....	46
Figura 3 - Modelo dos subtipos de jogadores proposto por Blaszczynski & Nower, 2002 (adapt.).....	50
Figura 4 - Modelo biopsicossocial dos problemas de jogo proposto por Sharpe (2002) (adaptado de Smith & Shah <i>In</i> Bowden-Jones & George, 2015).....	53
Figura 5 - Modelo (adaptado e não testado) integrador de domínios multifatoriais que modulam o aparecimento e expressão dos problemas de jogo.....	70
Figura 6 - Representação gráfica (adapt.) do modelo transteórico de mudança comportamental proposto por Prochaska & DiClemente (1982).....	85

## LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

Sigla	Designação
ACC	■ Córtex cingulado anterior
APA	■ Associação Americana de Psiquiatria
ARS, I.P.	■ Administração Regional de Saúde, Instituto Público.
CAD	■ Comportamentos Aditivos e Dependências
CAGI	■ Inventário canadiano de jogo para adolescentes
CBT/TCC	■ Intervenções terapêuticas de cariz cognitivo-comportamental
CRI	■ Centros de Respostas Integradas
DICAD	■ Divisão de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências
DSM	■ Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais
EM	■ Entrevista Motivacional
EMCDDA	■ Observatório Europeu da Droga e da Toxicodependência
ESPAD	■ Inquérito Escolar Europeu sobre álcool e outras drogas
ICD / CID	■ Classificação internacional de doenças
ISRSs	■ Inibidores da recaptação da serotonina
NAcc	■ <i>Nucleo accumbens</i>
NODS	■ Questionário de rastreio de problemas de jogo baseado nos critérios do DSM-IV
OFC	■ Córtex orbitofrontal
OMS	■ Organização Mundial de Saúde
ONG	■ Organizações Não-Governamentais
PFC	■ Córtex pré-frontal
PGSI	■ Inventário de gravidade de problemas de jogo
RRMD	■ Redução de Riscos e Minimização de Danos
SOGS	■ Questionário de Rastreio para problemas de jogo de <i>South Oaks</i>
vmPFC	■ Região ventromedial do córtex pré-frontal





## Introdução

As perturbações associadas ao jogo têm vindo a receber uma atenção crescente por parte da comunidade científica e dos clínicos ao longo das últimas décadas, de certo modo paralela ao incremento e expansão das oportunidades de jogo pelo mundo fora e em particular nas sociedades ocidentalizadas. Trata-se de um conjunto de fenómenos que, pese embora englobados nesta grande categoria dos problemas do jogo, apresentam fenótipos bastante distintos. A diferença entre os conceitos de *gambling* - que envolve necessariamente mecanismos de apostas, montantes financeiros, risco e pagamentos ao jogador; e *gaming* - que mobiliza predominantemente a interatividade e se define por indicadores de progressão e sucesso (King et al., 2015) corporiza justamente esta distinção.

A literatura neste âmbito, gradativamente mais abundante e consistente, tem denunciado a sua complexidade de modo bastante enfático designadamente no que concerne à etiologia e expressão variadas, não obstante os correlatos neurobiológicos similares que, atualmente, as aproximam de modo inequívoco das outras perturbações aditivas. A integração da perturbação de jogo (doravante designada por Jogo) na nosologia psiquiátrica das perturbações aditivas, ocorrida na última versão do Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais da Associação Psiquiátrica Americana (DSM 5, 2013) é corolário disso mesmo, o que tem repercussões importantes no modo como esta problemática é observada, compreendida, diagnosticada e tratada.

O Jogo é hoje validado no plano científico não como uma perturbação do controlo dos impulsos mas como uma patologia aditiva sem substância, envolvendo circuitos e regiões cerebrais (e concomitante disfunção) tipicamente envolvidos nos comportamentos aditivos e dependências (CAD) decorrentes do uso continuado de substâncias psicoativas. Também como frequentemente se observa nos CAD com substância, no Jogo verifica-se um enfoque gradativo no objeto aditivo em detrimento da priorização das atividades que comumente promovem o prazer humanizado, associado às experiências relacionais, familiares e afiliativas, ao trabalho, ao lazer, entre outros. Também no Jogo a deterioração psicossocial tende a agravar-se, não apenas nas situações de jogo a dinheiro como naquelas que, frequentemente, isolam o indivíduo da relação com o meio envolvente, como o caso do jogo *online*. Também o Jogo cursa frequentemente com comorbidades, designadamente no plano psiquiátrico. Também o Jogo deve ser entendido num enquadramento mais abrangente da história de vida do

indivíduo, no seu contexto, com as suas circunstâncias e numa dada etapa do seu ciclo de vida.

A translação do conhecimento científico para a intervenção clínica não é, porém, incontestável nem tão pouco imediata. A evidência em torno dos paradigmas e dos modelos terapêuticos que podem apresentar maior eficácia na abordagem a este conjunto de perturbações é ainda relativamente limitada. Em paralelo, os próprios sistemas de classificação procuram adaptar-se à multiplicidade de novos contributos da investigação que, de modo mais ou menos robusto, oferecem validade à integração de novas entidades nosológicas no campo dos CAD sem substância (ex: adição à internet), ampliando o campo de necessidade interventiva.

É neste domínio, de uma certa vacuidade de sistematização em torno da evidência e dos modelos de intervenção mais apropriados, que este manual surge como uma resposta possível às necessidades (in)formativas do corpo de profissionais especializados em CAD (entre outros), designadamente do Serviço Nacional de Saúde. Constitui um instrumento de co-construção, no âmbito do cumprimento das atribuições técnico-científicas do SICAD, mas em estreita cooperação com os seus parceiros privilegiados que, nomeados pelas respetivas Administrações Regionais de Saúde I.P. (ARS, I. P.) – Divisões de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e Dependências (DICAD) e Centros de Respostas Integradas (CRI), integraram o Grupo de Trabalho que promoveu a elaboração deste documento.

O manual que ora se apresenta procura oferecer uma síntese integradora do conhecimento na área do Jogo em termos da sua compreensibilidade e da inerente intervenção clínica e psicossocial. Trata-se de um documento que, em nosso parecer, pode auxiliar de modo efetivo os intervenores com pessoas com CAD num melhor entendimento do Jogo nos seus múltiplos determinantes, critérios de diagnóstico e perspetivas de intervenção. Naturalmente a sua construção abarca tópicos que, à luz do estado da arte, foram tomados como de maior relevância numa perspetiva clínica, em detrimento de outros que, não menos importantes, integrarão seguramente futuras publicações elaboradas e promovidas por esta Direção-Geral.

# 1

## Definição Nosológica

### **I.A. Evolução da definição de Jogo Patológico no Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais (DSM) e na Classificação Internacional de Doenças (ICD).**

A problemática do Jogo surge pela primeira vez integrada na nomenclatura psiquiátrica a partir de 1980 (denominada nesse período como Jogo Patológico) com o lançamento da 3ª edição do Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais (DSM III) publicado pela Associação Americana de Psiquiatria (APA).

A definição de critérios de diagnóstico neste âmbito resultou do reconhecimento de situações clínicas em que os indivíduos experienciavam uma progressiva perda de controlo face ao jogo, mostrando-se progressivamente incapazes de resistir aos impulsos para jogar. Foram propostos 7 itens que enfatizavam a influência negativa e a disrupção destes padrões ao nível da vida pessoal, familiar e laboral dos indivíduos, como também na área financeira (Temcheff et al., 2011; Reilly & Smith, 2013).

Mais tarde, quando da revisão do DSM III (*vide* Tabela 1), foi considerada pertinente a retirada do critério “cronicamente incapaz de resistir aos impulsos de jogar” requerendo-se desde então para a atribuição do diagnóstico o preenchimento de pelo menos 4 dos 9 critérios estabelecidos. A ênfase conferida ao dinheiro/questões económicas associados às práticas de jogo foi reduzida e o impacto do jogo na disfunção psicossocial começou a ser considerado como de maior importância.

**PERTURBAÇÕES DO CONTROLO DOS IMPULSOS NÃO CLASSIFICADOS NOUTRO LUGAR**  
**Crítérios de Diagnóstico de Jogo Patológico – 312.31**

- A. *Comportamentos de jogo desadaptado, como indicam pelo menos 4 das seguintes características:*
1. *Frequente preocupação com o jogo ou com a obtenção de dinheiro para jogar;*
  2. *Frequentemente jogo envolvendo maiores quantidades de dinheiro ou mais tempo do que o pretendido inicialmente;*
  3. *Necessidade crescente de aumentar a quantidade ou a frequência das apostas no sentido de obter a desejada excitação;*
  4. *Inquietude e irritabilidade se existe a impossibilidade de jogar;*
  5. *Perdas monetárias repetidas ao jogo e regresso no dia seguinte para as recuperar;*
  6. *Esforços repetidos para reduzir ou parar o jogo;*
  7. *Atividade de jogo em alturas que teria obrigações sociais ou profissionais a cumprir;*
  8. *Sacrifício de atividades importantes sociais, recreativas ou profissionais em favor do jogo;*
  9. *Continuação do jogo apesar da incapacidade de pagar dívidas acumuladas, ou apesar do surgimento de significativos problemas sociais, profissionais ou legais que se sabe serem exacerbados pelo jogo.*

Tabela 1 - Critérios de Diagnóstico de Jogo Patológico estabelecidos pelo DSM-III-R

Muitos dos critérios estabelecidos até então para o jogo eram similares aos da Dependência de Substâncias Psicoativas, sendo que o único exclusivo do Jogo era o relativo aos comportamentos de “resgate” ou recuperação dos montantes perdidos (*chasing losses*).

A 4ª versão do DSM, publicada em 1994, continua a classificar o Jogo como uma Perturbação do Controlo dos Impulsos não Classificada noutro lugar, logo, na mesma área nosológica que integra perturbações como Tricotilomania e a Piromania. Nesta edição, a atribuição do diagnóstico passa a requerer 5 ou mais critérios, incrementando-se portanto a exigência e o rigor na aferição diagnóstica (Bowden-Jones & George, 2015). Obedecendo à evolução da evidência científica, os critérios foram revistos de forma a espelhar as semelhanças com o diagnóstico de Dependência de Substâncias (Reilly & Smith, 2013). Assim, 5 dos 7 critérios continuaram presentes, sendo similares a ambas as categorias anteriormente referidas, enquanto 5 novos critérios são distintos. Estes não detêm ligação direta

com o uso de substâncias, nomeadamente: jogar como forma de fuga a humores negativos, comportamento de “resgate”, mentir sobre a extensão/gravidade da problemática de jogo, cometer atos ilegais para manutenção do hábito de jogo e contar com os outros para obter dinheiro visando resolver situações devidas ao jogo.

No contexto desta versão, um indivíduo que apresente 3 a 4 critérios dos seguintes critérios é classificado como Jogador Problemático. A presença de 5 ou mais critérios confere a classificação de provável Jogador Patológico.

**PERTURBAÇÕES DO CONTROLO DOS IMPULSOS NÃO CLASSIFICADOS NOUTRO LUGAR**  
**Critérios de Diagnóstico para F63.0 Jogo Patológico [312.31]**

- A. *Comportamento desadaptado e persistente em relação ao jogo, como indicam 5 (ou mais) dos seguintes critérios:*
1. *Preocupação com o jogo (revivência de experiências prévias com o jogo, planificação para os próximos jogos, preocupação com a obtenção de suporte financeiro para jogar)*
  2. *Necessidade de aumentar as quantias apostadas no sentido de obter a desejada excitação*
  3. *Tentativas falhadas de controlar, reduzir ou parar o comportamento face ao jogo*
  4. *Inquietude ou irritabilidade quando tenta reduzir ou parar de jogar*
  5. *O jogo pode funcionar como forma de escape a problemas ou como forma de aliviar o humor disfórico (sentimento de desamparo, culpa, ansiedade e depressão)*
  6. *Perdas repetidas ao jogo e comportamento de “resgate” no sentido de as recuperar*
  7. *Mentir à família, terapeuta ou outros quanto à extensão e envolvimento no jogo*
  8. *Envolvimento em atividades ilegais como falsificação, fraude, roubo ou desfalque para financiar o jogo*
  9. *Por em risco ou perder relações significativas, emprego ou oportunidades de carreira ou académicas por causa do jogo*
- B. *O comportamento face ao jogo não faz parte de um quadro de Episódio Maníaco.*

Tabela 2 - Critérios de Diagnóstico de Jogo Patológico estabelecidos pelo DSM-IV

A revisão da 4ª edição do DSM, o DSM-IV-TR (APA, 2000) continua a incluir o Jogo na categoria de Perturbações do Controlo dos Impulsos Não Classificados Noutro Lugar, tendo-se acrescentado o critério de diagnóstico de contar com os outros

para obter dinheiro como fim de regularizar uma situação financeira desesperada devido ao jogo. Esta perturbação surge no mesmo segmento nosológico que perturbações como a cleptomania, piromania e tricotilomania.

**PERTURBAÇÕES DO CONTROLO DOS IMPULSOS NÃO CLASSIFICADOS NOUTRO LUGAR**  
**Critérios de Diagnóstico para 312.31 Jogo Patológico [F63.0]**

- A. *Comportamento desadaptado, persistente e recorrente em relação ao jogo, indicado por 5 (ou mais) dos seguintes critérios:*
1. *Preocupação com o jogo (revivência de experiências prévias com o jogo, planificação para os próximos jogos, preocupação com a obtenção de suporte financeiro para jogar)*
  2. *Necessidade de aumentar as quantias apostadas no sentido de obter a desejada excitação*
  3. *Tentativas falhadas de controlar, reduzir ou parar o comportamento face ao jogo*
  4. *Inquietude ou irritabilidade quando tenta reduzir ou parar de jogar*
  5. *O jogo pode funcionar como forma de escape a problemas ou como forma de aliviar o humor disfórico (sentimento de desamparo, culpa, ansiedade e depressão)*
  6. *Perdas repetidas ao jogo e comportamento de “resgate” no sentido de as recuperar*
  7. *Mentir à família, terapeuta ou outros quanto à extensão e envolvimento no jogo*
  8. *Envolvimento em atividades ilegais como falsificação, fraude, roubo ou desfalque para financiar o jogo*
  9. *Por em risco ou perder relações significativas, emprego ou oportunidades de carreira ou académicas por causa do jogo*
  10. *Contar com os outros para obter dinheiro como fim de regularizar uma situação financeira desesperada devido ao jogo*
- B. *O comportamento face ao jogo não é melhor explicado por um episódio maniaco.*

Tabela 3 - Critérios de Diagnóstico de Jogo Patológico estabelecidos pelo DSM-IV-TR

Em virtude do incremento da investigação básica e clínica, designadamente de âmbito neurocientífico, as próprias classificações de doença têm vindo a sofrer modificações importantes com impacto na aferição diagnóstica e nos potenciais modelos terapêuticos.

Na 5ª edição do DSM observa-se uma mudança na concetualização das perturbações aditivas, com a Perturbação de Jogo (anteriormente denominada de jogo patológico) a ser transferida da sua anterior classificação na categoria de Perturbações do Controlo dos Impulsos (DSM-III e DSM-IV) para o grupo das

Perturbações Relacionadas com Substâncias e Perturbações Aditivas, num subgrupo denominado Perturbações Não Relacionadas com Substâncias (Clark, 2014; APA, 2013).

A renomeação oficial levada a cabo pelo grupo de trabalho que promoveu a 5ª revisão do DSM – de Jogo Patológico (*Pathological Gambling*) para Perturbação de Jogo (*Gambling Disorder*) – foi internacionalmente bem recebida pelos investigadores e clínicos, que expressavam a preocupação de que o termo “patológico” fosse particularmente pejorativo por reforçar o estigma social de se ser um jogador problemático (Reilly and Smith, 2013). Por outro lado, e em conformidade com a abordagem diagnóstica encetada pelo DSM 5, os especificadores de gravidade da perturbação (ligeira/moderada/grave) oferecem uma leitura dimensional da perturbação e, portanto, menos categorial.

A tradução portuguesa do DSM 5 não adotou, contudo, esta nova denominação, mantendo a antiga nomenclatura Jogo Patológico. Em virtude do exposto é opção editorial utilizar neste manual, sempre que possível, a denominação de perturbação de jogo, em detrimento de jogo patológico, porquanto ser mais abrangente e conforme o estabelecido pelos trabalhos levados a cabo no âmbito do DSM 5. Importa contudo salientar que muita da investigação desenvolvida anteriormente à publicação do DSM 5 utiliza, naturalmente, a designação de jogo patológico, pelo que essa nomenclatura constará de muitos conteúdos expressos neste manual.

A perturbação de jogo, por ora a única adição comportamental neste grupo<sup>2</sup>, tem semelhanças em termos cognitivos, neurobiológicos, genéticos e comportamentais com a dependência de substâncias (Cavedini, Riboldi, Keller, D’Annuncci & Bellodi, 2002; de Ruiter et al, 2009; Goudriaan, Oosterlaan, de Beurs & van den Brink, 2006; Christensen, Jackson; Dowling, Volberg & Thomas, 2015), o que é expresso num perfil similar de sintomas (tolerância, *craving* e abstinência), presença de comorbilidades psiquiátricas e alterações cerebrais – morfológicas, fisiopatológicas e neurocognitivas (Clark, 2014).

---

<sup>2</sup> Outros padrões comportamentais excessivos (como várias atividades – de lazer e não profissionais – desenvolvidas via internet) também foram descritos, mas as pesquisas sobre esta e outras síndromes comportamentais são por ora menos claras. Estes grupos de comportamentos repetitivos, frequentemente denominados em diversa literatura como *adições comportamentais* (com subcategorias como “adição sexual”, “adição por exercício” ou “adição por compras”), não foram ainda incluídos nas *Perturbações não relacionadas com substâncias* pois, até ao momento, não há evidências suficientemente estabelecidas que propiciem a definição de critérios diagnósticos e descrições de evolução clínica necessárias para identificar tais comportamentos como perturbações mentais.

O conjunto de critérios para a aferição diagnóstica da perturbação de jogo no DSM não integra o critério atos ilegais, observando-se também a mudança do ponto de corte (um mínimo de 4 dos 9 critérios, para perturbação ligeira).

### **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 mal sucedidos 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.

Tabela 4 - Critérios de Diagnóstico para a Perturbação de Jogo estabelecidos pelo DSM 5



No âmbito da DSM 5, deve ser feito o diagnóstico diferencial com:

- *Jogo não patológico (ex: jogo profissional; jogo social, limitado no tempo)*
- *Episódio maniaco*
- *Perturbações da personalidade*
- *Outras condições médicas*

No que respeita à Classificação Internacional de Doenças (ICD - sistema que subjaz à codificação da atividade clínica em contextos de cuidados de saúde) a versão 10 de 1993 veio introduzir no domínio das Perturbações de Personalidade e de Comportamento do Adulto (F60-F69) a categoria Perturbações dos Hábitos e Impulsos [F63]. Este domínio inclui determinadas perturbações do comportamento não classificáveis noutras rubricas, caracterizadas por atos repetidos, com motivações pouco claras, desadaptativos e geralmente prejudiciais para o próprio paciente. Os problemas de jogo encontram-se incluídos neste domínio.

O diagnóstico da perturbação cursa com frequentes e repetidos episódios de jogo, os quais dominam a vida do indivíduo em detrimento de valores e compromissos sociais, ocupacionais, materiais e familiares. É comum que aqueles que sofrem desta perturbação ponham em risco o seu trabalho, contraíam grandes dívidas e mintam ou violem a lei para obter dinheiro e evitar o pagamento das suas dívidas. Tendem a descrever um ímpeto intenso de jogar, o qual é difícil de controlar assim como uma preocupação com ideias e imagens do ato de jogar e das circunstâncias que o rodeiam. Essas preocupações e ímpetos frequentemente aumentam em períodos de maior *stress*.

No âmbito da utilização da ICD deve ser feito o diagnóstico diferencial com:

- A) *Jogo e aposta (Z72.6 – problemas associados ao estilo de vida) - jogo frequente por excitação ou numa tentativa de ganhar dinheiro; indivíduos com comportamentos integrados nessa categoria provavelmente conseguem refrear o seu hábito quando confrontadas com perdas importantes ou com outros efeitos adversos);*
- B) *Jogo excessivo em pacientes maniacos (F30.-);*
- C) *Jogo em personalidades sociopáticas (F60.2) - nas quais há uma perturbação persistente e mais ampla do comportamento social, demonstrada em atos que são agressivos ou que, de outras formas,*

denunciem uma falta de empatia pelo bem-estar e sentimentos de outrem.

## 2

Estudos de  
Prevalência**II.A. Dimensão do Fenómeno  
em Portugal**

Pese embora a investigação clínica no domínio dos CAD sem substância observe um claro impulsionamento nos últimos anos a nível internacional, os estudos de cariz epidemiológico e clínico relativamente à caracterização dos problemas de jogo em Portugal são ainda relativamente escassos.

São, contudo, de ressalvar os trabalhos desenvolvidos no âmbito do *III Inquérito Nacional à População Geral de 2012* e que permitiram promover algumas considerações sobre o perfil do jogo e dos jogadores na população portuguesa (Balsa et al., 2015); bem como o *ESPAD Report 2015* (EMCDDA, 2016) que, no contexto dos resultados obtidos pelo Inquérito Europeu junto de estudantes de 15-16 anos desenvolvido em 35 países, permite caracterizar indicadores de práticas de jogo na população adolescente.

Considerando os estudos de Balsa et al. (2015), a prevalência de jogo a dinheiro em Portugal é de 65,7%, sendo mais elevada no género masculino e entre os 35-44 anos.

Os dados obtidos sugeriram que cerca de um terço da população não pratica qualquer um dos tipos de jogo enunciados<sup>3</sup>, embora dois terços (65,7%) pratiquem ou praticaram alguma vez qualquer jogo (24,4% que jogam/jogaram um só tipo de jogo, 16% que jogam/jogaram dois tipos de jogo, 10% três tipos de jogo, 9%

---

<sup>3</sup> Foram considerados os seguintes: *Totobola ou Totoloto; Lotarias; Jogos de cartas, entre amigos ou conhecidos; Jogos de apostas, entre amigos ou conhecidos; Jogos de apostas em salões de jogo; Rospadinha; Euromilhões; Jogos de dados; Jogos de perícia; Jogos desportivos.*

quatro tipos de jogo e 6% cinco ou mais tipos de jogo). Um maior número de diferentes jogos é mais comum entre os homens e entre os menos jovens.

A prevalência é maior nos que detêm um grau médio de escolaridade (2º e 3º ciclo, e secundário), sobretudo nos jogos sociais promovidos pela Santa Casa da Misericórdia de Lisboa. É entre as pessoas que trabalham que a prevalência de jogo a dinheiro é mais elevada, embora a prevalência nos desempregados seja também superior à verificada para o total da população.

A prevalência de jogo a dinheiro é superior entre os agregados que auferem rendimentos mensais brutos acima dos 1000 euros.

Considerando a relação das práticas de jogo com outros comportamentos aditivos, os dados sugerem uma relação direta entre a prevalência da prática de jogos a dinheiro, consumos mais nocivos de álcool e a prevalência de consumo de outras substâncias: é entre os consumidores ativos que a prevalência de jogo a dinheiro é mais elevada; em contrapartida, com uma menor prevalência de jogo a dinheiro encontram-se os abstinentes do consumo de álcool. De entre os consumidores de bebidas alcoólicas, a prevalência de jogo é um pouco mais elevada entre aqueles que apresentam um consumo nocivo ou dependente.

No contexto do uso de tabaco, os ex-fumadores apresentam uma prevalência de jogo a dinheiro mais elevada.

Os resultados do ESPAD 2015 denunciam que, no plano europeu, cerca de 23% dos jovens utilizam a internet para práticas de jogo de forma regular (pelos menos 4 vezes nos últimos 7 dias). No plano português (em muito similar à média europeia) 20% dos jovens utilizam a internet para práticas de jogo de forma regular (pelos menos 4 vezes nos últimos 7 dias). O jogo *online* parece ser muito mais comum nos rapazes (39%) do que nas raparigas (5%). O jogo a dinheiro *online* verifica-se em 2% dos jovens, com maior predominância nos rapazes.

No que concerne à procura de cuidados especializados, os dados disponíveis em Portugal ainda não apresentam uma robustez epidemiológica suficientemente alargada que permita inferências consistentes, designadamente na rede pública de intervenção em CAD. De todo o modo, à data de 31 de dezembro de 2016, e após levantamento junto dos CRI (ARS, I.P.) o SICAD contabilizou um total de 135 indivíduos que, segundo um perfil de caracterização abrangente (4 subtipos expressos na tabela 1), se encontravam integrados na rede pública de apoio aos CAD por queixas (primárias ou secundárias) relacionadas com o jogo.

Utentes integrados nas respostas dos CRI a 31-12-2016	<i>n</i>
Tem como tipologia principal de CAD Problemas de Jogo (a dinheiro)	58
Tem como tipologia principal de CAD Problemas de Jogo (não a dinheiro; ex: jogos <i>online</i> , <i>videojogos</i> ...)	33
Tem como tipologia principal outros CAD (por substâncias ilícitas) e em simultâneo Problemas de Jogo	34
Tem como tipologia principal outros CAD (por substâncias lícitas) e em simultâneo Problemas de Jogo	10
Totais	135

Tabela 5 - Utentes integrados nas respostas dos CRI a 31-12-2016

## II.B. Breve resenha do problema do jogo na Europa

Vários países europeus detêm mercados vastíssimos de jogo, gerando movimentos comerciais em larga escala e envolvendo montantes muito avultados. Excluindo os contextos de jogos *online* e os não legalizados, tais mercados incluem desde mediadores de vendas de lotaria, jogos tipo raspadinha, apostas em desportos, casinos (ex: mesas de *poker*, *slot-machines*), casas de bingo, entre outros.

Em termos globais, e não apenas europeus, a proliferação do jogo no contexto remoto - em virtude de avanços tecnológicos muito céleres - é atualmente bastante robusta, verificando-se uma mudança progressiva da exclusividade do jogo nos contextos tradicionais de casinos ou bingos, para contextos menos sociais mas dotados de grande acessibilidade e oportunidades de jogo muito alargadas (Griffiths, 2015; 2011).

O Reino Unido é reconhecidamente um dos mercados mais alargados de jogo a nível internacional, o que muito se deve à introdução da Lotaria Nacional em 1994. Talvez por isso, e de modo precoce relativamente a outros países europeus, ainda nos anos 90 do século passado se reconheceu a necessidade de estudar a magnitude do fenómeno, com o intuito não apenas de caracterizar epidemiologicamente potenciais perturbações adstritas como o de desenhar e promover políticas de jogo responsável, com impacto nos domínios da oferta e da procura.

O primeiro estudo, o *British Gambling Prevalence Survey* (BGPS) data de 1999, seguindo-se outros inquéritos epidemiológicos em 2007 e 2010, financiados pela *Gambling Commission*<sup>4</sup>.

Em conformidade com o último relatório anual do *Gambling Commission* (2017), na população do Reino Unido e relativamente ao ano de 2016:

- Cerca de 48% dos participantes no inquérito epidemiológico (pessoas com mais de 16 anos) jogaram a dinheiro pelo menos uma vez nas quatro semanas anteriores;
- 79% dos inquiridos joga na lotaria nacional;
- Verifica-se uma maior proporção de homens do que mulheres a jogar numa qualquer atividade (53% contra 44%, respetivamente);
- Os indivíduos que jogam têm predominantemente idades compreendidas entre os 35 e os 64 anos;
- Cerca de 38% dos jovens entre os 16 e os 24 anos; e 48% dos jovens adultos entre os 25 e 34 anos jogaram nas últimas 4 semanas;
- 0,7% dos respondentes foram identificados como jogadores problemáticos (com base no rastreio propiciado pela aplicação do *Problem Gambling Severity Index*, PGSI) e 5,5% como jogadores com risco baixo a moderado; quando se trata de jovens entre os 16 e os 24 anos, a prevalência aumenta para 1,4%;
- 97% dos jogadores *online* desenvolvem as suas práticas de jogo em casa.

De modo similar à reflexão feita no Reino Unido em torno dos dados supramencionados, também no contexto francês são apontadas preocupações no que respeita às prevalências do jogo e ao impacto do incremento das oportunidades de jogo de base territorial, como também de jogo *online*.

De acordo com os dados de 2010 cerca de 48% dos indivíduos haviam jogado a dinheiro nos últimos meses, com maior prevalência entre os 25 e os 34 anos. De acordo com o rastreio do PGSI verificou-se que cerca de 3,7% observava critérios para situação de ‘jogador problemático’. Extrapolando para a população francesa a prevalência estimada de prováveis jogadores problemáticos situava-se em 0,4%, sendo de 1,2% ao considerar adicionalmente os jogadores de risco moderado.

---

<sup>4</sup> Trata-se de uma Comissão de âmbito governamental criada quando do desenvolvimento e implementação da legislação *Gambling Act 2005* para a regulação dos contextos comerciais de jogo, em parceria com as autoridades de licenciamento. Para mais informações consulte: <http://www.gamblingcommission.gov.uk/home.aspx>

Em 2010 observou-se a liberalização parcial do jogo *online* com a respetiva regulação e, atualmente, a maioria destes jogadores fá-lo em websites legais, o que constituía um dos objetivos primordiais de tal liberalização. Todavia, é reconhecido o peso atual dos jogadores problemáticos *online* relativamente aos de base territorial em França (Valleur, 2015).

No contexto suíço, por exemplo, e de acordo com os estudos epidemiológicos disponíveis (Bondolfi et al., 2008), a prevalência de jogo nos últimos doze meses situava-se entre os 0,8% e os 0,5% (para jogadores problemáticos e patológicos, respetivamente), sendo a prevalência ao longo da vida de 2,2% e 1,1% (também para jogadores problemáticos e patológicos, respetivamente).

Nas faixas mais jovens alguns estudos reportaram prevalências de jogadores com risco baixo a moderado de 5,5% em adolescentes com idades entre os 14 e os 17 anos (Tozzi et al., 2013).

Os dados apresentados revelam acréscimos relativamente às estatísticas progressas, designadamente no Reino Unido, sendo de particular preocupação os concernentes ao jogo na população jovem. O facto de muitos destes jovens jogarem *online* e no contexto habitacional releva para a importância do domínio preventivo. Não sendo o tópico das abordagens preventivas desenvolvido neste manual, a expressão destes dados pontua naturalmente a necessidade de estimular fatores de proteção junto das famílias no contexto dos CAD sem substância, como também a pertinência do desenvolvimento de intervenções *online* junto destes jogadores.





## 3

Bases  
Neurobiológicas,  
Neuropsicológicas  
e Neuroquímicas

A investigação em torno dos substratos neurobiológicos das perturbações psiquiátricas, em geral, e das perturbações aditivas, em particular, obteve um avanço muito significativo nas últimas décadas, em especial desde o início do século. As técnicas de neuroimagem e a procura de modelos integradores de vários níveis de conhecimento têm contribuído extensamente para esse avanço, propiciando um entendimento mais alargado da complexidade envolvida nos comportamentos aditivos.

### **III.A. Aspetos Neurobiológicos e Neuroquímicos**

À semelhança dos CAD por substâncias psicoativas, também no que respeita aos CAD sem substância a literatura tem vindo a salientar a relevância da desregulação central ao nível das regiões pré-frontais, designadamente da região ventromedial do córtex (vmPFC). Estas regiões, fortemente implicadas no funcionamento executivo (ex: capacidades de planeamento, tomadas de decisão, memória de trabalho, inibição de respostas automáticas, flexibilidade cognitiva) parecem apresentar, nos indivíduos com perturbação de jogo, padrões perturbados de ativação ou mesmo alterações estruturais, contribuindo para que tomem decisões pouco coerentes e adaptativas, mais centradas em ganhos imediatos e superficiais e sem antecipação das consequências futuras, sejam de âmbito financeiro, psicossocial, da saúde, entre outras (van Holst, 2010; Petry, 2001). Este padrão tende a repetir-se mesmo quando os indivíduos detêm o

conhecimento de que o comportamento é lesivo e incrementa as dificuldades em várias esferas da sua vida (Clark, 2015; Bechara & Damasio, 2002).

Os estudos imagiológicos mais recentes têm salientado a hiporresponsividade do vmPFC, comparativamente a sujeitos saudáveis, em tarefas experimentais requerentes de respostas inibitórias (Miedl et al., 2012; Goudriaan et al., 2010). Todavia, face a estímulos associados a jogo, parece observar-se uma hiperativação dessas regiões (Goudriaan et al., 2010). Outros estudos salientam igualmente a maior ativação de outras regiões frontais e límbicas em indivíduos com problemas de jogo, especificamente em tarefas de tomada de decisão, indiciando a desregulação a nível central destes indivíduos comparativamente a controlos saudáveis (Power et al., 2011). Há igualmente trabalhos sugerindo que, nos indivíduos com perturbação de jogo, existe uma distribuição anormal de redes neuronais comparativamente com controlos, designadamente na área motora suplementar esquerda, assim como uma hiperconectividade entre regiões frontais e o giro frontal inferior direito (Koehler et al., 2013). Não obstante a necessidade de uma maior clarificação dos correlatos neurobiológicos dos problemas de jogo, parece consensual a presença de uma desregulação de natureza fronto-límbica nestes indivíduos, com menor competência em responsividade inibitória.

A desregulação dopaminérgica presente nos CAD com substância parece também estar implicada na perturbação de jogo mas de um modo diferenciado. Vários estudos sugerem que na perturbação de jogo a subregulação dos recetores D2 não é uma característica central. Este facto parece de algum modo consistente com a perspetiva de que a disfunção verificada nos recetores D2 e D3 verificada nos utilizadores de substâncias psicoativas são consequência dos efeitos dos consumos continuados sobre o sistema de recompensa (Grant et al., 2016).

Relativamente à região do estriado ventral, largamente implicada nos CAD com substância, a evidência é por ora pouco consensual, o que requer maior investigação. Alguns estudos salientam uma parca ativação em indivíduos com perturbação de jogo (Choi et al., 2012; Balodis et al., 2012). Todavia, evidência recente com recurso a PET aponta (de modo inverso) para um incremento da libertação de dopamina nas regiões do caudado e do estriado ventral em jogadores com perturbação, comparativamente a controlos saudáveis (van Holst et al., 2017).

Alguns estudos referem igualmente que jogadores com perturbação apresentam em média menores volumes de estruturas límbicas nomeadamente a amígdala e

o hipocampo, à semelhança do reportado em utilizadores de substâncias (Rahaman et al., 2014).

### III.B. Aspetos Neuropsicológicos

Os comportamentos inerentes à perturbação de jogo tendem a ser caracterizados como pouco ponderados e carentes de controlo inibitório, de exposição a risco e com uma potencial inscrição desenvolvimentista. Nesta perspetiva, alguns autores têm sugerido que pessoas em risco de desenvolver a perturbação de jogo manifestam défices executivos prévios à perturbação (Grant et al., 2016; Chambers et al., 2003), uma dimensão de ‘causa-efeito’ a que a investigação no domínio do uso de substâncias sempre ficou mais limitada em virtude do impacto das substâncias a nível central.

Alguns investigadores têm salientado de modo consistente a presença de défices executivos em pessoas com perturbação de jogo, frequentemente identificados a partir de desempenhos menos conseguidos em medidas de performance das tomadas de decisão (ex: *Iowa Gambling Task*) comparativamente a indivíduos saudáveis (Cavedini et al., 2002).

Características de compulsividade, desinibição e impulsividade têm sido igualmente descritas em amostras clínicas de jogadores (Grant & Potenza, 2006; Petry, 2001). Vários estudos ao longo dos anos (*vide* revisão de Clark, 2012) têm identificado a impulsividade em indivíduos com perturbação de jogo como um traço de personalidade e não tanto como um comportamento transitório. Contudo, esta associação entre impulsividade e jogo pode igualmente ser modulada por outras variáveis psicossociais, tais como o nível sócio-económico e ou a idade de início da perturbação (Dussault et al., 2011; Auger et al., 2010).

Da mesma forma tem sido descrita a presença de distorções cognitivas nestes indivíduos, que parecem deter um valor preditivo de recaídas futuras (Oei & Gordon, 2008). Têm sido identificados vários vieses de funcionamento nestes indivíduos, tais como ilusões de controlo, ideias de superstição (ex: rituais de jogo, utilização de amuletos da sorte), crenças ou atribuições (erróneas) conferidas às perdas, ainda relativamente pouco investigados (Bowden-Jones & George, 2015).

Investigações muito recentes têm vindo a estudar alguns fatores que, no plano teórico, poderiam contribuir para a necessidade dos indivíduos com problemas de jogo repetirem/aumentarem essas práticas. Numa amostra de estudantes

universitários verificou-se que, em jogos de tipo ‘raspadinha’, os *near misses*<sup>5</sup> originaram respostas antecipatórias em termos fisiológicos bastante exacerbadas, assim como apreciações subjetivas de grande ativação emocional (semelhantes aos episódios de ganho) e acompanhadas de sentimentos de frustração e outros de valência negativa (Stang, Graydon & Dixon, 2016). Estes dados relevam para a necessidade de investigações futuras poderem melhor clarificar em que medida os *near misses* podem constituir estímulos precursores para jogar (*triggers*) efetivos para o aumento da gravidade destes CAD, como de resto outros autores têm sugerido (ex: Clark et al., 2012).

---

<sup>5</sup> Os *near misses* são fenómenos verificados nas máquinas de jogos eletrónico (normalmente de 3 bobinas) e que se caracterizam pelo facto do indivíduo ao jogar se confrontar com dois símbolos iguais em linha e um outro (o da terceira bobina) ficar ligeiramente acima ou abaixo, impedindo que a sequência de três símbolos iguais se concretize e, concomitantemente, não ganhe o prémio. A ocorrência deste fenómeno parece aumentar a probabilidade do indivíduo repetir o comportamento de jogo, em frequência e tempo despendido (Barton et al., 2017).

## 4 | Princípios da Etiopatogenia

### IV.A. Fatores de Risco

Particularmente ao longo da última década tem sido extensa a produção de literatura científica que procura abordar as bases etiológicas dos comportamentos aditivos sem substância, e dos problemas de jogo, em particular. Vários fatores têm sido associados à emergência deste tipo de comportamentos aditivos. É contudo de salientar que poucos são os que estão bem estabelecidos no plano da evidência, carecendo ainda de investigação que venha a suportar com maior consistência nexos de causalidade.

Grande parte da literatura disponível sobre a identificação dos fatores de risco (designadamente de natureza precoce) para o desenvolvimento da perturbação de jogo deriva de estudos transversais, particularmente com adolescentes. Sendo esta *a priori* uma limitação destes estudos, os mesmos contribuem, todavia, para o conhecimento de importantes dados, seja na identificação de aspetos que incrementam a probabilidade do aparecimento de problemas de jogo, seja daqueles que, no âmbito de análises estatísticas multivariadas, parecem constituir fatores preditivos deste tipo de comportamentos aditivos.

Neste contexto de investigação com amostras de pessoas jovens, a literatura tem salientado os seguintes fatores como mais associados à emergência de problemas de jogo (*vide* Dowling et al., 2017):

Área Sócio-demográfica	Família e comunidade	Funcionamento Psicológico	Comportamentos Aditivos
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Género masculino<sup>6</sup></li> <li>▪ Baixo nível socioeconómico</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Inconsistência disciplinar parental</li> <li>▪ Adversidade precoce e conflitos familiares</li> <li>▪ Dificuldades escolares</li> <li>▪ Contacto regular e precoce com contextos de jogo</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Extroversão</li> <li>▪ Impulsividade</li> <li>▪ <i>Sensation-seeking</i></li> <li>▪ Estratégias de <i>coping</i> desadaptativas</li> <li>▪ Sintomas de hiperatividade com défice de atenção</li> <li>▪ <i>Stress</i> e afeto negativo (sintomas ansiosos e depressivos)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Início precoce de práticas de jogo</li> <li>▪ Uso de substâncias psicoativas</li> <li>▪ Pares com comportamentos aditivos</li> <li>▪ Pais com comportamentos aditivos (com e/ou sem substância)</li> </ul>
Johansson et al. (2009) Welte et al. (2006) Vachon et al. (2004)	Poole et al. (2017) Sadock & Sadock (2003)	Hing et al. (2016, 2017) APA (2013) Hills et al. (2001)	Johansson et al. (2009) Petry (2005) Ciarrochi (2002)

Tabela 6 - Fatores mais associados à emergência de problemas de jogo

Não obstante as relações bem estabelecidas entre os fatores supramencionados e os problemas de jogo, muitas crianças/adolescentes e jovens adultos expostos a fatores de risco nunca desenvolvem este tipo de morbilidade, o que sugere a presença de um conjunto de outros fatores que desempenham um papel protetor. Nesta ótica, os fatores protetores são concetualizados como aspetos associados a um decréscimo da probabilidade da emergência de problemas de jogo, não obstante a possível exposição dos indivíduos a fatores de risco (Lussier

<sup>6</sup> A literatura na área do jogo foi durante alguns anos largamente influenciada por um enviesamento relativamente às questões de género. O reconhecimento de que os serviços de tratamento apoiam predominantemente indivíduos do sexo masculino cursa frequentemente com a ideia de que estes têm maior probabilidade de desenvolver problemas de jogo. Várias hipóteses encontram-se em aberto para fundamentar esta visão. Tal poderá dever-se a uma menor assunção do problema por parte das mulheres ou, de outro modo, o jogo ser percebido por elas como uma atividade de risco com resultados pouco previsíveis e por isso evitarem o contacto com essas práticas (Harris et al., 2006). A associação do jogo a maiores dificuldades de controlo dos impulsos, mais presentes no sexo masculino, pode também explicar, ainda que parcialmente, estas diferenças de género. Contudo, os estudos de natureza epidemiológica reforçam esta perspetiva. Os últimos dados disponibilizados pela *Gambling Commission UK*, através do Relatório Anual de 2016, pontuam igualmente um diferencial de género ao nível do risco de desenvolvimento de problemas de jogo, com 7,7% dos homens com mais de 16 anos a ser considerados jogadores de risco comparativamente a 3,5% das mulheres. Relativamente aos jogadores problemáticos também os homens são mais categorizados do que as mulheres – 1,2% comparativamente a 0,1%, respetivamente (*Gambling Commission*, 2017). Alguns autores sugerem que, mais do que se considerar um preditor ou um fator de risco, o género masculino deve ser tomado como uma variável relevante no contexto do desenho de programas de prevenção e intervenção específicos (ex: Dowling et al., 2017).

et al., 2014). Contrariamente aos fatores de risco, é muito parco o número de estudos que analisa os fatores protetores de natureza precoce. A literatura tem ainda assim salientado os seguintes fatores como protetores relativamente aos problemas de jogo:

Área Sócio-demográfica	Família e comunidade	Funcionamento Psicológico
<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Género feminino</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Supervisão parental</li> <li>▪ Coesão familiar</li> <li>▪ Ligações sociais</li> <li>▪ Boa relação com a escola</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Consciência e inteligência emocional</li> <li>▪ Estratégias de <i>coping</i> adaptativas</li> <li>▪ Bem-estar subjetivo</li> <li>▪ Auto-cuidado</li> <li>▪ Competências pessoais e sociais</li> <li>▪ Compreensão da aleatoriedade</li> </ul>

(Adaptado de Dowling et al., 2017)

Tabela 7 - Fatores protetores em relação à problemática do jogo

Alguns estudos de natureza longitudinal têm vindo a reforçar a importância destes aspetos de cariz desenvolvimentista no aparecimento de problemas de jogo. Destacam-se alguns estudos, que salientam:

- A presença precoce de determinadas características de funcionamento psicológico (ex: impulsividade) e comportamentos aditivos com substância (uso de álcool e substâncias ilícitas) como preditoras de problemas de jogo no final da adolescência (Vitaro et al., 2001; 1999);
- A presença de sintomas depressivos e impulsividade numa fase mais precoce da adolescência como fatores que parecem determinar um aumento dos problemas de jogo no início da idade adulta (Dussault et al., 2011);
- Uma fraca monitorização parental do comportamento em pré-adolescentes entre os 11 e os 14 anos como potenciador do risco de problemas de jogo no final da adolescência / início da adultícia, mesmo controlando variáveis sociodemográficas e diferentes características de funcionamento (Lee et al., 2014);
- Que indivíduos com sintomas de hiperatividade com défice de atenção no início da idade adulta, apresentados desde a infância e associados a

comportamentos disruptivos, parecem apresentar maior probabilidade de desenvolvimento de problemas de jogo (Breyer et al., 2009);

- A forte associação entre uma baixa escolaridade e níveis mais elevados de incidência de problemas de jogo, em indivíduos entre os 16 e os 24 anos seguidos ao longo de dois anos (Fröberg et al., 2015).

Os estudos de meta-análise desenvolvidos por Dowling e colaboradores (2017) investigaram o peso de múltiplas variáveis estatisticamente associadas a problemas de jogo. Os autores verificaram que, no contexto da adolescência, a gravidade dos problemas de jogo; o número de práticas de jogo desenvolvidas; a impulsividade; o uso de substâncias psicoativas e um desempenho acadêmico pobre são os fatores que, de acordo com a literatura revista, mais impacto parecem deter sobre os problemas de jogo futuros.

Importa ainda realçar que, no domínio das comorbilidades psiquiátricas, a literatura encontra associações significativas entre problemas de jogo e múltiplas perturbações, mais do que relações consistentes de causalidade. Deste modo, os dados disponíveis requisitam uma leitura cautelosa destas relações, com impacto na intervenção clínica.



## IV.B. Teorias Explicativas

A partir da segunda metade do século XX, e particularmente a partir das suas duas últimas décadas, vários modelos têm sido propostos visando alcançar quadros conceituais e compreensivos dos comportamentos aditivos. Vários e diferentes grupos de teorias são atualmente reconhecidos, desde as mais focadas no processamento automático e nos processos de aprendizagem; nos processos de decisão; na identificação das necessidades pré-existentes; ou nas características psicobiológicas.

As teorias formuladas detêm influências muito distintas, frequentemente de níveis epistemológicos distantes mas nem sempre incompatíveis. Talvez por isso os modelos integrativos da adição, naturalmente influenciados pelos modelos biológicos (porquanto mais experimentalmente testados) sejam com frequência tomados como um terreno basilar (embora não exclusivo) ao entendimento destes fenômenos e ao desenho das intervenções.

### IV.B.1. Modelo da Adição.

Na perspectiva dos modelos integrativos, os CAD envolvem um conjunto vasto de processos inerentes a diferentes comportamentos, populações, contextos e indivíduos. Fatores de natureza psicossocial e ambiental interagem com diversas disposições prévias, precipitando o início dos comportamentos aditivos e conduzindo, por meio de múltiplas interações, a mudanças nas disposições individuais e ambientais. Estas, por sua vez, incrementam no indivíduo a pressão motivacional para aderir ao comportamento aditivo em detrimento de outros comportamentos (EMCDDA, 2013). Tratando-se de uma descrição muito abrangente, ela engloba inúmeros domínios de variáveis que influenciam o desenvolvimento dos processos aditivos, num todo multifacetado e bastante complexo.

As teorias biológicas que apontam as adições como ‘doenças do cérebro’ tiveram um desenvolvimento *evidente*, primordialmente a partir da investigação com utilizadores de estimulantes. Estes modelos descreveram os mecanismos que sustentam a passagem de uma experimentação inicial de substâncias psicoativas, com elevado reforço positivo, até à situação de *craving* promovida quer pela ‘saliência do incentivo’, quer pela deterioração das funções executivas e da capacidade de reflexão e auto-regulação.

Uma das descrições melhor conseguidas e mais coerentes dos circuitos envolvidos nos CAD deve-se a Brewer & Potenza (2008). Segundo estes autores, as estruturas pré-frontais e límbicas estão altamente implicadas nos processos de adição. Destacam o papel das seguintes estruturas cerebrais:

- A amígdala, que detém um papel significativo na atribuição dos significados emocionais e na aprendizagem relativa aos estímulos que são relevantes, no plano motivacional, em detrimento dos neutros;
- O córtex pré-frontal (PFC), designadamente as regiões:
  - o Orbitofrontal (OFC), associada à codificação de expectativas dos resultados dos comportamentos e que, através das suas fortes conexões com a região basolateral da amígdala, facilita a aprendizagem por associação desenvolvida pela amígdala;
  - o do cíngulo anterior (ACC), implicada na aprendizagem discriminativa e no controlo cognitivo;
- O hipocampo, que fornece a memória contextual para os estímulos motivacionais;
- Os núcleos septal e hipotalâmico, que fornecem informação relevante para os comportamentos motivacionais mais primitivos (ex: comportamentos alimentar e sexual);
- O *nucleo accumbens* (NAcc), como importante modulador da relevância e da valência aos estímulos (ex: mais ou menos prazerosos);
- A área tegmental ventral, cujas projeções de feixes entre amígdala, NAcc e PFC (OFC e ACC) facilita as associações entre os estímulos motivacionalmente relevantes e a libertação de dopamina.

À medida que os comportamentos motivacionais básicos vão sendo subordinados aos processos aditivos, e por isso secundarizados, operam-se mudanças na função e na estrutura destas regiões cerebrais que contribuem para uma adesão cada vez mais exacerbada ao comportamento aditivo.

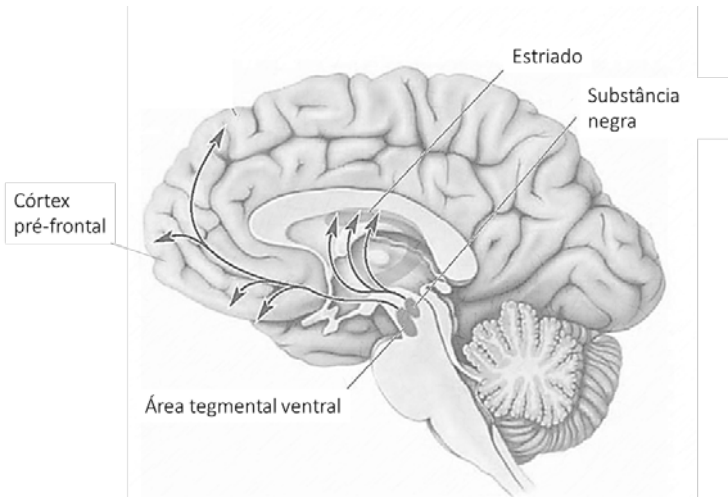


Figura 1 - Representação gráfica das vias dopaminérgicas (circuito da recompensa) implicadas nos CAD (adapt.)

Nos CAD com substância a investigação sugere que os neurónios dopaminérgicos são inibidos (provavelmente via habenula / tálamo medial dorsal) quando os reforços esperados pela ocorrência dos estímulos avaliados como relevantes não ocorrem. Tem sido aventada a hipótese de que quando a situação de dependência é já muito marcada a influência motivacional passa dos circuitos corticoestriatais (que envolvem o estriado ventral) para os circuitos que envolvem a região dorsal do estriado (a região mais implicada na formação de hábitos).

No caso da perturbação de jogo, não é ainda evidente se a hiperativação dos neurónios dopaminérgicos é exclusivamente inerente ao reforço positivo (ganhos). Alguma investigação tem sugerido que o que poderá ser específico nos problemas de jogo não são os picos de libertação de dopamina quando dos períodos de ganho, mas antes a libertação continuada nos períodos de perda, nomeadamente face à incerteza quanto ao resultado promovida pelos episódios de jogo. Este mecanismo poderá reforçar a prática de jogo e impedir o indivíduo de inibir o comportamento com vista a evitar ou reduzir as perdas (Linnet et al., 2012).

Um enorme desafio aos modelos de adição continua a subsistir no campo das diferenças individuais, isto é, em que medida é possível explicar que algumas pessoas, dada a sua exposição aos comportamentos aditivos (com ou sem substância) fiquem dependentes e outras não. De acordo com os modelos integrativos e mais biológicos ('adições como doenças do cérebro') existe uma multiplicidade de formas através das quais os fatores genéticos e ambientais podem conduzir à variação em termos de vulnerabilidade aos CAD, em geral, e a CAD particulares, em especial.

A genética detém um papel importante na hereditariedade das perturbações aditivas (Brewer & Potenza, 2008). Neste âmbito são consideradas como igualmente relevantes as vulnerabilidades prévias em termos de tendências depressivas, os padrões de resposta a *stress* e ansiedade de traço (Breese et al., 2011; Sinha, 2008), de sensibilidade ao reforço e uma capacidade reduzida de aprendizagem face à punição (Dong et al., 2011; Lyvers et al., 2009).

#### **IV.B.2. Modelo Cognitivo-Comportamental.**

##### ***Teorias comportamentais e da aprendizagem***

Os primeiros modelos neste domínio eram de natureza predominantemente comportamental, com vários teóricos a considerarem o jogo patológico como um comportamento aprendido, resultante de uma combinação de processos de condicionamento clássico e de condicionamento operante (Lamberton & Oei, 1997).

As teorias da aprendizagem procuram explicar a perturbação de jogo enquanto resultado de um processo de reforços, existindo no entanto algum desacordo quanto à identificação desses reforços (Blanco, Ibáñez, Sáiz-Ruiz, Blanco-Jerez & Nunes, 2000). As evidências empíricas sugerem que o reforço positivo (os primeiros ganhos) operaria numa fase inicial (Gobet & Schiller, 2011) funcionando os ganhos ocasionais como poderosos reforços intermitentes do comportamento de jogo. Para outros autores ainda, como reforço positivo não deve ser entendido apenas a recompensa monetária mas também os estímulos ambientais que provocam um estado de excitação ou alívio de afetos negativos (Gobet & Schiller, 2011). Traços mnésicos intensos, memória seletiva, reflexo condicionado, associações (locais, hábitos, pessoas, situações) podem fazer precipitar o impulso

de jogar. Uma vez que o comportamento de jogo se torne habitual, qualquer estímulo associado com esse comportamento poderá ativar nos indivíduos o desejo de completar a sequência comportamental, neste caso, jogar (Blanco et al, 2000).

Todavia, as teorias estritamente comportamentais podem ser limitativas e, de algum modo, parecem simplificar os processos associativos implicados no jogo. Estas teorias não oferecem uma explicação sustentada para o facto de certos indivíduos continuarem a jogar (apesar das consequências punitivas que habitualmente acompanham a perturbação de jogo, prejudicando frequente e largamente várias esferas das suas vidas) ou para que voltem a jogar após longos períodos de abstinência (Gobet & Schiller, 2011; Sharpe, 2002; Sharpe & Tarrier, 1993).

### *Teorias Cognitivas*

O interesse pelos enviesamentos cognitivos tem uma longa história no estudo dos problemas ligados ao jogo (Sharpe, 2002), com a investigação a sugerir a importância dos fatores cognitivos no desenvolvimento da perturbação, embora possam ser mais importantes quando o comportamento de jogo se torna habitual. De acordo com as teorias cognitivas, os jogadores patológicos têm um conjunto de crenças/distorções cognitivas que propiciam a manutenção do seu comportamento de jogo apesar das perdas (Lamberton & Oei, 1997),

Estas teorias focam a evidência de que os jogadores patológicos têm um padrão de distorções cognitivas que os leva a avaliar mal as probabilidades das suas apostas e o significado dos resultados: as apostas ganhadoras são interpretadas como uma confirmação das crenças na sua boa sorte, enquanto as apostas perdedoras são interpretadas como um sinal de que a sorte vai mudar e de que estão prestes a ganhar (Blanco et al, 2000).

Estas crenças falsas ou pensamentos irracionais relacionam-se muitas vezes com a ilusão de controlo (Lamberton & Oei, 1997) - uma crença errónea que faz o jogador desenvolver estratégias para ganhar, sobrevalorizando as suas capacidades pessoais para influenciar o resultado de eventos aleatórios (Gobet & Schiller, 2011). O jogador tende a conferir a si mesmo qualidades ímpares (a sorte como um atributo pessoal, comportamentos e crenças supersticiosas) que, na sua visão, aumentarão a sua probabilidade de ganhar, ao passo que maus resultados são interpretados como devidos a fatores externos ('má sorte').

Os primeiros ganhos podem resultar na crença de que o jogo é uma fonte fácil de rendimentos, ou, em resposta às perdas, o indivíduo pode motivar-se a persistir

em jogar, na expectativa de recuperar essas perdas – *chasing*. O *chasing*, enquanto fenômeno cognitivo típico nas crenças irracionais entre os jogadores problemáticos, é expresso em relatos como “perdi as últimas vezes, hoje devo dar volta”.

Os episódios de ganho potenciam o reforço das ilusões de controlo e a crença na sorte/destino, com os pensamentos de superstição e rituais a emergirem como resposta a associações casuais de variáveis externas – correlações ilusórias.

### ***Modelos Cognitivo-Comportamentais***

Sharpe & Tarrrier (1993) propuseram um modelo cognitivo-comportamental do jogo patológico que tentou reunir hipóteses derivadas das teorias comportamentais, com elementos cognitivos, para explicar o desenvolvimento e a manutenção dos problemas ligados ao jogo. Os autores defenderam a probabilidade de existir uma vulnerabilidade (ambiental, biológica ou ambas) para o desenvolvimento de problemas de jogo. A vulnerabilidade individual influenciaria a escolha das tipologias de jogo, produzindo associações entre o prazer obtido e determinados enviesamentos cognitivos, resultando num padrão através do qual os jogadores continuam a jogar, independentemente de perderem ou ganharem (Sharpe, 2002).

Em termos psicofisiológicos, o comportamento de jogo induz a ativação simpática do sistema nervoso autónomo (ritmo cardíaco, atividade eletrodérmica), o que é experienciado pelo jogador como uma importante fonte de excitação. Esta, em combinação com as recompensas monetárias, encorajam o indivíduo a prolongar o seu comportamento de jogo. Com o passar do tempo, o próprio ambiente de jogo condiciona esse estado. Desenvolvem-se pensamentos relacionados com jogo (“este é o meu dia de sorte”... “hoje perdi, mas amanhã compenso”) que atuam como um *trigger* encorajador de futuros episódios de jogo, mesmo que na perspetiva de ‘recuperação’ de perdas (Gobet & Schiller, 2011).

Sharpe & Tarrrier (1993) defendiam que a diferença entre aqueles que conseguem controlar o comportamento de jogo e aqueles que perdem o controlo assenta nas estratégias de *coping* utilizadas. O mesmo é dizer que um indivíduo com estratégias de *coping* menos adaptativas será mais vulnerável a desenvolver problemas ligados ao jogo, ao mesmo tempo que as consequências negativas do jogo fragilizam a qualidade dessas estratégias (Sharpe, 2002). *Stress* e abuso de substâncias podem igualmente impedir o indivíduo de utilizar os seus mecanismos de *coping* mais eficazes, aumentando a probabilidade de jogar (Gobet & Schiller, 2011).

### IV.B.3. Abordagem Psicanalítica.

#### *As teorias psicanalíticas e a perturbação de jogo*

Vários autores foram pioneiros (*vide* Rosenthal, 1997; 2008) na formulação de entendimentos psicanalíticos dos problemas de jogo, enfatizando as fantasias narcisistas, de grandiosidade e onipotência e a negação de sentimentos de fragilidade e desamparo.

A propósito do seu trabalho sobre Dostoievski, Freud (1996/1998) analisa o jogo do ponto de vista do masoquismo, considerando que o círculo repetitivo de jogo, perdas e culpabilidade, corresponderia a uma necessidade de autopunição cujo fim seria precisamente o alívio de uma profunda culpabilidade inconsciente, instituindo-se assim uma repetição interminável e frenética até à ruína e desespero.

Freud realçou a relação extremamente competitiva, de amor-ódio, entre o jogador masculino e a figura paterna, com uma marcada necessidade de aceitação e aprovação e sentimentos de insuficiência. Enquanto equivalente masturbatório face a desejos incestuosos, o jogo surge na dinâmica edípica do jogador com a correlativa autopunição face à extrema ambivalência relativamente à *imago* paterna e aos desejos inconscientes de a eliminar. Esse desejo de afastar a figura paterna e o que simbolicamente ela representa, incorre contudo em inerentes medos de retaliação. Assim, um dos mecanismos inconscientes evidenciados no jogador seria a problemática da aceitação da Lei, onde o parricídio, quando objeto de recalçamento e sublimação, constituiria a base da integração social e da civilização.

Edmund Bergler, em 1936, é um dos primeiros a esboçar uma definição de jogador patológico, procurando, de um ponto de vista psicanalítico, aprofundar a essência da conduta do jogo (1957, cit. por Valleur & Bucher, 1977). Para além das razões conscientes que qualquer jogador consegue enunciar, Bergler aponta a subjacente dinâmica neurótica, onde o desejo de perder, determinado pela necessidade inconsciente de autopunição e o masoquismo moral, seria nuclear. A regressão a estádios mais primitivos de funcionamento e a negação constante do princípio da realidade, pela afirmação do primado do princípio do prazer, constituiria uma forma de reafirmação dos aspetos de onipotência infantil e uma recusa da lei parental (ex: Lei Paterna) que, no jogador patológico, se

consubstanciaria na negação da lógica e da lei das probabilidades. Seria então essa transgressão e esse ataque à Lei e à realidade que determinaria também a necessidade inconsciente de autopunição e da perda.

Em sentido diferente Tostain (1967) defende que, mais do que o desejo inconsciente de punição face à ameaça de castração, estaria em causa o desejo de se submeter à Lei, como uma espécie ou equivalente de castração e renúncia a desejos parricidas que não puderam ser objeto de recalçamento.

O aspeto mais descritivo dos comportamentos de jogo patológico, tal como apresentado no DSM e com a correlativa “perturbação do impulso”, não é incompatível com as concepções psicanalíticas. De acordo com Peele (2001), que recusa o modelo de “doença” transferido do abuso de substâncias para o Jogo, mais do que da substância química é da experiência que alguns sujeitos se tornam dependentes, onde o eventual prazer inicial se torna menos relevante que o evitamento de situações ansiógenas e em que a repetição de sequências comportamentais previsíveis visam tomar o lugar das incertezas e dificuldades inerentes ao domínio relacional.

Neste sentido, para Valleur & Bucher (1977), haveria aqui uma aproximação às concepções psicanalíticas que encaram os comportamentos aditivos como formas ágidas equivalentes a mecanismos de defesa contra representações ansiógenas. O que não fica claro nesta perspetiva é o *evidente* salto qualitativo algures na passagem do “uso” ao “abuso” e onde, nos casos extremos, tudo se passa já fora do controlo e da vontade dos sujeitos, numa vivência subjetiva de alienação e de contradição entre desejo e vontade consciente. É como se a adição, como uma espécie de entidade autónoma, se desenvolvesse independentemente da personalidade, da história de vida do sujeito e do contexto, tanto no início do comportamento aditivo como na situação de dependência.

### ***Comportamentos aditivos e a hipótese ordálica***

Valleur (1997; 2005) analisa a questão do jogo no quadro geral da Adições, o que fundamenta, entre outras razões, na “passagem” relativamente frequente de uma adição a outra nos jogadores patológicos (ex: uso de substâncias).

Para este autor algumas das contradições observadas na análise do fenómeno das “Adições”, poderiam ser ultrapassadas com recurso à noção de “comportamento ordálico”, desenvolvida em contexto da clínica da toxicodependência e na senda



dos trabalhos de C. Olivenstein. Partindo da constatação de que “a tomada de risco pode, em certos indivíduos ser ativamente procurada através de uma prova, até da morte e ressurreição” a noção de comportamento ordálico, desenvolvida por M. Valleur e A. Charles-Nicolas (Charles-Nicolas, 1981) é definida como “jogo com a morte, jogo de morte” (p. 67).

Esta proposta visava atenuar a ideia muito difundida em certas correntes da psicanálise das dependências como condutas autodestrutivas ou mesmo como equivalente suicidário. Valleur considera porém haver uma diferença fenomenológica importante entre comportamento autodestrutivo e comportamento ordálico, chamando a atenção para o aspeto positivo deste último.

Desde a Antiguidade a Ordália ou “juízo de Deus” coloca o sujeito perante forças que não domina, regra geral elementos naturais, sendo o desfecho desse confronto (em que está em jogo a própria vida) o veredicto final através do qual se confirma ou legitima o indivíduo assim exposto.

Assim, comportamento ordálico designa uma forma muito particular de relação subjetiva com o risco, em que o sujeito se submete a uma prova, por razões psicológicas (Valleur, 2005). O fantasma ordálico de base nestes comportamentos remete para um Outro - acaso, destino ou sorte- a decisão e a prova do seu direito à vida, assim outorgada por uma espécie de “Entidade Superior”, sendo a sobrevivência do sujeito também uma tentativa de recuperação do controlo sobre a própria vida, tão bem descrito por Dostoiévski (2001).

Para Valleur (1997) este jogo com a morte constituiria não um desejo autodestrutivo, antes uma tentativa mágica de controlo e renascimento, no oposto da dependência. O carácter transgressivo torna-se aqui também central como procura de sentido e de “legitimação da Lei”.

O risco de morte na sua dimensão ordálica, iniciática, visa conferir ao sujeito poderes mágicos e o direito à vida, tal como na Ordália clássica. Só que as condutas ordálicas tal como acontecem no toxicodependente, no jogador, nalguns suicidas e em alguns praticantes de certas atividades “radicais”, obedecem a uma necessidade interna do sujeito que procura restaurar um certo estado de onipotência narcísica, cujo resultado se revela frágil e efémero, obrigando à repetição constante no que Charles Nicolas chama “paixão” (Charles-Nicolas 1981).

Valleur (1997) coloca a hipótese de um *continuum* entre as diferentes “Adições”, desde as mais passivas e menos disruptivas como o tabagismo até às mais “ordálicas”, as atuais formas de toxicomania, de forte significado transgressivo.

O jogo patológico estaria numa espécie de meio-termo, socialmente tolerado, mas encerrando em si também uma certa reprovação moral como desejo de acesso (mágico) à “fortuna” e sem esforço. Mesmo pela via do dinheiro é a própria vida que o jogador coloca em jogo. Menos importante que saber se é o ganho ou a perda masoquista que move o jogador a questão ordálica não pode deixar de colocar-se, nesse incessante recomeço.

É a excitação máxima vivida na espera do veredicto “divino”, no risco “mortal” desse confronto, que pode determinar tanto o encontro com a fortuna como o aniquilamento do sujeito, que parece instaurar a repetição sem fim. Esta “vertigem” tão bem descrita na literatura (ex: Stefan Zweig, Dostoiévsky), a incessante busca de sensações extremas que fundaria o processo aditivo é, de um ponto de vista biológico, a dependência dos sujeitos à sua própria adrenalina.

Assim, nesta perspetiva, o jogo patológico ao inscrever-se no modelo das adições acaba por ser obrigatoriamente encarado na sua dimensão de dependência, por um lado, e de conduta ordálica, por outro. Se a história dos jogos é a história da sua regulação pelos grupos sociais, a sua origem, o traço do sagrado e da ordália é omnipresente. O tirar à sorte como modo de julgamento ou de tomada de decisão, quando o homem se sente incapaz de o fazer sozinho, constitui um apelo ou uma interrogação ao ‘divino’, sendo a resposta do acaso (ex: dos dados, da *slot machine*) a ‘resposta dos deuses’.

Esta relação particular com o risco, na perturbação de jogo, permitiria compreender tanto a sua especificidade no âmbito das “adições” como a profunda diferença relativamente às novas formas de dependência, como o caso dos jogos em rede e da internet.

### ***Translação para a intervenção clínica***

Não obstante a pertinência das formulações psicodinâmicas para uma abordagem compreensiva das situações clínicas, em geral, e dos fenómenos mentais e motivacionais inconscientes designadamente dos jogadores problemáticos, em especial, é bastante escassa a investigação experimental, e não exclusivamente qualitativa, em torno destes processos de modo a promover evidência.

As abordagens dinâmicas sugerem globalmente que a perturbação de jogo é a expressão de condições psicológicas não explícitas, daí que a abstinência do comportamento aditivo *per se* de pouco subsidia um processo de mudança sustentado. Nesta perspetiva se entende que muitos jogadores desenvolvam

comorbilidades ao nível do humor (ex: depressão) ou enveredem por outros comportamentos aditivos ou mesmo comportamentos auto-destrutivos que, de algum modo, cumpram uma função similar na sua economia psíquica (Rosenthal & Rugle, 1994).

Alguns autores contemporâneos da linha psicodinâmica têm sugerido novos modelos, mais integrativos e com impacto numa abordagem terapêutica do jogo.

Rosenthal e Rugle (1994), revisitados por Rosenthal (2008), sugerem uma abordagem conceptual e terapêutica focada nos seguintes aspetos:

- O jogo detém um propósito defensivo e adaptativo, oferecendo ao indivíduo aspetos percebidos como positivos;
- As crenças e fantasias onnipotentes associadas ao jogo constituem modos de evitar, compensar ou negar afetos experienciados como intoleráveis;
- Tais sentimentos intoleráveis podem deter a sua origem em experiências do passado, designadamente precoces, ou ser secundários a problemas da realidade atual, percebidos pelo jogador como insolúveis;
- Sentimentos de culpa, vergonha e desamparo são frequentemente negados por meio dos comportamentos de jogo encetados para recuperar dinheiro perdido noutros episódios de jogo (*chasing losses*);
- Auxiliar o paciente no processo de assunção da responsabilidade pelas escolhas feitas e comportamentos desenvolvidos, assim como das consequências dos mesmos, é nuclear para o desenvolvimento da auto-estima, a reparação narcísica, a aceitação e o autoperdão;
- A formulação psicodinâmica da problemática de jogo de um dado paciente pode ser de grande relevância, independentemente das técnicas e estratégias terapêuticas a implementar com vista ao desenvolvimento de uma organização defensiva mais diferenciada e adaptada.

As intervenções psicoterapêuticas de inspiração dinâmica têm sido consideradas relevantes no plano do tratamento das comorbilidades e dos traços de funcionamento observados em muitos jogadores, de tipo narcisista (National Research Council US, 1999). Não obstante a importância da dimensão compreensiva destas abordagens, não se tem observado um desenvolvimento apreciável de estudos devidamente controlados que explorem a sua efetividade no tratamento específico da perturbação de jogo. Tal constitui naturalmente um

desafio importante para a investigação, de modo a melhor validar a potencial eficácia destas intervenções.

#### **IV.B.4. Teorias da Personalidade.**

O estudo das variáveis associadas à personalidade no domínio do jogo é relativamente recente, ainda que algumas formulações de índole estritamente psicanalítica tivessem previamente tido lugar e, de algum modo, sugerissem que os jogadores patológicos apresentavam modalidades de funcionamento particular (*vide* tópico IV.B.2).

Importa neste âmbito distinguir dimensões da personalidade das perturbações da personalidade.

As primeiras constituem constructos ou características mais abrangentes, com inscrição desenvolvimental e que parecem interferir de forma menos significativa com o funcionamento individual, em geral, como o caso da procura de sensações ou a impulsividade. As segundas oferecem um impacto significativamente negativo na capacidade individual de interagir adequadamente com a sociedade, integrando frequentemente várias características da personalidade num todo disfuncional, persistente e pouco flexível - como por exemplo padrões de desregulação emocional (Odlaug et al., 2013), causando prejuízo funcional ou sofrimento subjetivo significativos (APA, 2013).

#### ***Dimensões da personalidade***

A investigação tem identificado as seguintes características como muito relevantes na emergência e/ou manutenção dos problemas de jogo:

- Traços de impulsividade (ex: Dowling et al., 2017; Chamberlain et al., 2017; Odlaug et al., 2013);
- A procura de (novas) sensações - *Sensation-seeking* (Benson et al., 2012; Jiménez-Murcia et al., 2010);
- Traços emocionais negativos, neuroticismo e parca conscienciosidade (Brunborg et al., 2016; Tacket et al., 2015; King et al., 2010);
- Alexitimia (Gori et al., 2016; Bibby, 2016; Maniaci et al., 2016; 2015).

Alguns autores têm igualmente sugerido modelos teóricos de categorização (ainda pouco testados), sustentados em variáveis da personalidade e aspetos psicopatológicos concomitantes.

O Modelo de subtipos de jogadores patológicos (*Pathways Model*) de Blaszczynski & Nower (2002), por exemplo, propõe a organização deste grupo em 3 subtipos: os condicionados em termos comportamentais; os emocionalmente vulneráveis; e os impulsivos antissociais (*vide* tópico IV.B.5 deste manual).

Outros autores (Álvarez-Moya et al., 2010) sugeriram uma caracterização dos jogadores patológicos em 4 *clusters*:

- *Cluster 1*: jogadores com elevados níveis de impulsividade e simultaneamente maior psicopatologia (não-aditiva), com idade mais precoce de início – grupo com perturbação de jogo mais grave;
- *Cluster 2*: jogadores com baixo nível de *sensation-seeking* e elevados níveis de evitamento, controlo e comportamento fóbico, com níveis elevados de abuso de álcool;
- *Cluster 3*: jogadores com elevados níveis de impulsividade e *sensation-seeking*, com início relativamente precoce e sem psicopatologia (não-aditiva);
- *Cluster 4*: jogadores com baixos níveis de impulsividade e psicopatologia (não-aditiva), com início mais tardio e problemas de jogo moderados.

Mais tarde, Nower & Blaszczynski (2006) propuseram um modelo compreensivo de entendimento dos problemas de jogo com particular enfoque nas dimensões da personalidade, em especial na impulsividade (Figura 2).

Este modelo propõe que os problemas de jogo resultam de uma complexa interação entre traços de personalidade e dimensões ambientais, cognitivas e afetivas que, ao longo do tempo, conduzem os indivíduos com maior propensão para uma impulsividade disfuncional a desenvolver comportamentos de jogo com consequências deletérias a múltiplos níveis.

Partindo dos contributos de Dickman (1990), os autores descrevem os conceitos de impulsividade funcional (caracterizado por entusiasmo, proatividade e comportamentos de risco, que tendem a compensar alguma falta de capacidade de decisão e acuidade) e impulsividade disfuncional (aspetos de negligência e fraco cuidado e atenção, incapacidades de planeamento e de adiamento da gratificação, exacerbando as consequências negativas).

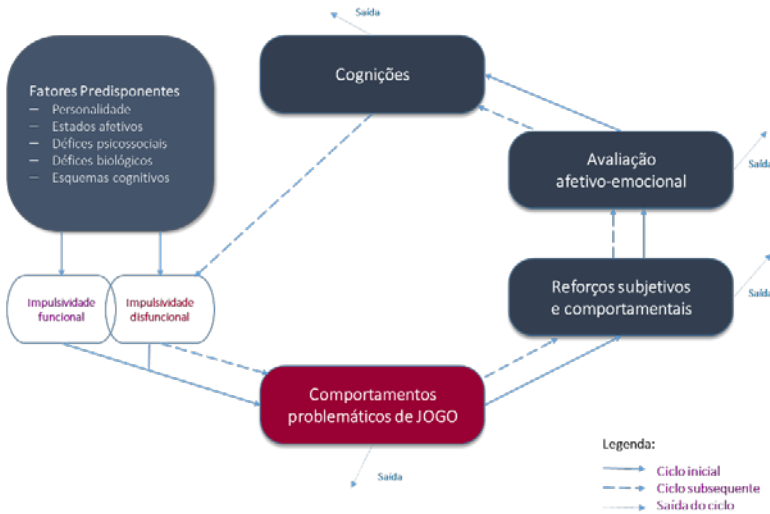


Figura 2 - Modelo teórico (adapt.) das associações entre impulsividade e problemas de jogo proposto por Nower & Blaszczynski (2006)

Na sua perspetiva, os indivíduos com traços de impulsividade funcional apresentam maior probabilidade de tomadas de decisão rápidas e bem-sucedidas e a desenvolver estratégias de *coping* mais adaptativas face a acontecimentos de vida negativas ou potenciadores de *distress*. Nestes indivíduos, os eventuais erros de tomada de decisão são compensados pelos benefícios alcançados. Inversamente, os indivíduos com maior impulsividade disfuncional tendem a manifestar um percurso de decisões pouco adaptativas e resultados nefastos, em que os eventuais benefícios das decisões não superam as consequências negativas. Concomitantemente, indivíduos com marcada impulsividade disfuncional apresentam percursos académicos e psicossociais mais frágeis, decorrentes de comportamentos e processos de tomada de decisão mais pobres e rápidos.

Segundo este modelo, os impulsivos funcionais que iniciaram o seu percurso de jogo com reforços importantes poderão rapidamente envolver-se em comportamentos e atividades típicas do jogador impulsivo disfuncional (ex: comportamentos de *chasing losses*). A menos que manifeste igualmente características de impulsividade disfuncional, poderá abandonar o ciclo de jogo com melhor prognóstico. Já o impulsivo disfuncional, em virtude das ideias de

superstição ou má sorte recorrentemente evitadas através de comportamentos sistemáticos de jogo, confronta-se com consequências altamente nefastas em termos financeiros e psicossociais.

Ainda no domínio das dimensões da personalidade, a investigação tem sugerido que a presença de níveis elevados de neuroticismo, impulsividade e *sensation-seeking* em indivíduos que procuram tratamento para o seu problema de jogo constitui um fator associado à recaída e/ou desistência de um projeto terapêutico. Os níveis de impulsividade per se parecem constituir um preditor significativo de uma má adesão ao tratamento (Ramos-Grille et al., 2015).

### ***Perturbações da personalidade***

As perturbações da personalidade (PP) parecem ser relativamente comuns em pessoas com perturbação de jogo (Grant et al., 2016). Os estudos recentes mais robustos apontam para valores de cerca de 45 a 47% dos indivíduos com perturbação de jogo a apresentar critérios para pelo menos uma PP (ex: Odlaug et al., 2013). Em conformidade com a abordagem dimensional das perturbações da personalidade e a concomitante proposta de diagnóstico por *clusters*, alguns estudos (Vaddiparti & Cottler, 2017; Dowling et al., 2015) apontam para uma maior prevalência de perturbações do *Cluster B* (antissocial, borderline, histriónica e narcisista) entre os jogadores que procuram tratamento. Este *cluster* parece associar-se a uma maior gravidade da perturbação de jogo (Brown et al., 2016).

Contudo, existe igualmente evidência de que os níveis registados de PP em indivíduos com perturbação de jogo podem ser influenciados pela presença de outras comorbilidades psiquiátricas, designadamente de tipo ansioso (Giddens et al., 2012). Outros estudos (Fernández-Montalvo & Echeburúa, 2004) junto de jogadores sem contacto com serviços de tratamento também identificaram a associação entre PP presentes nesse grupo e perturbações graves da ansiedade, depressivas e de abuso de álcool. Este facto salienta a importância da investigação poder, num futuro breve, ser mais diferenciadora no que concerne à comorbilidade psiquiátrica, designadamente no que respeita à distinção entre os aspetos da personalidade e da doença mental, que cursam com a perturbação de jogo. A priorização de estudos longitudinais em detrimento de transversais será relevante neste domínio.

#### IV.B.5. Modelo(s) Integrado(s) / Biopsicossocial.

##### *Modelo dos Subtipos de Jogadores Patológicos (Blaszczynski & Nower, 2002)<sup>7</sup>*

Estes autores consideram os problemas de jogo como um grupo sindrômico de carácter heterogéneo e multidimensional, resultante da interação complexa entre fatores genéticos, biológicos, psicológicos e ambientais. Criticaram a imprecisão das definições existentes na literatura até então (de adição, perturbação do impulso ou compulsão e distinção entre jogadores de risco/jogadores patológicos) e a tendência para perceber os jogadores patológicos como um grupo homogéneo ao nível dos processos psicológicos. Pelo contrário, consideraram que a diversidade etiológica permitia a identificação de três subtipos de jogadores, influenciados por distintos fatores, não obstante apresentarem características fenomenológicas semelhantes. Cada um destes 3 subtipos principais apresentaria variáveis de vulnerabilidade específicas, características sociodemográficas e processos etiológicos que levaram ao desenvolvimento deste tipo de patologia.

Os fatores comuns teorizados como alargados aos diferentes subtipos são os seguintes (*vide* Figura 3):

- Fatores ecológicos: políticas, legislação que cria e/ou promove o jogo e a aceitação social;
- Influência do condicionamento clássico e operante: na atividade de jogo, o jogador manifesta um estado de ativação (subjéctiva e fisiológica) relacionado com a excitação cortical; ganhos intermitentes permitidos de forma variável aumentam esta ativação, cuja repetição influencia o condicionamento aos estímulos ambientais relacionados com o jogo. O reforço negativo ocorre quando este estado excitatório reduz a ansiedade ou a depressão, conduzindo à repetição do comportamento. Ao aumento da frequência de jogo associa-se o aparecimento de

---

<sup>7</sup> A tradução portuguesa que aqui se propõe (*Modelo dos subtipos de jogadores patológicos*) para denominar o modelo originalmente criado por estes autores (*Pathways Model*) parece-nos a mais consensual e adequada tendo em conta a natureza conceptual que o mesmo engloba. Os autores procuram através deste modelo definir categorias ou subtipos que caracterizem fenotipicamente os indivíduos com problemas de jogo. A emergência e evolução da perturbação decorre, segundo este modelo, em função de um conjunto de variáveis etiológicas, compreendendo-se por isso a atribuição da denominação original (*pathways* – caminhos, percursos, vias). No entanto, a tradução literal para português não nos parece tão adequada pelo que, salvo melhor opinião, optámos pela designação apresentada.



esquemas cognitivos disfuncionais, crenças irracionais (e. g. superstições, capacidades pessoais) e ilusões de controlo;

- Habituação: na sequência do exposto anteriormente, o jogador desenvolve então um padrão de jogo habitual;
- *Chasing*: as distorções cognitivas associadas à natureza aleatória da possibilidade de ganhar levam o jogador a perseguir os ganhos/perdas (*chasing win/losses*), acumulando perdas sucessivamente superiores, comportamento em escalada que evolui para problemas financeiros de gravidade crescente (e. g. dívidas).

### Subtipo 1: jogadores condicionados em termos comportamentais

Trata-se de um amplo conjunto de indivíduos com padrões de jogo que podem ir do regular até ao excessivo devido aos efeitos do condicionamento, às distorções cognitivas relacionadas com a probabilidade de ganho e/ou a uma série de avaliações cognitivas ou tomadas de decisão erróneas. Na perspectiva dos autores, estes jogadores não evidenciariam psicopatologia prévia, perturbações pelo uso de substâncias, impulsividade ou comportamentos desorganizados. Podem apresentar alguns sintomas de abuso de álcool e até depressão e ansiedade, mas teorizados como consequência dos problemas financeiros associados às práticas de jogo. A entrada neste subgrupo pode ocorrer em qualquer idade e ser precipitada pela exposição ao jogo de forma ocasional ou através de familiares/pares jogadores. Este tipo de jogadores apresenta menos dificuldades provocadas pelo jogo, revelando motivação e adesão ao tratamento.

Os autores consideram que este grupo beneficia de aconselhamento e programas de intervenção breve.

### Subtipo 2: jogadores emocionalmente vulneráveis

Além de todas as condicionantes anteriores, os jogadores incluídos neste subgrupo apresentam uma vulnerabilidade emocional relacionada com os seguintes fatores: história de acontecimentos de vida negativos precoces, inclusive no meio familiar (e.g. familiares jogadores ou com perturbação psiquiátrica); variáveis da personalidade associadas a uma maior propensão para correr riscos; perturbações do humor, ansiedade ou depressão pré-mórbidas; baixas competências de resolução dos problemas; perceções negativas dos acontecimentos de vida (tendencialmente como *stressantes*) e uso de substâncias. Adicionalmente *evidenciam* vulnerabilidade biológica aos níveis bioquímico (sistemas serotoninérgico, noradrenérgico e dopaminérgico) e

cortical, correspondentes a estados fisiológicos de hiper ou hipoativação, em resultado de uma complexa interação entre as experiências de infância, traços de personalidade e acontecimentos de vida.

Em consequência de fragilidades de cariz psicossocial e biológico, estes indivíduos iniciam as práticas de jogo frequentemente como uma estratégia de regulação do humor disfórico e/ou para colmatar necessidades psicológicas específicas, contrariamente ao subtipo 1, motivado pelo entretenimento ou socialização. Apresentam níveis elevados de psicopatologia, nomeadamente depressão, ansiedade e dependência do álcool, sendo mais resistentes à mudança.

### Subtipo 3: jogadores impulsivos antissociais

Este é o subtipo mais grave em termos psicopatológicos, que inclui os jogadores com traços de impulsividade e problemas comportamentais prévios e independentes do jogo: comportamento antissocial, perturbação de hiperatividade com défice de atenção, traços narcísicos, abuso de substâncias (policonsumos), irritabilidade, baixa tolerância à frustração, história de ideação suicida e mesmo tentativas de suicídio. Tipicamente são indivíduos que começaram a jogar bastante jovens, escalando rapidamente em práticas de elevada intensidade e gravidade. O jogo pode ocorrer em episódios binge e ser precocemente associados a atos desviantes e de natureza criminal.

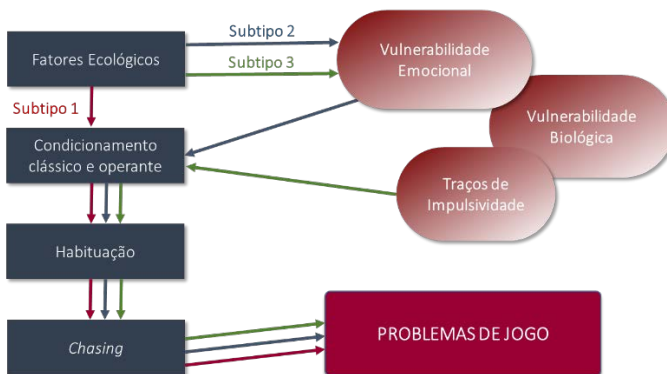


Figura 3 - Modelo dos subtipos de jogadores proposto por Blaszczynski & Nower, 2002 (adapt.)

Nesta perspectiva os problemas de jogo principiam pelos fatores ecológicos, evoluindo por um dos três percursos ou subtipos acima descritos e convergindo depois para o nível do condicionamento clássico ou operante que conduzem à habituação, ao chasing (perseguir os ganhos/perdas) e, em última instância, aos níveis mais problemáticos e patológicos de jogo. Os autores salientam, porém, que os 3 subtipos não são mutuamente exclusivos.

Este modelo abrangente não foi ainda empiricamente validado nas suas diversas vertentes (variáveis psicopatologia, personalidade, motivação e etiologia) e tem a sua origem em investigações conduzidas com amostras clínicas.

Alguns estudos mais recentes, porém, têm sugerido a sua robustez (ex: Nower et al., 2013). Numa revisão da literatura sobre a classificação dos jogadores patológicos em subgrupos, Milosevic e Ledgerwood (2010) concluíram que, de forma consistente, parecem emergir 3 subtipos próximos dos descritos por Blaszczynski e Nower, não obstante outros autores utilizarem conceitualizações alternativas e alguns apontarem para soluções com mais componentes.

Os estudos de Valleur et al. (2016) com recurso a mais de 300 indivíduos com critérios de diagnóstico para jogo patológico (DSM-IV) sustentam igualmente a relevância deste quadro teórico de caracterização dos jogadores. Os resultados diferenciam, contudo, as categorias de jogadores em função do tipo de jogo. Enquanto os jogadores mais impulsivos parecem preferir jogos requerentes de maiores competências (ex: desporto, corridas de cavalos), os de subtipo 2 (vulneráveis em termos emocionais) parecem ser mais atraídos por jogos de fortuna ou azar (ex: raspadinhas).

### ***Modelo Biopsicossocial do Jogo Patológico (Sharpe, 2002)***

Partindo da reformulação dos modelos cognitivo-comportamentais e reconhecendo a complexidade da interação entre fatores biológicos, psicológicos e sociais no desenvolvimento de problemas de o jogo, Sharpe (2002) propôs um modelo biopsicossocial de entendimento do jogo patológico através da revisão dos estudos de caráter empírico.

A autora advoga que existem evidências de possível vulnerabilidade genética conducente à vulnerabilidade biológica (disfunções nos sistemas dopaminérgico, noradrenérgico e serotoninérgico) adicionalmente à vulnerabilidade psicológica, influenciada não só pelos fatores de risco biológicos mas também pelas circunstâncias ambientais.

Elenca os seguintes fatores como propiciadores de uma “normalização” das experiências de jogo e, eventualmente, o envolvimento em subculturas/grupos onde a prática de jogo é comum:

- Impulsividade (correlacionada com a predisposição genética), tornando os indivíduos mais propensos à perda do controle;
- Atitudes positivas relativamente ao jogo por parte de familiares/amigos e do próprio;
- Parcas capacidades de resolução de problemas;
- Políticas promotoras do jogo;
- Aceitação social.

Paralelamente, considera importante conhecer a história de jogo dos indivíduos e o padrão de ganhos sobretudo em fases precoces do percurso de jogo (ex: experiências iniciais de ganhos elevados ou elevada proporção de ganhos relativamente a pequenos ganhos ou perdas). Estas ocorrências podem contribuir, mediante um filtro perceptivo, para que o jogador se centre predominantemente nas consequências positivas (ganhos) em detrimento das negativas (perdas), sobrestimando as hipóteses de ganhar e desenvolvendo, assim, distorções cognitivas (e.g. falácia do jogador). Estas distorções promovem a persistência nas práticas de jogo durante e entre as sessões. Os ganhos podem estar associados à ativação neurovegetativa relacionada com o jogo, contribuindo para aumentar o comportamento em causa através do reforço positivo.

Em suma, crenças, distorções cognitivas, expectativas e ativação fisiológica relacionada com o jogo associam-se, tornando-se estes processos automáticos à medida que a frequência do comportamento aumenta.

Sharpe (2002) considera ainda que, perante algumas circunstâncias de vida, em particular negativas, os indivíduos podem desenvolver humor disfórico e jogar como um mecanismo de *coping* na gestão de níveis de ativação emocional elevados; ou evidenciar baixa tolerância a vivências mais entediantes e pouco ativadoras, orientando-se para a procura mais imediata de sensações. Segundo a autora, o primeiro padrão parece ser mais típico de jogadores que procuram jogos eletrónicos, enquanto o segundo parece mais frequente em jogadores de casino ou de apostas hípicas.

À medida que o jogo vai assumindo diferentes funções na vida da pessoa, os padrões acima descritos tornam-se mais intrínsecos, os estados internos e/ou precursores externos elicitam padrões de ativação e fortes ânsias de jogar. Os

níveis de controlo perante o desejo de jogar dependerá naturalmente das estratégias de *coping* que os indivíduos tendem a utilizar mas, frequentemente, observa-se uma ausência de *coping* adaptativo. Tal parece ser modulado por características de impulsividade, falhas na aprendizagem de competências de vida (ex: relaxamento, resolução de problemas) ou mediado externamente (ex: pelo uso de substâncias). Iniciados os padrões anteriormente descritos, os jogadores continuam a jogar independentemente do resultado, desembocando num estilo de vida caótico que perpetua o problema.

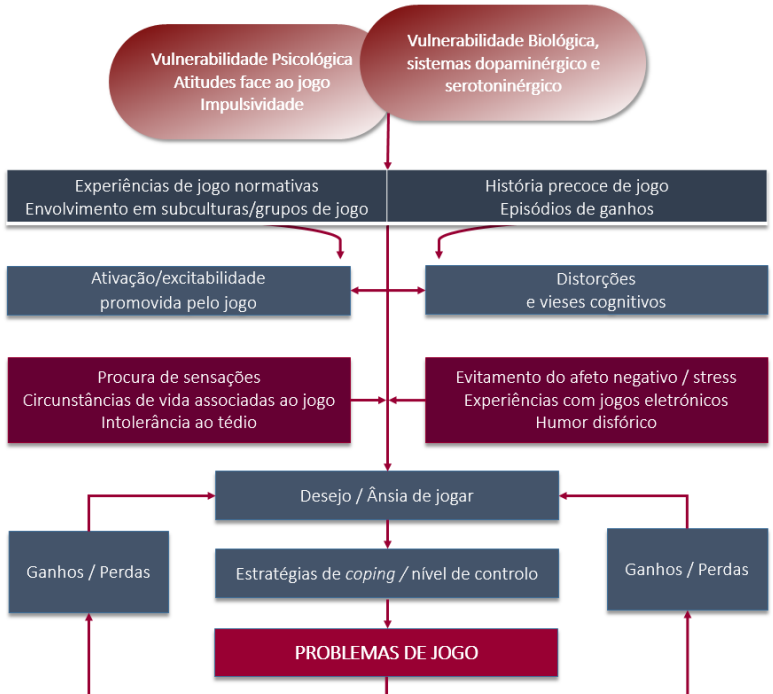


Figura 4 - Modelo biopsicossocial dos problemas de jogo proposto por Sharpe (2002) (adaptado de Smith & Shah *In* Bowden-Jones & George, 2015)

Para Sharpe (2002), o objetivo inicial do tratamento é dissociar os estímulos precusores para jogar (*triggers*) do ato ou comportamento de jogo, sendo útil a aplicação de estratégias comportamentais (ex: impedir o acesso a dinheiro). Os estímulos para jogar estão relacionados com o desenvolvimento de um estado caracterizado por intensa ativação fisiológica e cognições irracionais, pelo que a autora recomenda o recurso a estratégias cognitivas como a dessensibilização imagética.

Este modelo realça a importância de integrar as seguintes ações na abordagem a estes grupos:

- Treino de competências na gestão do confronto com cenários de perdas e consequências negativas
- Psicoeducação com vista à avaliação das probabilidades de ganho
- Estratégias cognitivas de mudança das crenças irracionais
- Treino de resolução de problemas e gestão de conflitos
- Abordagem a problemas relacionais / psicossociais
- Gestão da ansiedade e abordagem terapêutica às comorbidades
- Motivar para a prática de exercício físico e a integração em atividades que promovam emoções positivas e incrementem a perceção de controlo.

## 5

Fenomenologia  
Clínica

Desde a antiguidade que o jogo existe como atividade de partilha social, transversal a todas as culturas.

Em oposição ao jogo responsável, definido pela oferta de jogos socialmente determinados onde os jogadores controlam a sua participação (Bowden-Jones & George, 2015) considera-se jogo problemático quando, decorrente da atividade, há uma disrupção ou dano para o próprio, a família e os bens. Em situações de extremo prejuízo, identificamos o termo jogo patológico, surgindo este de uma estreita relação entre a sua definição nosológica descrita em critérios diagnósticos e a identificação de sintomas restritos reforçando o seu uso tautológico.

Quando numa entrevista clínica se procura apurar elementos que fundamentem este diagnóstico, além de se poder recorrer a diversos instrumentos de rastreio, dever-se-á ter como essencial a fenomenologia clínica da qual fazem parte as vivências subjetivas do indivíduo que se sistematizam em sintomas.

Numa abordagem própria, deve-se começar por apurar:

- a. como o sujeito integra no presente o jogo na sua vida, estabelecendo o tempo de ocupação e a articulação com outras tarefas, bem como as possíveis tentativas de controlar ou descentralizar o jogo das outras atividades;
- b. numa avaliação diacrónica, a sequência cronológica de eventos, os elementos que caracterizam a progressão ou delimitam episódios e a vivência subjetiva do tempo pelo próprio;
- c. a presença de comorbilidades, que podem modular a apresentação clínica ou fazer parte do diagnóstico diferencial;

- d. o impacto negativo no próprio, na família, na situação financeira e no registo criminal;

Através da sistematização da recolha destes dados, é possível evitar uma simples normalização do comportamento humano e tornar claro quais são os aspetos fundamentais desta entidade clínica. Contudo, trata-se de uma condição patológica de difícil acesso, pelo que são descritas sucintamente as discussões mais frequentes e controversas encontradas na literatura atual.

#### ▪ A indefinição nosológica

O jogo patológico que era incluído nas “Perturbações de Controlo de Impulsos” foi proposto mais recentemente para integrar a entidade “Perturbações Relacionadas com Substâncias e Perturbações Aditivas”.

Quando inicialmente a categoria do jogo patológico foi introduzida no DSM-III, esta condição era descrita como a presença de um impulso irresistível a participar num ato que é prejudicial ao próprio e a outros, existindo aumento de tensão antes do ato, prazer ou alívio durante o mesmo e sentimentos de culpa ou arrependimento depois (Petry, 2006a).

Nos jogadores patológicos o pensamento é dominado pela ideia do jogo, havendo um desejo incontrolável e incoercível de participar em tais atividades. Mesmo nos intervalos das atividades transgressivas, o indivíduo costuma ocupar o seu tempo informando-se sobre aspetos contextuais relacionados com o comportamento em causa (Pio de Abreu, 2012). Enquanto o ato não ocorre de novo, há uma tensão emocional crescente que apenas resolve com a repetição do comportamento. Quando consumado, há um primeiro momento de exaltação e satisfação que se posteriormente se transforma em alívio ou culpa.

As posteriores revisões do DSM, em particular o último DSM-5, tornaram explícita uma correspondência entre o jogo patológico e as perturbações aditivas. O ato de participar equiparou-se, em certa medida, ao ato de consumir. Apesar das evidentes vantagens relacionadas com uma maior concordância em aspetos demográficos, fisiológicos e genéticos, bem como as possibilidades de expansão no âmbito do tratamento, surgem algumas incongruências com a reclassificação. Em particular é descrito que:



- Apesar de o fenómeno de “*chasing*” ser o mais comum no jogador patológico, não se encontra um fenómeno equivalente nas perturbações de uso de substâncias;
- A natureza do impacto negativo da assumida adição é distinta no jogador e nos consumidores de substâncias; e
- O alargamento das perturbações aditivas pode diluir a separação entre um padrão de comportamento excessivo e uma verdadeira perturbação psiquiátrica (Petry, 2006a).

#### ▪ Falsas dicotomias

Nas definições atuais da perturbação de jogo, o estabelecimento dos níveis de gravidade e a sua relação com a conceptualização da entidade patológica tem sido considerado como relativamente arbitrário.

A abordagem clínica que se fundamenta nos sistemas de classificação atuais é afunilada na busca dicotómica de sintomas “sim-não” que configurem critérios, comprometendo a complexidade bem como a diversidade fenomenológica e de apresentação clínica. Por exemplo, é questionável a validade de se relacionar a gravidade clínica com o número de critérios presente.

Esta abordagem não contempla a dimensão longitudinal, introduzindo também ao clínico o dilema de estabelecer de forma idiossincrática a extensão da fração temporal que se propõe avaliar, o que leva a diferenças significativas no estabelecimento do diagnóstico e da gravidade do quadro (Bowden-Jones & George, 2015).

#### ▪ Jogo Responsável

Graus menores da perturbação de jogo, muitas vezes descritos como jogadores problemáticos, são pouco considerados na literatura.

Estudos epidemiológicos indicam que uma grande proporção da população se encontra sub-diagnosticada e que a perturbação poderá existir num *continuum* com a normalidade (Petry, 2006a). A vantagem de considerar quadros pré-mórbidos prende-se com a possível articulação com o conceito de jogo responsável. Isto é, releva tornar claro em que momento se torna necessária uma intervenção precoce que previna o desenvolvimento de problemas de jogo numa população específica.

Os níveis de gravidade considerados nos sistemas de classificação não são necessariamente subtipos válidos e poderão ignorar padrões subjacentes na distribuição dos critérios de diagnóstico. Há evidência que sugere que níveis moderados e altos de gravidade em jogadores patológicos diferem sistematicamente nas suas respostas aos itens relacionados com a perda de controlo (Chamberlain et al., 2017).

#### ▪ **Comorbilidades**

A existir um quadro clínico característico, este frequentemente incorpora aspetos confundentes tais como a psicopatologia de outras condições mórbidas.

Na perturbação de jogo a existência de comorbilidade é a regra, mais do que a exceção. Em alguns estudos mais de 70% dos indivíduos identificados como jogadores patológicos tinham perturbação do uso de álcool e mais de 30% de outras substâncias. Apesar de alta comorbilidade sugerir tratar-se de perturbações do mesmo espectro, outras condições psiquiátricas são igualmente frequentes, tais como perturbações dos afetos, do controlo de impulsos e da personalidade (Petry, 2006a).

Nas considerações presentes, a frequência de comorbilidades não constitui suporte nem contra-argumentação à forma como a perturbação de jogo deverá ser classificada.

#### ▪ **Jogo *Online***

A massificação do uso de internet contribuiu para o aparecimento do jogo *online*. Este novo meio já culturalmente integrado permite um acesso facilitado que tem vindo a potenciar os comportamentos patológicos.

A maior parte dos jogadores patológicos *online* também participa em tais atividades presencialmente. Aqueles que participam exclusivamente *online* são considerados relativamente raros, não existindo um único caso descrito, numa amostra significativa de jogadores adultos da recolha estatística do *British Gambling Prevalence Survey* de 2011 (Bowden-Jones & George, 2015).

Importa esclarecer que considerada a perturbação de jogo na sua vertente *online*, esta é distinto da entidade “*internet gaming disorder*” proposta para estudo na última revisão do DSM.

Apesar de coloquialmente o jogo *online* e o videojogo *online* serem assumidos como equivalentes, o videojogo *online* envolve uma vivência subjetiva

estruturada, onde as interações com os outros contribuem para a aquisição de um conhecimento e linguagem próprios. Esta dinâmica relacional é inteiramente distinta dos jogos *online* ou *offline* de “*gambling*” que constituem a base comportamental da entidade clínica da perturbação de jogo.

Em muitos dos *videojogos* atuais, no entanto, são incorporados elementos de aleatoriedade e manipulação do utilizador, cuja natureza é semelhante à de *slot machines*, jogos de mesa ou apostas, pelo que a relação entre estas duas entidades deverá continuar a ser aprofundada no futuro.



## 6

Processos de  
Diagnóstico e  
Avaliação

O processo de diagnóstico envolve um conjunto de saberes e de técnicas que podem ir além da observação clínica. A colheita de 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 são aspetos essenciais ao processo de aferição da problemática apresentada, como adiante mencionaremos.

A integração destes conteúdos com os critérios de diagnóstico atuais (ex: DSM 5) nem sempre é uma tarefa simples, pelo que o recurso a metodologias válidas de avaliação psicométrica é aconselhado. A utilização de instrumentos de avaliação desenvolvidos ao longo das últimas décadas pode ser de grande proveito, porquanto propicia medidas padrão do problema e a sua comparabilidade com outros indivíduos. Importa contudo ressaltar que tais instrumentos são medidas que auxiliam o processo de diagnóstico, não o atribuem. Esse decorre de uma avaliação global efetuada por um clínico, para a qual as várias fontes de colheita de dados contribuem, entre as quais (potencialmente) as medidas psicométricas (utilizadas por profissionais devidamente credenciados).

São, em seguida, apresentados sumariamente alguns desses instrumentos, mais dirigidos à população adulta ou à população jovem. As referências escolhidas sustentam-se no peso que parecem denunciar ao nível da literatura científica e da evidência que vai sendo publicada em termos da caracterização das qualidades psicométricas apresentadas.

## VI.A. Instrumentos de Avaliação dos Problemas de Jogo

### VI.A.1. *South Oaks Gambling Screen (SOGS)*

Alguns anos depois de se ter incluído o jogo patológico na terceira edição do Manual de Diagnóstico e Estatística das Doenças Mentais (DSM-III), na categoria “Perturbações do Controlo do Impulso Não Classificados noutra Lugar”, foi publicado o primeiro instrumento de screening dos problemas de jogo no *American Journal of Psychiatry* - o *South Oaks Gambling Screen (SOGS)*.

A sua primeira versão data dos anos 80 do século passado, desenvolvida por Lesieur & Blume (1987).

O SOGS é o instrumento internacionalmente mais utilizado no rastreio dos problemas de jogo. Contempla 20 questões com vários itens, caracterizando nomeadamente a frequência de comportamentos de jogo e dimensões subjetivas.

O SOGS tem sido utilizado em múltiplos estudos com amostras da população em geral (Benson et al., 2012; Stinchfield, 2002), amostras clínicas (Aymamí et al., 2015; Jiménez-Múrcia et al., 2013; 2010); e estudos epidemiológicos (e.g. Shaffer et al., 1999). Estudos de alguns países, publicados em bases de dados internacionais, dão conta de outras adaptações e validações da escala, nomeadamente na Nova Zelândia (Abbott & Volberg, 1996), Canadá (Schaffer et al., 1999), Brasil (Oliveira et al., 2002) ou Espanha (Echeburúa et al., 1994). Alguns investigadores em Portugal têm utilizado versões traduzidas do SOGS (Hubert, 2014; Balsa et al., 2012; Lopes, 2009). Uma versão portuguesa desenvolvida em parceria com o Professor Henry Lesieur encontra-se em estudo<sup>8</sup>.

Os estudos concernentes às qualidades psicométricas da versão original do SOGS são relativamente poucos. Contudo, Stinchfield (2002) veio mais tarde sustentar boas qualidades psicométricas do SOGS, conferindo-lhe índices de validade e precisão adequados em amostras clínicas e da população geral.

---

<sup>8</sup> Para mais informações contactar: [mtorrado@medicina.ulisboa.pt](mailto:mtorrado@medicina.ulisboa.pt)

Stinchfield chama porém a atenção para algumas fragilidades da versão original do SOGS<sup>9</sup>:

- Peso excessivo de itens (cerca de metade) que remetem para as fontes de obtenção de dinheiro para o jogo;
- Não distingue aqueles que foram jogadores patológicos no passado daqueles que o são apenas atualmente. Alguns autores têm por isso utilizado o SOGS com reformulações nas diretrizes dadas aos sujeitos participantes em investigações, designadamente transmitindo que devem ter em conta o último mês / os últimos 6 meses / os últimos 12 meses (Dickerson, 1993), sem contudo terem sido investigados os impactos em termos psicométricos dessas alterações;
- Não apresenta questões que remetam para os critérios de tolerância e abstinência, conteúdos que são naturalmente relevantes para a análise da gravidade do problema e que estão elencados nas classificações internacionais;
- Tende a propiciar um índice elevado de casos falso-positivos, o que levou vários autores a considerar o *cut-off* de 5 em vez de 4 (como era assinalado na versão original) para diferenciar casos não problemáticos de casos clínicos.

Tendo por base os estudos supramencionados, o autor propõe que o rastreio de problemas de jogo não seja feito em exclusivo com o SOGS, mas antes acompanhado de outras metodologias, nomeadamente com recurso simultâneo a outras escalas de auto-relato que detêm uma validade convergente com o SOGS (logo, cujos resultados se correlacionam significativamente com os obtidos no SOGS).

Com esse intuito, vários estudos desenvolvidos em contexto clínico e visando caracterizar índices de prevalência de problemas de jogo têm justamente utilizado pelo menos duas metodologias (Aymamí et al., 2015; Moragas et al., 2015; Jiménez-Múrcia et al., 2013; 2011; 2010), em particular o SOGS coadjuvado do Questionário para Diagnóstico do Jogo Patológico de acordo com os Critérios do DSM-IV<sup>10</sup>.

---

<sup>9</sup> Para maior detalhe recomenda-se a leitura de: Stinchfield, R. (2002). Reliability, validity and classification accuracy of the South Oaks Gambling Screen (SOGS). *Addictive Behaviors*, 27, 1-19.

<sup>10</sup> Para maior detalhe recomenda-se a leitura de: Stinchfield R. (2003). Reliability, validity, and classification accuracy of a measure of DSM-IV diagnostic criteria for pathological gambling. *American Journal of Psychiatry*, 160, 180-182.

### **VI.A.2. Questionário de diagnóstico do jogo patológico de acordo com os critérios do DSM-IV**

Trata-se de uma medida de *screening* desenvolvida a partir dos critérios de diagnóstico constantes da 4ª versão do DSM. A versão original é composta por 10 itens de resposta com 2 opções de resposta (sim | não) centrando a avaliação do comportamento no último ano. Stinchfield (2003) desenvolveu uma versão mais completa de 19 itens, com o mesmo formato de resposta, e que deriva da duplicação de questões por cada item da versão original, com exceção do item 4. Nesta versão inicial, um score total de 5 ou mais pontos indica a presença de problemas de jogo.

Dois estudos de aferição desta nova versão são largamente citados – um correspondente à versão original (EUA) e outra desenvolvida com população espanhola (Jimenez-Murcia et al., 2009). Esta versão apresenta níveis adequados de precisão e de validade convergente com o SOGS (Jimenez-Murcia et al., 2010).

Mais recentemente, e com a eliminação do critério atos ilegais de entre o conjunto dos que aferem o diagnóstico de perturbação de jogo (promovida pelo DSM 5), também alguns autores têm salientado a pertinência de eliminar deste questionário os itens relativos ao cometimento de atos ilegais, visando garantir a boas qualidades discriminativas do instrumento (Stinchfield et al., 2015; Granero et al., 2014).

### **VI.A.3. National Opinion Research Center DSM-IV Screen for gambling problems, NODS**

É uma metodologia de rastreio dos problemas de jogo igualmente sustentada nos critérios formulados e constantes do DSM-IV, procurando avaliar problemas associados ao jogo ao longo da vida e no último ano. Foi desenvolvida por Hodgins (2004) e contempla um total de 34 itens<sup>11</sup>.

---

<sup>11</sup> Disponível em: [http://www.ncpgambling.org/files/NPGAW/NORDC\\_DSM-IV.pdf](http://www.ncpgambling.org/files/NPGAW/NORDC_DSM-IV.pdf)



Resultados de 5 ou mais pontos no NODS indiciam a situação de jogo patológico.

Os estudos de consistência interna apontam para resultados adequados de precisão, suportando a evidência de que o NODS mede um constructo (problemas de jogo) com 3 fatores: consequências comportamentais negativas; preocupação e perturbação do controlo face ao jogo; e tolerância, privação e alívio face ao jogo.

Indicadores de validade discriminante foram identificados na comparação com o resultado total do SOGS, pese embora a diferenciação entre os 3 níveis de resultados no SOGS não seja totalmente concordante com o NODS (Wickwire et al., 2008; Hodgins, 2004).

#### **VI.A.4. Problem Gambling Severity Index<sup>12</sup>, PGSI (também denominado de Canadian Problem Gambling Index, CPGI)**

Trata-se de uma metodologia de rastreio desenvolvida por Ferris & Wynne (2001), com 9 itens, cujo resultado total propicia a categorização da situação do indivíduo em 4 níveis: zero: sem problema de jogo; entre 1 e 2 pontos: nível baixo de problemas de jogo, com poucas consequências negativas ou não identificadas; entre 3 a 7 pontos: nível moderado de problemas de jogo, conduzindo a algumas consequências negativas; 8 ou mais pontos: problemas de jogo, com consequências negativas e possível perda de controlo.

Alguns estudos, designadamente sobre versões desenvolvidas por outros países, têm salientado propriedade psicométricas adequadas (ex: Bertossa et al., 2014; Loo et al., 2011). Todavia, Miller e colaboradores (2013) salientaram fragilidades no instrumento no que concerne à diferenciação entre os níveis baixo e moderado de problemas de jogo, constituindo uma limitação ao adequado *screening*.

#### **VI.A.5. South Oaks Gambling Screen – versão para Adolescentes (SOGS- A)**

Desenvolvido por Winters et al. (1993), o SOGS-A foi estruturado a partir da versão original e contempla 12 questões com duas opções de resposta (sim |

---

<sup>12</sup> Disponível em:  
<https://www.problemgambling.ca/EN/Documents/ProblemGamblingSeverityIndex.pdf>

não). É notoriamente o instrumento mais utilizado em termos internacionais para o rastreio de problemas de jogo em adolescentes, relativamente ao último ano (Winters et al., 1993; 2000).

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).

#### **VI.A.6. *Canadian Adolescent Gambling Inventory (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).

A primeira secção do instrumento examina a participação em práticas de jogo nos últimos 3 meses. 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 seguintes domínios:

- a) Gravidade do problema de jogo (9 itens);
- b) Consequências psicológicas (6 itens);
- c) Consequências sociais (5 itens);
- d) Consequências financeiras (6 itens);
- e) 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).

Em termos psicométricos são descritos bons níveis de validade e precisão. A versão espanhola da escala, muito 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).

### VI.B.1. Outros dados pertinentes para o diagnóstico:

Quando da colheita da história clínica, ou em momentos subsequentes de avaliação, devem igualmente ser objeto de aferição os seguintes domínios:

#### Presença de comorbilidades:

- Condições físicas / médicas
- Perturbações do humor e da ansiedade
- Perturbações da personalidade
- Uso de substâncias psicoativas / outros CAD<sup>13</sup>

#### Características de funcionamento psicológico:

- Traços de funcionamento particulares (ex: impulsividade)
- Presença de afeto negativo

#### Dimensões sociais:

- Sinais de disfunção familiar (ex: violência doméstica)
- Consequências decorrentes do jogo nas relações sócio-familiares (ex: domínio das relações conjugais/filiais, criminalidade, situação financeira).

---

<sup>13</sup> Neste âmbito é recomendada a utilização de medidas de rastreio como o ASSIST (*Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test*) ou o AUDIT (*Alcohol Use Disorders Identification Test*), ambas desenvolvidas pela OMS e preconizadas pela *Rede de Referência / Articulação no âmbito dos Comportamentos Aditivos e das Dependências*.



## 7

| Perspetiva da  
Saúde Pública

Alguns autores têm vindo a teorizar sobre as perturbações aditivas sem substância, e em particular sobre o jogo, como um problema de saúde pública (ex: Australian Capital territory Gambling and Racing Commision, 2015; Ariyabuddhiphongs, 2013; Adams et al., 2009) em virtude do comprometimento psicossocial frequentemente envolvido, assim como a existência de perturbações mentais não raras vezes associadas.

Se considerarmos que a prevalência do jogo é muito determinada pela acessibilidade e oferta de novas formas de jogar (ex: *Raspadinha*, novas modalidades de jogo *online*), facilmente de depreende o potencial de vários problemas emergentes.

Os custos sociais do jogo surgem como uma verdade inquestionável quando considerada a expansão destas novas oportunidades. Um pouco por todo o mundo ocidental se observa esta realidade, seja porque os países aí encontram um modo ágil de se financiarem sem aumento de impostos, quer porque o desenvolvimento muito acentuado de novas tecnologias literalmente transporta o jogo para o bolso do cidadão (Bendolfi e col, 2001). E aqui encontramos uma posição de constrangimento. Necessitando de regular, os Estados não deixam também de ser promotores do jogo cujas práticas, em determinados níveis, podem acrescentar problemas de natureza biopsicossocial ao cidadão. O equilíbrio entra a promoção (ou restrição) da atividade e a colecta de rendimento que dela deriva é extremamente complexo. Procedendo-se ao licenciamento de novos jogos e assentando parte da sua ação sobre a taxação dos rendimentos do jogo, é assumida a sua importância no desenho de orçamentos e na execução das suas políticas (Orford, 2009).

Numa perspetiva de saúde, e embora se considere que apenas uma parte das pessoas que apresentam práticas de jogo sofra consequências negativas evidentes, poderá observar-se uma subestimação dos danos associados a estas práticas, seja diretamente nos jogadores, seja junto das famílias e da comunidade em geral. Os impactos diretos e indiretos do jogo, designadamente junto dos filhos dos jogadores e das famílias em âmbitos de natureza psicossocial e económico-financeira, encontram-se ainda relativamente pouco estudados ou eventualmente subvalorizados.

O jogo encontra-se frequentemente associado a um conjunto de problemas sociais e de saúde *lato sensu*, elencados por Lesieur e Rosenthal nos anos 90 e revisitados de forma sistematizada por Roaf (2015):



Figura 5 - Modelo (adaptado e não testado) integrador de domínios multifatoriais que modulam o aparecimento e expressão dos problemas de jogo

De facto, e de forma tendencialmente inversa aos comportamentos aditivos com substâncias, no jogo os danos associados são menos expressivos do ponto de vista tradicionalmente médico (ex: presença de sintomas físicos), o que pode influenciar a procura de apoio por parte dos grupos clínicos como também a

valorização da problemática nos contextos de cuidados de saúde face a outras morbidades/CAD.

Numa perspetiva de saúde pública, importa identificar evidências dos danos causados por determinada perturbação e do seu peso junto das populações ou de determinados grupos particulares. Por outro lado, releva perceber se os danos provocados incrementam potenciais vulnerabilidades nesses grupos e em que medida a implementação de determinadas estratégias de redução dos problemas associados ao jogo, bem como dos seus fatores de risco, pode oferecer impactos positivos e ganhos em saúde.

Neste âmbito, Roaf (2015) propõe que o desenho de abordagens promotoras da redução dos problemas associados ao jogo contemple os seguintes conjuntos de objetivos:

**a) Compreender os dados de prevalência do problema e identificar fatores de risco:**

Tomando por referência os dados previamente apresentados relativamente à prevalência dos problemas de jogo em Portugal e na Europa, é possível depreender uma atenção crescente relativamente a este tipo de perturbação e às consequências adstritas à sua emergência. De acordo com os dados de 2012 (Balsa et al., 2015), a prevalência de jogos de fortuna ou azar é de 65,7% na população residente em Portugal, particularmente elevada entre os homens (73,9%) e menos prevalente entre as mulheres (58,1%). A proporção de jogadores é mais elevada nos grupos etários dos 25-34 anos e 35-44 anos, sendo que os jogos mais comuns são os promovidos pela Santa Casa de Lisboa: Euromilhões, raspadinha, totoloto, totobola e lotaria.

No âmbito da aferição do grau de dependência a jogos de fortuna ou azar, o *screening* realizado pelo mesmo autor pontuou 0,3% da população como apresentando alguns problemas e outros 0,3% com probabilidade de apresentarem perturbação de jogo.

Relativamente aos fatores de risco, alguns estudos internacionais têm salientado que muitos jogadores problemáticos adultos referem ter iniciado práticas de jogo em fases muito precoces do desenvolvimento. Conforme mencionado no capítulo IV, a literatura (ex: Dowling et al., 2017; Forrest & McHale, 2012) tem salientado

um conjunto de fatores de risco que parece influir numa evolução mais mórbida das práticas de jogo durante a adolescência, tais como a qualidade do comportamento parental (ex: competências comunicacionais, supervisão, satisfação das necessidades, envolvimento dos progenitores em práticas de jogo) e a disponibilidade financeira. Não obstante muitos destes fatores serem transversais a múltiplos contextos, países e culturas, observa-se ainda uma certa vacuidade de estudos que apontem para domínios de variáveis específicas no contexto da população portuguesa.

**b) Promover intervenções que aumentem a resiliência em grupos de risco:**

O trabalho de desenvolvimento de competências sócio-emocionais, designadamente em contexto educativo/comunitário e envolvendo cuidadores e crianças/jovens, destaca-se como meio de desenvolvimento e reforço de fatores protetores. Estas intervenções devem contemplar grupos de maior risco (ex: com défices psicossociais e baixo estatuto sócio-económico) de modo a incrementar o potencial de desenvolvimento saudável das crianças e minimizar a consolidação de perfis de funcionamento com maior associação ao aparecimento de CAD sem substância, tais como o uso de substâncias psicoativas, a impulsividade, *sensation-seeking* e padrões de comportamento antissocial. A avaliação da eficácia de programas mais estruturados neste âmbito continua, porém, a ser relativamente frágil, pese embora se considere a sua implementação potencialmente mais preventiva do que a simples transmissão de conhecimento (Roaf, 2015).

As campanhas de *marketing* social têm sido identificadas como estratégias propiciadoras da redução da incidência do jogo em camadas mais jovens. Não obstante as mesmas não devem constituir estratégias isoladas mas antes coadjuvantes de programas a implementar no contexto educativo.

**c) Promover o diagnóstico e a intervenção precoces:**

A identificação tão precoce quanto possível de problemas de jogo pode mitigar o risco de morbilidade e a mobilização de recursos e cuidados com vista a uma



adequada intervenção terapêutica. Os cuidados de saúde primários são contextos de excelência para a promoção destas intervenções de primeira linha. Contudo, muitos indivíduos com problemas de jogo não procuram apoio em contextos de saúde, mas antes em serviços de apoio financeiro e ou de gestão de dívidas, pelo que tais entidades devem igualmente ser dotadas de formação básica que propicie quer a identificação de sinais de risco, quer a potencial referência para serviços de cuidados especializados. Esta perspetiva é extensível a contextos sócio-educativos no caso de crianças e jovens com problemas deste âmbito.

**d) Incrementar a acessibilidade ao tratamento:**

À semelhança do observado no contexto de tratamento de outros CAD, os problemas de jogo e os riscos associados podem, não raras vezes, ser objeto de intervenções breves, iniciadas por processos de *screening*, intervenções mais circunscritas e processos de monitorização dos potenciais ganhos dessas intervenções.

Importa no domínio da acessibilidade aos cuidados ressaltar que, nos problemas de jogo, as abordagens terapêuticas não devem circunscrever-se aos indivíduos que procuram apoio, mas também àqueles que mais diretamente são afetados pela perturbação dos primeiros (ex: famílias) e, ainda, àqueles que não procuram tratamento ou que desistem precocemente do mesmo.

**e) Regular as práticas e reduzir riscos associados aos contextos de jogo:**

As práticas de jogo decorrem em contextos muito diversificados (de base territorial e *online*), e, igualmente, sob formas muito diversas. Deste modo, também os riscos associados a diferentes tipos de jogo podem comportar diferenças significativas. Por exemplo, as máquinas de jogos eletrónicos podem oferecer riscos de elevada magnitude, não apenas por oferecerem reforços intermitentes como, se colocadas em áreas menos favorecidas do ponto de vista sócio-económico, incrementarem o risco de vulnerabilidade financeira.

Alguns dispositivos de aviso aos utilizadores, designadamente nas *slot-machines* do Reino Unido, têm sido utilizados de modo relativamente alargado como estratégias de redução de riscos. Contudo, a evidência do seu impacto é pouco

expressiva (Monaghan & Blaszczynski 2010). Os estudos têm sugerido como mais efetiva a utilização de mensagens que propiciem a auto-avaliação e reflexão em torno das ações que o próprio jogador empreende e não tanto sinais de alarme/aviso sobre o comportamento/frequência de jogo, o que a investigação tem demonstrado não deter impacto num decréscimo de apostas (ex: Ginley et al., 2016).

A literatura tem enfatizado a relevância da formação de profissionais dos contextos de jogo (Ladouceur et al., 2017), designadamente em casinos e bingos, dado o contacto regular com os jogadores e o potencial de apoio que a sua presença pode oferecer na redução de práticas mais abusivas por parte dos utilizadores. Estudos qualitativos têm salientado uma posição passiva e condescendente dos profissionais destes locais face a pessoas com sinais de problemas de jogo (Rintoul et al., 2017) o que, numa perspetiva de jogo responsável, importa inverter.

Os mecanismos de auto-exclusão<sup>14</sup> têm sido igualmente adotados por vários países como estratégias de redução de riscos junto de grupos de jogadores. Também em Portugal estes mecanismos encontram-se previstos, seja na prevenção do acesso *online*, seja a locais de jogo. De acordo com dados do Serviço de Regulação e Inspeção de Jogos (SRIJ) I.P., em março de 2017 encontravam-se autoexcluídos *online* 11,3 mil jogadores, os quais representam cerca de 2,2% do total dos jogadores que, àquela data, estavam registados nos sítios da Internet das quatro entidades exploradoras. (SRJ, 2017).

No que concerne ao jogo de base territorial a efetividade dos procedimentos de auto-exclusão pode ser mais complexa. Enquantoque, por exemplo, num determinado local de jogo a identificação de um dado indivíduo poderá ser requisitada, frequentemente noutros não o é, sobretudo se não devidamente legalizados. Por outro lado, as questões inerentes à proteção de dados e à impossibilidade de partilha dos mesmos entre agentes económicos são igualmente relevantes e requerem respostas específicas relativamente a esta problemática.

---

<sup>14</sup> Em Portugal estão previstos legalmente mecanismos de auto-exclusão no acesso a contextos de jogo por parte de indivíduos com problemas desta natureza. Em conformidade com o nº 1 do Artigo 38.º do Decreto-Lei nº 422/89 de 02 de dezembro (alterado pelo Decreto-Lei nº 10/95, de 19 de janeiro), um jogador pode por sua iniciativa requerer à Entidade Competente (Inspetor-Geral do Serviço de Regulação e Inspeção de Jogos) a proibição do seu acesso às salas de jogos, por períodos não superiores a cinco anos. De modo similar, e de acordo com os nºs 2 e 3 do Artigo 39.º do Decreto-Lei nº 66/2015, o jogador tem o direito a autoexcluir-se diretamente no sítio da Internet da entidade de controlo, inspeção e regulação de sítios da Internet para a prática de jogo, impedindo-se de jogar nos mesmos durante o período por si indicado.

Uma perspectiva de Saúde Pública a adotar num plano de ação para os problemas do jogo incorre, portanto, numa aferição permanente do diagnóstico do problema, na identificação tão clara quanto possível de fatores de risco e de proteção, da implementação de estratégias de deteção e intervenção precoce junto de indivíduos em risco, do incremento da acessibilidade aos cuidados especializados, de abordagens de redução de riscos e minimização de danos e de regulação legal das práticas de jogo.



## 8

Intervenções  
Psicossociais**VIII.A. Intervenção Cognitivo-  
Comportamental**

As abordagens ao tratamento da perturbação de jogo têm sido maioritariamente adaptadas a partir dos modelos pré-existentes para o tratamento dos outros CAD. No entanto, a sobreposição de vários aspetos etiológicos e clínicos com os CAD com substâncias não é evidente, o que aponta para a necessidade da investigação em torno de abordagens e técnicas específicas quer para os problemas de jogo (Tavares et al., 2003) quer para outros CAD sem substância.

As abordagens cognitivo-comportamentais (vulgarmente denominadas na literatura anglo-saxónica por CBT e doravante assim denominadas) junto de pessoas com problemas de jogo têm sido estudadas (ex: Larimer et al., 2012; Tolin, 2010; Petry et al., 2006b; Pallesen et al., 2005) e os dados disponíveis reúnem as evidências mais consistentes no que concerne à eficácia do tratamento para este tipo de perturbação (Cowlshaw et al., 2012). Contudo, alguns autores têm igualmente criticado a falta de integração desta intervenção com outras abordagens psicológicas (Tolchard, 2017).

A perturbação de jogo envolve comportamentos aprendidos desajustados e desadaptativos. A intervenção CBT focada nos problemas do indivíduo procura modificar os pensamentos irracionais e crenças associadas ao jogo e que parecem sustentar a manutenção do comportamento de jogo. Ao longo da terapia os pacientes aprendem e posteriormente implementam novas estratégias para interromper e modificar esse comportamento aditivo. Aprendem, igualmente, a identificar sinais de risco (*'triggers'*) que podem mais facilmente desencadear a

urgência do comportamento aditivo, prevenindo a recaída. O terapeuta constitui um facilitador por excelência da alteração progressiva de processos disfuncionais nos domínios emocionais, cognitivos e comportamentais, por meio do reforço positivo em relação à adoção de comportamentos alternativos, mais saudáveis e dirigidos por objetivos, sustentados em conhecimento explícito e sistemático (cognições) sobre a própria problemática.

### **VIII.A.1. Princípios da intervenção comportamental:**

A terapia comportamental, fundada nos princípios dos condicionamentos clássico e operante e das teorias da aprendizagem, procura a modificação de comportamentos através do reforço dos comportamentos adaptativos e mitigação ou eliminação dos comportamentos não desejados.

Nos anos 60, as primeiras abordagens comportamentais ao tratamento do então designado jogo patológico incluíam a terapia aversiva, dessensibilização e exposição (in vivo) com prevenção de resposta (Blanco, Ibáñez, Sáiz-Ruiz, Blanco-Jerez & Nunes, 2000). Estas intervenções tentavam associar estímulos aversivos (ex. pequenos choques elétricos) a estímulos ligados ao jogo (ex. memórias), acreditando-se que tal inibiria a excitação provocada por esses estímulos, interrompendo desse modo a compulsão para executar o comportamento habitualmente levado a cabo. No entanto, os estudos que comparam a terapia aversiva com outras modalidades de tratamento, não confirmaram o entusiasmo inicial com a técnica (Tavares et al., 2003; Toneatto & Ladouceur, 2003).

A abordagem estritamente comportamental sugere que a perturbação de jogo pode ser promovida por fenómenos de condicionamento. Nesta perspetiva, um indivíduo com este tipo de problema que não consiga desenvolver a prática habitual de jogo na presença de estímulos condicionados (ambientais ou cognitivos) tende a acumular estados de tensão e excitabilidade que só podem ser aliviados através da execução do comportamento compulsivo de jogo. As técnicas de exposição e dessensibilização foram desenvolvidas como meio de fornecer ao indivíduo uma forma de controlo sobre este comportamento, reduzindo o nível de ansiedade ao ponto da necessidade de completar a sequência comportamental habitual se extinguir (Toneatto & Ladouceur, 2003).

Tavares et al. (2003) refere que têm sido descritos dois processos terapêuticos de exposição e dessensibilização: por imaginação e in vivo. A dessensibilização por

imaginação tem como objetivo a redução da ansiedade em situações imaginadas de jogo. Neste âmbito o sujeito é convidado a colocar-se numa posição de relaxamento (sentado ou deitado) enquanto o terapeuta solicita que imagine as circunstâncias que conduzem ao comportamento de jogo. O sujeito é dirigido através de um guião que conduz a uma imagem mental em que o próprio se confronta com a oportunidade de jogar. Neste ponto o terapeuta sugere ativamente uma resposta alternativa ao jogo (ex. sair do local ou envolver-se numa outra atividade), concluindo a sessão com a introdução de uma técnica de relaxamento, pretendendo-se a generalização desta estratégia para situações da vida quotidiana.

Na exposição in vivo o sujeito também é confrontado com uma oportunidade de jogo, com a diferença de que o sujeito permanece, de facto, durante algum tempo em situações de alto de risco de jogo, resistindo ao comportamento de jogar ou de sair, pelo menos até existir um controlo parcial da sua ansiedade. O objetivo é a habituação relativamente aos estímulos que antecedem o comportamento de jogo, produzindo-se a extinção desse comportamento. Pretende-se que o jogador aprenda a enfrentar as situações de risco através de estratégias alternativas e adaptativas, que previnam a decisão de jogar. Para reduzir o potencial de recaída, a exposição é realizada gradualmente, enquanto outros elementos são manipulados (ex. disponibilidade monetária ou ajuda externa de um co-terapeuta). O autor acrescenta que os dados sobre a eficácia de ambos os métodos são escassos.

#### **VIII.A.2. Princípios da intervenção cognitiva:**

Alguns autores (ex: Sharpe & Tarrier, 1993) sublinharam que as abordagens comportamentais pouco teriam em conta as diferenças individuais e os processos cognitivo-afetivos, tais como variáveis da personalidade, cognições e experiências emocionais. De algum modo, a demissão comportamentalista relativamente a este conjunto de processos internos deixou um vazio que viria a ser ocupado pelas teorias cognitivas. Alguns autores sublinharam como a aleatoriedade inerente aos jogos de azar poderiam influenciar as cognições e como os pensamentos distorcidos, as crenças supersticiosas, ilusão de controlo e crenças irracionais acerca da aleatoriedade estariam associados ao incremento das práticas de jogo (Tavares et al., 2003).

A terapia baseada em princípios de reestruturação cognitiva assenta num trabalho de identificação de esquemas disfuncionais (ex: crenças falsas) acerca do jogo, promovendo a sua substituição por alternativas mais realistas, com objetivo de modificar as respostas emocionais e os comportamentos desadaptativos. Neste sentido, e para abordar as distorções cognitivas, o jogador deve ser conduzido para um processo gradual de aprendizagem na aferição dos seus pensamentos irracionais, debatendo-os e interrompendo a conexão entre o seu sistema de crenças sobre o jogo e as consequências emocionais, de forma a experienciar tonalidades emocionais mais ajustadas (por exemplo, menos ansiógenas na impossibilidade de jogar). Com este objetivo, o sujeito deve manter um registo de monitorização do comportamento de jogo, assim como dos pensamentos e estímulos relacionados, visando o seu subsequente exame e análise de possibilidades de mudança em contexto terapêutico.

### VIII.A.3. Abordagens cognitivo-comportamentais (CBT):

As abordagens CBT visam *lato sensu* combinar os princípios das terapias comportamental e cognitiva, bem como as várias técnicas centradas em diferentes fatores intervenientes na problemática de jogo, com o objetivo de modificar os comportamentos e as cognições destes indivíduos e reduzir múltiplos sintomas associados. Este trabalho é promovido por meio de técnicas como a identificação das situações/estímulos que aumentam o risco de jogo (ou *triggers*), o desenvolvimento de estratégias de prevenção de recaída (Toneatto & Millar, 2004) e o treino de resolução de problemas e de competências pessoais e sociais, em virtude do frequente comprometimento psicossocial.

Estudos recentes de meta-análise (Collishaw et al., 2012; Gooding et al., 2009) sugerem a eficácia da intervenção CBT na redução de sintomas associados ao jogo, através de sessões individuais ou em grupo especificamente dirigidas para o tratamento e alteração de processos cognitivos relacionados com o jogo. Contudo outros estudos são requeridos para melhor avaliar a eficácia a longo prazo deste tipo de intervenção.

Alguns autores têm proposto programas de intervenção CBT que, globalmente, agregam metodologias e técnicas próximas, cuja síntese se apresenta no seguinte quadro:



Autor / breve descrição	Fases / Objetivos de intervenção	Observações
Blaszczynski (1998)  Programa estruturado que congrega cinco fases de intervenção em função de determinados objetivos a alcançar.	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Avaliar o nível da perturbação de jogo, designadamente da motivação para jogar;</li> <li>– Compreender e reforçar a motivação para a mudança, através do estabelecimento de objetivos de tratamento;</li> <li>– Aferir e corrigir as cognições erróneas sobre o jogo, bem como da perceção de controlo sobre a sorte e o azar;</li> <li>– Prevenir as recaídas;</li> <li>– Aprender a reinvestir noutras esferas da vida, designadamente na vida familiar e profissional.</li> </ul>	
Sylvain, Ladouceur & Boisvert (1997)  Programa de tratamento composto por quatro componentes, combinando a reestruturação cognitiva com treino de resolução de problemas e treino de competências sociais	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Correção cognitiva;</li> <li>– Identificação de crenças erróneas sobre o jogo e sua substituição por pensamentos mais realistas;</li> <li>– Treino de resolução de problemas;</li> <li>– Formulação do problema, enumeração de diferentes soluções, vantagens/desvantagens, implementação da solução e avaliação da eficácia das estratégias implementadas;</li> <li>– Treino de competências sociais;</li> <li>– Treino de assertividade;</li> <li>– Prevenção de recaída</li> <li>– Discussão das possibilidades da recaída, reconhecimento de situações de risco e identificação de estratégias.</li> </ul>	Dados sobre um protocolo de intervenção sobre as cognições de 58 jogadores com critérios de perturbação sugerem melhorias na frequência das práticas jogo ( <i>follow-up</i> de 6 meses), sendo que 86% deixou de preencher os critérios para jogo patológico.
Petry et al. (2006b)  Desenvolveu um programa de 8 sessões de intervenção CBT para jogadores problemáticos, com temáticas focadas na	<ul style="list-style-type: none"> <li>– Identificação dos <i>triggers</i> para a prática de jogo;</li> <li>– Análise das consequências dos episódios de jogo;</li> <li>– Envolvimento em atividades alternativas;</li> <li>– Auto-gestão dos <i>triggers</i> para jogar;</li> <li>– Gestão das ‘ânsias’ de jogar;</li> </ul>	A avaliação do programa sugeriu a redução dos sintomas de jogo, da frequência dos episódios de jogo e montante despendido,

aquisição de competências para a prevenção da recaída, resolução de problemas e desenvolvimento de comportamentos alternativos	–	Desenvolvimento de competências para evitar e recorrer a prática de jogo; – Identificação das distorções cognitivas relacionadas com o jogo; – Estratégias para a prevenção de recaída.	denunciando a eficácia da abordagem (Petry et al., 2006b).
--	---	---	--

Tabela 8 - Programas de Intervenção CBT

Em geral, a investigação sugere que os jogadores submetidos a uma intervenção cognitiva em exclusivo, ou combinada com outras técnicas comportamentais, apresentam uma diminuição da frequência e desejo de jogar e um aumento na perceção de controlo e auto eficácia (Tavares et al., 2003), embora não seja possível determinar especificamente que tipo de terapia (que varia de estudo para estudo) do espectro cognitivo-comportamental demonstra maior eficácia (Tonneato & Millar, 2004; Fortune & Goodie, 2012).

Do ponto de vista clínico diferentes técnicas parecem complementar-se em diferentes fases de tratamento, resultando numa intervenção multimodal. A terapia cognitiva tem por alvo os défices de auto-eficácia e distorções cognitivas que impedem o teste da realidade e a resolução de problemas, e a terapia comportamental, particularmente a dessensibilização, dirige-se aos padrões desadaptativos de comportamento apreendido (Lamberton & Oei, 1997).

Em conformidade com o sublinhado por Rizeanu (2012), é de ressaltar que “cada sujeito é diferente e tem diferentes necessidades, e que a duração do programa de tratamento e frequência das sessões pode variar, dependendo dessas especificidades” (p. 746).

## VIII.B. Intervenções Breves e Motivacionais.

As intervenções breves e motivacionais detêm a sua origem no referencial da **Entrevista Motivacional** (EM) proposto por Millner & Rollnick (2001), inicialmente concebido para intervenções focalizadas junto de utilizadores de substâncias psicoativas.

A transposição dos seus princípios para a intervenção junto de pessoas com perturbação de jogo tem sido valorizada, sendo este tipo de intervenção, com muita frequência, desenvolvido de forma integrada com abordagens de natureza cognitivo-comportamental, revelando assim maior eficácia (Grant et al., 2009).

A EM, também frequentemente denominada de **Intervenção Motivacional** (IM), tem como objetivo principal auxiliar os indivíduos nos seus processos de mudança comportamental, visando analisar, mitigar ou mesmo solucionar a ambivalência associada a estes processos (Yau & Potenza, 2015; Miller e Rollnick, 2003).

Este método diretivo propõe intervenções terapêuticas individualizadas, com vista a aumentar a adesão ao tratamento, incrementar comportamentos de saúde e prevenir possíveis recaídas em pessoas com CAD (Miller e Rollnick, 2001; Oliveira e Malbergier, 2003).

Na perspetiva de Miller e Rollnick (2001), a abordagem da EM obedece a um conjunto de princípios orientadores de uma posição terapêutica particular, a adotar junto de pessoas que procuram desenvolver um processo de mudança. Eles aparecem na literatura frequentemente aglutinados pelo acrónimo inglês FRAMES: *Feedback* (devolução); *Responsability* (responsabilidade); *Advice* (aconselhamento); *Menu* (alternativas); *Empathy* (empatia); *Self-efficacy* (auto-eficácia).

De outro modo, na perspetiva destes autores e outros subsequentes (ex: Bundy, 2004) o apoio a estes indivíduos deve ser feito num espaço relacional colaborativo, que:

- Promova a expressão da empatia;
- Propicie o desenvolvimento gradativo da discrepância entre as metas desejadas e os comportamentos a serem modificados;
- Evite a confrontação do indivíduo, de forma a não aumentar a resistência ao tratamento;

- Acolha as resistências do indivíduo, aceitando-as e trabalhando com elas, facilitando desse modo a resolução da ambivalência ao processo de mudança;
- Estimule a auto-eficácia, reforçando no sujeito sentimentos positivos em relação a si próprio e mostrando-lhe que tem condições e estratégias para lidar com situações complexas e obter êxito.

Os princípios da EM podem ser aplicados tanto numa sessão ou intervenção única breve (Emmons e Rollnick, 2001; McCambridge e Strang, 2004; Monti, 1999) como num programa de sessões mais curto ou mais longo. Combina elementos diretivos e não diretivos, oferecendo estratégias de análise não coercivas, mais compreensivas que argumentativas (Rahoui & Reynaud, 2008; Oliveira et al., 2003).

Na perspectiva deste referencial, devem ser utilizadas as seguintes estratégias na intervenção, frequentemente resumidas pelo acrónimo OARS – *Open-ended questions* (questões abertas); *Affirmation* (reforço); *Reflective listening* (escuta ativa); *Summaries* (resumos):

- *Open-ended questions* (questões abertas): estimulam o movimento do paciente, impulsionando-o a desenvolver as respostas, a formulação de objetivos e a sua capacidade de análise.
- *Affirmation* (reforço): possibilita evidenciar os esforços e as capacidades do paciente, devendo o terapeuta auxiliar ativamente o paciente a identificar os pontos fortes e a acreditar nas possibilidades de mudança;
- *Reflective listening* (escuta ativa): possibilita que o paciente ouça as suas próprias preocupações e as razões que identifica como válidas para a mudança, ajudando-o a prosseguir na análise da sua ambivalência. Contudo, dado tratar-se de uma abordagem mais diretiva, deve o terapeuta guiar o paciente a determinados objetivos que esse formulou.
- *Summaries* (resumos): o terapeuta deve utilizar pontualmente o resumo como estratégia de reforço em relação ao que foi dito, reforçando a confiança do paciente, a relação terapêutica e a importância de determinados tópicos abordados, permitindo ao paciente avançar na direção pré-estabelecida.

A motivação para a mudança é naturalmente modulada por vários fatores, entre os quais as características de funcionamento psicológico, a presença de comorbilidades ou a gravidade dos CAD.

Por outro lado, importa que o terapeuta (tomando por base o referencial dos Estádios de Mudança propostos pelo modelo transteórico de Prochaska & DiClemente (1982) identifique o nível de preparação para a mudança em que o paciente se encontra (*vide* figura 6). Abdicando desse importante passo de conceptualização de caso, pode observar-se um incremento da resistência do paciente ao próprio processo terapêutico, porquanto pode ocorrer uma assintonia entre (as motivações do) paciente e (os princípios diretivos do) terapeuta.

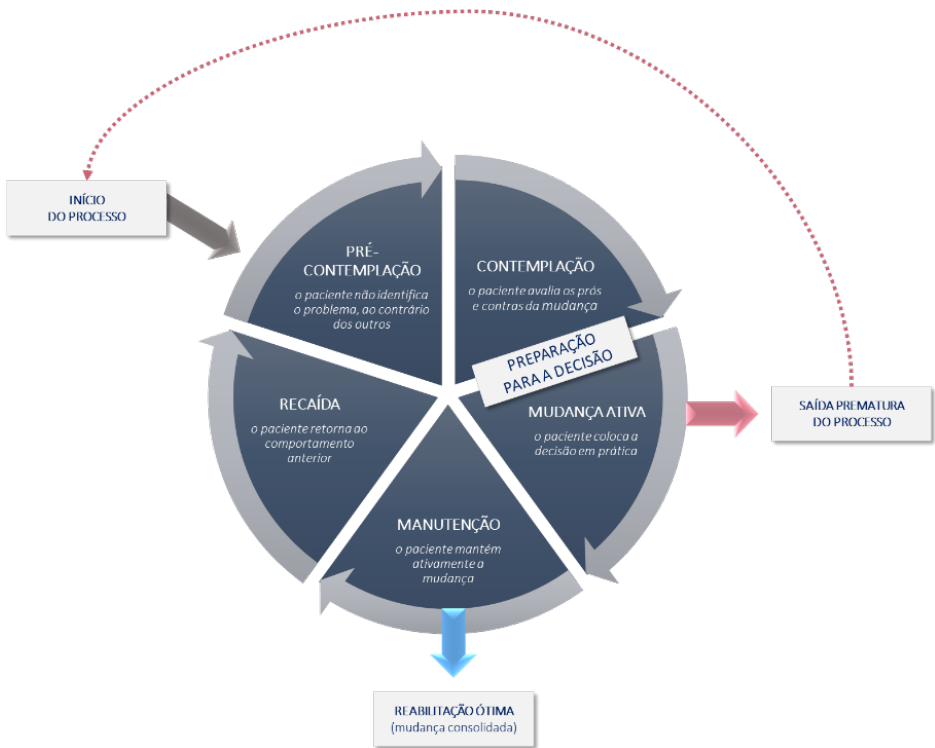


Figura 6 - Representação gráfica (adapt.) do modelo transteórico de mudança comportamental proposto por Prochaska & DiClemente (1982)

A investigação tem demonstrado a eficácia das intervenções sustentadas nos princípios supramencionados.

Os dados disponíveis sugerem que um conjunto de intervenções motivacionais breves (até cerca de 4 sessões) incrementam o potencial de mudança do paciente (Carlbring et al., 2010). Dados de meta-análise (Cowlshaw et al., 2012) sugerem que as intervenções sustentadas na EM são efetivas na redução dos montantes financeiros perdidos pelos jogadores com critérios de perturbação.

Estudos que compararam os resultados obtidos entre pacientes apoiados com intervenções de natureza CBT ou EM pontuam a eficácia das intervenções motivacionais na redução da frequência dos comportamentos de jogo, relativamente a controlos, sendo que ambas as intervenções (CBT e EM) parecem reduzir as consequências negativas do jogo assim como o número de critérios para a perturbação, de acordo com o DSM (Larimer et al., 2012).

Reconhecendo os benefícios da abordagem motivacional, designadamente na redução da frequência das práticas de jogo, Yakovenko et al. (2015) defendem a necessidade de integração das abordagens para alcançar maior eficácia junto de jogadores problemáticos.

À semelhança de outros programas de intervenção validados pela evidência, também no campo das intervenções baseadas na EM são requeridos outros estudos que possam avaliar a sua eficácia a longo prazo.

### VIII.C. Intervenção familiar sistémica.

Embora a literatura no domínio da intervenção familiar com jogadores seja ainda relativamente escassa, é reconhecido que os problemas de jogo afetam indelevelmente o funcionamento familiar e as relações de intimidade, com impacto negativo nos parceiros conjugais, crianças e membros da família alargada. Estes derivam de problemas emocionais e financeiros frequentemente adstritos à evolução dos problemas de jogo. A investigação tem produzido evidência da associação do jogo a problemas de violência familiar e de um maior risco de desenvolvimento de psicopatologia, designadamente ligada aos CAD sem substância, em crianças filhas de jogadores com perturbação (Dowling, 2014).

A intervenção familiar sistémica na problemática do jogo, seja enquanto abordagem psicoeducativa ou abordagem terapêutica focada nas soluções, devidamente contratualizada e em *setting* próprio, ancora-se na experiência prévia dos terapeutas com outros CAD, mas atenta também às especificidades em questão.

Existe uma ampla variedade de modelos de intervenção de âmbito familiar, o que permite a técnicos devidamente especializados (que integram algumas das equipas do dispositivo nacional de tratamento) optar pelas modalidades que melhor manuseiem e considerem mais adequadas.

Envolver os membros da família, tão cedo quanto possível, a par de outras intervenções centradas no utente permite um desfecho mais favorável, conforme vem a investigação e a prática clínica têm vindo a demonstrar (*vide* Makarchuck et al., 2002; Krishnan & Orford, 2002).

Diferentes fases da terapia requerem pois diferentes técnicas, estilos e posicionamentos.

Tendo em conta o número de sessões previstas, o percurso terapêutico que a seguir se expõe de forma resumida, compreenderá:

## 1) Acomodação, escuta e aliança terapêutica

Numa fase inicial do processo é de grande relevância:

- Prover informação clara sobre o reconhecimento da perturbação de jogo enquanto entidade clínica, cujos mecanismos neurobiológicos e psicológicos são recente evidência científica;
- Informar sobre a prevalência estimada deste problema, na atualidade e na população em geral, em evidente expansão;
- Explicitar o racional do envolvimento familiar como mais uma das vertentes do protocolo de tratamento, evitando leituras lineares de culpabilidade;
- Clarificar o problema e a sua história no contexto individual e familiar, através das seguintes técnicas:
  - o Dar voz a cada elemento presente;
  - o Identificar o tempo de “cegueira familiar” relativamente ao problema, apesar dos indícios ou mesmo evidências;
  - o Identificar o impacto relacional e emocional;
  - o Identificar o impacto financeiro, frequentemente súbito e devastador;
  - o Realçar o circuito de interação que possa manter o comportamento (recursividade) como se o todo do funcionamento familiar a ele fosse subjugado, descurando-se tarefas de cuidado, evolução e crescimento;
  - o Pesquisar na família de origem (designadamente através da execução do genograma) a existência de condutas similares ou outros comportamentos aditivos, assim como o progressivo desinvestimento na qualidade relacional (ex: do casal).

## 2) Por “a doença no seu lugar”

A família e a sua dinâmica própria não se reduz ao problema de jogo nem às consequências negativas que daí advêm.

Na medida em que a linguagem verbal e analógica dos elementos (ex: do casal) possa ser reenquadrada, a narrativa co-construída de reorganização para a



mudança, imbuída de otimismo realista, vai apelar à capacidade de transformação e à competência para delinear um outro começo.

Importa, aquando do levantamento de tentativas anteriores seja de tratamento, seja de resolução de outras situações de crise nas diversas etapas do ciclo de vida, reforçar competências.

A propósito da qualidade relacional, não raro em deterioração, é importante desconstruir mitos e visitar (ex: propondo técnicas ativas, designadamente oriundas das abordagens psicodramáticas, como a ‘escultura’) a formação do casal, a atualidade e como se projetam no futuro.

### **3) Medidas a tomar e objetivos claros.**

É necessário:

- Conferir atenção particular ao(à) parceiro(a), frequentemente denunciando baixa auto estima, erosão emocional por considerar que o seu cuidado não foi fator de mudança;
- Atender à meta-comunicação com outros envolventes/família de origem na perda de confiança atual e retroativa;
- Promover a capacitação para assumir o controlo financeiro do agregado, no imediato, acordado em sessão. Tarefas conjuntas de listagem de prioridades como “trabalho de casa”, numa complementaridade negociada;
- Selecionar, na família alargada ou outros significativos, aliados potenciais que partilhem este discurso de recuperação passo a passo;
- Contar com o apoio de Jogadores Anónimos, manuais de auto ajuda e instituições de aconselhamento financeiro.

### **4) Atenção preventiva às crianças**

Os menores das famílias de jogadores são vítimas potenciais de negligência/mau trato por falta de disponibilidade afetiva dos adultos (presos que estão nas sequências e conseqüências comportamentais), de tempo e de meios, ou funcionam como válvula de escape para os sentimentos de frustração dos

adultos. São, com frequência, testemunhas da transação violenta entre os progenitores. Esta temática deve ser abordada.

### **5) *Follow up***

É fundamental que a intervenção possa ser avaliada em sessão com os membros da família/casal, promovendo a consciência do caminho desenvolvido e dos potenciais ganhos conseguidos. Este processo deve sublinhar os progressos, insistir nas tarefas reorganizadoras da vida do casal/família, na maior abertura do núcleo familiar ao meio, na satisfação com o desempenho dos papéis parentais. É contudo necessário também identificar e prever dificuldades “como na vida de todas as famílias”, antevendo estratégias saudáveis para as encarar/resolver.

Neste contexto poderão ser utilizadas múltiplas técnicas e/ou metodologias, naturalmente moduladas pelas perspetivas teóricas preferenciais dos técnicos mas, sobretudo, em função dos conteúdos a monitorizar relativamente à evolução da situação em seguimento. Ferramentas como o Questionário circular/utilização de perguntas reflexivas; a formulação do Genograma; técnicas como a ‘escultura’, a ‘reconstrução narrativa’, o ‘treino em sessão’ ou ainda a prescrição de ‘Trabalhos de casa’ podem beneficiar este trabalho.

## VIII.D. Jogadores Anónimos.

De entre os jogadores com perturbação que procuram apoio terapêutico, os ‘jogadores anónimos’ (JA) são efetivamente a alternativa mais escolhida em alguns países por estes indivíduos, por exemplo nos Estados Unidos. Este movimento, de certo modo análogo a outros movimentos de apoio junto de pessoas com CAD (ex: abordagem de 12 passos dos alcoólicos anónimos), considera que a motivação para a mudança é um fator central nesta abordagem, sendo os mais motivados aqueles que, provavelmente, mais beneficiarão de uma abordagem dupla – tratamento e JA.

Embora dotado de alguma popularidade, este tipo de suporte não tem sido suficientemente estudado em termos da sua eficácia. Uma revisão sistemática da (modesta) literatura existente neste domínio salienta a parca evidência da efetividade deste tipo de intervenção, mesmo quando decorre em conjunção com abordagens formais, nomeadamente as intervenções psicossociais ou psicofarmacológicas (Schuler et al., 2016). É de salientar que a maior parte dos estudos incluídos nesta revisão foram desenvolvidos nos Estados Unidos, eram de natureza transversal e envolviam pessoas dos géneros masculino e feminino.

Estudos com indivíduos apoiados clinicamente em estruturas especializadas de cuidados e, em paralelo, integrados em estruturas de JA, sugerem que um maior número de jogadores consegue uma abstinência nos primeiros meses. Indivíduos envolvidos nos JA parecem apresentar sintomas mais graves de perturbação de jogo, mostrando-se contudo mais motivados para tratamento. Simultaneamente, parecem aderir com maior consistência aos JA, o que parece associar-se a um maior envolvimento com a integração num projeto de tratamento formal (Oei & Gordon, 2008; Petry et al., 2003).

Alguns estudos salientam a relevância das variáveis sociais inerentes aos JA no processo reabilitativo, conferindo aos participantes sentimentos de pertença, o comprometimento com a abstinência, a promoção da esperança e do altruísmo, a possibilidade de auto-revelação, a partilha das experiências, entre outros (Laracy, 2011; Strauss, 2006). Alguns autores, contudo, têm salientado que a (pressão para a) adoção de uma identidade de ‘jogador compulsivo’ por parte do participante nos JA constitui um aspeto (criticável/negativo) com impacto no processo reabilitativo (ex: Laracy, 2011).

O contributo positivo que os JA pode oferecer junto de certos jogadores patológicos não obsta à necessidade de aprofundar a investigação sobre os mecanismos efetivos através dos quais os JA parecem operar mudanças junto destes indivíduos, seja numa abordagem isolada ou coadjuvada por abordagens reconhecidamente validadas.

## 9

Tratamento  
Psicofarmacológico

Na maioria das situações a abordagem da problemática ligada à perturbação de jogo deve ser preconizada numa perspetiva multidisciplinar, em que o tratamento psicofarmacológico pode ser imprescindível e fundamental na intervenção.

A partir da última década existe um amplo número de publicações que dão conta de ensaios clínicos acerca do uso de diversos psicofármacos na abordagem terapêutica da perturbação de jogo. Até esse momento conhecia-se pouco da eficácia do tratamento farmacológico desta perturbação, com escassos estudos e em que a validade dos resultados era limitada pelo tamanho das amostras, relativamente pequenas em quase todos os estudos, quando não referências a casos únicos e, pela elevada taxa de viés e mínimo *follow-up* dos dados.

Nos últimos anos tem-se assistido a uma mudança nesta tendência com o aparecimento de múltiplos estudos melhor desenhados (randomizados, duplo-cego, etc), em que diferentes grupos de psicofármacos têm demonstrado eficácia na abordagem da perturbação de jogo. Em todo o caso o tratamento psicofarmacológico apresenta-se sempre como complementar a uma abordagem global, integrada, tendo maior destaque nos casos de comorbilidade psiquiátrica (perturbações afetivas, perturbações relacionadas com substâncias e perturbações psicóticas).

Até à presente data, há a relevar que nenhuma medicação farmacológica foi aprovada especificamente<sup>15</sup> para o tratamento da perturbação de jogo. Todavia as terapias farmacológicas preconizadas para esta perturbação têm-se focado nas dimensões clínicas (impulsividade, compulsividade e anedonia) e/ou no contingente de comorbilidade psiquiátrica.

Assim, as similitudes fenomenológicas da perturbação de jogo com a dependência de substâncias, nomeadamente a presença de *craving*, privação, tolerância, os comportamentos autodestrutivos, a resposta a tratamentos (Antagonista de opiáceos–Naltrexona), a comorbilidade psiquiátrica, os mecanismos neurobiológicos e a desregulação dos neurotransmissores contribuíram para a conceptualização da perturbação de jogo nas Perturbações Aditivas e influenciaram a abordagem terapêutica e de reabilitação.

Consistente com a literatura, a presença de sintomas de privação, suportados na evidência empírica (Yau & Potenza, 2015), são um aspeto comum na perturbação de jogo e as manifestações fenomenológicas desses sintomas são geralmente idênticas ao reportado por indivíduos dependentes de substâncias, nomeadamente os observados na dependência de álcool (Blaszczynski et al. 2008).

Desse modo, as diversas intervenções psicofarmacológicas consideradas para a perturbação de jogo têm derivado de perspetivas psicopatológicas e fenomenológicas e dos efeitos patoplásticos desta perturbação. De facto a perturbação de jogo tem sido conceptualizada ora num espectro das perturbações obsessivo-compulsivas, ora como uma adição comportamental ou ainda como o resultado de uma desregulação emocional, estreitamente relacionada com uma perturbação do humor (Lupi et al, 2014).

A heterogeneidade clínica da perturbação de jogo na **perspetiva do espectro das perturbações obsessivo-compulsivas** levou ao estudo de uma variedade de antidepressivos no tratamento desta perturbação. O primeiro estudo foi com a Clomipramina (125mg/dia) (Hollander et al., 1992), suportado no papel da serotonina na perturbação de jogo e na eficácia dos inibidores da recaptação da serotonina (IRSs) no tratamento da perturbação obsessiva-compulsiva, cujo resultado se revelou positivo e promissor para os outros estudos que se seguiram com os antidepressivos inibidores seletivos da recaptação da serotonina (ISRSs).

---

<sup>15</sup> Nenhum medicamento foi ainda aprovado, por alguma entidade oficial responsável, designadamente a Agência Europeia do Medicamento - *European Medicines Agency* (EMA) ou Agência Federal do Departamento de Saúde e Serviços Humanos dos Estados Unidos - *Food and Drug Administration* (FDA)

Estes são os mais frequentemente referenciados na literatura científica, assente na hipótese da hipoatividade do sistema serotoninérgico existente no jogador patológico.

Ensaio controlados revelaram resultados positivos com **Fluoxamina, Paroxetina, Escitalopram e Sertralina**, em doses variáveis, ainda que com um período de tempo de tratamento superior ao preconizado para o da depressão. Contudo, em alguns destes estudos não identificaram diferenças, estatisticamente significativas, quando compararam o efeito do antidepressivo com placebo (ver tabela 9).

Um outro estudo (Black, 2007) realizado com um antidepressivo inibidor da recaptção da noradrenalina e dopamina (NDRI), o **Bupropiom** não revelou eficácia superior deste antidepressivo em relação ao placebo. Pelo contrário, Dannon et al. (2007) realizaram um estudo em que compararam um grupo de doentes medicados com Bupropiom, de libertação sustentada, com um grupo de doentes medicados com Naltrexona, durante 12 semanas, sugerindo eficácia semelhante com os dois medicamentos.

Enquadrando a perturbação de jogo **na perspectiva de adição comportamental**, grande interesse foi dirigido para o sistema opióide no tratamento desta patologia. Vários estudos foram conduzidos para testarem a eficácia dos antagonistas de opiáceos no seu tratamento, baseado na hipótese da hiperprodução de opióides endógenos na perturbação do jogo e no deficiente controlo dos impulsos.

Assim, à semelhança do preconizado na abordagem do alcoolismo e na dependência de opiáceos, o uso de **Naltrexona** (antagonista dos recetores  $\mu$  e  $\kappa$  opióides e modulador da transmissão dopaminérgica, na via dopaminérgica mesolímbica) para atuar nos sistemas de recompensa e diminuir os níveis de dopamina, foi desenvolvido no tratamento da perturbação de jogo, com resultados promissores para a continuação de mais investigação (ver tabela 9).

Um outro antagonista dos recetores  $\mu$ ,  $\Upsilon$  e  $\kappa$  opióides e modelador da transmissão dopaminérgica na via dopaminérgica mesolímbica, o **Nalmefeno**, com uma estrutura molecular e atividade similar à Naltrexona, mas com a vantagem de não apresentar hepatotoxicidade dose-dependente, foi também estudado com resultados positivos principalmente em indivíduos com história de alcoolismo e perturbação de jogo. Contudo, futura investigação com antagonistas de opiáceos é recomendada em toda a literatura.

Abordando a perturbação de jogo na perspectiva da sua semelhança na manifestação de **sintomas afetivos** como acontece nas perturbações afetivas e pela elevada prevalência de comorbilidade entre perturbação do Jogo e a depressão, bem como pela frequente presença de suicidalidade, o uso de Estabilizadores do Humor/Anticonvulsivantes tem sido relatado em vários estudos. A literatura faz referência a estudos do uso de **Carbonato de Lítio**, da **Carbamazepina**, do **Valproato de Sódio** e do **Topiramato** no tratamento da perturbação de jogo que, ainda que bem tolerados, não revelaram evidência suficiente da sua eficácia.

Ainda outros estudos clínicos têm sido conduzidos com o recurso a uma variedade de psicofármacos, tais como Antipsicóticos de 2ª geração, nomeadamente a **Olanzapina**, com propriedades antagonista dos recetores dopaminérgicos e serotoninérgicos e ainda agentes que interferem na neurotransmissão glutamatérgica, designadamente **N-acetil cisteína** e outros com propriedades dopaminérgicas e glutamatérgicas, a **Memantina**, de modo a serem testadas várias opções terapêuticas.

As intervenções psicofarmacológicas que têm sido propostas na abordagem da perturbação de jogo derivam também da compreensão dos estudos de neuroimagem cerebral, que implicam várias áreas e circuitos cerebrais, particularmente a área cortico-estriada ventral e dos fundamentos neurobiológicos e neuroquímicos, com o envolvimento de múltiplos sistemas de neurotransmissores, incluindo os serotoninérgicos, os dopaminérgicos, os noradrenérgicos, os glutamatérgicos e os opióides, na psicopatologia desta perturbação.



REFERÊNCIAS	FÁRMACO /DOSE MÉDIA	TIPO ENSAIO	N.º AMOSTRA E DURAÇÃO	RESULTADOS
<b>ANTIANSIOSITAS DE OPIÓIDES</b>				
Kim et al. (2001)	Naltrexona - 188mg/dia	Duplo cego com Controlo placebo	89 Doentes durante 12 semanas	Grupo de doentes com Naltrexona melhorou significativamente comparado com o placebo
Grant et al. (2008)	Naltrexona - 50 -150mg/dia	Duplo cego com Controlo placebo	77 Doentes durante 18 semanas	Grupo de doentes com Naltrexona melhorou significativamente comparado com o placebo
Toneatto et al. (2009)	Naltrexona - 59 mg/dia	Duplo cego com Controlo placebo	52 Doentes durante 11 semanas com Terapia Cognitivo-Comportamental (TCC)	Grupo de doentes com Naltrexona +TCC e Grupo Placebo com TCC melhoraram
Grant et al. (2006)	Nalmefeno - 25 - 100mg/dia	Duplo cego com Controlo placebo	207 Doentes durante 16 semanas	Grupo de doentes com Nalmefeno melhorou significativamente comparado com o placebo
Grant et al. (2010)	Nalmefeno - 20 - 40mg/dia	Duplo cego com Controlo placebo	233 Doentes durante 16 semanas	Grupo de doentes com Nalmefeno melhorou significativamente comparado com o placebo
<b>ANTIDEPRESSIVOS</b>				
Hollander et al. (2010)	Fluoxamina - 100 - 250 mg/dia	Duplo cego (1.º ensaio randomizado) com Controlo	15 Doentes durante 16 semanas	Fluoxamina superior ao placebo
Blanco et al. (2002)	Fluoxamina (SSRI) - 200mg/dia	Duplo cego com Controlo Placebo	32 Doentes durante 6 semanas	Fluoxamina não é superior estatisticamente significativa em relação placebo (amostra pequena e pouco tempo)
Kim et al. (2002)	Paroxetina (SSRI) – 20 - 60mg/dia	Duplo cego com Controlo placebo	45 Doentes durante 8 semanas	Paroxetina superior ao placebo
Grant et al. (2003)	Paroxetina (SSRI) – 10 - 60mg/dia	Duplo cego com Controlo placebo	76 Doentes durante 16 semanas	Paroxetina não é estatisticamente superior ao placebo
Saiz-Ruiz et al. (2005)	Sertralina (SSRI) – 50 - 150mg/dia	Duplo cego com Controlo placebo	60 Doentes durante 6 semanas	Sertralina não é estatisticamente superior ao placebo
Grant et al. (2006)	Escitalopram (SSRI) – 25mg/dia	Duplo cego com Controlo placebo	13 Doentes com ansiedade durante 20 semanas	Escitalopram é superior ao placebo
Black et al. (2007)	Bupropiom (NDR) - 325mg/dia	Duplo cego com Controlo placebo	39 Doentes durante 12 semanas	Bupropiom não é estatisticamente superior ao placebo
<b>ESTABILIZADORES DO HUMOR</b>				
Hollander et al. (2005)	Carbonato de lítio - 1000mg/dia	Duplo cego com Controlo placebo	40 doentes com Doença Bipolar, durante 10 semanas	Carbonato de lítio é estatisticamente superior ao placebo
Berlin et al. (2013)	Topiramato - 25 -300mg/dia	Duplo cego com Controlo placebo	42 doentes durante 14 semanas	Topiramato não é estatisticamente superior ao placebo
<b>ANTIPTICÓTICOS</b>				
McElroy et al. (2008)	Olanzapina - 2,5 - 15 mg/dia	Duplo cego (1.º ensaio randomizado) com Controlo	42 doentes durante 12 semanas	Olanzapina não é estatisticamente superior ao placebo
Fong et al. (2008)	Olanzapina - 2,5 - 15mg/dia	Duplo cego com Controlo Placebo	23 doentes durante 7 semanas	Olanzapina não é estatisticamente superior ao placebo
<b>Outros Fármacos</b>				
Grant et al. (2007)	N-acetilcisteína – 10 - 60mg/dia	Estudo randomizado	durante 6 semanas	N-acetilcisteína é superior ao placebo

Tabela 9 - Estudos controlados sobre a eficácia de fármacos na perturbação de jogo

Apesar dos vários estudos realizados indicarem alguma eficácia dos antagonistas de opiáceos bem como dos antidepressivos ISRSs e dos estabilizadores do humor na perturbação de jogo, pouco se sabe da especificidade dos mecanismos de ação das diferentes categorias de psicofármacos e das doses eficazes destes psicofármacos no tratamento particular do desenvolvimento da perturbação de jogo.

Futuras investigações devem ser desenvolvidas e a combinação de estratégias terapêuticas necessitam de ser melhor investigadas, com o objetivo de se validar um algoritmo terapêutico, uma vez que diferentes estudos apontam para melhores resultados quando aquelas são coadjuvadas por uma abordagem integrada e holística.

Na prática clínica assiste-se vulgarmente ao uso combinado de diferentes psicofármacos, apropriado aos diferentes níveis de gravidade da perturbação de jogo e na coexistência de comorbilidade psiquiátrica.

A relevância do DSM 5 reclassificar a perturbação do jogo no grupo das Perturbações Relacionadas com Substâncias e Perturbações Aditivas, num subgrupo designado Perturbações Não Relacionadas com Substâncias e a significativa prevalência de comorbilidade psiquiátrica nas pessoas com perturbação de jogo, em particular as perturbações conseqüentes ao consumo de substâncias psicoativas, requer dos profissionais de saúde conhecimento especializado no âmbito dos efeitos derivados dos consumos destas substâncias e as suas repercussões no curso e evolução da perturbação, para a conseqüente abordagem alargada e integrada desta problemática.

Especial atenção deve ser dada às potenciais interações entre o uso de substâncias psicoativas e as terapêuticas medicamentosas para a perturbação de jogo (Gordon, 2008; Petry, 2007):

CANNABINÓIDES	<ul style="list-style-type: none"> <li>— Exacerbação dos efeitos sedativos dos antidepressivos e dos estabilizadores do humor;</li> <li>— Estrita monitorização da função hepática se prescrição de antidepressivos.</li> </ul>
ÁLCOOL	<ul style="list-style-type: none"> <li>— Exacerbação dos efeitos sedativos dos antidepressivos e dos estabilizadores do humor;</li> <li>— Aumento do risco de suicídio.</li> </ul>
OPIÓIDES	<ul style="list-style-type: none"> <li>— Elevada prevalência de perturbação de Jogo em doentes integrados em programa de tratamento com metadona;</li> <li>— Maior dificuldade de adesão à terapêutica;</li> <li>— Exacerbação dos efeitos sedativos dos antidepressivos e dos estabilizadores do humor;</li> <li>— Fluvoxamina é um potente inibidor da metadona e de buprenorfina.</li> </ul>
ESTIMULANTES	<ul style="list-style-type: none"> <li>— Exacerbação dos efeitos serotoninérgicos dos antidepressivos ISRSs e ISRNs, podendo resultar numa Síndrome Serotoninérgica;</li> <li>— Estrita monitorização da função hepática se prescrição de antidepressivos.</li> </ul>

Tabela 10 - Interação das substâncias psicoativas com as terapêuticas psicofarmacológicas

De modo geral, a maioria dos doentes com Perturbação de Jogo não recorre aos serviços de saúde (Ladouceur et al. 2009), adiando qualquer abordagem terapêutica, quase sempre motivado pelas suas distorções cognitivas e pela negação do seu problema.

De facto, são os familiares mais próximos (Oxford, 2012), também severamente envolvidos na conturbação da vida cotidiana destes doentes, que exercem pressão sobre a pessoa afetada por esta problemática para procurarem ajuda junto dos profissionais de saúde (Petry, 2007).

Na literatura há várias referências a que os doentes que procuram algum tipo de apoio para o seu problema, nas diversas vertentes, inclusivé da saúde, conseguem alcançar melhorias na sua qualidade de vida.



## Considerações Finais

A elaboração do manual *Linhas de Orientação Técnica para a Intervenção em Comportamentos Aditivos e Dependências Sem Substância: a Perturbação de Jogo* resulta de um trabalho continuado desenvolvido pelo SICAD, devidamente coadjuvado pelos seus parceiros mais diretos do Ministério da Saúde e que, em função das respetivas atribuições, procurou o desenho e a operacionalização de perspetivas consensuais de intervenção com vista à redução deste tipo de CAD e ao incremento de ganhos em saúde.

Trata-se de um documento que resulta de uma reflexão alargada no plano técnico-científico, que envolveu vários profissionais com experiência clínica no âmbito da rede pública de cuidados especializados em CAD. É o primeiro manual desenvolvido e promovido por uma estrutura da administração central que se dirige especificamente ao aumento da literacia e do conhecimento sobre a intervenção clínica e psicossocial junto de pessoas com problemas de jogo, pelo que o seu lançamento e disseminação constituem uma resposta clara e inovadora a uma necessidade particular no contexto das publicações do Ministério da Saúde.

Pretende-se que os conteúdos preconizados neste manual possam igualmente contribuir para um melhor reconhecimento de situações pré-morbidas ou em risco de desenvolvimento da perturbação, auxiliando o processo de referenciação às equipas especializadas (designadamente por parte de profissionais dos cuidados de saúde primários), logo, promovendo a acessibilidade ao tratamento e ao suporte psicossocial.

Não obstante os conteúdos deste manual se sustentarem predominantemente em conhecimento bastante recente, a sua leitura por parte de intervenores especializados não deverá dispensar uma necessidade de atualização permanente, em virtude do gradual aumento da literatura clínica e científica no domínio dos CAD sem substância.



## Referências Bibliográficas

- Abbott, M. W. & Volberg, R. A. (1996). The New Zealand national survey of problem and pathological gambling. *Journal of Gambling Studies*, 12(2), 143–160.
- Adams, P. J., Raeburn, J. e da Silva, K. (2009). A question of balance: prioritizing public health responses to harm from gambling. *Addiction*, 104, 688-691.
- American Psychiatric Association, APA (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition*. Arlington, VA: American Psychiatric Association.
- Ariyabuddhiphongs, V. (2013). Adolescent Gambling: A Narrative Review of Behavior and Its Predictors. *International Journal of Mental health and Addiction*, 7, 572–587.
- Asen, E. (2002). Outcome research in family therapy. *Advances in Psychiatric Treatment*, 8(3), 230-238.
- Auger, N., Lo, E., Cantinotti, M., O’Loughlin, J. (2010). Impulsivity and socio-economic status interact to increase the risk of gambling onset among youth. *Addiction*, 105, 2176–2183.
- Aymamí, N., Jiménez-Murcia, S., Granero, R., Ramos-Quiroga, J. A., Fernández-Aranda, F., Claes, L. et al. (2015). Clinical, Psychopathological, and Personality Characteristics Associated with ADHD among Individuals Seeking Treatment for Gambling Disorder. *BioMed Research International, Volume 2015*, Article ID 965303, 1-11.
- Balsa, C., Vital, C., & Urbano, C. (2015). *Perfil do jogo e dos jogadores em Portugal, Com base nos resultados do III Inquérito Nacional à População Geral, Portugal 2012*. Lisboa: Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências, SICAD.
- Barnes, G. (1998). *Family Therapy in Changing Times*. Macmillan Pres LTD.
- Barton, K., Yasdani, Y., Ayer, N., Kalvapalle, S., Bronw, S., Stapleton, J. et al. (2017). The Effect of Losses Disguised as Wins and Near Misses in Electronic Gaming Machines: A Systematic Review. *Journal of Gambling Studies*. DOI 10.1007/s10899-017-9688-0
- Bechara, A. & Damasio, H. (2002). Decision-making and addiction (part I): impaired activation of somatic states in substance dependent individuals when pondering decisions with negative future consequences. *Neuropsychologia*, 40(10), 1675-1689.
- Becoña, E. (1997). Pathological gambling in Spanish children and adolescents: an emerging problem. *Psychological Reports*, 81(1), 275-287.
- Benson, L. A., Norman, C. & Griffiths, M. D. (2012). The Role of Impulsivity, Sensation seeking, Coping, and Year of Study in Student Gambling: A Pilot Study. *International Journal of Mental Health and Addiction*, 10(4), 461–473.
- Bertossa, S., Harvey, P., Smith, D. & Chong, A. (2014). A preliminary adaptation of the Problem Gambling Severity Index for Indigenous Australians : internal reliability and construct validity. *Australian and new Zealand Journal of Public Health*, 38(4), 349-354.
- Billieux, J., Achab, S., Savary, J., Simon, O., Richter, F., Zullino, D. et al. (2016). Gambling and problem gambling in Switzerland. *Addiction*, 1-7. DOI :10.1111/add.13252
- Black, D.W., Shaw, M., Forbush, K.T. & Allen J. (2007). An open-label trial of escitalopram in the treatment of pathological gambling. *Clinical Neuropharmacology*, 30(4), 206-212.

- Blanco, C.; Ibáñez, A.; Sáiz-Ruiz, J.; Blanco-Jerez, C. & Nunes, Edward V. (2000). Epidemiology, pathophysiology and treatment of pathological *gambling*. In CNS Drugs, 13 (6), 397- 407.
- Blaszczynski, A., Walker, M., Sharpe, L. & Nower, L. (2008). Withdrawal and tolerance phenomenon in problem gambling. *International Gambling Studies*, 8(2), 179-192.
- Blaszczynski, A. & e Nower, L. (2002). A pathways model of problem and pathological *gambling*. *Addiction*, 97, 487-499. Retrieved from <http://www.uv.es/choliz/ModeloJuego.pdf>.
- Bondolfi, G. & Landoucer, R. (2001). Pathological gambling: an increasing public health problem. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 104, 241-242.
- Bondolfi, G., Jermann, F., Ferrero, F., Zullino, D. & Osiek C. (2008). Prevalence of pathological *gambling* in Switzerland after the opening of casinos and the introduction of new preventive legislation. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 117(3), 236-9.
- Bowden-Jones, H. & George, S. (2015) *A Clinician's Guide to Working with Problem Gamblers*. East Sussex: Routledge.
- Brewer J. A & Potenza M. N. The neurobiology and genetics of impulse control disorders: relationships to drug addictions. *Biochemistry and Pharmacology*, 75, 63–67.
- Brown, M., Oldenhof, E., Allen, S. & Dowling, N. A. (2016). An empirical study of personality disorders among treatment-seeking problem gamblers. *Journal of Gambling Studies*, 32(4), 1079-1100.
- Brunborg, G. S. , Hanss, D., Mentzoni, R. A., Molde, H. & Pallesen, S. (2016). Problem *gambling* and the five-factor model of personality: a large population-based study. *Addiction*, 11(8), 1428-1435.
- Bundy, C. (2004). Changing behaviour: using motivational interviewing techniques. *Journal of the Royal Society of Medicine*, 97(Suppl 44), 43–47.
- Caillóis, R. (1999). *Os Jogos e os Homens*. Lisboa: Cotovia.
- Carlbring, P., Jonsson, J., Josephson, H. & Forsberg, L. (2010). Motivational interviewing versus cognitive behavioral group therapy in the treatment of problem and pathological *gambling*: a randomized controlled trial. *Cognitive Behaviour Therapy*, 39(2), 92-103.
- Cavedini, P., Riboldi, G., Keller, R., D'Annunzi, A. & Bellodi, L. (2002). Frontal lobe dysfunction in pathological *gambling* patients. *Biological Psychiatry*, 51(4), 334-341.
- Clímaco, M. I. & Ramos, L. M. (2003). Álcool, tabaco e jogo: Do lazer aos consumos de risco. Coimbra: Quarteto.
- Chambers, R. A. & Potenza, M. N. (2003). Neurodevelopment, impulsivity, and adolescent *gambling*. *Journal of Gambling Studies*, 19(1), 53-84.
- Chamberlain S., Stochl, J., Redden, S. A., Odlaug, B. L. & Grant, J. E. (2017). Latent class analysis of *gambling* subtypes and impulse/compulsive associations: Time to rethink diagnostic boundaries for *gambling* disorder?; *Addictive Behaviors*, 72, 79-85.
- Charles-Nicolas, A. (1981). Addiction: passion et ordalie. In J. Bergeret et al. (eds.), *Le psychanaliste à l'écoute du toxicomane*. Paris: Bordas.



- Christensen, D., Jackson, A., Dowling, N., Volberg, R. & Thomas, S., An examination of a proposed DSM-IV Pathological *Gambling* Hierarchy in a Treatment Seeking Population: Similarities with substance dependence and evidence for three classification systems. *Journal of gambling studies*, 2014.
- Christensen, D. R., Jackson, A. C., Dowling, N. A. Volberg, R. A. & Thomas, S. A (2015). An Examination of a Proposed DSM-IV Pathological *Gambling* Hierarchy in a Treatment Seeking Population: Similarities with Substance Dependence and Evidence for Three Classification Systems. *Journal of Gambling Studies*, 31(3), 787-806.
- Ciarrocchi, J. (2002). *Counseling problem gamblers: a self-regulation manual for individual and family therapy*. San Diego, CA: Academic Press.
- Cowlshaw, S., Merkouris, S., Dowling, N., Anderson, C., Jackson, A. & Thomas, S. (2012). Psychological therapies for pathological and problem gambling. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 14(11). DOI: 10.1002/14651858.CD008937.pub2.
- Cirillo, S., et al, (1999). *La Familia del Toxicodependiente*. Ed. Paidós.
- Clark, L. (2015). Neurobiology of pathological *gambling*. In: H. Bowden-Jones & S. George (eds.), *A Clinician's Guide to Working with Problem Gamblers* (pp 53-74). East Sussex: Routledge
- Clark, L. (2014). Disordered *gambling*: the evolving concept of behavioral addiction. *Annals of the New York Academy of Sciences* 1327, 46-61.
- Clark, L., Crooks, B., Clarke, R., Aitken, M. R. & Dunn, B. D.J. (2012). Physiological responses to near-miss outcomes and personal control during simulated *gambling*. *Journal of Gambling Studies*, 28(1), 123-137.
- Dannon, P. N., Lowengrub, K., Musin, E., Gonopolsky, Y. & Kotler M. (2007). 12-month follow-up study of drug treatment in pathological gamblers: a primary outcome study. *Journal of Clinical Psychopharmacology*, 27(6), 620-624.
- Dickerson, M. (1993). A preliminary exploration of a two-stage methodology in the assessment of the extent and degree of *gambling* related problems in the Australian population. In W. R. Eadington, & J. A. Cornelius (Eds.), *Gambling behavior and problem gambling* (pp. 347–363). Reno, NV: Institute for the Study of *Gambling* and Commercial Gaming, University of Nevada, Reno.
- Dostoiévski, F. (2001). *O Jogador*. Lisboa: Editorial Presença.
- Dowling, N. A., Merkouris, S. S., Greenwood, C. J., Oldenhof, E., Toubourou, 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.
- Dowling, N. A., Cowlshaw, S., Jackson, A. C., Merkouris, S. S., Francis, K. L. & Christensen, D. R. (2015). Prevalence of psychiatric co-morbidity in treatment-seeking problem gamblers: a systematic review and meta-analysis. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 49(6), 519-539.
- Dowling, N. (2014). *The impact of gambling problems on families (AGRC Discussion Paper No. 1)*. Melbourne: Australian *Gambling* Research Centre.
- Dufour, M., Ferland, F., Kairouz, S., & Gadbois, J. (2014). Mot de présentation: jeu, enjeux et société (2) *Drogues, santé et société*, 13, 1, i-vi. DOI:10.7202/1027121ar

- 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. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 52, 130–138.
- Emmons, K. M. & Rollnick, S. (2001). Motivational interviewing in health care settings. Opportunities and limitations. *American Journal of Preventive Medicine*, 20(1), 68-74.
- Echeburúa, E., Báez, C., Fernández-Montalvo, J. & Páez, D. (1994). Cuestionario de Juego Patológico de South Ouaks (SOGS) : Validación española. *Análisis y Modificación de Conduta*, 20, 769-791.
- Ferris, J. & Wynne, H. (2001). *The Canadian Problem Gambling Index: Final Report*. Canadian Center on Substance Abuse, Ottawa.
- Fortune, E. E. & Goodie, A. S. (2012). Cognitive distortions as a component and treatment focus of pathological *gambling*: a review. *Psychology of addictive behaviours*, 26 (2): 298-310.
- Freud, S. (1996/1928). Dostoievski e o Parricídio. In S. Freud, *O futuro de uma ilusão, o mal-estar na civilização e outros trabalhos (1927-1931)*, vol. 21. Rio de Janeiro: Imago.
- Gambling Commission (2017). *Gambling participation in 2016: behaviour, awareness and attitudes. Annual Report*. Disponível em: <http://www.gamblingcommission.gov.uk/PDF/survey-data/Gambling-participation-in-2016-behaviour-awareness-and-attitudes.pdf>
- Giddens, J. L., Stefanovics, E., Pilver, C. E., Desai, R. & Potenza, M. N. (2012). Pathological *gambling* severity and co-occurring psychiatric disorders in individuals with and without anxiety disorders in a nationally representative sample. *Pswychiatry Research*, 199(1), 58-64.
- Gori, A., Craparo, G., Caretti, V., Giannini, M., Iraci-Sareri, G., Bruschi, A. et al. (2016). Impulsivity, alexithymia and dissociation among pathological gamblers in different therapeutic settings: a multisample comparison study. *Psychiatry Research*, 30(246), 789-795.
- Gordon, A. (2008). Comorbidity of mental disorders and substance use: A brief guide for the primary care clinician. Adelaide, South Australia: Drug and Alcohol Services. Disponível em: [http://www.nationaldrugstrategy.gov.au/internet/drugstrategy/publishing.nsf/Content/FE16C454A782A8AFCA2575BE002044D0/\\$File/mono71.pdf](http://www.nationaldrugstrategy.gov.au/internet/drugstrategy/publishing.nsf/Content/FE16C454A782A8AFCA2575BE002044D0/$File/mono71.pdf).
- Goudriaan, A. E., De Ruiter, M. B., Van Den Brink, W., Oosterlaan, J. & Veltman, D. J. (2010). Brain activation patterns associated with cue reactivity and *craving* in abstinent problem gamblers, heavy smokers and healthy controls: an fMRI study. *Addiction Biology*, 15(4), 491–503.
- Granero, R., Penelo, E., Stinchfield, R., Fernández-Aranda, F., Aymamí, N., Gómez-Peña, M. et al. (2014). Contribution of illegal acts to pathological *gambling* diagnosis: DSM-5 implications. *Journal of Addictive Diseases*, 33, 41-52.
- Grant, J. E. & Odlaug, B. L. & Chamberlain, S. R. (2016). Neural and psychological underpinnings of *gambling* disorder: a review. *Progress in Neuro-Psychopharmacological & Biological Psychiatry*, 65, 188-193.
- Grant, J. E. & Potenza, M. N. (2006). *Impulse Control Disorders, A Clinical Text of Men's Mental Health*. Washington, DC: American Psychiatric Press, Inc.
- Griffiths, M. D. (2015). Remote gambling. In H. Bowden-Jones & S. George (eds.), *A Clinician's Guide to Working with Problem Gamblers* (pp 53-74). East Sussex: Routledge.

- Griffiths, M. D. (2011). Technological trends and the psychosocial impact on *gambling*. *Casino and Gaming International*, 7(1), 77-80.
- Hills, A., Hill, S., Mamone, M. & Dickerson, M. (2001). Induced mood and persistence at gaming. *Addiction*, 96 (11), 1629-1638.
- Hing, N., Russell, A. M. & Browne, M. (2017). Risk Factors for Gambling Problems on Online Electronic Gaming Machines, Race Betting and Sports Betting. *Frontiers in Psychology*, 8, article 779. DOI: 10.3389/fpsyg.2017.00779
- Hing, N., Russel, A., Tolchard, B. & Nower, L. (2016). Risk Factors for *Gambling* Problems: an Analysis by Gender. *Journal of Gambling Studies*, 32, 511-534.
- Hodgin, D. C. (2004). Using the NORC DSM Screen for *Gambling* Problems as an outcome measure for pathological *gambling*: psychometric evaluation. *Addictive Behaviors*, 29(8), 1685-1690.
- Hubert, P. (2014). *Jogadores Patológicos Online e Offline: caracterização e comparação*. Tese de Doutoramento em Psicologia. Lisboa: Universidade Autónoma de Lisboa.
- Jiménez-Murcia, S., Granero, R., Stinchfield, R., Tremblay, J., del Pino-Gutiérrez A., Moragas, L., et al. (2017) A Spanish Validation of the Canadian Adolescent *Gambling* Inventory (CAGI). *Frontiers in Psychology*, 8(177).
- Jiménez-Murcia, S., Álvarez-Moya, E. M., Stinchfield, R., Fernández-Aranda, F., Granero, R., Aymami, N. et al. (2010). Age of onset in pathological *gambling*: clinical, therapeutic and personality correlates. *Journal of Gambling Studies*, 26, 235-248.
- Jiménez-Murcia, S., Stinchfield, R., Fernández-Aranda, F., Santamaria, J. J., Penelo, E. & Granero, R. et al. (2011). Are online pathological gamblers diferente from non-online pathological gamblers on demographics, *gambling* problem severity, psychopathology and personality characteristics? *International Gambling Studies*, 11(3), 325-337.
- Jiménez-Murcia, S., Stinchfield, R., Álvarez-Moya, E. M., Jaurrieta, N., Bueno, B., Granero, R. et al. (2009). Reliability, validity, and classification accuracy of a Spanish translation of a measure of DSM-IV diagnostic criteria for pathological *gambling*. *Journal of Gambling Studies*, 25(1), 93-104.
- Johansson, A., Grant, J. E., Kim, S.W., Odlaug, B. L. & Gøtestam, K. G. (2009). Risk factors for problematic gambling: a critical literature review. *Journal of Gambling Studies*, 25(1), 67-92.
- Krishnan, M. & Orford, J. (2002). *Gambling* and the family: From the stress-coping-support perspective. *International Gambling Studies*, 2, 61–83.
- Ladouceur, R., Shaffer, P., Blaszczynski, A. & Shaffer, H. J. (2017). Responsible gambling: a synthesis of the empirical evidence. *Addiction Research & Theory*, 25(3), 225-235. DOI: 10.1080/16066359.2016.1245294
- Ladouceur, R., Lachance, S., Fournier, P.M. (2009). Is control a viable goal in the treatment of pathological gambling ? *Behaviour Research and Therapy*, 47(3), 189-197.
- Lamberton, A. & Oei, T. P. S. (1997). Problem *gambling* in adults: an overview. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 4(2), 84-104.

- Larimer, M. E., Neighbors, C., Lostutter, T. W., Whiteside, U., Cronce, J. M., Kaysen, D. et al. (2012). Brief Motivational Feedback and Cognitive Behavioral Interventions for prevention of Disordered Gambling: a Randomized Clinical Trial. *Addiction*, 107(6), 1148-1158.
- Lee, G., Stuart, E. A., Jalongo, N. S. & Martins, S. S. (2014). Parental monitoring trajectories and gambling among a longitudinal cohort of urban youth. *Addiction*, 109(6), 977-985.
- Lesieur, H. R. & Blume, S. B. (1987). The South Oaks Gambling Screen (SOGS): A new instrument for the identification of pathological gamblers. *American Journal of Psychiatry*, 144, 1184-1188.
- Linnet, J., Mouridsen, K., Peterson, E., Moller, A., Doudet, D. J. & Gjedde, A. (2012). Striatal dopamine release codes uncertainty in pathological gambling. *Psychiatry Research*, 20, 55-60.
- Loo, J. M., Oei, T. P. & Raylu, N. (2011). Psychometric evaluation of the Problem Gambling Severity Index-Chinese version (PGSI-C). *Journal of Gambling Studies*, 27(3), 453-466.
- Lopes, H. (2009). Epidemiologia de Dependência de Jogo a Dinheiro em Portugal, CEA, Universidade Católica Portuguesa. Disponível em: <http://www.jogoremoto.pt/docs/extra/qSE2sB.pdf>
- Makarchuck, K., Hodgins, D. C. & Peden, N. (2002). Development of a Brief Intervention for Concerned Significant Others of Problem Gamblers. *Addictive Disorders & Their Treatment*, 1(4), 126-134.
- Maniati, G., Picone, F., van Holst, R. J., Bolloni, C., Scardina, S. & Cannizzaro, C. (2016). Alteration in the emotional regulation process in gambling addiction: the role of anger and alexithymia. *Journal of Gambling Studies*, 33(2), 633-647.
- Maniati, G., Picone, F., Dimarco, T., Lipari, A., Brancato, A. & Cannizzaro, C. (2015). Psychodiagnostic Assessment of Pathological Gamblers: A Focus on Personality Disorders, Clinical Syndromes and Alexithymia. *International Journal of Mental Health Addiction*, 13, 728-739.
- Lupi, M., Martinotti, G., Acciavatti, T., Pettorruso, M., Brunetti, M., Santacroce, R. et al. (2014). Pharmacological Treatments in Gambling Disorder: A Qualitative Review. *BioMed Research International*, Volume 2014, Article ID 537306. <http://dx.doi.org/10.1155/2014/537306>.
- McCambridge, J. & Strang, J. (2004). The efficacy of single-session motivational interviewing in reducing drug consumption and perceptions of drug-related risk and harm among young people: results from a multi-site cluster randomized trial. *Addiction*, 99(1), 39-52.
- McComb, J. L., Lee, B.K. & Sprenkle, D. H.,(2009). Conceptualizing and treating problem gambling as a family issue. *Journal of Marital and Family Therapy*, 35, 415-431.
- Miedl, S., Peters, J. & Buchel, C. (2012). Altered neural reward representations in pathological gamblers revealed by delay and probability discounting. *Archives of General Psychiatry*, 69(2),177-186.
- Miller, W.R., & Rollnick, S. (2002). *Motivational interviewing: Preparing people for change* (2<sup>nd</sup> ed.). New York: Guilford Press
- Miller, N. V., Currie, S. R., Hodgins, D. C. & Casey, D. (2013). Validation of the problem gambling severity index using confirmatory factor analysis and rasch modelling. *International Journal of Methods in Psychiatric Research*, 22(3), 245-255.
- Milosevic, A. & Ledgerwood, D. M. (2010). The subtyping of pathological gambling: A comprehensive review. *Clinical Psychology Review*. Retrieved from

<https://pdfs.semanticscholar.org/efca/f255652cfe9b79700f14e59b4e56e180ced3.pdf>.  
doi:10.1016/j.cpr.2010.06.013.

- Monaghan, S. & Blaszczynski, A. (2010). Impact of mode of display and message content of responsible *gambling* signs for electronic gaming machines on regular gamblers. *Journal fo Gambling Studies*, 26(1), 67-88.
- Monti, P. M., Colby, S. M., Barnett, N. P., Spirito, A., Rohsenow, D. J., Myers, M., et al. (1999). Brief intervention for harm reduction with alcohol-positive older adolescents in a hospital emergency department. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 67(6), 989-994.
- Moragas, L., Granero, R., Stinchfield, R., Fernández-Aranda, F., Fröberg, F. Aymami, N. et al. (2015). Comparative analysis of distinct phenotypes in *gambling* disorder based on *gambling* preferences. *BMC Psychiatry*, 15(86), 1-11.
- Nower, L. & Blaszczynski, A. (2006). Impulsivity and Pathological Gambling: A Descriptive Model. *International Gambling Studies*, 6(1), 61-75.
- Odlaug, B. L., Schreiber, L. R. N. & Grant, J. E. (2013). Personality dimensions and disorders in pathological *gambling*. *Current Opinion in Psychiatry*, 26, 107-112.
- Oei, T. P., Gordon, L. M. (2008). Psychosocial factors related to *gambling* abstinence and relapse in members of gamblers anonymous. *Journal of Gambling Studies*, 24(1), 91-105.
- Oliveira, H.P., Malbergier, A. (2003). Assessment of motivation for treatment in alcohol dependent patients who sought treatment at a specialized medical service. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 25(1), 5-10.
- Oliveira, M. P., Silva, M. T. & Xavier da Silveira, D. (2002). Validity study of the South Oaks Gambling Screen (SOGS) among distinct groups of Brazilian gamblers. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 24(4), 170-176.
- Orford, J. (2009). Governments as promoters of dangerous consumptions. *Addiction*, 104, 692-698.
- Oxford, J. (2012). *Addiction Dilemmas: Family Experiences in Literature and Research and their Lessons for Practice*. Chichester: Wiley-Blackwell.
- Peele, S. (2001). Is gambling an addiction like drug and alcohol addiction? Developing realistic and useful conceptions of compulsive gambling, 3. Disponível em: <http://www.camh.net/egambling/>
- Petry, N. (2007). Gambling and Substance Use Disorders: Current Status and Future Directions. *The American Journal on Addictions*, 16, 1-9.
- Petry, N. (2006a). Should the scope of addictive behaviors be broadened to include pathological *gambling*? *Addiction*, 101,152-160
- Petry, N. M., Ammerman, Y., Bohl, J., Doersch, A., Gay, H., Kadden, R. et al. (2006b). Cognitive-behavioural therapy for pathological gamblers. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 74 (3), 555-567.
- Petry, M. N. (2005). *Pathological Gambling: Etiology, comorbidity, and treatment*. Washington DC: APA.

- Petry, N. M. (2003). Patterns and correlates of Gamblers Anonymous attendance in pathological gamblers seeking professional treatment. Clinical Trial Randomized Controlled Trial Research Support, Non-U. S. Gov't Research Support, U. S. Gov't, P. H. S.]. *Addictive Behaviors*, 28(6), 1049-1062.
- Petry, N. M. (2001). Substance abuse, pathological gambling, and impulsiveness. *Drug and Alcohol Dependence*, 63(1), 29-38.
- Pio-Abreu J. (2012). *Elementos de Psicopatologia Compreensiva*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Poole, J. C., Kim, H. S., Dobson, K. S., Hodgins, D. C. (2017). Adverse childhood experiences and disordered gambling: assessing the mediating role of emotion dysregulation. *Journal of Gambling Studies*, 3, 1-14.
- Potenza, M. N., Balodis, I. M., Franco, C. A., Bullock, S., Xu, J., Chung, T. et al. (2013). Neurobiological considerations in understanding behavioural treatments for pathological gambling. *Psychology of Addictive Behaviors*, 27(2), 380-392.
- Power Y, Goodyear B, Crockford D. (2012). Neural correlates of pathological gamblers preference for immediate rewards during the iowa gambling task: an fMRI study. *Journal of Gambling Studies*, 28(4), 623-636.
- Prochaska, J. O. & Di Clement, C. (1982). Transtheoretical Therapy: Toward a more integrative model of change. *Psychotherapy, Theory, Research and Practice*, 19(3), 276-288.
- Rahoui, H. & Reynaud, M. (2008). *Terapias Cognitivo-Comportamentais e Adicções*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Rahman, A. S., Xu, J. & Potenza, M. N. (2014). Hippocampal and amygdalar volumetric differences in pathological gambling: a preliminary study of the associations with the behavioral inhibition system. *Neuropsychopharmacology*, 39(3), 738-745.
- Ramos-Grille, I., Gomà-i-Freixanet, M., Aragay, N., Valero, S. & Vallès, V. (2015). Predicting treatment failure in pathological gambling: the role of personality traits. *Addictive Behaviors*, 43, 54-59.
- Reilly C., Smith N. (2013). *White paper on the evolving definition of pathological gambling in the DSM-5*. Washington, Beverly: National Center for responsible gambling.
- Rizeanu, S. (2012). Proposal for a cognitive model to the treatment of pathological gambling. *Procedia-social and Behavioral Sciences*, 33, 742-746.
- Rosenthal, R. J. (2008). Psychodynamic psychotherapy and the treatment of pathological gambling. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 30(Supl. 1), S41-50.
- Rosenthal, R. J. & Rugle, L. J. (1994). A psychodynamic approach to the treatment of pathological gambling: Part I. Achieving abstinence. *Journal of Gambling Studies*, 10(1), 21-42.
- Sadock, B.J. and Sadock, V.A. (2003). *Kaplan and Sadock's Comprehensive Textbook of Psychiatry*. 7th Edition. Philadelphia: Lippincott, Williams and Wilkins.

- Schuler, A., Ferentzy, P., Turner, N. E., Skinner, W., McIsaac, K. E., Ziegler, C. P. et al. (2016). Gamblers Anonymous as a Recovery Pathway: a Scoping Review. *Journal of Gambling Studies*, 32, 1261-1278.
- Shaffer, H. J., Hall, M. N. & Vander Bilt, J. (1999). Estimating the prevalence of disordered gambling behavior in the United States and Canada: A research synthesis. *American Journal of Public Health*, 89,1369–1376.
- Sharpe, L. (2002). A reformulated cognitive-behavioral model of problem gambling. A biopsychosocial perspective. *Clinical Psychology Review*, 22(1), 1-25.
- Sharpe, L., & Tarrier, N. (1993). Towards a cognitive-behavioral theory of problem gambling. *British Journal of Psychiatry*, 162, 407-412.
- Stange, M., Graydon, C. & Dixon, M. J. (2016). "I was that close": Investigating Players' Reactions to Losses, Wins, and Near-Misses on Scratch Cards. *Journal of Gambling Studies*, 32(1), 187-203.
- Stinchfield, R., McCreedy, J., Turner, N.E., Jimenez-Murcia, S., Petry, N.M., Grant, J. et al. (2015). Reliability, validity, and classification criteria for gambling disorder and comparison to DSM-IV. *Journal of Gambling Studies*, 32, 905-922.
- Stinchfield, R., Winters, K. C., Botzet, A., Jerstad, S. & Breyer, J. (2007). Development and Psychometric evaluation of the gambling treatment outcome monitoring system (GAMTOMS). *Psychology of Addictive Behaviors*, 21(2), 174-184.
- Stinchfield, R. (2003). Reliability, validity, and classification accuracy of a measure of DSM-IV diagnostic criteria for pathological gambling. *American Journal of Psychiatry*, 160, 180–182.
- Stinchfield, R. (2002). Reliability, validity and classification accuracy of the South Oaks Gambling Screen (SOGS). *Addictive Behaviors*, 27, 1-19.
- Sylvain, C., Ladouceur, R. & Boisvert, J.M. (1997). Cognitive and behavioral treatment of pathological gambling: a controlled study. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 65(5): 727-732.
- Tavares, H., Zilberman, M. L. & Guelbaly, N. (2003). Are there cognitive and behavioural approaches specific to the treatment of pathological gambling? *Canadian Journal of Psychiatry*, 48(1), 22-27.
- Tavares, J.M., Zilberman, Hodgins e El-Guebaly, (2005), *Alcoholism Clinical and Experimental Research*, 29(8), 1427-1431.
- Tavares, J.M., (2008). Teoria dos Jogos - Aplicada à Estratégia Empresarial. Editor: LTC.
- Temcheff, C., Derevensky, J. & Paskus, T. (2011). Pathological and Disordered Gambling: a comparison of DSM -IV and DSM – V criteria. *International Gambling Studies*, 11 (2), 213-220.
- Tolchard, B. (2017). Cognitive-behavior therapy for problem gambling : a critique of current treatments and proposed new unified approach. *Journal of Mental Health*, 26(3), 283-290.
- Toneatto, T. & Ladouceur, R. (2003). Treatment of pathological gambling: a critical review of the literature. *Psychology of Addictive Behaviors*, 17(4), 284-292.
- Toneatto, T., & Miller, G. (2004). Assessing and treating problem gambling: Empirical status and promising trends. *Canadian Journal of Psychiatry*, 49, 517-525.

- Tozzi, L., Akre, C., Fleury-Schubert, A., & Suris, J. C. (2013). Gambling among youths in Switzerland and its association with other addictive behaviours. A population-based study. *Swiss Medical Weekly*, 143, w13768. DOI: 10.4414/smw.2013.13768.
- Tremblay, J., Wiebe, J., Stinchfield, R. & Wynne, H. (2010). *Canadian Adolescent Gambling Inventory (CAGI) Phase III Final Report*. Disponível em: <http://hdl.handle.net/1880/48158>
- Vachon, J., Vitaro, F., Wanner, B., & Tremblay, R. E. (2004). Adolescent gambling: Relationship with parent gambling and parenting practices. *Psychology of Addictive Behavior*, 18, 398–401.
- Vaddiparti, K. & Cottler, L. B. (2017). Personality disorders and pathological gambling. *Current Opinion in Psychiatry*, 30(1), 45-49.
- Valleur, M., Codina, I., Vénisse, J. L., Romo, L., Magalon, D., Fatséas, M et al. (2016). Towards a validation of the three pathways model of pathological gambling. *Journal of Gambling Studies*, 32(2), 757-771.
- Valleur, M. (2005). Jeu pathologique et conduites orales. *Psychotropes*, 2(11), 9-30.
- Valleur, M. (2015). Gambling and gambling-related problems in France. *Addiction*, 110, 1872-1876.
- Valleur, M. & Bucher, C. (1997). Une addiction exemplaire: le jeu pathologique. *Toxicodépendências*, 3(1), 59-72.
- Van Holst, R. J., Sescourse, G., Janssen, L. K., Janssen, M., Berry, A. S., Jagust, W. J. et al. (2017). Increased striatal dopamine synthesis capacity in gambling addiction. *Biological Psychiatry*, 6(17). DOI: 10.1016/j.biopsych.2017.06.010.
- Vetere, A. & Dallos, R. (2003). *Working Systemically with Families- Formulation, Intervention and Evaluation*. Karnac Books.
- Weinstock, J., Ledgerwood, D. M., Modesto-Lowe, V. & Petry, N. M. (2008). Ludomania: cross-cultural examinations of gambling and its treatment. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 30(1). Epub 31-Jan-2008.
- Welte, J. W., Barnes, G. M., Tidwell, M. C., & Hoffman, J. H. (2008). The prevalence of problem gambling among U.S. adolescents and young adults: Results from a national survey. *Journal of Gambling Studies*, 24(2), 119–133.
- Wickwire, E. M., Burke, R. S., Brown, S. A., Parker, J. D. & May, R. K. (2008). Psychometric evaluation of the National Opinion Research Center DSM-IV Screen for Gambling Problems (NODS). *American Journal of Addictions*, 17(5), 392-395.
- 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.
- Yakovenco, I., Quigley, L., Hemmelgarn, B. R., Hodgins, D. C., Ronksley, P. (2015). The efficacy of motivational interviewing for disordered gambling : systematic review and meta-analysis. *Addictive Behaviors*, 43, 72-82.
- Yau, Y. H. C. & Potenza, M. (2015). Gambling Disorder and Other Behavioral Addictions: Recognition and Treatment. *Harvard Review of Psychiatry*, 23(2), 134-146.







## Glossário

**Aposta** – atividade de jogo através da qual se empenham montantes de dinheiro sobre os resultados de um dado acontecimento previamente identificado, cujo desfecho é incerto e não é dependente da vontade dos participantes, sendo o valor do prémio determinado em função dos montantes apostados e de outros fatores fixados previamente.

**‘ASSIST’ (Alcohol Smoking and Substance Involvement Screening Test)** – instrumento desenvolvido pela OMS que visa aferir padrões de utilização de substâncias psicoativas e o risco associado. Contempla oito questões, possibilitando uma fácil aplicação a diferentes faixas etárias e em múltiplos contextos de prestação de cuidados. O instrumento sugere algumas orientações para a intervenção em função do nível de consumo aferido.

**Autoexclusão** – mecanismo previsto em vários quadros legais (em Portugal e noutros países) através do qual (e mediante pedido efetuado pelo próprio) há lugar à interdição a contextos de jogo.

**Classificação Internacional de Doenças (ICD/CID)** - nomenclatura de doenças elaborada pela Organização Mundial de Saúde e criada para fins estatísticos. Presentemente está em vigor a 10ª Revisão da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde (CID-10).

**Comportamentos Aditivos e Dependências (CAD)** – gama de comportamentos com características impulsivo-compulsivas em relação a diferentes atividades ou condutas (ex. consumo de substâncias psicoativas, jogo, entre outros) envolvendo um potencial de prazer por ativação intensa de estruturas cerebrais que integram o sistema de recompensa. A continuidade e perseverança destes padrões de comportamento, coexistindo com outros fatores de natureza neurobiológica, psicológica, genética e ambiental, poderá evoluir para o ciclo de adição. Uma situação de dependência é formulável mediante a presença de um conjunto delimitado de critérios, entre os quais o forte desejo ou compulsão para desenvolver o comportamento aditivo, a síndrome de abstinência, a evidência de tolerância, dificuldades de controlo do comportamento aditivo, o abandono gradual de prazeres alternativos em função do comportamento aditivo, entre outros.

**‘Chasing losses’ (Resgate)** – representa a procura incessante e persistente de voltar ao contexto de jogo para recuperar rapidamente o dinheiro perdido em apostas feitas anteriormente, devido à convicção de que tal irá acontecer. Este é um dos principais motivos para voltar a jogar, contribuindo para a dependência do jogo.

**Duplo Diagnóstico / Comorbilidade em CAD** – termo para descrever a situação clínica de pessoas com CAD e que simultaneamente apresentam problemas graves de saúde mental (ex: esquizofrenia, perturbações afetivas, perturbações da personalidade).

**‘Gaming’** – termo anglo-saxónico predominantemente utilizado na literatura para caracterizar a atividade de jogo não a dinheiro, em que os jogadores procuram predominantemente a interação com outros jogadores, o sucesso e a progressão para níveis mais diferenciados de jogo em função das suas competências.

**‘Gambling’** – termo anglo-saxónico predominantemente utilizado na literatura para caracterizar o acto de arriscar na sorte em vez de jogar de acordo com a lógica e as probabilidades. No póquer é considerado um termo pejorativo: um jogador que faz “*gambling*” procura ganhar graças à sorte e não às suas capacidades e/ou conhecimentos do jogo.

**Ilusão de controlo** – crença de que se pode controlar ou influenciar resultados sobre os quais, demonstrada e comprovadamente, não se exerce qualquer tipo de influência. Entre outras distorções cognitivas, estas ilusões são comuns entre jogadores com perturbação.

**JA (Jogadores Anónimos)** – grupo de ajuda mútua, predominantemente adaptado do modelo *Alcoólicos Anónimos*, com a orientação de um modelo espiritual e de doença.

**Jogos e apostas online** – jogos de fortuna ou azar e apostas em contexto remoto, em que são utilizados mecanismos, equipamentos ou sistemas que permitem produzir, armazenar ou transmitir documentos, dados e informações, incluindo quaisquer redes de comunicações abertas ou restritas como televisão, internet, telefone fixo ou móvel ou quaisquer outros meios.

**Jogos de base territorial** – jogos e apostas que se realizam em casinos, salas de jogo do Bingo ou outros locais para o efeito previamente autorizados, e que exigem a presença física do jogador.

**Jogo de fortuna ou azar** – aquele que implica o dispêndio de uma quantia em dinheiro e cujo resultado é contingente por assentar exclusiva ou fundamentalmente na sorte.

**Jogo patológico** – definição atribuída pela Associação Americana de Psiquiatria, até à 4ª versão do DSM, a um padrão persistente e recorrente de comportamento desadaptativo de jogo, indicado pela presença de cinco (ou mais) critérios de um total de dez.

**Jogo recreativo** – é também denominado jogo social ou não problemático, sendo que o jogador aposta/joga de forma a não ter consequências negativas.

**Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais, 5ª edição (DSM-5)** - classificação de perturbações mentais promovida pela Associação Americana de Psiquiatria, lançada em 2013. Apresenta critérios concisos e explícitos essenciais à aferição de diagnósticos fiáveis deste tipo de patologias. Este manual, nas suas várias edições, constitui uma referência para a prática clínica no domínio das doenças psiquiátricas, servindo de guia prático e organizador da informação necessária ao estabelecimento de um diagnóstico e potencial tratamento das várias perturbações mentais. Integra os achados científicos provenientes da investigação mais recente, designadamente em termos genéticos e neuroimagiológicos.

**Máquinas eletrónicas de jogo (*'Slot Machines'*)** – termo pelo qual são designados os dispositivos eletrónicos utilizados para o jogo cujo objectivo é fazer corresponder símbolos.

***'Nearmiss'*** (Falhado por pouco) – resultado negativo de uma jogada, percebida pelo utilizador como um quase sucesso. A ocorrência deste fenómeno parece aumentar a probabilidade do indivíduo repetir o comportamento de jogo, em frequência e tempo despendido e sobrevalorizar as possibilidades de ganho.

**Observatório Europeu da Droga e da Toxicodependência (OEDT / EMCDDA)** – organismo com a missão de fornecer à União Europeia e aos seus Estados-Membros informações factuais, objetivas, fiáveis e comparáveis a nível europeu em matéria de droga e toxicodependência e respetivas consequências, que possam ser utilizadas no quadro da definição de políticas e iniciativas de luta contra a droga. Acompanha a evolução do fenómeno nestes territórios, nomeadamente a oferta, a procura e as tendências emergentes; acompanha as respostas encontradas para os problemas ligados à droga; faculta informações sobre as melhores práticas nos países da UE, promovendo a sua partilha e replicação; avalia os riscos de novas substâncias psicoativas, sendo responsável por um sistema de alerta rápido sobre novas substâncias psicoativas, e desenvolve instrumentos de auxílio aos países da UE para o acompanhamento e avaliação das suas próprias políticas.

**Problemas de jogo (*"jogo abusivo", jogador problema", "at-risk gambler" ou "jogador excessivo"*)** – fase intermédia entre o jogo recreativo e a perturbação de jogo. O abuso pode provocar problemas ao utilizador em várias esferas do seu funcionamento, mas este ainda apresenta controlo sobre o comportamento e capacidade de estabelecer limites e regular o seu uso. Trata-se de um conceito ainda pouco claro e adequadamente estabelecido pela literatura, podendo contudo ser discriminado por medidas de rastreio (ex: SOGS: pontuações obtidas entre 3 e 4 pontos: *algum problema de jogo*).

**Prevalência** – medida de uma característica particular (ex. uma doença) num dado grupo ou população, num determinado período de tempo. A prevalência é usualmente estudada por meio de estudos transversais.

**Perturbação de Jogo** – designação conferida no DSM 5 à perturbação *jogo patológico* no DSM-IV-TR, abrangendo o conjunto de itens estabelecidos nessa versão primordial com exceção do critério relativo ao envolvimento em atos ilegais (que foi eliminado). Para o diagnóstico da perturbação é necessária a observância de pelo menos quatro de um total de nove critérios.

**Rede de Referência / Articulação no âmbito dos Comportamentos Aditivos e das Dependências** – sistema de regulação de respostas institucionais de saúde no âmbito dos CAD envolvendo cuidados de saúde primários, cuidados especializados em CAD, cuidados especializados hospitalares e outras respostas da sociedade civil, suportado em critérios técnico-científicos e de organização de serviços, tipo de problemática e áreas geodemográficas.

**Redução de Riscos e Minimização de Danos** – conceito que abrange um conjunto de políticas, programas e práticas desenvolvidas junto de indivíduos ou grupos, com o objetivo primordial de reduzir as consequências negativas nos âmbitos social e económico e particularmente da saúde decorrentes de determinados comportamentos. Tratando-se de intervenções muito associadas ao âmbito dos CAD, designadamente ao uso de substâncias psicoativas, a sua implementação não implica a extinção do comportamento aditivo, beneficiando as pessoas com CAD, como também as suas famílias e comunidades. Envolvem programas de trocas de seringas, programas de substituição opiácea em baixo limiar de exigência, intervenção por equipas de rua, entre outros.

**'South Oaks Gambling Screen' (SOGS)** – medida de rastreio mais comumente utilizada em contexto clínico e de investigação para avaliar a presença de problemas de jogo e prováveis situações de perturbação.

**Tratamento** – disponibilização de uma ou mais intervenções estruturadas, pontuais e ou integradas, destinadas a lidar com problemas de saúde e outros, visando melhorar o bem-estar e funcionamento pessoal e social. Pode decorrer em diferentes tipos de enquadramentos e estruturas (ambulatório, internamentos, centros de dia, entre outros), com recurso a diferentes formas de intervenção e profissionais, tendo uma duração variável.



REPÚBLICA  
PORTUGUESA

SAÚDE



SICAD

Serviço de Intervenção nos  
Comportamentos Aditivos  
e nas Dependências

Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências  
Parque de Saúde Pulido Valente, Alameda das Linhas de Torres – Nº. 117, Edifício SICAD. 1750-147 Lisboa  
Contacto: +351 211 119 000 | [www.sicad.pt](http://www.sicad.pt)