Tema 3 A Patologia Mental em Atletas e a Psiquiatria Desportiva

Dr. Paulo Sousa Martins

Interno de Formação Específica em Psiquiatria. Hospital de Magalhães Lemos, EPE. Porto

RESUMO / ABSTRACT

A patologia mental em atletas de alta competição é frequente, afetando o desempenho desportivo dos mesmos, assim como outras esferas da sua vida. A psiquiatria desportiva é uma subespecialidade médica que se dedica ao estudo da psiquiatria nesta população específica. Este artigo procura resumir as patologias mentais mais comuns em atletas e as suas semelhanças e diferenças com a população geral. Serão também discutidas as funções do psiquiatra desportivo dentro de uma equipa multidisciplinar que aborda a saúde, e a doença mental em atletas.

Mental disease in elite athletes is common, affecting their sports performance, as well as other parts of their life. Sports psychiatry is a medical subspecialty dedicated to the study of psychiatry in this specific population. The aim of this paper is to summarize the most common mental diseases in athletes, as well as their similarities and differences with the general population. The role of the sports psychiatrist within a multidisciplinary team that addresses mental health and illness in athletes will also be discussed.

PALAVRAS-CHAVE / KEYWORDS

Psiquiatria, psiquiatria desportiva, saúde mental, atletas
Psychiatry, sports psychiatry, mental health, athletes

Introdução

As intensas exigências da alta competição integram um aspeto central na vivência de um atleta de elite. Estas podem aumentar a suscetibilidade do atleta a sintomas de doença mental e a comportamentos de risco, sendo então necessário a intervenção de profissionais de saúde mental.¹ A psiquiatria desportiva é uma subespecialidade da psiquiatria, dedicada ao diagnóstico e ao tratamento de patologia mental em atletas, diferenciando-se da psicologia do desporto, que se foca essencialmente na melhoria da prestação desportiva do atleta através de intervenções psicológicas.² Esta é uma área de diferenciação relativamente recente, mas em constante crescimento e uniformização, como é exemplo a Declaração de Consenso de 2019 emitido pelo Comité Olímpico Internacional.³ A divulgação de evidência científica da área da psiquiatria aos clínicos desportivos é fundamental e visa, ultimamente, salientar a importância da integração dos cuidados de saúde mental nos departamentos clínicos de organizações desportivas.

Objetivos

Esta revisão de tema tem como objetivo a apresentação sumária das patologias psiquiátricas mais prevalentes nos atletas, comparando com a população geral, assim como especificidades na sua abordagem e tratamento.

Métodos

Para a realização desta publicação efetuou-se uma revisão de tema, tendo por base o Currículo de Psiquiatria Desportiva da Sociedade Internacional de Psiquiatria Desportiva e a pesquisa não-estruturada na PubMed de artigos relevantes nesta área.

Resultados e Discussão

Perturbações depressivas e suicídio

A prática de exercício físico aparenta prevenir e/ou reduzir os sintomas depressivos na população geral. Porém, tal não acontece em atletas de alta competição. Um estudo em

atletas universitários norte-americanos demonstrou a prevalência de sintomas depressivos clinicamente relevantes em 24% da amostra.⁴ Ademais, 6% dos atletas tinham sintomatologia depressiva moderada a grave, consistente com a prevalência de perturbação depressiva major em universitários não-atletas.⁵ Os atletas do género feminino e que participam em desportos individuais têm risco acrescido de sintomas depressivos.⁵ Além dos fatores ambientes e genéticos comuns à população geral, a depressão em atletas pode ser precipitada por lesões graves, resultados competitivos insatisfatórios, fim da carreira desportiva, treino excessivo ou concussão cerebral.⁶ Por outro lado, a prática de desporto parece ser fator protetor contra suicídio, explicado possivelmente pela estrutura, apoio social e acesso atempado a cuidados de saúde providenciados pela organização desportiva.⁷ A depressão associa-se a disfuncionalidade laboral (neste caso, desportiva), social e familiar, assim como outras co-morbilidades psiquiátricas, pelo que o diagnóstico e tratamento atempado deve ser providenciado pela equipa médica de uma organização desportiva. O bupropiom é o medicamento primeira linha para os psiquiatras desportivos quando não existe ansiedade ou perturbação bipolar subjacente.⁶ Este fármaco não parece afetar o desempenho desportivo dos atletas.⁸ Se o doente apresentar igualmente sintomas de ansiedade, a fluoxetina é a opção escolhida.⁶

Perturbações de ansiedade

A evidência existente aponta para que a prevalência de perturbações de ansiedade em atletas seja semelhante à população em geral.⁹ A ansiedade de desempenho relacionada com o desporto pode até ser benéfica, tornando-se patológica quando se associa a diminuição do desempenho desportivo.¹⁰ É relevante a diferenciação com perturbação de ansiedade social, cujas preocupações se centram no escrutínio de terceiros e não no desempenho desportivo em si.⁶ Os ataques de pânico podem ser potenciados pelas sensações físicas associadas ao exercício, embora a

perturbação de pânico ainda não tenha sido estudado em atletas.¹¹ Quando presente, deve-se tratar a patologia de base e desencorajar o evitamento fóbico da atividade física.⁶ A perturbação obsessivo-compulsiva distingue-se dos rituais competitivos dos atletas quando se estende além do ambiente desportivo, ocupa uma porção importante do dia e se associa a elevados níveis de ansiedade de não serem realizados.⁶ Os atletas podem também sofrer de perturbação de stresse pós-traumático (PTSD) consequentes de traumas comuns à população geral, mas também lesões catastróficas, perdas de autoestima e de reconhecimento social.¹² Quando presente, a PTSD pode interferir com a reabilitação e regresso à atividade desportiva.⁶ A psicoterapia cognitivo-comportamental é, isoladamente ou em associação, o tratamento de primeira linha das perturbações de ansiedade. O escitalopram e a sertralina são os fármacos mais utilizados pelos psiquiatras desportivos.¹³ As benzodiazepinas e os betabloqueadores são evitados.

Perturbação afetiva bipolar (PAB) e perturbações psicóticas

Não está ainda estudada a prevalência destas patologias em atletas. Porém estas iniciam-se geralmente no período de maior capacidade desportiva dos atletas¹⁴ e estão associadas a maior disfuncionalidade, pelo que atletas com sintomatologia afetiva ou psicótica devem ser avaliados por um psiquiatra.¹⁵ No entanto, não são incompatíveis com o sucesso desportivo.¹⁶ Ainda não existem recomendações psicofarmacológicas específicas nesta população, todavia deve-se considerar o rendimento desportivo na decisão terapêutica. Assim, em atletas, a lamotrigina e o lítio são preferidos na PAB e o aripiprazol nas perturbações psicóticas.¹³

Perturbação de hiperatividade e défice de atenção (PHDA)

A PHDA é uma perturbação do neurodesenvolvimento que causa disfunção em várias áreas da vivência do doente e perturba as suas relações interpessoais. A sua prevalência em atletas é superior à população geral¹⁷, pois as crianças com PHDA

têm maior tendência a fazer desporto pelo reforço positivo e efeitos ativadores do exercício físico. Porém, os sintomas de PHDA podem prejudicar o desempenho desportivo. Os atletas com PHDA têm maior probabilidade de sofrerem de concussões cerebrais e apresentam maior tempo de recuperação.¹⁸ Quanto ao tratamento, as intervenções psicossociais são importantes nos sintomas ligeiros e na gestão da disfuncionalidade associada à PHDA. A atomoxetina é o fármaco de escolha em atletas.¹³ Os estimulantes são a primeira linha de tratamento na população geral, mas associam-se a risco de utilização como substância ergogénica, estando por isso incluídos na lista de substâncias proibidas pela agência mundial de antidopagem.

Perturbações do comportamento alimentar e do sono

As perturbações do comportamento alimentar (PCA) associam-se a diminuição do rendimento e, nos casos mais graves, a complicações médicas que podem levar à morte, sendo a anorexia nervosa a que apresenta pior prognóstico. São mais prevalentes nos atletas, comparativamente à população geral, no género feminino¹⁹ e em desportos que têm classes por pesos ou com componente estética. Nestes, a prevalência de PCAs pode atingir os 25%.²⁰ Por este motivo, é recomendado o rastreio sistematizado de sintomas de nos atletas. O tratamento é difícil e deve envolver uma equipa multidisciplinar. A psicoterapia cognitivo-comportamental é o tratamento de escolha, porém pouco estudado em atletas. A psicofarmacologia é utilizada maioritariamente para o tratamento de comorbilidades.²¹ O retorno à atividade desportiva é também um momento essencial da gestão de um atleta com PCA.

Os atletas dormem menos horas e com pior qualidade de sono.²² Os períodos antes de competição, o *jet lag* e a maior utilização de dispositivos eletrónicos aumentam o risco de perturbações do sono, condicionando o desempenho desportivo do atleta.²³ Os psiquiatras desportivos medicam preferencialmente com melatonina e trazodona em baixa dose e evitam a utilização de benzodiazepinas.¹³

Perturbações aditivas e adição ao desporto

Os atletas utilizam substâncias com potencial aditivo com menor frequência que a população em geral, especialmente em períodos de competição.²⁴ No entanto, os atletas participam em episódios de *binge drinking* com elevada frequência.²⁵ A nicotina, fumada ou vaporizada, é ainda utilizada com frequência por atletas.²⁶ A substância ilícita mais utilizada por atletas é a cannabis²⁷, seguida pela cocaína. Os estudos efetuados sobre esteroides anabolizantes baseiam-se em autorrelatos, pela que a baixa prevalência encontrada é questionável. A Agência Mundial Antidopagem reporta 1-2% de testes positivos para substâncias ergogénicas, sendo que 48% destas são esteroides anabolizantes.²⁸ Por outro lado, as perturbações aditivas relacionadas com o jogo são mais prevalentes em atletas.²⁹ Estas são normalmente *adições escondidas*, mas as suas consequências a nível desportivo e biopsicossocial são igualmente severas.²⁹ As perturbações aditivas moderadas a graves são relativamente pouco frequentes em atletas no ativo e mais comuns em atletas retirados.²⁴ A prevenção é essencial na abordagem a perturbações aditivas. Podem ser utilizados métodos como testagem (p.ex. passaporte biológico), rastreios, intervenções psicoeducativas e psicoterapêuticas (individual ou em grupo). A adição ao desporto é comportamental e ainda não está especificada nos manuais de diagnóstico de psiquiatria. A sua evolução assemelha-se a outras perturbações aditivas, pela evolução natural e psicopatologia partilhada, assim como risco acrescido de outras adições e co-morbilidades psiquiátricas.³⁰ Mesmo cumprindo alguns critérios de diagnóstico, um atleta de alta competição não sofre necessariamente de adição ao desporto. A prevalência é estimada em 3% na população geral, mas pode ser ainda mais elevada em grupos específicos como os ultramaratonistas.³¹

Concussão cerebral relacionada com o desporto

As concussões cerebrais relacionadas com o desporto (CRD) são comuns. Estas representam os

sintomas imediatos e transitórios associados a lesão cerebral traumática. Porém, esta definição pode subestimar os efeitos a longo prazo de CRD que despoleta patologia psiquiátrica, nomeadamente depressão.³² Assim, a avaliação precoce de sintomas psiquiátricos nestes atletas e acompanhamento durante o processo de reabilitação é fundamental.³³

Tratamento psiquiátrico em atletas

O tratamento psiquiátrico em atletas deve ser multidisciplinar, integrando psicoterapia e psicofármacos. A psicoterapia, seja individual, em grupo ou de casal/familiar, por intervenções breves ou mais estruturadas, é uma opção segura e custo-eficaz na população geral.³⁴ A psicoterapia cognitivo-comportamental pode ser especialmente apropriada em atletas.³⁵ As opções psicofarmacológicas utilizadas são, ainda, maioritariamente baseadas na opinião de especialistas da área. São preferidos os fármacos com menor probabilidade de causar sedação, aumento do peso e efeitos adversos cardíacos e do movimento. São tidos também em consideração os regulamentos das agências de antidopagem.¹³

O atleta, o seu contexto e relações interpessoais

O fim da carreira desportiva é um período de transição chave na vida de um atleta, potenciando dificuldades de ajustamento. Estas são particularmente relevantes quando a carreira termina de forma imprevista/involuntária.³⁶ O estigma é, ainda, a principal barreira à procura de tratamento psicológico e/ou psiquiátrico nos atletas³⁷, embora menos prevalente nas populações mais jovens. Outras barreiras são, por exemplo, menor literacia em saúde mental, experiências negativas no passado e dificuldades de agendamento. Em atletas acresce o receio da doença mental ser vista como uma fraqueza e diminuir as oportunidades desportivas.³⁸

O ecossistema de uma organização desportiva engloba a diversidade cultural patente nas mesmas, assim como as relações entre atletas, treinadores e dirigentes. Os serviços de saúde mental de

uma organização desportiva devem englobar profissionais focados em aumentar as capacidades mentais que oferecem vantagem competitiva, mas também os que abordam patologia mental em atletas, desde a prevenção à reabilitação, em concordância com o restante corpo clínico da organização. Devem igualmente providenciar intervenções breves, realizadas no sentido de reduzir o estigma, aumentar a literacia em saúde mental e reconhecer a diversidade cultural, religiosa, etnicidade, género, e orientação sexual. Estas ações têm um papel fundamental na diminuição de barreiras ao acesso a cuidados de saúde mental.

CONCLUSÃO

Os sintomas de doença mental em atletas de alta competição são comuns, vastos e complexos, com particularidades inerentes à vivência dos mesmos, que os diferem da população geral. Estas devem ser reconhecidas pelo corpo clínico das organizações desportivas, também constituído por uma equipa de saúde mental e encabeçada por um psiquiatra desportivo. Ademais, o aumento de literacia em saúde mental dos seus membros é essencial para a prevenção de sintomas de doença mental, assim como o seu diagnóstico, tratamento e reabilitação atempada, de forma a minimizar o impacto no rendimento desportivo e nas outras esferas de vida do doente.

O autor nega a existência de conflitos de interesse, assim como a originalidade e a não publicação prévia deste manuscrito.

Correspondência
Paulo Sousa Martins
paulo.sousa.martins93@gmail.com

Bibliografia

- Hughes, L., Leavey, G. *Setting the bar: Athletes and vulnerability to mental illness*. Br J Psychiatry. 2012; 200(2):95-96.
- Begel, D. *An overview of sport psychiatry*. Am J Psychiatry. 1992; 149(5):606-614.
- Reardon, C. L., Hainline, B., Aron, C. M., Baron, D., Baum, A. L., Bindra, A. et al. *Mental health in elite athletes: International olympic committee consensus statement* (2019). Br J Sports Med. 2019; 53(11):667-699.
- Wolanin, A., Hong, E., Marks, D., Panchoo,

- K., Gross, M. et al. *Prevalence of clinically elevated depressive symptoms in college athletes and differences by gender and sport*. Br J Sports Med. 2016; 50(3):167-171.
- Ibrahim, A. K., Kelly, S. J., Adams, C. E., Glazebrook, C. et al. *A systematic review of studies of depression prevalence in university students*. J Psychiatr Res. 2013; 47(3):391-400.
- Reardon, C. L. *Psychiatric comorbidities in sports*. Neurol Clin. 2017; 35(3):537-546.
- Rao, A. L. *Athletic suicide – separating fact from fiction and navigating the challenging road ahead*. Curr Sports Med Rep. 2018; 17(3):83-84.
- Roelands, B., Hasegawa, H., Watson, P., Piacentini, M. F., Buysse, L., De Schutter, G. et al. *Performance and thermoregulatory effects of chronic bupropion administration in the heat*. Eur J Appl Physiol. 2009; 105(3):493-498.
- Gulliver, A., Griffiths, K. M., Mackinnon, A., Batterham, P. J., Stanimirovic, R. et al. *The mental health of Australian elite athletes*. J Sci Med Sport. 2015; 18(3), 255-261.
- Patel, D. R., Omar, H., Terry, M. *Sport-related performance anxiety in young female athletes*. J Pediatr Adolesc Gynecol. 2010; 23(6):325-335.
- Ströhle, A., Graetz, B., Scheel, M., Wittmann, A., Feller, C., Heinz, A. et al. *The acute antipanic and anxiolytic activity of aerobic exercise in patients with panic disorder and healthy control subjects*. J Psychiatr Res. 2009; 43(12):1013-1017.
- Wenzel T, Z. L. J. (2013). *Posttraumatic stress in athletes*. In R. C. L. Baron DA, Baron SH (Ed.), *Clinical sports psychiatry: an international perspective* (pp. 102-114). Oxford (United Kingdom): Wiley-Blackwell.
- Reardon, C. L., Creado, S. *Psychiatric medication preferences of sports psychiatrists*. Phys Sportsmed. 2016; 44(4):397-402.
- Moesch K, K. G., Kleinert J, et al. *Fepsac position statement: Mental health disorders in elite athletes and models of service provision*. Psychol Sport Exerc. 2018; 38:61-71.
- Nice. *Psychosis and schizophrenia in adults: Prevention and management*. 2014.
- Favor Hamilton S, T. S. *Fast girl: a life spent running from madness*. 2016. 1st ed. New York: Harper Collins.
- Poysophon, P., Rao, A. L. *Neurocognitive deficits associated with ADHD in athletes: A systematic review*. Sports Health. 2018; 10(4):317-326.
- Han, D. H., McDuff, D., Thompson, D., Hitchcock, M. E., Reardon, C. L., Hainline, B. et al. *Attention-deficit/hyperactivity disorder in elite athletes: A narrative review*. Br J Sports Med. 2019; 53(12):741-745.
- Sundgot-Borgen, J., Torstveit, M. K. *Prevalence of eating disorders in elite athletes is higher than in the general population*. Clin J Sport Med. 2004; 14(1):25-32.
- Sundgot-Borgen, J. *Prevalence of eating disorders in elite female athletes*. Int J Sport Nutr. 1993; 3(1):29-40.
- APA. *Practice guideline for the treatment of patients with eating disorders*. 2006. 3rd ed.
- Leeder, J., Glaister, M., Pizzoferrero, K., Dawson, J., Pedlar, C. et al. *Sleep duration and quality in elite athletes measured using wristwatch actigraphy*. J Sports Sci. 2012; 30(6):541-545.
- Samuels, C., James, L., Lawson, D., Meeuwisse, W. et al. *The athlete sleep screening questionnaire: A new tool for assessing and*

- managing sleep in elite athletes. *Br J Sports Med.* 2016; 50(7):418-422.
24. Mcduff, D., Stull, T., Castaldelli-Maia, J. M., Hitchcock, M. E., Hainline, B., Reardon, C. L. et al. *Recreational and ergogenic substance use and substance use disorders in elite athletes: A narrative review.* *Br J Sports Med.* 2019; 53(12):754-760.
 25. Gouttebauge, V., Backx, F. J., Aoki, H., Kerkhoffs, G. M. et al. *Symptoms of common mental disorders in professional football (soccer) across five european countries.* *J Sports Sci Med.* 2015; 14(4):811-818.
 26. Gouttebauge, V., Aoki, H., Kerkhoffs, G. M. *Prevalence and determinants of symptoms related to mental disorders in retired male professional footballers.* *J Sports Med Phys Fitness.* 2015.
 27. Research, NCAA. (2018). *NCAA National study on substance abuse habits of college student-athletes.* Retrieved November 17, 2018; http://www.ncaa.org/sites/default/files/2018RES_Substance_Use_Final_Report_FINAL_20180611.pdf.
 28. De Hon, O., Kuipers, H., Van Bottenburg, M. *Prevalence of doping use in elite sports: A review of numbers and methods.* *Sports Med.* 2015; 45(1):57-69.
 29. Derevensky, J. L., Mcduff, D., Reardon, C. L., Hainline, B., Hitchcock, M. E., Richard, J. et al. *Problem gambling and associated mental health concerns in elite athletes: A narrative review.* *Br J Sports Med.* 2019; 53(12):761-766.
 30. Freimuth, M., Moniz, S., Kim, S. R. *Clarifying exercise addiction: Differential diagnosis, co-occurring disorders, and phases of addiction.* *Int J Environ Res Public Health.* 2011; 8(10):4069-4081.
 31. Allegre, B., Therme, P., Griffiths, M. *Individual factors and the context of physical activity in exercise dependence: A prospective study of 'ultra-marathoners'.* *International Journal of Mental Health and Addiction.* 2007; 5(3):233-243.
 32. Rice, S. M., Parker, A. G., Rosenbaum, S., Bailey, A., Mawren, D., Purcell, R. et al. *Sport-related concussion and mental health outcomes in elite athletes: A systematic review.* *Sports Med.* 2018; 48(2):447-465.
 33. Mccrory, P., Meeuwisse, W., Dvorák, J., Aubry, M., Bailes, J., Broglio, S. et al. *Consensus statement on concussion in sport-the 5th international conference on concussion in sport held in berlin, october 2016.* *Br J Sports Med.* 2017; 51(11):838-847.
 34. Stillman, M. A., Glick, I. D., Mcduff, D., Reardon, C. L., Hitchcock, M. E., Fitch, V. M. et al. *Psychotherapy for mental health symptoms and disorders in elite athletes: A narrative review.* *Br J Sports Med.* 2019; 53(12):767-771.
 35. Hays, K. F. *Working it out: using exercise in psychotherapy.* 2009. Washington DC: American Psychological Association.
 36. Knights, S., Sherry, E., Ruddock-Hudson, M. *Investigating elite end-of-athletic-career transition: A systematic review.* *Journal of Applied Sport Psychology.* 2016; 28(3):291-308.
 37. Corker, E., Hamilton, S., Robinson, E., Cotney, J., Pinfold, V., Rose, D. et al. *Viewpoint survey of mental health service users' experiences of discrimination in england 2008-2014.* *Acta Psychiatr Scand.* 2016; 134 Suppl 446:6-13.
 38. Castaldelli-Maia, J. M., Gallinaro, J. G. M. E., Falcão, R. S., Gouttebauge, V., Hitchcock, M. E., Hainline, B. et al. *Mental health symptoms and disorders in elite athletes: A systematic review on cultural influencers and barriers to athletes seeking treatment.* *Br J Sports Med.* 2019; 53(11):707-721.