

UNIVERSIDADE DE LISBOA
FACULDADE DE PSICOLOGIA



**“UM OLHO NO *GAMBLER* E OUTRO NO *GAMER*”:
CARACTERIZAÇÃO DE DUAS AMOSTRAS CLÍNICAS
DE JOGADORES (A DINHEIRO E DE VIDEOJOGOS)**

Tânia Sofia Lino Ruivo

MESTRADO EM PSICOLOGIA CLÍNICA E DA SAÚDE

Área de Especialização em Psicologia Clínica Cognitivo-Comportamental Integrativa

2022

UNIVERSIDADE DE LISBOA
FACULDADE DE PSICOLOGIA



**“UM OLHO NO *GAMBLER*, OUTRO NO *GAMER*”:
CARACTERIZAÇÃO DE DUAS AMOSTRAS CLÍNICAS
DE JOGADORES (A DINHEIRO E DE VIDEOJOGOS)**

Tânia Sofia Lino Ruivo

Dissertação orientada pela Professora Doutora Ana Catarina Nunes da Silva

MESTRADO EM PSICOLOGIA CLÍNICA E DA SAÚDE

Área de Especialização em Psicologia Clínica Cognitivo-Comportamental Integrativa

2022

Agradecimentos

O meu primeiro agradecimento é para a Prof. Dr. Ana Catarina Nunes da Silva, por ter aceite ser minha orientadora e por ter estado comigo nesta jornada muito desafiante, cuja disponibilidade e atenção estou imensamente grata.

Em segundo lugar, quero agradecer muito à equipa do Instituto do Apoio ao Jogador (IAJ), em especial ao Dr. Pedro Hubert e ao Dr. Bruno Bento, por me terem confiado em mim, ao me permitirem ter acesso à base de dados do IAJ. Foi um voto de confiança que nunca irei esquecer e que é sagrado para mim. Além disso, sempre estiveram disponíveis em me ajudar, generosidade essa à qual estou muito grata.

Um agradecimento especial aos participantes envolvidos nesta investigação, pela disponibilidade de contribuir para a ciência.

Sou eternamente grata aos meus pais e ao Daniel, por me terem apoiado sempre e nunca desistirem de mim. Um agradecimento muito especial também às minhas duas cadelas, a Bianca e a Cookie, por tornarem a minha vida mais feliz.

Por fim, mas não menos importante, agradeço às minhas amigas da faculdade, principalmente à Inês, à Eduarda, à Maria, à Sara e à Susana, pelo suporte em todas as horas, pela paciência em aturar-me e por terem tornado estes 5 anos inesquecíveis.

Resumo

A Perturbação de Jogo e a Perturbação de Jogo pela Internet são as únicas perturbações aditivas comportamentais reconhecidas até ao momento, cujos avanços na investigação são resultado da preocupação crescente da comunidade científica para o impacto destas problemáticas na saúde pública mundialmente. Desse modo, o principal objetivo deste estudo foi descrever e caracterizar, através de medidas quantitativas, duas amostras clínicas de jogadores portugueses do Instituto de Apoio ao Jogador (IAJ), face às suas características sociodemográficas e a outras dimensões psicológicas (*distress* psicológico, impulsividade, traços de personalidade e qualidade de vida). Tendo em conta esse objetivo, as duas amostras são de conveniência, uma constituída por 125 jogadores a dinheiro (*gamblers*) com idades entre os 16 e os 70 anos, sendo que 4 participantes se identificam com o sexo feminino, e outra por 19 jogadores de videojogos (*gamers*), todos do sexo masculino com uma média de idade de 24 anos. Verificou-se que ambas as amostras apresentaram valores dentro da normalidade quanto à qualidade de vida, ao *distress* psicológico e aos traços de personalidade (à exceção do Psicoticismo), comparativamente à média da população geral portuguesa, o que suportou parcialmente as hipóteses definidas. Em relação aos resultados obtidos na impulsividade, estes variaram consoante o sexo e a dimensão de impulsividade avaliada, tendo estes suportado parcialmente as hipóteses. Este estudo permite compreender o perfil destes dois tipos de jogadores, num contexto clínico, não só quanto às suas características sociodemográficas, como também psicopatológicas, o que tem implicações para o desenvolvimento de planos de prevenção e intervenção mais eficazes, através de uma abordagem mais individualizada, centrada nas necessidades das pessoas, neste contexto.

Palavras-chave: perturbações aditivas comportamentais, jogadores a dinheiro, jogadores de videojogos, amostras clínicas, estudo descritivo

Abstract

The Gambling Disorder and the Internet Gaming Disorder are the only behavioral addictive disorders identified until this moment, of which the progresses on investigation are a result of the growing concern by the scientific community for the impact of these problematics on health care worldwide. Therefore, the main goal of this study is to describe and characterize, through quantitative measures, two Portuguese clinical samples from Instituto de Apoio ao Jogador (IAJ), according to their sociodemographic features and other psychological dimensions (psychological distress, impulsivity, personality traits and quality of life). Taking this goal into account, both are convenience samples, one composed by 125 gamblers with ages between 16 and 70 years old, in which 4 participants identified themselves as females and another one by 19 male gamers with a mean age of 24 years old. It was verified that the two samples present normal values of quality of life, psychological distress and personality traits (except Psychoticism), compared to the portuguese population mean, which supported partially the defined hypotheses. Regarding the impulsivity results, these varied according to sex and the impulsivity dimension evaluated, which supported partially the hypotheses. This study allows understanding of the profile of these two kinds of groups (gamblers and gamers), at a clinical context, not only about their sociodemographic variables, but also psychopathological ones, which has implications for the development of more effective prevention and intervention programs, through a more individualized approach, focused on the individual's personal needs, in a clinical context.

Keywords: behavioral addictive disorders, gamblers, gamers, clinical samples, descriptive study

Índice Geral

Introdução	1
Perturbações Aditivas Comportamentais	1
Perturbação de Jogo: <i>Gambling Disorder</i>	2
Perturbação de Jogo pela Internet: <i>Internet Gaming Disorder</i>	3
Características Sociodemográficas	4
Traços de Personalidade	6
Impulsividade.....	8
Qualidade de Vida.....	9
Sintomas Psicopatológicos.....	10
Relevância da Investigação e Implicações Teóricas.....	11
Objetivos e Hipóteses	11
Metodologia	13
Participantes	13
Instrumentos.....	14
Questionário Sociodemográfico.....	14
Questionários de História e Comportamento de Jogo.....	14
Questionário de Personalidade de Eysenck – Forma Revista (EPQ-R).....	15
Escala de Impulsividade de Barratt (BIS-11).....	16
Instrumento Abreviado de Avaliação da Qualidade de Vida da OMS – (WHOQOL-Bref).	16
Inventário de Sintomas Psicopatológicos 18 (BSI-18).	17
Procedimentos.....	18
Procedimentos de seleção e recolha de dados	18
Procedimentos da Análise Estatística.....	18
Resultados	19
Características Sociodemográficas	19
Comorbilidades e Atividades Compensatórias	20
Traços de Personalidade	22
Impulsividade.....	22

Qualidade de Vida.....	23
Sintomas Psicopatológicos.....	24
Discussão.....	25
Referências	35
Anexos.....	43
Anexo A: Informação Sociodemográfica complementar	43
Anexo B: Consentimento Informado	45
Anexo C: Questionário Sociodemográfico	47

Índice de Tabelas

Tabela 1: Descrição das variáveis sociodemográficas de ambas as amostras de jogadores.....	19
Tabela 2: Análise descritiva da presença de comorbilidades dos Participantes, por grupo.....	21
Tabela 3: Descrição de cada grupo clínico, em relação às atividades de substituição do jogo	21
Tabela 4: Caracterização dos dois grupos, ao nível das dimensões de personalidade avaliadas	22
Tabela 5: Caracterização dos dois grupos, ao nível das níveis formas de impulsividade medidas, por sexo	23
Tabela 6: Descrição dos níveis de qualidade de vida geral e por domínios, por grupo.....	24
Tabela 7: Carcterização do distress psicológico, por grupo	24

Índice de Figuras

Figura 1: Descrição da média de idades, por sexo e por grupo.....	20
--	----

Introdução

Perturbações Aditivas Comportamentais

A literatura científica tem vindo a demonstrar que além da ingestão de substâncias psicoativas também outros comportamentos de risco se podem tornar aditivos. A maioria dos estudos empíricos (e.g., Bowden-Jones, 2010; Petry, 2010) concluem que as adições comportamentais partilham características e critérios clínicos com outras formas de comportamento aditivo como o consumo de substâncias.

Esses comportamentos, atualmente, são definidos como Adições Comportamentais, por vários órgãos científicos, nomeadamente pela Associação de Psiquiatria Americana (APA, 2013) e a Organização Mundial da Saúde (OMS, 2018).

Griffiths (2005) foi o autor responsável por identificar um conjunto de critérios que facilitam o diagnóstico de uma adição comportamental. Estes são: a saliência (o comportamento aditivo é a atividade mais importante na vida da pessoa); a alteração do humor (o efeito emocional do comportamento aditivo no indivíduo); a tolerância (necessidade de aumentar a frequência do comportamento para obter os efeitos no humor/estado afetivo que conseguia inicialmente); os sintomas de abstinência/privação (estados fisiológicos e afetivos desagradáveis, devido à privação do comportamento); o conflito (desentendimentos com os seus pares ou a impossibilidade de se dedicar a outras atividades, devido ao seu comportamento); e recaída (tendência para repetir os padrões excessivos do comportamento, anteriores à privação).

Em síntese, pode-se concluir que a principal característica que define as adições comportamentais é a dificuldade de resistir a impulsos, tentações e motivações, que se reflete no impacto na vida da pessoa de forma significativamente negativa (Derevensky, 2019).

Várias são as condições, que clinicamente, têm sido reportadas como sendo adições comportamentais, tais como: compras compulsivas, “adição sexual”, “adição por atividade física” e “adição por comida” (Derevensky, 2019). Contudo, estes comportamentos repetitivos ainda não estão incluídos no DSM-5 e/ou ICD-11, visto que ainda é necessário encontrar evidências mais consistentes para estabelecer os critérios de diagnóstico (APA, 2013).

Atualmente, apenas a Perturbação de Jogos (DSM-5) e a Perturbação de Jogo pela Internet (ICD-11) foram oficialmente reconhecidos como Adições Comportamentais. Neste estudo, em particular, são estas duas últimas perturbações que serão alvo de investigação.

Perturbação de Jogo: *Gambling disorder*

Atualmente, a APA (2013) define a Perturbação de Jogo (PJ) como sendo um padrão de comportamento de jogo (*gambling*) problemático, recorrente e desadaptativo, que leva a um prejuízo clínico significativo e/ou a um grande *distress* psicológico, com consequências nefastas não só na vida da própria pessoa, como também a nível comunitário. Nesse sentido, este é já considerado em todo o mundo, um problema de saúde pública (Calado & Griffiths, 2016).

O mercado do jogo inclui tudo o que são atividades que envolvam risco ao jogar a dinheiro ou valores, sendo esse risco, em parte, determinado pela sorte (Whelan et al., 2007). É o caso da lotaria, das máquinas eletrónicas de jogo, da raspadinha, dos jogos de cartas, do Totoloto e Totobola, das apostas desportivas, etc. Sendo que, a forma como jogam é variada: *online*, *offline* e/ou misto.

Em Portugal, segundo os estudos de Balsa e colaboradores (2015), a prevalência de jogo a dinheiro é de 65,7%, sendo mais comum entre pessoas do género masculino e com idades compreendidas entres os 35 e os 44 anos. Esta popularidade revela, por um

lado, uma atitude de aceitação do jogo na sociedade portuguesa, que aliada à adoção de novas tecnologias relacionadas com a Internet, contribui significativamente para o crescimento deste mercado (Griffiths et al., 2012).

Com o avanço da investigação empírica, as classificações desta condição têm vindo a sofrer alterações. Por exemplo, na 5ª edição do DSM, a Perturbação de Jogo deixou de estar incluída na categoria de Perturbações do Controlo de Impulsos (DSM-III e DSM-IV), transitando assim para o grupo das Perturbações Relacionadas com Substâncias e Perturbações Aditivas, num subgrupo denominado Perturbações Não Relacionadas com Substâncias (APA, 2013).

Esta alteração ocorreu devido ao aumento de suporte científico, que tem concluído que a Perturbação de Jogo partilha qualidades neurobiológicas, cognitivas e comportamentais com a dependência de substâncias (Dowling et al., 2015). Consequentemente, o perfil de sintomas fisiológicos, das comorbidades e das alterações dos substratos cerebrais que manifesta é também semelhante (Clark, 2014).

Perturbação de Jogo pela Internet: *Internet Gaming disorder*

Os videojogos ocupam um lugar muito significativo na indústria do entretenimento, a nível mundial, sendo um negócio muito lucrativo. Ao longo do tempo, os videojogos têm evoluído a partir dos avanços tecnológicos, que contribuíram para melhorias tanto ao nível do *design* como do conteúdo narrativo, o que tornou os videojogos ainda mais atrativos.

Foi através dos estudos pioneiros de Kimberly Young (e.g., Young, 1998), que a comunidade clínica e científica ficou gradualmente mais consciente do impacto na saúde mental que a Internet tinha nos seus utilizadores. Numa fase posterior, a mesma atenção aconteceu com os videojogos.

Nos dias de hoje, a Perturbação de Jogo pela Internet (PJI) é descrita como um padrão de comportamento de jogo que não envolve o uso de dinheiro, como é o caso dos videojogos (*gaming, digital gaming ou video gaming*), em que a pessoa apresenta uma grande dificuldade em controlar, provocando um impacto disfuncional na vida da pessoa, a vários níveis (Derevensky, 2019). Os jogadores de videojogos (*gamers*) também se caracterizam por estarem maioritariamente em interação com outros jogadores, sendo que a principal finalidade é ir conquistando níveis específicos no jogo, conforme as suas competências (SICAD, 2017).

Os videojogos tornam-se a prioridade da sua vida observando-se, desse modo, um decréscimo no investimento em outras atividades e interesses, assim como, a um contínuo descompromisso com as obrigações do quotidiano. Apesar dos efeitos negativos na sua saúde mental, esse modelo de comportamento excessivo e desadequado é perpetuado.

Desse modo, tem existido uma crescente preocupação por parte da comunidade científica, para a possibilidade de os videojogos se tornarem aditivos. A primeira proposta para classificar essa adição foi introduzida pelo DSM-V que a definiu como a Perturbação dos videojogos pela Internet. Esta encontra-se definida no anexo 3, que é uma seção do manual que serve para sensibilizar a comunidade académica e científica para a necessidade de mais investigação deste tipo de matéria. No ano de 2018, também a OMS, no ICD-11, agrupou a Perturbação associada aos videojogos (comportamentos de jogo *online* e/ou *offline* disfuncionais), com as perturbações devido ao uso de substâncias e outros comportamentos aditivos.

Em Portugal, não existe uma prevalência que possa ser estimada relativamente a jogadores com adição por videojogos, pois até ao momento não se investiu num estudo epidemiológico decisivo sobre o tema. No entanto, existem dados que indicam uma

prevalência global mundial nos adolescentes de cerca de 4,6 %. A comparação com os resultados obtidos ao nível das crianças (4,2%) e dos adultos (8,9%) revela um início precoce para o desenvolvimento desta problemática (Beirão et al., 2019).

Características Sociodemográficas

Os estudos têm vindo a demonstrar o papel significativo das questões sociodemográficas na predisposição para o desenvolvimento das perturbações de jogo, sendo já consideradas como fatores de risco, nomeadamente no que toca à idade e ao sexo (Hubert, 2014).

É importante também referir que os estudos analisados relacionados com esta área categorizam os participantes em relação ao género como masculino ou feminino, o que leva a uma lacuna na literatura quanto a outras formas de identificação.

Através dos dados demográficos recolhidos por Balsa e colaboradores (2015), os jogadores a dinheiro (*gamblers*) portugueses tanto do género masculino como do feminino tendem a ter uma média de idade de 43 anos, sendo que os adultos com idades compreendidas entre os 45 e 64 anos estão em maior risco.

Também Hubert (2014), na sua investigação comparativa, descreveu os participantes portugueses com adição de jogo (*gambling*), que incluiu tanto apostadores *offline* como *online*, como sendo predominantemente do género masculino, ter uma média de idade de 35 anos, possuir habilitações académicas ao nível do 12º ano e licenciatura, com rendimentos de 15.000 a 60.000 euros por agregado familiar, estar numa relação conjugal e viver numa região urbana ou suburbana.

Por outro lado, Hyun e colaboradores (2015) concluíram que os fatores preditivos que levam ao desenvolvimento de uma adição nos videojogos ainda não estão totalmente estabelecidos, que leva a refletir sobre a necessidade de mais estudos sobre o assunto. Apesar desta escassez, os jogadores com adição de videojogos são descritos, na

sua maioria, como sendo do sexo masculino, mais jovens, com menor formação educacional formal e apresentam um menor *status* socioeconómico (Jansz & Tanis, 2007; Ghuman & Griffiths, 2012).

A média de idade de pessoas com o diagnóstico de PJI é de 24 anos, em todo o mundo. Nesse sentido, os mais jovens, entre os 18 e 24 anos, são os que se encontram em maior risco. Segundo os dados de Potenza (2012), 80% dos jovens afirmava ter jogado no ano anterior e, 5% destes, preenchia os critérios para PJI. Estes resultados são consistentes com outros estudos que indicam uma prevalência de jogo patológico muitas vezes superior nos adolescentes do que nos adultos. No entanto, se considerarmos apenas os jogadores de videojogos, no geral, a média de idades do sexo masculino é 33 anos e do sexo feminino é 34 anos (INTENTA, 2021).

Apesar do que a literatura tem vindo a concluir, ainda é importante investir no estudo destas duas populações, relativamente àquilo que é o seu perfil sociodemográfico, principalmente em Portugal.

Traços de Personalidade

Nesta investigação aborda-se as características de personalidade, das duas amostras clínicas, a partir da teoria dos traços (Eysenck & Eysenck, 1985) que entende a personalidade como uma estrutura, tendencialmente estável ao longo do tempo, do “carácter”, do “temperamento” e dos “aspetos intelectuais e físicos” da pessoa, que por sua vez, determinam o seu ajustamento com o mundo exterior (Almiro & Simões, 2015). É nessa interação, que a pessoa se constrói como um ser único e singular.

Segundo Eysenck (1998), podemos avaliar a personalidade em três dimensões fundamentais da personalidade dimensão, como a dimensão do Neuroticismo que se organiza num *continuum* entre a personalidade neurótica/instável e a personalidade estável. A dimensão de Extroversão também se expande num *continuum*, em que num

polo encontra-se a personalidade extrovertida e no outro, a personalidade introvertida. Por fim, a dimensão de Psicoticismo estrutura-se num espetro entre a psicopatologia e o ajustamento psicológico adequado (“normalidade”), sendo que num extremo está representado um nível de psicoticismo elevado e no outro extremo, um nível baixo de psicoticismo.

A literatura tem vindo a mostrar que diferenças individuais ao nível dos traços de personalidade desempenham um papel importante na explicação da predisposição para os comportamentos de jogo a dinheiro (Savage et al., 2014). No caso dos jogadores diagnosticados com PJ é característico identificar níveis mais elevados de extroversão, por um lado, mas também a tendência para a procura de sensações fortes, para a competitividade, a grandiosidade e o egocentrismo, tal como surge referenciado no DSM-V (APA, 2013).

Também na PJI, os traços de personalidade têm sido investigados como fatores de risco para o seu desenvolvimento, conclusão essa demonstrada em diversos estudos empíricos (e.g. Mehroof & Griffiths, 2010; Khazaal et al., 2016). Nesse sentido, a predisposição para a PJI parece estar associada a dimensões como o neuroticismo, a agressividade e hostilidade, a introversão, a inibição social, a baixa-autoestima, a procura de sensações e uma predisposição maior para o tédio (Salvarl & Griffiths, 2019).

O neuroticismo, em particular, tem sido considerado como um dos fatores mais significativamente associados à aquisição, desenvolvimento e manutenção da PJI (eg., Mehroof & Griffiths, 2010; Müller et al., 2014).

Além da época histórica em que vivemos, para compreender melhor as mudanças na caracterização do perfil da personalidade dos jogadores, também é necessário ter em consideração a cultura em que estes se inserem.

Impulsividade

A impulsividade é uma das características mais estudadas e associadas à predisposição para os comportamentos desadaptativos de jogo, que justifica o facto deste tipo de condição ter estado associado, no DSM-IV, às perturbações de controlo dos impulsos (Hubert, 2014). Deve-se considerar a impulsividade como um construto multifacetado, que deverá incluir, pelo menos, quatro constructos interrelacionados, tais como: a urgência; a procura de sensações; a persistência; e, por fim, a falta de planeamento (Orford, 2011).

De forma geral, pode-se definir este constructo como a tendência de agir de forma rápida sem ter em consideração suficiente as consequências das suas ações (Mallorquí-Bagué et al., 2019).

A meta-análise sistemática desenvolvida por Lee et al. (2019), mostra que a impulsividade é um processo fundamental subjacente aos comportamentos aditivos, com ou sem substância.

A Perturbação de Jogo tem vindo a ser associada com o comportamento impulsivo e é considerado um fator de risco na sua etiologia visto, que as pessoas com esta condição manifestam elevados níveis de impulsividade, dimensão essa que tem um impacto significativo na resposta à intervenção terapêutica (Hodgins et al., 2015). O nível de impulsividade é então considerado um fator preditivo da severidade dos sintomas de Perturbação de Jogo.

Além disso, o estudo *cohort* de Shenassa et al. (2012) constatou que os comportamentos impulsivos presentes desde a infância parecem prever problemas de jogo (*gambling*) na idade adulta. Esta dificuldade em conseguir controlar os impulsos e em se autorregular é partilhada também aqueles com PJI, como os estudos recentes têm vindo a referir (e.g. Choi et al., 2014; Kim et al., 2019).

Sendo o construto de impulsividade de natureza multifatorial, diferentes estudos focam em facetas diversas do mesmo construto, que tem impacto na forma de caracterizar a impulsividade dos jogadores, aspeto este que deve ser tido em conta na interpretação dos resultados quanto à impulsividade manifestada pelos jogadores.

Qualidade de Vida

A proliferação de definições no âmbito do conceito qualidade de vida demonstra, de certa forma, a sua importância e o interesse cada vez maior dos investigadores nesta temática (Meneses, 2005).

No estudo desenvolvido por Silva (2009), esta afirma que a qualidade de vida é um construto que deve ser entendido de acordo com uma multiplicidade de dimensões/fatores, que vão além da presença ou ausência de saúde, e que inclui aspetos como: a capacidade funcional da pessoa, as suas funções fisiológicas, o seu comportamento afetivo e emocional, as suas interações sociais, a sua situação profissional/ocupacional e financeira, avaliados através da sua perceção subjetiva.

Segundo Manning e colaboradores (2012) os níveis de qualidade de vida e bem-estar subjetivo são significativamente menores entre as populações com perturbações aditivas, especialmente aquelas que estão associadas ao consumo de álcool e outras substâncias e ao jogo (*gambling*). Especificamente, no estudo de Loo e colaboradores (2016), os resultados indicaram que os jogadores com a adição manifestam significativamente uma menor qualidade de vida comparativamente com os do grupo controlo (não *gamblers*), em todos os domínios: saúde física, bem-estar psicológico, relações sociais e ambiente.

Além dos jogadores a dinheiro patológicos, também os jogadores com adição por videojogos reportam uma qualidade de vida mais baixa, nomeadamente na investigação de Kalkan e Bhat (2020). Neste estudo em questão, as análises estatísticas

preliminares mostraram que a PJI e o Instrumento de Avaliação de Qualidade de Vida da OMS têm uma correlação significativa negativa, ou seja, quanto maior é a severidade da perturbação, menor é a sua qualidade de vida.

Sintomas Psicopatológicos

É natural que, na maioria da população geral mundial, seja possível identificar um conjunto de sintomas físicos e mentais dolorosos associados a flutuações de humor. No entanto, o estado de *distress* psicológico, que se manifesta através da manifestação de sintomas psicopatológicos, de diferente natureza, está associado a determinadas condições mentais com relevância clínica (APA, 2013).

Vários estudos têm vindo a demonstrar o impacto negativo que as perturbações mentais subdiagnosticadas têm na saúde e bem-estar das pessoas (Vermani et al., 2011). Desse modo, torna-se necessário avaliar as manifestações de psicopatologia clinicamente significativas neste tipo de populações, para uma melhor compreensão da natureza e das características das suas condições, esforço esse, que por sua vez, contribui na identificação de modelos de intervenção mais eficazes para este tipo de problemática.

A literatura tem concluído que os comportamentos de jogo (*gambling*) podem estar associados a sintomas psiquiátricos significativos, nomeadamente, de depressão e ansiedade (Reise & Waller, 2009). Por sua vez, a persistência de sintomas ansiosos aumenta a severidade do comportamento de jogo problemático e vice-versa. Este círculo vicioso também parece estar associado a um consequente declínio na qualidade de vida (Desai & Potenza, 2008).

De realçar ainda que outras investigações têm avaliado também, a relação entre o jogo problemático e a saúde mental, nomeadamente a sua relação com a manifestação de *distress* psicológico (e.g. Kim et al., 2016). Chegaram à conclusão, que o

comportamento problemático de jogar videogames *online* está associado a sintomas de ansiedade, depressão e ansiedade social.

Segundo o estudo de Ballabio e colaboradores (2017) os jogos *online* servem o propósito de escapar à realidade e para evitar o foco nos problemas do dia-a-dia, e conseqüentemente, esse tipo de motivação, parece estar correlacionado com um maior *distress* psiquiátrico e, por sua vez, com um padrão problemático de jogar videogames.

Relevância da Investigação e Implicações Teóricas

A contínua investigação e avaliação de diferentes perturbações aditivas comportamentais, nomeadamente, em relação à Perturbação de Jogo e à Perturbação de Jogo pela Internet, permitem recolher mais dados científicos sobre aquilo que as caracteriza ao nível psicopatológico (Choi et al., 2014), o que, por sua vez, facilita a identificação dos sintomas alvo, específicos que contribuem para o diagnóstico diferencial. Também Derevensky (2019) defende que recolher mais informação e conhecimento acerca dos fatores de risco associados a cada adição comportamental, permitirá desenhar estratégias de prevenção mais específicas e eficazes.

Atualmente, a literatura que estuda as questões de jogo tem vindo a traçar semelhanças e diferenças entre jogadores a dinheiro e jogadores de videogames, para construir os perfis dos jogadores patológicos e os seus padrões de funcionamento. Embora seja possível encontrar paralelos entre o jogo a dinheiro/valores (*gambling*) e o jogo de videogames (*gaming*), pouco se tem investido em estudos empíricos, que englobem, dentro do mesmo estudo, a caracterização destas duas populações de jogadores (Sanders & Williams, 2019), nomeadamente em contexto clínico.

Objetivos e Hipóteses

Deste modo, o presente estudo, tem como objetivo geral, caracterizar duas amostras clínicas de jogadores, em diferentes dimensões psicológicas. Mais

especificamente, pretende-se descrever e analisar as características sociodemográficas, os traços de personalidade e impulsividade, os níveis de qualidade de vida, e por fim, avaliar a qualidade e o tipo de sintomas psicopatológicos presentes nas duas amostras clínicas.

A partir da revisão de literatura e tendo em conta os objetivos do estudo, foi possível formular as seguintes hipóteses:

Objetivo 1: Estudar e caracterizar o perfil sociodemográfico dos dois tipos de jogadores.

Hipóteses 1.1.: É esperado encontrar jogadores a dinheiro com idades compreendidas entre os 35-64 anos e maioritariamente do género masculino.

Hipótese 1.2.: Espera-se que os jogadores de videojogos se encontrem na faixa etária entre os 18 e os 34 anos e na maioria do género masculino.

Objetivo 2: Descrever os traços de personalidade (psicoticismo, neuroticismo e extroversão), nas duas amostras clínicas.

Hipótese 2.1.: Espera-se que os jogadores a dinheiro apresentem níveis de extroversão e psicoticismo mais elevados, em relação aos valores normativos da população geral portuguesa.

Hipótese 2.2.: É esperado que os jogadores de videojogos manifestem níveis de neuroticismo e introversão elevados, em relação aos valores normativos da população geral portuguesa.

Objetivo 3: Conhecer os níveis de impulsividade, em ambas as amostras.

Hipótese 3.1: Espera-se encontrar elevados níveis de impulsividade, comparativamente aos valores de referência da população portuguesa, em todas as dimensões avaliadas pela BIS-11, nos jogadores a dinheiro, em ambos os sexos.

Hipótese 3.2.: É esperado encontrar elevados níveis de impulsividade, em relação aos valores de referência da população portuguesa, em todas as dimensões avaliadas pela BIS-11, nos jogadores de videojogos, em ambos os sexos.

Objetivo 4: Caracterizar o nível de qualidade de vida manifestado nas duas amostras clínicas de jogadores.

Hipótese 4.1.: É esperado que os jogadores a dinheiro apresentem níveis mais baixos de qualidade de vida, em relação aos valores normativos da população geral portuguesa.

Hipótese 4.2.: É esperado que os jogadores de videojogos apresentem níveis mais baixos de qualidade de vida, em relação aos valores normativos da população geral portuguesa.

Objetivo 5: Verificar os níveis de *distress* psicopatológico presentes nas duas amostras de jogadores.

Hipótese 5.1.: Espera-se que os jogadores a dinheiro apresentem elevados níveis de *distress* psicopatológico, especialmente, de natureza ansiosa e depressiva, em relação aos valores normativos da população geral portuguesa.

Hipótese 5.2.: É esperado que os jogadores de videojogos apresentem elevados níveis de *distress* psicopatológico, especialmente, de natureza ansiosa e depressiva, comparativamente aos valores normativos da população geral portuguesa.

Metodologia

Participantes

Tratando-se de uma investigação, que pretende avaliar as características dos comportamentos de jogo e de videojogos, em contexto clínico, recorreu-se a uma amostragem não probabilística (de conveniência). As duas amostras são compostas por participantes que cumpriam os seguintes critérios de inclusão: ser de nacionalidade

portuguesa, serem jogadores a dinheiro e jogadores de videojogos, que iniciaram o processo terapêutico no Instituto de Apoio ao Jogador (IAJ). Além disso, para o presente estudo, a análise estatística dos dados, focou-se em participantes, que *a priori*, não foram diagnosticados com nenhuma outra perturbação aditiva (critério de exclusão).

No total, 161 pessoas responderam aos questionários, 144 preenchem os critérios de inclusão, sendo que 125 responderam que o principal motivo que os levou ao tratamento foi problemas de jogo a dinheiro (*gamblers*), e 19 devido ao tempo excessivo despendido com os videojogos(*gamers*). Portanto, este estudo é constituído por duas amostras, em que dos 125 dos jogadores a dinheiro 4 são do sexo feminino (3.2 %) e 121 do sexo masculino (96.8 %), com idades compreendidas entre 16 e 70 anos ($M= 32$; $DP=9$). Em relação à amostra dos jogadores de videojogos, todos os participantes reportaram ser do sexo masculino (100.0%) e com idades entre os 13 e os 31 anos ($M= 24$; $DP=5$). Na tabela 1 na seção dos resultados encontra-se a restante caracterização sociodemográfica.

Instrumentos

Questionário sociodemográfico. Foi construído pelo IAJ, um breve questionário sociodemográfico, com o objetivo de recolher algumas informações dos participantes (pessoal, familiar e profissional). Este contém questões sobre o sexo, a idade, o grau de instrução, o estado civil, a ocupação profissional, o agregado familiar, o rendimento do agregado familiar e a área de residência. Inclui questões gerais identificadas como relevantes na revisão de literatura (Hubert, 2014).

Questionários de História e Comportamento de Jogo. Segundo Currie e Casey (2007), a quantificação do comportamento de jogo passa pela medição de vários parâmetros, por exemplo, o tipo de jogo, montante de dinheiro gasto, consequências negativas, benefícios psicológicos, etc. Tendo isso em conta, os questionários da

História de Comportamentos de Jogo de *Gambling* e *Gaming* contemplam 41 e 43 questões, respetivamente, relativas à história pessoal e ao comportamento de jogo da pessoa. Todavia, neste estudo irá ser apenas utilizado para análise os resultados as questões aos itens 42 e 43, referentes ao questionário que avalia o comportamento de *Gaming* e os resultados às questões 40 e 41 do questionário de avaliação do comportamento de jogo a dinheiro. Estes itens foram selecionados por complementarem a caracterização sociodemográfica dos jogadores, mas também por aferirem dados pertinentes (presença de comorbilidades e atividades compensatórias) para processo de diagnóstico. Segundo Hubert (2014), este questionário é um instrumento que tem como objetivo recolher informação múltipla, construído a partir da experiência adquirida pela observação clínica com os pacientes, ao longo de anos, pelos psicólogos do IAJ. A possibilidade de resposta aos itens é variada (dicotómico, politómico, *Likert* e de resposta aberta), tendo em conta o tipo de questão.

Questionário de Personalidade de Eysenck – Forma Revista (EPQ-R). O EPQ-R é um questionário de autorrelato, que avalia a personalidade da pessoa, em três fatores/dimensões fundamentais da personalidade: Psicoticismo, Extroversão e Neuroticismo, tendo sido originalmente desenvolvida por Eysenck e colaboradores (1985). A versão portuguesa está validada por Almiro e Simões (2011), sendo que os estudos psicométricos do EPQ-R sugerem, na generalidade, bons índices de precisão e de validade, apresentando valores do coeficiente alfa de *Cronbach* a variar entre .76 e .90, nas várias dimensões. O questionário é composto por 70 itens de resposta dicotómica (Sim/Não), de acordo com a sua maneira habitual de ser, pensar e sentir. Este questionário contém também uma escala de validade, a escala L (avaliação de desejabilidade social). Nas quatro escalas, a correção das respostas realiza-se mediante uma chave de cotação e a pontuação obtida, para cada escala, é independente das

restantes, sendo que 20 itens estão cotados de modo inverso. Em relação à consistência interna da presente investigação, os valores do coeficiente alfa de *Cronbach* variou entre .61 e .89, nas várias dimensões, que revela boas qualidades psicométricas, à exceção da dimensão de Psicoticismo que revelou um valor de alfa de *Cronbach* mais baixo, mas considerado razoável de .32.

Escala de Impulsividade de Barratt (BIS-11). A BIS- 11 é uma escala de autorrelato, em que a pessoa deve avaliar cada item, classificando a partir de uma escala ordinal de quatro pontos (1= raramente ou nunca; 2= de vez em quando; 3= com frequência; 4= quase sempre/sempre). A versão original corresponde à de Patton e colaboradores (1995), que apresentava um alfa *Cronbach* de .82, o que revela a boa consistência interna do instrumento. A versão utilizada para este estudo foi aquela traduzida para português europeu de Cruz e Barbosa (2012) e é composta por 30 itens, que descrevem formas habituais de reagir relacionadas com manifestações da impulsividade. A pontuação da escala varia entre 30 a 120 pontos. Neste instrumento, os itens 1, 7, 8, 9, 10, 12, 13, 14, 15, 20, 29 e 30 são cotados inversamente. Ainda em relação, à consistência interna da escala, Fernandes (2014), no seu estudo de validação da BIS-11 para a população portuguesa, concluiu ser um indicador razoavelmente consistente para medir a impulsividade ($\alpha = .73$). Neste estudo o alfa de *Cronbach* foi de 0.76.

Instrumento Abreviado de Avaliação da Qualidade de Vida da OMS – (WHOQOL-Bref). O WHOQOL-Bref trata-se de um instrumento de autoavaliação da qualidade de vida percebida pela pessoa, desenvolvida pela OMS, em 1998. Esta escala foi e corresponde à versão revista e abreviada do WHOQOL-100, sendo que está adaptada para a população portuguesa por Canavarro et al. (2006) e apresentou boas características psicométricas. O instrumento é constituído por 26 perguntas, em que

duas são de carácter geral. As restantes 24 integram quatro domínios de qualidade de vida: Físico, Psicológico, Relações Sociais e Ambiente. As questões estão formuladas numa escala *Likert*, de resposta ordinal pontuada de 1 a 5, em que a pessoa indica o seu nível de concordância/discordância relativa a cada afirmação. As escalas estão organizadas consoante o conteúdo da questão (intensidade, capacidade, frequência). Em relação à cotação, cada domínio do WHOQOL-Bref é calculado através da média dos resultados das questões que o constituem. Relativamente à fiabilidade do instrumento, apresenta bons índices de consistência interna para os 26 itens (alfa de *Cronbach* de .92), bem como para o conjunto dos domínios (alfa de *Cronbach* de .79). A consistência interna, por cada domínio, também é satisfatória visto que o alfa de *Cronbach* varia entre .64 a 0.87. Neste estudo, para os 26 itens, o valor de alfa de *Cronbach* foi .86, o que indica uma consistência interna muito adequada. Quando avaliados individualmente os domínios apresentam alfa de *Cronbach* com valores bastante adequados entre .66 e .86. Os domínios com valores mais baixos foram o Psicológico ($\alpha=.48$) e Físico ($\alpha=.55$). Neste estudo são avaliados os resultados de todas as dimensões.

Inventário de Sintomas Psicopatológicos 18 (BSI-18). O BSI-18 é um instrumento de rastreio que avaliam a intensidade do *distress* psicológico da pessoa, nos últimos sete dias. Este inventário foi originalmente desenvolvido por Derogatis (2001), sendo que a versão portuguesa (de Portugal) foi adaptada por Canavarro et al. (2017). É composto por 18 itens, organizados em três subescalas (Somatização, Depressão e Ansiedade), cada uma constituída por seis itens, cuja resposta é dada segundo uma escala de *Likert* que varia de 0 (Nada) a 4 (Extremamente), quanto à intensidade das manifestações de sintomatologia psicopatológica. Este instrumento apresenta características psicométricas, tendo em conta o estudo de Canavarro (1999), na versão original com adultos, que revelam uma boa consistência interna, visto que apresenta um

valor de alfa de *Cronbach* entre .7 e .8 para todas as dimensões, à exceção das escalas de Ansiedade Fóbica e Psicoticismo, que têm ambas um alfa de *Cronbach* de .62. Na presente investigação o alfa de *Cronbach* variou entre .69 e .92 para todas as dimensões, que indica uma boa consistência interna.

Procedimentos

Procedimentos de seleção e recolha de dados. Os dados foram recolhidos no início do processo terapêutico no IAJ, entre 20 de fevereiro de 2021 a 1 de abril de 2022. Os participantes foram recrutados através da equipa do IAJ, que procedeu à recolha dos dados. Esta realizou-se através do preenchimento dos questionários de autorrelato enviados aos participantes, via *email*. Aos participantes do estudo foi apresentado o consentimento informado, onde estava enumerado os objetivos do estudo, o que envolve, os riscos associados, a duração estimada para o preenchimento (cerca de 60 minutos – protocolo com mais variáveis do que o presente estudo), a garantia da confidencialidade, o reforço para a possibilidade de desistência a qualquer momento e por fim esclarecendo, que os dados recolhidos seriam utilizados exclusivamente para efeitos de investigação.

Procedimentos da Análise Estatística. Os dados foram automaticamente transferidos para uma base de dados em Excel e exportados para o *software SPSS® - Statistical package for social sciences* (versão 24 para *Windows*). Recorreu-se à estatística descritiva das variáveis em estudo, através da análise exploratória dos dados. O objetivo da análise é descrever, sintetizar, classificar e organizar os dados, a partir de representações gráficas e não gráficas. Tendo em conta que os dados recolhidos apresentavam *missing values*, para a análise dos resultados das escalas que avaliam dimensões psicológicas, recorreu-se à técnica de imputação múltipla.

Resultados

O presente estudo, em primeiro lugar tem como objetivo caracterizar as duas amostras de jogadores, tendo em conta as suas características sociodemográficas. Na tabela 1 encontram-se os resultados referentes às características sociodemográficas dos dois grupos de jogadores. A amostra de jogadores a dinheiro tem um *outlier* na distribuição da idade, de valor 70. Para mais informação sociodemográfica, ver Anexo A.

Características Sociodemográficas

Tabela 1

Descrição das variáveis sociodemográficas de ambas as amostras de jogadores

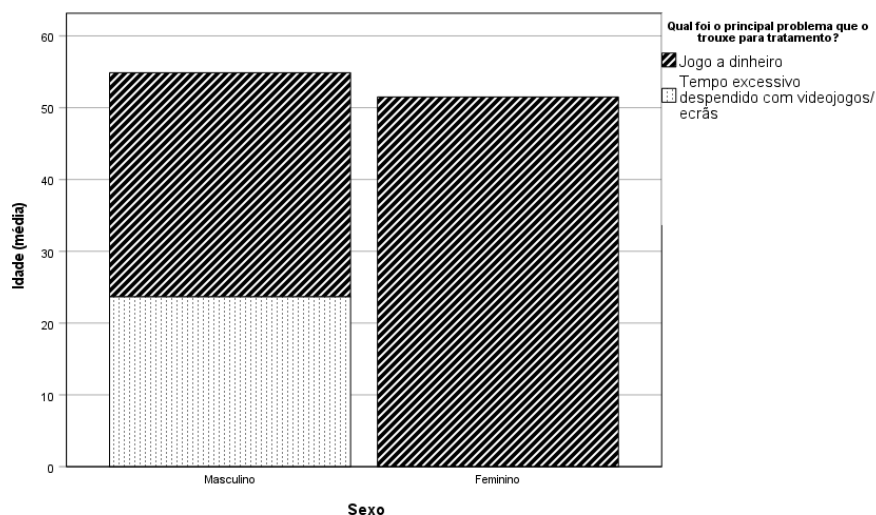
Características sociodemográficas	Jogadores a dinheiro (<i>gamblers</i>)		Jogadores de videojogos (<i>gamers</i>)	
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
Sexo				
Masculino	121	96.8	19	100
Feminino	4	100	0	0.0
Grau de instrução				
Até 1º ano do ciclo	1	0.9	0	0.0
Até 9º ano do ciclo	12	10.7	3	20.0
Até 12º ano do ciclo	54	48.2	5	33.3
Licenciatura	41	36.6	7	46.7
Curso profissional	4	3.6	0	0.0
Emprego				
Não	30	25.2	12	66.7
Sim	89	74.8	6	33.3
Rendimento agregado familiar anual				
< 10.000	6	5.1	1	6.3
10.001 a 15.000	15	12.8	1	6.3
15.001 a 25.000	34	29.1	5	31.3
25.001 a 40.000	24	20.5	3	18.8
40.001 a 60.000	23	19.7	4	25.0
60.001 a 100.000	8	6.8	1	6.3
101.000 a 150.000	3	2.6	0	0.0
> 150.000	4	3.4	1	6.3
Relação				
Casado(a)	29	24.0	0	0.0
Separado(a)	1	0.8	0	0.0
Divorciado(a)	5	4.1	0	0.0
Viúvo(a)	1	0.8	0	0.0
União de Facto	13	10.7	0	0.0
Numa relação comprometida	44	36.4	5	26.3
Presentemente não me encontro em nenhuma relação	28	23.1	14	73.7
Filhos				
Não	88	70.4	19	100.0

Sim	37	29.6	0	0.0
Local de residência				
Rural	13	10.5	2	11.1
Urbano	94	75.8	14	77.8
Suburbano	17	13.7	2	11.1

Na figura 1 encontra-se representado a distribuição da média de idades, por sexo e por tipo de adição. Observa-se que, nesta amostra, os participantes do sexo masculino, reportaram problemas ao nível do jogo a dinheiro ($M=31$, $DP= 8$), como no tempo excessivo que despendem com os videojogos ($M= 24$, $DP= 5$). A partir da análise da tabela pode-se constatar que os participantes do sexo feminino reportaram problemas apenas ao nível do jogo a dinheiro ($M= 52$, $DP= 13$).

Figura 1

Distribuição da média das idades, por sexo e por grupo de adição



Comorbilidades e Atividades Compensatórias

Com o objetivo de completar a análise sociodemográfica dos participantes, de seguida, nas tabelas 2 e 3, são apresentadas as análises descritivas de cada grupo, em relação à presença de comorbilidades e às atividades compensatórias utilizadas em substituição do jogo. Os participantes que reportaram problemas ao nível do uso problemático de videojogos não foram diagnosticados com nenhuma outra condição ou

perturbação mental. Em relação aos participantes do jogo a dinheiro, a comorbilidade que foi diagnosticada antes do acompanhamento em maior número foi a Perturbação de Ansiedade.

Através da tabela 3, pode-se observar, que ambos os grupos de participantes já se dedicaram de forma excessiva a outras atividades compensatórias do comportamento de jogo, tendo sido a atividade física a mais praticada.

Tabela 2

Análise Descritiva da Presença de Comorbilidades dos Participantes, por grupo

Comorbilidades		Jogadores a dinheiro (<i>gamblers</i>)		Jogadores de videojogos (<i>gamers</i>)	
		<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
Perturbação Depressiva	Não	107	85.6	19	100.0
	Sim	18	14.4	0	0.0
Perturbação de Ansiedade	Não	98	78.4	19	100.0
	Sim	27	21.6	0	0.0
Perturbação de Hiperatividade	Não	122	97.6	19	100.0
	Sim	3	2.4	0	0.0
<i>Stress</i>	Não	108	86.4	19	100.0
	Sim	17	13.6	0	0.0
Perturbação de Personalidade	Não	123	98.4	19	100.0
	Sim	2	1.6	0	0.0
Perturbação ligada à impulsividade	Não	122	97.6	19	100.0
	Sim	3	2.4	0	0.0

Nota. O item do questionário é lido da seguinte forma: “Alguma vez, ao longo da sua vida, lhe foi diagnosticado algum dos seguintes problemas?”

Tabela 3

Distribuição de cada grupo clínico, em relação às atividades de substituição do jogo

Atividades Compensatórias		Jogadores a dinheiro (<i>gamblers</i>)		Jogadores de videojogos (<i>gamers</i>)	
		<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
Trabalho	Não	100	80.0	17	89.5
	Sim	25	20.0	2	10.5

Sexo	Não	116	92.8	16	84.2
	Sim	9	7.2	3	15.8
Compras	Não	117	93.6	19	100.0
	Sim	8	6.4	0	0.0
Televisão	Não	107	85.6	14	73.7
	Sim	18	14.4	5	26.3
Atividade física	Não	95	76.0	12	63.2
	Sim	30	24.0	7	36.8
Comida	Não	112	89.6	18	94.70
	Sim	13	10.4	1	5.30
Outro tipo de jogo menos nocivo	Não	114	91.2	16	84.2
	Sim	11	8.8	3	15.8

Nota. O item do questionário é lido da seguinte forma: “Alguma vez substituiu o comportamento de jogo por outro tipo de atividade de forma mais excessiva?”

Personalidade

Em segundo lugar, este estudo tem como objetivo explorar as características de personalidade da amostra. Na tabela 4, a média dos resultados obtidos, nas duas amostras clínicas, em todas as dimensões da personalidade, revelam valores um desvio padrão acima da média quando comparados à média total da população geral.

Tabela 4

Caracterização dos dois grupos, ao nível das dimensões de personalidade avaliadas

Traços de Personalidade	Jogadores a dinheiro (<i>gamblers</i>)		Jogadores de videojogos (<i>gamers</i>)		População geral portuguesa (valores de referência)	
	Média	Desvio padrão	Média	Desvio padrão	Média	Desvio padrão
Neuroticismo	35.64	5.95	36.33	6.87	10.44	5.53
Extroversão	31.41	4.65	30.00	4.68	12.61	4.43
Psicoticismo	13.83	1.15	13.86	1.14	1.01	1.31
Mentira/Desejabilidade Social	27.18	3.03	28.43	2.47	9.68	3.72

Impulsividade

Para responder ao terceiro objetivo, de seguida estão apresentados os resultados obtidos pelas medidas de impulsividade. A seguinte interpretação dos resultados, teve

como modelo de comparação os dados de um estudo com uma amostra portuguesa (Fernandes, 2014). Assim como a tabela 5 demonstra, os participantes de ambos os grupos, do sexo masculino reportam valores de Impulsividade Motora dentro da normalidade, abaixo da média, em relação à população portuguesa, ao nível da Impulsividade de Não Planeamento e valores acima da média relativamente ao domínio da Impulsividade Atencional. Já as participantes do sexo feminino manifestam, em relação aos valores de referência da população portuguesa valores acima da média para a Impulsividade Motora e Atencional, e abaixo da média, ao nível da Impulsividade Não Planeamento.

Tabela 5 Caracterização dos dois grupos, das três formas de impulsividade medidas

Impulsividade	Jogadores a dinheiro (<i>gamblers</i>)				Jogadores de videojogos (<i>gamers</i>)		População geral portuguesa (valores de referência)			
	Masculino		Feminino		Masculino		Masculino		Feminino	
	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>
Impulsividade Motora	21.99	4.31	25.84	4.83	18.81	4.79	19.88	3.877	19.54	3.300
Impulsividade Não Planeamento	16.23	3.36	19.33	2.70	16.58	3.67	27.15	5.521	27.59	4.943
Impulsividade Atencional	24.07	3.80	27.33	4.14	25.08	3.08	17.05	3.283	16.41	3.191

Nota. *M*= média; *DP*= desvio padrão

Qualidade de vida

Outro objetivo do estudo era explorar a qualidade de vida dos participantes. Através da análise da tabela 6, pode-se concluir que nas duas amostras, os níveis de qualidade de vida estão dentro da normalidade em relação à média da população portuguesa no geral, à exceção do domínio psicológico em que os valores obtidos se encontram abaixo da média em relação à norma da população portuguesa, nos dois grupos clínicos.

Tabela 6

Descrição dos níveis de qualidade de vida geral e por domínios, em cada grupo

Qualidade de Vida	Jogadores a dinheiro (<i>gamblers</i>)		Jogadores de videojogos (<i>gamers</i>)		População geral portuguesa (valores de referência)	
	Média	Desvio padrão	Média	Desvio padrão	Média	Desvio padrão
Faceta Geral de qualidade de vida e Saúde	6.69	1.51	6.73	1.99	71.51	13.3
Domínio Físico	25.94	4.39	25.00	5.46	77.49	12.27
Domínio Psicológico	18.83	4.17	19.77	5.34	72.38	13.5
Relações Sociais	9.82	2.72	8.87	2.62	70.42	14.54
Ambiente	28.07	5.36	29.38	7.53	64.89	12.24

Sintomas Psicopatológicos

Por fim, avaliou-se a presença de sintomas psicopatológicos nos dois grupos. A partir dos resultados obtidos podemos constatar, como mostra a tabela 7, que as duas amostras apresentam valores dentro da média da população em geral portuguesa. Os participantes que reportam problemas ao nível do jogo a dinheiro, na dimensão de Psicoticismo, apresenta valores que estão um desvio padrão acima das médias da população geral. No entanto, existe outro valor acima da média (apesar de não estar um desvio padrão a cima), como por exemplo os da Depressão, no caso específico dos jogadores a dinheiro.

Tabela 7

Caracterização do distress psicológico, por grupo

Distress Psicológico	Jogadores a dinheiro (<i>gamblers</i>)		Jogadores de videojogos (<i>gamers</i>)		População geral portuguesa (valores de referência)	
	Média	Desvio padrão	Média	Desvio padrão	Média	Desvio padrão
Somatização	.56	.73	.65	.97	0.53	0.916
Obsessões-Compulsões	1.33	.91	1.03	.93	1.29	0.878

Sensibilidade Interpessoal	1.23	.82	.98	1.05	0.958	0.727
Depressão	1.62	1.09	1.00	1.22	0.893	0.722
Ansiedade	1.09	.71	.82	1.01	0.942	0.766
Hostilidade	1.00	.71	.87	.78	0.894	0.784
Ansiedade Fóbica	.48	.61	.53	.86	0.418	0.663
Ideação Paranoide	.94	.84	.84	.80	1.063	0.789
Psicoticismo	1.34	.96	.65	.88	0.668	0.614

Discussão

A presente investigação tem como objetivo caracterizar duas amostras clínicas de jogadores, através da descrição e análise das características sociodemográficas, os traços de personalidade e impulsividade, os níveis de qualidade de vida, e por fim, avaliar a quantidade e o tipo de sintomas psicopatológicos presentes nas duas amostras clínicas.

Os resultados deste estudo indicam que ao nível do perfil sociodemográfico, os dados estão de acordo com anteriores investigações (e.g., Hubert, 2014; SICAD, 2017, 2019). Na amostra dos jogadores a dinheiro, um número maior de participantes reportaram fazer parte de uma zona urbana, ter o 12º ano ou mais, estar empregado, fazer parte de um agregado familiar que auferem um rendimento igual ou acima dos 15.000 anuais, estar numa relação comprometida e não ter filhos. Na amostra relativamente dos jogadores de videojogos, existe um maior número de pessoas a viver numa zona urbana, a ter uma licenciatura ou mais, não estar empregado, fazer parte de um agregado familiar que auferem um rendimento igual ou acima dos 15.000 anuais, a estar solteiro e não ter filhos.

A maioria dos participantes é do sexo masculino, sendo que na amostra clínica dos jogadores de videojogos ninguém se identificou como mulher. A média de idade dos jogadores de cada grupo encontra-se na faixa etária definida nas hipóteses 1.1 e 1.2.

Tendo as mulheres reportado problemas com jogo a dinheiro ter uma média de idade de 52 anos, que é superior aos dos homens ($M= 31$) parece coincidir com o que a literatura tem vindo a demonstrar, em que as mulheres tendem a iniciar os comportamentos de jogo em faixas etárias mais tardias, apesar de progredirem mais rapidamente para a patologia comparativamente aos jogadores do sexo masculino (Hubert, 2014), o que é um dado que deve ser estudado, de forma a identificar fatores de risco e atuar na prevenção da problemática, nesta população.

O facto de existir um *outlier*, ao nível da idade, de valor 70, revela que este participante está a iniciar o processo terapêutico com esta idade, o que leva a refletir para a vulnerabilidade das pessoas adultas de idade tardia (idosos) de também poderem desenvolver este tipo de perturbação e que futuramente devia ser alvo de investigação, tal como Hubert (2014) já vinha defendido. No entanto, esta conclusão também deve ser interpretada com cuidado, porque neste estudo não foi questionado, por exemplo, se o participante já esteve em processos terapêuticos anteriores e a partir de que idade se começou a manifestar determinados sintomas, aspetos esses que devem ser tidos em conta em investigações futuras.

Como complemento da análise sociodemográfica, este estudo também concluiu que 21,6 % dos jogadores a dinheiro (*gamblers*) reportam já ter sido diagnosticados com Perturbação de Ansiedade, sendo que a segunda percentagem mais alta foi o “diagnóstico” de *Stress* (13, 6%). Estes dados são importantes não só para o diagnóstico diferencial, como reforçador da existência de um quadro clínico, pois presença de comorbilidades é uma “norma” na Perturbação de Jogo (SICAD, 2017). A coocorrência

destas condições é muito comum, visto que a literatura tem vindo a encontrar uma associação entre fatores de risco com influência genética, como os padrões de resposta ao *stress* e níveis patológicos de ansiedade e o desenvolvimento de perturbações aditivas (Breese et al., 2011). Por outro lado, o jogar também pode ser uma forma de controlar o humor disfórico, que inclui sentimentos ansiosos, depressivos, de culpa (APA, 2013), ou seja, parece haver uma interação mútua entre as várias problemáticas, em que sentir um maior nível de ansiedade e *stress* leva a uma maior vontade de jogar e vice-versa.

Por outro lado, também se optou por avaliar de que forma os jogadores de ambas as amostras têm usado outras atividades como estratégias compensatórias, que pode ser entendido como um esforço para parar de reduzir ou parar de jogar, que é um critério de diagnóstico do DSM-5. Por outro lado, também podem ser consideradas como outras formas de adição comportamentais, devido ao padrão de comportamento em excesso. Ambos os grupos reportaram que têm realizado atividade física de forma excessiva, sendo que no caso dos jogadores a dinheiro, 20 % dos participantes têm a perceção de ter trabalhado mais. Ambos os grupos, também relataram recorrer a outras atividades como assistir televisão e fazer sexo. Isto levanta também a possibilidade de os participantes poderem estar a tentar substituir uma adição por outras, mais socialmente aceites. Os jogadores a dinheiro relatam fazer mais compras e comer mais comparativamente aos jogadores a videojogos, preferências essas que podem estar a ser influenciadas por variáveis como a idade e/ou o sexo.

Em relação aos traços de personalidade avaliados nesta investigação, os resultados revelam que os participantes dos dois grupos clínicos, manifestam níveis de extroversão, psicoticismo e neuroticismo mais elevados que a média da população portuguesa, no geral. Por conseguinte, demonstram traços mais sociáveis, espontâneos,

otimismo e aventureiros, apesar das elevações ao nível do neuroticismo e psicoticismo significarem que os participantes apresentam, respetivamente, uma personalidade de maior instabilidade e psicopatológica, em que revelam uma maior predisposição para a emotividade, ansiedade, irritabilidade, bem como tendem a ser mais hostis, egocêntricos, rígidos, impulsivos e desconfiados. Estes resultados ao nível do neuroticismo vão ao encontro daquilo que foi reportado pelos participantes de ambas as amostras, em que uma parte dos relataram sofrerem com questões de ansiedade.

Desse modo, as hipóteses 2.1 e 2.2 foram parcialmente validadas, o que pode significar a necessidade de construir uma literatura mais consistente em relação às características de personalidade nos dois tipos de jogadores. O facto de a escala de validade, que permite avaliar o grau de desejabilidade social, nas duas amostras clínicas, apresentar valores que estão acima da média, pode ser interpretado como um indicador que os participantes deste estudo, manifestam uma atitude menos sincera, com uma maior motivação para a dissimulação e/ou conformismo, que pode refletir uma necessidade de dar respostas consideradas como socialmente mais aceitáveis. Também pode ser interpretado como participantes que possuem um menor autoconhecimento e *insight*, em relação à forma como pensam, sentem e se comportam.

Os resultados deste estudo também demonstram que, em relação à impulsividade, as hipóteses 3.1 e 3.2 foram parcialmente suportadas. As duas amostras reportarem valores, comparativamente com os valores de referência da população portuguesa, acima da média, em relação à Impulsividade Atencional, tanto no sexo masculino como feminino. Tendo isto em consideração, é possível interpretar que, ambas as amostras, revelaram uma facilidade maior em se distrair e perder a paciência de forma abrupta, em tarefas complexas, o que dificulta o fluxo de raciocínio. Este resultado está de acordo com o que a literatura tem vindo a evidenciar, visto que se tem

encontrado associações entre a Perturbação de Hiperatividade e Défice de Atenção e a Perturbação de Videojogos pela Internet (SICAD, 2019).

Relativamente, aos níveis de Impulsividade Motora, estes estão dentro da normalidade, no sexo masculino e acima da média no sexo feminino. Isto parece indicar que ao contrário dos homens, as mulheres revelaram também uma maior tendência em agir no momento sem pensar ou refletir, o que pode ser entendido como uma diferença de género interessante a ser estudada.

Por último, o resultado que foi comum, em ambos os grupos e sexos, foi em relação à Impulsividade de Não planeamento, em que os valores manifestados estão abaixo da média. Isso significa que não tendem a agir de forma irrefletida, sem antecipar consequências das suas decisões. O facto de não apresentarem valores normais, nem acima, pode ser interpretado sob diferentes perspetivas. Por um lado, esse excesso de planeamento pode estar relacionado com as categorias profissionais (ver Anexo A) das duas amostras, em que 21. 6% dos jogadores a dinheiro são empresários e gestores e 44. 4% dos jogadores de videojogos são da área Intelectuais e científicas, encargos esses que pela sua natureza, exigem flexibilidade cognitiva, resiliência e planeamento na tomada de decisões. Por outro lado, esse excesso de planeamento também pode estar associado com traços de obsessão e/ou perfeccionismo, cuja relação com perturbações aditivas é muitas vezes encontrada (SICAD, 2017). Apesar de em ambas as amostras não se ter evidenciado níveis patológicos ao nível da dimensão de obsessões-compulsões, a variável perfeccionismo não foi avaliada, que futuramente poderia ser também um fator a ter em conta, visto que existem estudos (e.g., Tabri et al., 2021; Yang et al., 2021) que têm encontrado associações positivas entre traços desadaptativos de perfeccionismo e comportamentos de jogo a dinheiro e de videojogos problemáticos.

Por fim, apesar de os valores obtidos nestes estudos, relativamente à impulsividade, não irem ao encontro do descrito até á data na literatura, podem ser também consequência de particularidades culturais e/ou especificidades das amostras, que em estudos futuros, pode ser esclarecido e alvo de melhor compreensão.

Os resultados que parecem ir contra a maior parte da literatura existente (e.g., Loo et al., 2016; Kalkan & Bhat, 2020), são os que estão associados aos valores de qualidade de vida relatados. No geral e em todos os domínios, a qualidade de vida das duas amostras, à exceção do domínio psicológico, os participantes reportam um nível de qualidade de vida considerados normais, em relação à média da população portuguesa. Isso parece indicar que, os jogadores sentem que o seu bem-estar subjetivo é sentido como mais afetado ao nível da sua saúde mental e psicológica, estando satisfeitos com a quantidade e qualidade das suas relações, com as condições ambientais em que vivem e com a sua saúde física.

Os problemas de jogo, tanto a dinheiro, como de videojogos afetam severamente aspetos psicossociais, sendo até um critério de diagnóstico para a presença de perturbação, o que nos leva a questionar o fato de os participantes não reportarem valores mais baixos em todas as dimensões. Por um lado, podemos hipotetizar que, visto estarem numa fase inicial do processo terapêutico, é possível estarem ainda numa etapa para a mudança de contemplação e/ou preparação (Prochaska & Velicer, 1997), em que pode não haver total consciência do impacto da adição comportamental nas diferentes áreas da vida, estando os participantes, por isso, ainda num estado de negação das consequências da problemática (estratégia de *coping*).

Por outro lado, os resultados também podem ter sido influenciados por características específicas das duas amostras. Por exemplo, grande parte dos participantes, de ambos os grupos, relatam ter qualificações académicas elevadas e

estarem a viver numa zona urbana pode ter um efeito protetor sobre os participantes, pois têm mais facilidade de acesso a informação e maior proximidade física de instituições/organização que disponibilizam ajuda.

Os jogadores a dinheiro, revelam estar numa relação comprometida estável e satisfeita (Anexo A), estão a trabalhar e 29.6 % dos participantes tem filhos. Estes aspetos podem também ter influenciado os valores reportados de bem-estar, pois têm uma rede de suporte familiar e social maior, e que por sua vez, também pode ter sido um fator relevante para a tomada de decisão de pedir ajuda. Já os jogadores de videojogos, são jovens, vivem com os pais (ver Anexo A) e relatam não ter nenhum diagnóstico de outras perturbações mentais, fatores esses que podem contribuir para uma perceção de bem-estar dentro dos níveis médios da população em geral. Futuramente, pode ser interessante identificar outros fatores podem intervir nos níveis de qualidade de vida reportada pelos jogadores.

Por fim, as últimas hipóteses não foram validadas pelos resultados deste estudo, pois os participantes de ambas as amostras, ao contrário do que seria de esperar, não revelam elevados níveis de de *distress* psicológico, tendo apenas apresentado valores mais elevados na dimensão de Psicoticismo, o que vai ao encontro dos resultados referidos anteriormente, em relação aos traços de personalidade. O facto de os participantes que não apresentarem mais sintomas de *distress* psicológico, nomeadamente os jogadores de videojogos, poderá levantar questões, no sentido em que poderá existir fatores, que influenciem a interação entre problemas de jogo e a manifestação de sintomas psicopatológicos, como por exemplo, as motivações por detrás do comportamento de jogo (escapismo, imersão, conquista, etc.), evidência essa encontrada por Ballabio e colaboradores (2017), na sua amostra com jogadores de videojogos.

Em alternativa, outros fatores podem ter tido um efeito protetor sobre a manifestação de *distress* nos participantes, tais como: a baixa consciência para a problemática; o acesso próximo a uma rede de apoio de diferentes sistemas, desde o familiar ao institucional, e por fim, uma maior predisposição para o otimismo e a socialização (revelaram elevados níveis de extroversão). Tal como os resultados de *distress* psicológico, os valores de qualidade de vida manifestados também se encontram a um nível normal. Desse modo, as variáveis podem ter-se influenciado mutuamente. Mais uma vez, outras variáveis que medeiam e/ou moderam a manifestação de *distress* psicológico, podem ter condicionado os resultados, e que neste estudo, não foram controlados ou avaliados.

O presente estudo apresenta limitações, como o tamanho reduzido de uma amostra, em particular (jogadores de videojogos). Ainda que as amostras em estudo pertençam a um contexto clínico, e por isso, mais específicas, esta amostragem de menor dimensão e conveniência, impossibilita generalizar os resultados, além de não permitir recorrer a estatística inferencial de modo a ter resultados robustos, através da comparação entre as duas amostras. Outra limitação a ter em conta ainda relacionada com as amostras, prende-se com a diferença do número de participantes entre cada grupo.

Também há limitações a ter em conta, relativamente aos procedimentos utilizados na seleção e recolha de dados, visto que, apesar de se ter usado as versões reduzidas dos instrumentos, o tempo de resposta a todos os questionários, que se referem ao protocolo total da investigação do IAJ é cerca de 60 minutos, que pode ter gerado uma maior fadiga mental nos participantes e que, por sua vez, tenha facilitado a desistência de resposta. Além disso, os participantes da investigação responderam aos

questionários não estavam num espaço com condições controladas, o que também interfere na validade dos resultados.

Por fim, a interpretação dos resultados também deve ter em conta limitações relacionadas com o tipo de instrumentos de avaliação psicológica utilizados, que têm alguma margem de erro associada, sendo que, as que se recorreu nesta investigação, são apenas de autorrelato que são mais suscetíveis a vieses como a desejabilidade social. Além disso, outra limitação prende-se com o facto do *alfa de Cronbach* de Psicoticismo, neste estudo, ser baixo ($\alpha = .32$), o que, portanto, a interpretação dos valores obtidos neste estudo referentes a esta dimensão, devem ter isso em conta.

Apesar destas limitações, os dados desta investigação sugerem implicações a vários níveis. Em primeiro lugar, são escassos os estudos que se propõe a caracterizar os problemas de jogos, nomeadamente de natureza clínica, em Portugal (SICAD, 2017). Desse modo, esta investigação contribuiu para o esforço de aumentar o conhecimento científico relativamente à caracterização dos perfis dos jogadores, quer de videojogos, como a dinheiro.

Por outro lado, os dados obtidos através da avaliação de variadas dimensões psicológicas podem possibilitar desenhar linhas de intervenção e de ajuda psicológica úteis, em contexto clínico, visto que promover este tipo de análise psicológica antes de iniciar o processo terapêutico, poderá ajudar a traçar um plano de intervenção mais individualizado.

Ao nível metodológico, este estudo pode ser entendido como um complemento em relação a projetos de investigação com amostras de maior dimensão. Não sendo por isso um estudo de prevalência ou epidemiológico, é um contributo na lacuna de produção científica num contexto mais específico, em Portugal, além de se ter proposto

a analisar um conjunto de variáveis que até agora não tinham sido integradas num único estudo.

Este estudo também pode inspirar instituições e organizações associadas à saúde mental a avaliarem e conhecerem as pessoas que recorrem a acompanhamento psicológico, de forma a facilitar um plano de intervenção que corresponda às especificidades dessas amostras.

Em investigações futuras, as limitações acima citadas devem ser tidas em conta, e novas questões devem ser respondidas, visto que muita pesquisa nesta área precisa ainda se ser feita, nomeadamente em Portugal. De forma a conseguir-se obter a representatividade dos diferentes tipos de jogadores patológicos, as amostras devem ser de maior dimensão e mais diversificadas, ao nível do género, idade e contexto social e comunitário (Hubert, 2014). É necessário também, que num mesmo estudo, seja feita a comparação direta entre amostras de jogadores de diferentes tipos com um grupo de controlo, com participantes portugueses de forma a ser possível estabelecer comparações entre diversos países (Hubert, 2014).

Investir em estudos longitudinais, que permitam analisar o efeito temporal sobre os sintomas e as características das pessoas diagnosticadas com a Perturbação de Jogo, nomeadamente, avaliar de que forma o perfil do jogador se modifica depois da intervenção psicológica, em contexto clínico, também irá permitir definir um plano terapêutico mais eficiente e eficaz.

Futuramente, também poderia ser relevante estudar potenciais moderadores e mediadores entre as estas variáveis estudadas e/ou outras. Para esse efeito pode ser necessário investir na adaptação de medidas quantitativas específicas na área.

Por fim, também seria interessante conjugar estudos quantitativos e qualitativos, sendo que essa abordagem metodológica mista possibilita integrar informação, através

de perspectivas diferentes (Mason, 2006). Desse modo, utilizar metodologia qualitativa também permitiria perceber o papel de variáveis fenomenológicas para o desenvolvimento e manutenção do comportamento problemático de jogo. Além disso, este tipo de metodologia, poderia ajudar a aprofundar a experiência dos comportamentos compensatórios e de que forma funcionam como estratégias de *coping* adaptativas/desadaptativas.

Por outro lado, esta necessidade de investigação qualitativa ainda mais importante se torna, pois, a maioria dos estudos é de cariz quantitativo, o que deixa lacunas na análise mais profunda das dimensões afetivas e relacionais das pessoas com problemas associados ao jogo (Cháinho, 2012).

Independentemente de a generalidade dos resultados deverem ser estabelecidos por pesquisa futura, o presente estudo possibilitou a descrição de várias características psicológicas e sociodemográficas, de duas amostras clínicas de jogadores.

Referências

- Almiro, P. A., & Simões, M. R. (2011). Questionário de Personalidade de Eysenck – Forma Revista (EPQ-R): Breve revisão dos estudos de validade concorrente. *Revista Portuguesa de Psicologia*, 42, 101-120. doi:10.21631/rpp42_101
- Almiro, P. A., & Simões, M. R. (2015). Estudo da versão portuguesa do EPQ-R: Uma aplicação do Modelo de Rasch. In H.F. Golino, C.M.A., Gomes, A.A.N. Ribeiro, & G. Coelho (Eds.), *Psicometria contemporânea: Compreendendo os Modelos Rasch* (pp.241-281). São Paulo: Editora Casa do Psicólogo/Pearson
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5*. Arlington, VA.

- 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: SICAD.
- Ballabio, M., Griffiths, M. D., Urbán, R., Quartiroli, A., Demetrovics, Z., & Király, O. (2017). Do gaming motives mediate between psychiatric symptoms and problematic gaming? An empirical survey study. *Addiction Research & Theory*, 25(5), 397-408.
- Beirão, D., Sousa, T., Assunção, P., Malheiro, A., & Gonzaga, D. (2019). *Perturbação de Jogos de Internet: Revisão da Evidência Científica: Internet Gaming Disorder: State of the Art*. Gazeta Médica.
- Breese, G. R., Sinha, R., & Heilig, M. (2011). Chronic alcohol neuroadaptation and stress contribute to susceptibility for alcohol craving and relapse. *Pharmacology & therapeutics*, 129(2), 149-171.
- Calado, F., & Griffiths, M. D. (2016). Problem gambling worldwide: An update and systematic review of empirical research (2000–2015). *Journal of behavioral addictions*, 5(4), 592-613.
- Canavarro, M. C. S. (1999). Inventário de sintomas psicopatológicos – BSI. In M. R. Simões, M. M. Gonçalves, & L. S. Almeida (Eds.), *Testes e Provas Psicológicas em Portugal* (vol. 2), (pp. 95-109). Braga: SHO/APPORT.
- Canavarro, M.C., Vaz Serra, A., Pereira, M., Simões, M.R., Quintais, L., Quartilho, M.J. et al. (2006). Desenvolvimento do Instrumento de Avaliação da Qualidade de Vida da Organização Mundial de Saúde (WHOQOL-100) para Português de Portugal. *Psiquiatria Clínica*, 27(1),15-23

- Canavarro, M. C., Nazaré, B., & Pereira, M. (2017). Inventário de sintomas psicopatológicos 18 (BSI-18). *Psicologia clínica e da saúde: Instrumentos de avaliação*, 115-130.
- Currie, S.R. & Casey, D.M., (2007). Quantification and Dimensionalization of Gambling Behavior, In G. Smith, D. Hodgins & R. Williams (Eds.). *Research and measurement issues in gambling studies* (156-173). San Diego: Academic Press.
- Chaínho, A. L. (2012). *Perspectiva psicodinâmica do jogo patológico: Narrativas autobiográficas de uma adicção* (Doctoral dissertation, Doctoral dissertation, ISPA-Instituto Universitário das Ciências Psicológicas, Sociais e da Vida).
- Choi, J. S., Park, S. M., Roh, M. S., Lee, J. Y., Park, C. B., Hwang, J Y., Gwak, A. R. & Jung, H. Y. (2014). Dysfunctional inhibitory control and impulsivity in Internet addiction. *Psychiatry Research*, 215(2), 424–428.
- Clark, L. (2014). Disordered gambling: the evolving concept of behavioral addiction. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1327(1), 46.
- Cruz, A. R., & Barbosa, F. (2012). European Portuguese Version of BIS-11 for research.
- Derevensky, J., (2012). Youth gambling: Technology and its impact. International Centre for Youth Gambling, Problems and High-risk behaviors. *9 th EASG Conference, Greece*. Retrieved from <http://www.easg.org/website/conference.cfm?id=73&intern=0&cid=18>
- Derevensky, Jeffrey. (2019). Behavioral Addictions: Some Developmental Considerations. *Current Addiction Reports*. 6(10).1007/s40429-019-00257-z.
- Derogatis, L. R. (2001). *BSI 18 – Brief Symptom Inventory 18: Administration, scoring, and procedures manual*. Minneapolis, MN: Pearson.

- Desai, R. A., & Potenza, M. N. (2008). Gender differences in the associations between past-year gambling problems and psychiatric disorders. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 43(3), 173-183.
- Dowling, N. A., Cowlishaw, 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.
- Eysenck, S.B., Eysenck, H.J., & Barrett, P.T. (1985). A revised version of the Psychoticism scale. *Personality and Individual Differences*, 6, 21-29
- Fernandes, D. A. R. (2014). *Estudos de validação da escala de impulsividade BIS-11 de Barratt para uma amostra da população portuguesa* (Doctoral dissertation).
- Griffiths, M. (2005). A 'components' model of addiction within a biopsychosocial framework. *Journal of Substance use*, 10(4), 191-197.
- Griffiths, M., Derevensky, J. & Parke, J. (2012). Online gambling among youth, cause for concern? In K., Young & C., Abreu (Eds.). *Internet addiction: A handbook and guide to evaluation and treatment* (pp. 93-101). New Jersey, NJ: John Wiley & Sons.
- Gaming Disorder Prevalence*. (2021, August 27). INTENTA.
<https://intenta.digital/gaming-disorder/prevalence/>
- Ghuman, D., & Griffiths, M. (2012). A cross-genre study of online gaming: Player demographics, motivation for play, and social interactions among players. *International Journal of Cyber Behavior, Psychology and Learning (IJCIBPL)*, 2(1), 13-29.
- Hodgins, D. C., & Holub, A. (2015). Components of impulsivity in gambling disorder. *International journal of mental health and addiction*, 13(6), 699-711.

- Hubert, P. F. (2015). Jogadores patológicos online e offline: caracterização e comparação.
- Hyun, G. J., Han, D. H., Lee, Y. S., Kang, K. D., Yoo, S. K., Chung, U. S., & Renshaw, P. F. (2015). Risk factors associated with online game addiction: A hierarchical model. *Computers in human behavior*, *48*, 706-713.
- Jansz, J., & Tanis, M. (2007). Appeal of playing online first-person shooter games. *Cyberpsychology & behavior*, *10*(1), 133-136.
- Kalkan, B., & Bhat, C. S. (2020). Relationships of Problematic Internet Use, Online Gaming, and Online Gambling with Depression and Quality of Life among College Students. *International Journal of Contemporary Educational Research*, *7*(1), 18-28.
- Kim, N. R., Hwang, S. S. H., Choi, J. S., Kim, D. J., Demetrovics, Z., Király, O., ... & Choi, S. W. (2016). Characteristics and psychiatric symptoms of internet gaming disorder among adults using self-reported DSM-5 criteria. *Psychiatry investigation*, *13*(1), 58.
- Kim, J. Y., Chun, J. W., Park, C. H., Cho, H., Choi, J., Yang, S., ... & Kim, D. J. (2019). The correlation between the frontostriatal network and impulsivity in internet gaming disorder. *Scientific Reports*, *9*(1), 1-9.
- Lee, R. S., Hoppenbrouwers, S., & Franken, I. (2019). A systematic meta-review of impulsivity and compulsivity in addictive behaviors. *Neuropsychology Review*, *29*(1), 14-26.
- Loo, J. M., Shi, Y., & Pu, X. (2016). Gambling, drinking and quality of life: Evidence from Macao and Australia. *Journal of gambling studies*, *32*(2), 391-407.
- Mallorquí-Bagué, N., Vintró-Alcaraz, C., Verdejo-García, A., Granero, R., Fernández-Aranda, F., Magaña, P., ... & Jiménez-Murcia, S. (2019). Impulsivity and

- cognitive distortions in different clinical phenotypes of gambling disorder: Profiles and longitudinal prediction of treatment outcomes. *European Psychiatry*, 61, 9-16.
- Manning, V., Gomez, B., Guo, S., Low, Y. D., Koh, P. K., & Wong, K. E. (2012). An exploration of quality of life and its predictors in patients with addictive disorders: Gambling, alcohol and drugs. *International Journal of Mental Health and Addiction*, 10(4), 551-562.
- Mason, J. (2006). Six strategies for mixing methods and linking data in social science research.
- Mehroof, M., & Griffiths, M. D. (2010). Online gaming addiction: The role of sensation seeking, self-control, neuroticism, aggression, state anxiety, and trait anxiety. *Cyberpsychology, behavior, and social networking*, 13(3), 313-316.
- Meneses, R. (2005). *Promoção da qualidade de vida de doentes crónicos: contributos no contexto das epilepsias focais*. Porto: Universidade Fernando Pessoa.
- Orford, J., (2011). *An unsafe bet? The dangerous rise of gambling and the debate we should be having*. Oxford, UK: John Wiley & Sons.
- Patton, J. H., Stanford, M. S., & Barratt, E. S. (1995). Factor structure of the Barratt impulsiveness scale. *Journal of clinical psychology*, 51(6), 768-774.
- Petry, N., (2010). Editorial: Pathological Gambling and the DSM-V. *International gambling studies*, 10 (2), 113-115. doi: 10.1080/14459795.2010.501086
- Potenza, M. (2012). Adolescent addiction: developmental, biological and clinical considerations. In *Labirintos da adolescência: roads to whatever*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian
- Prochaska, J. O., & Velicer, W. F. (1997). The transtheoretical model of health behavior change. *American journal of health promotion*, 12(1), 38-48.

- Reise, S. P., & Waller, N. G. (2009). Item response theory and clinical measurement. *Annual Review of Clinical Psychology, 5*, 27–48.
- Şalvarlı, Ş. İ., & Griffiths, M. D. (2021). Internet gaming disorder and its associated personality traits: A systematic review using PRISMA guidelines. *International Journal of Mental Health and Addiction, 19*(5), 1420-1442.
- Sanders, J., & Williams, R. (2019). The relationship between video gaming, gambling, and problematic levels of video gaming and gambling. *Journal of gambling studies, 35*(2), 559-569.
- Savage, J. E., Slutske, W. S., & Martin, N. G. (2014). Personality and gambling involvement: A person-centered approach. *Psychology of Addictive Behaviors, 28*(4), 1198.
- Shenassa, E. D., Paradis, A. D., Dolan, S. L., Wilhelm, C. S., & Buka, S. L. (2012). Childhood impulsive behavior and problem gambling by adulthood: A 30-year prospective community-based study. *Addiction, 107*(1), 160-168.
- SICAD (2017). *Linhas de Orientação Técnica para a Intervenção em Comportamentos Aditivos e Dependências sem substância: Perturbação de Jogo*. SICAD.
<https://www.sicad.pt>
- SICAD (2019). *Jogo, Internet e Outros Comportamentos Aditivos*. SICAD.
<https://www.sicad.pt/>
- Silva, S. (2009). Qualidade de vida e bem-estar psicológico em idosos. Dissertação de mestrado apresentada à Faculdade de Ciências Humanas e Sociais. Porto.
Disponível em
<https://bdigital.ufp.pt/dspace/bitstream/10284/1092/3/sarasilva.pdf>.
- Tabri, N., Werner, K. M., Milyavskaya, M., & Wohl, M. J. (2021). Perfectionism predicts disordered eating and gambling via focused self-concept among those

- high in erroneous beliefs about their disordered behavior. *Journal of Behavioral Addictions*, *10*(3), 524-533.
- Vermani, M., Marcus, M., & Katzman, M. A. (2011). Rates of detection of mood and anxiety disorders in primary care: a descriptive, cross-sectional study. *The primary care companion to CNS disorders*, *13*(2).
- Whelan, J. P., Meyers, A. W., & Steenbergh, T. A. (2007). *Problem and pathological gambling* (Vol. 8). Hogrefe Publishing.
- World Health Organization. (2018). *ICD-11 Clinical Descriptions and Diagnostic Guidelines for Mental and Behavioural Disorders*. Geneva: World Health Organization.
- Yang, W., Morita, N., Ogai, Y., Saito, T., & Hu, W. (2021). Associations between sense of coherence, psychological distress, escape motivation of internet use, and internet addiction among Chinese college students: A structural equation model. *Current Psychology*, 1-10.
- Young, K. S., & Rogers, R. C. (1998). The relationship between depression and Internet addiction. *Cyberpsychology & behavior*, *1*(1), 25-28.

Anexos

Anexo A

Informação Sociodemográfica complementar

Características Sociodemográficas		Jogadores a dinheiro (<i>gamblers</i>)		Jogadores de videojogos (<i>gamers</i>)	
		n	%	n	%
Categoria profissional atual	Militares	7	6.9	0	0.0
	Empresários e gestores	22	21.6	0	0.0
	Intelectuais e científicas	8	7.8	4	44.4
	Técnicos intermédios	16	15.7	0	0.0
	Administrativos	6	5.9	0	0.0
	Vendedores	10	9.8	0	0.0
	Agricultura	0	0.0	0	0.0
	Indústria	8	7.8	0	0.0
	Não qualificados	25	24.5	5	55.6
	Nível socioeconómico na infância e adolescência	Classe baixa	6	4.9	0
Classe média-baixa		26	21.3	1	6.3
Classe média		74	60.7	13	81.3
Classe média-alta		14	11.5	2	12.5
Classe alta		2	1.6	0	0.0
Perceção da estabilidade da relação atual	Nada estável	1	1.1	0	0.0
	2	2	2.2	0	0.0
	3	4	4.5	1	25.0
	4	21	23.6	1	25.0
	5	13	14.6	0	0.0
	6	25	28.1	1	25.0
	Muito estável	23	25.8	1	25.0
	Nada satisfeito	1	1.1	0	0.0
Satisfação percebida com a relação atual	2	4	4.5	0	0.0
	3	2	2.2	1	25.0
	4	11	12.4	0	0.0
	5	12	13.5	1	25.0
	6	24	27.0	0	0.0
	Muito satisfeito	35	39.3	2	50.0
	Vive sozinho	Não	116	92.8	18
Sim		9	7.2	1	5.3
Vive com Cônjuge/Companheiro(a)	Não	64	51.2	19	100.0
	Sim	61	48.8	0	0.0
Vive com filhos	Não	88	70.4	19	100.0
	Sim	37	29.6	0	0.0

Vive com Enteados	Não	118	94.4	19	100.0
	Sim	7	5.6	0	0.0
Vive com o Pai	Não	88	70.4	5	26.3
	Sim	37	29.6	14	73.7
Vive com a Mãe	Não	86	68.8	3	15.8
	Sim	39	31.2	16	84.2
Zona em que foi educado	Rural	27	22.0	2	11.1
	Urbano	80	65.0	15	83.3
	Suburbano	16	13.0	1	5.6

Anexo B

Consentimento Informado

ESTUDO ANÓNIMO

“CARACTERIZAÇÃO DE COMPORTAMENTOS DE JOGO”

Está-lhe a ser pedido para participar num estudo preenchendo um inquérito anónimo e confidencial. A sua participação é inteiramente voluntária. Coloque todas as suas dúvidas se houver algo que não compreenda.

Porque é que este estudo está a ser realizado?

O objetivo deste estudo consiste em recolhermos informações úteis para a comunidade científica no que diz respeito ao problema do jogo, aprendendo mais acerca das pessoas que jogam, seus respetivos comportamentos face ao jogo, bem como formas de melhorarmos os tratamentos e prognósticos neste âmbito.

O que é que este estudo envolve?

O estudo envolve o preenchimento de alguns questionários que pretendem compreender melhor, o perfil dos jogadores. Estimamos que o preenchimento destes questionários deverá demorar cerca de **60 minutos**. Apesar destes dados serem registados de forma anónima, ao participar neste estudo, também poderá solicitar ao psicólogo um feedback sobre os seus resultados, no momento da entrega. É pedido a todos os participantes que completem os questionários e o entreguem ou reenviem ao técnico de saúde que os apresentou, encerrando assim a sua participação.

Quais são os riscos associados à minha participação neste estudo?

O único risco associado à participação neste estudo é poder sentir que algumas questões são demasiado pessoais para responder. Por favor, sinta-se livre para omitir qualquer questão que considere demasiado pessoal, e sinta-se à vontade para terminar a sua participação no estudo a qualquer momento.

E a confidencialidade?

A sua participação é completamente anónima e confidencial. Não pedimos qualquer identificação. Não existe qualquer forma de saber qual dos questionários completou. Não será divulgada qualquer informação a terceiros.

Quem devo contactar se tiver questões ou problemas relacionados com o estudo?

Questões sobre este estudo devem ser dirigidas a:

Pedro Hubert (pedro.hubert24@gmail.com) ou a

Bruno Bento (brunoricardobento@gmail.com).

Estes dados serão mantidos de forma anónima e confidencial.

Autoriza que os mesmos sejam utilizados para fins de investigação? Não Sim

Anexo C*Questionário Sociodemográfico*

1. Sexo: Masculino Feminino

2. Idade _____ anos.

3. Grau de instrução:

Até 1º ano do ciclo

Até 9º ano do ciclo

Até 12º ano do ciclo

Licenciatura (frequência)

Mestrado

Doutoramento

Curso profissional

Outro? Qual? -----

4. Que curso ou área académica: -----

5. Trabalha: Não Sim . Qual a sua profissão atual?

6. Qual a sua nacionalidade

7. Qual o nível socioeconómico em que foi educado (infância e adolescência) a maior parte da sua vida (**assinale apenas uma opção**):

Classe Alta Classe Média-Alta Classe Média Classe Média-Baixa Classe Baixa

8. Qual o rendimento anual bruto do seu agregado familiar atual. (**assinale apenas uma opção**):

Inferior a 10.000€

Entre 10.001€ e 15.000€

Entre 15.001€ e 25.000€

Entre 25.001€ e 40.000€

Entre 40.001€ e 60.000€

Entre 60.001€ e 100.00€

Entre 100.001€ e 150.00€ Y

Superior a 150.001€ Y

9. Assinale o tipo de relacionamento atual e a duração desse relacionamento.

- A. Casado(a) Y Anos _____
 B. Separado(a) Y Anos _____
 C. Divorciado(a) Y Anos _____
 D. Viúvo(a) Y Anos _____
 E. União de Facto Y Anos _____
 F. Numa relação comprometida Y Anos _____
 G. Presentemente não me encontro em nenhuma relação Y

10. Até que ponto considera a sua **relação estável**? Assinale um número, colocando uma cruz, na escala abaixo.

1	2	3	4	5	6	7	8
Nada						Muito	Não se
Estável						Estável	aplica

11. Até que ponto considera **estar satisfeito** com a sua relação? Assinale um número, colocando uma cruz, na escala abaixo.

1	2	3	4	5	6	7	8
Nada						Muito	Não
Satisfeito						Satisfeita	se aplica

12. Quais são as pessoas que neste momento vivem consigo? **Assinale todos os que se aplicam.**

- A. Vivo só Y
 B. Cônjuge/Companheiro(a) Y
 C. Filhos Y
 D. Enteado(a)s Y
 E. Pai Y
 F. Mãe Y
 G. Outros _____ . Quem? _____

13. Tem filhos? Não Y Sim Y. Se Sim, diga quantos?

14. Em que tipo de área foi educado(a) a maior parte da sua vida (**assinale uma das opções**):

Rural Urbano Suburbano

15. Em que tipo de área vive atualmente (**assinale uma das opções**):

Rural Urbano Suburbano