



UNIVERSIDADE  
CATÓLICA  
PORTUGUESA

---

BRAGA

Perturbação de Jogos de Internet e sua Relação com a  
Personalidade e Substâncias Psicoativas numa Amostra de  
Adultos Portugueses

Dissertação de Mestrado apresentada à  
Universidade Católica Portuguesa para  
obtenção do grau de mestre em **Psicologia  
Clínica e Saúde**.

**Pedro Emanuel de Sousa Araújo**

**Faculdade de Filosofia e Ciências Sociais**

DEZEMBRO 2023



CATÓLICA

FACULDADE DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS SOCIAIS

---

BRAGA

Perturbação de Jogos de Internet e sua Relação com a  
Personalidade e Substâncias Psicoativas numa Amostra de  
Adultos Portugueses

Dissertação de Mestrado apresentada à  
Universidade Católica Portuguesa para  
obtenção do grau de mestre em **Psicologia  
Clínica e Saúde**.

**Pedro Emanuel de Sousa Araújo**

Sob a Orientação da Prof.<sup>a</sup> Doutora **Berta Maria  
Marinho Rodrigues Maia**  
Coorientação do Prof. Doutor **Paulo César Azevedo  
Dias**

## Resumo

Na sua quinta edição do Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais, a *American Psychiatric Association* incluiu, como condição para estudos futuros, a perturbação de jogos de internet. Ao longo dos anos, a adição aos videojogos tem sido alvo de inúmeras investigações, que objetivam a descrição e melhor entendimento da problemática. O presente estudo pretende explorar a relação entre traços da personalidade, consumo de substâncias e sintomatologia das perturbações de uso de substâncias, com a perturbação de jogos de internet, numa amostra de 179 sujeitos com idade média de 25 anos. Para tal foram preenchidas a Escala de Transtorno de Videojogos – Versão Reduzida 9, o Inventário de Personalidade de 10 Itens – Versão Portuguesa, a Escala de Alexitimia de Toronto de 20 Itens e o *The Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test*. Este estudo mostrou pontuações mais elevadas de perturbações de jogos de internet no sexo masculino, em relacionamento de união de facto e também em solteiros sem relação e em indivíduos que trabalham full-time. Verificou-se também relações negativas com as variáveis da personalidade, com exceção da abertura à experiência, e relações positivas com a alexitimia. Observou-se ainda diferenças significativas entre a perturbação de jogos de internet e o risco associado ao consumo de tabaco. Assim, este estudo permite reforçar várias suposições sobre a perturbação de jogos de internet presentes na literatura e contribuindo para o estabelecimento do consumo excessivo de videojogos como uma perturbação de adição comportamental.

*Palavras-chave:* adições, alexitimia, personalidade, perturbação de jogos de internet, uso de substâncias

### **Abstract**

In its fifth edition of the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, the *American Psychiatric Association* has included internet gaming disorder as a condition for future studies. Over the years, addiction to video games has been the subject of numerous investigations, which aim to describe and better understand the problem. The present study aims to explore the relationship between personality traits, substance use, and symptomatology of substance use disorders, with internet gaming disorder in a sample of 179 subjects with a mean age of 25 years. To this end, the Videogame Disorder Scale – Reduced Version 9, the 10-Item Personality Inventory – Portuguese Version, the Toronto Alexithymia Scale of 20 Items and The Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test were applied. This study showed higher scores of internet gaming disorders in males, in cohabiting relationships, and in unmarried people without a relation, and in individuals who work full-time. There were also negative relationships with the personality variables, with the exception of openness to experience, and positive relationships with alexithymia. Furthermore we found significant differences between internet gaming disorder and the risk associated with tobacco consumption. Thus, this study reinforces several assumptions about internet gaming disorder present in the literature and contributes to the establishment of excessive consumption of video games as a behavioral addiction disorder.

*Keywords:* additions, alexithymia, personality, internet game disruption, substance use

## Índice

|  |    |
|--|----|
| Introdução .....   | 1  |
| Enquadramento Teórico .....  | 3  |
| Adições .....  | 3  |
| Perturbação de Jogos de Internet.....  | 5  |
| Personalidade.....   | 9  |
| Alexitimia.....  | 11 |
| Perturbação de Jogos de Internet e Adições .....   | 12 |
| Perturbação de Jogos de Internet e Personalidade.....  | 12 |
| Relação entre a Perturbação de Jogos de Internet, Perturbação de Uso de<br>Substâncias e Personalidade.....  | 14 |
| Metodologia.....   | 16 |
| Objetivos.....   | 16 |
| Desenho de estudo .....  | 16 |
| Amostra .....  | 17 |
| Procedimentos .....  | 18 |
| Instrumentos .....   | 18 |
| Questionário sociodemográfico.....   | 18 |
| Questionário de hábitos de consumo de jogos .....  | 18 |
| Escala de Transtorno de Videojogos – Versão Reduzida 9 (Internet Gaming Disorder Scale<br>– Short-Form)..... | 18 |
| The Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test (ASSIST) .....                                 | 19 |
| Inventário de Personalidade de 10 Itens – Versão Portuguesa (Ten-Item Personality<br>Inventory).....         | 20 |
| Escala de Alexitimia de Toronto de 20 Itens (Toronto Alexithymia Scale [tas-20]).....                        | 21 |
| Análise estatística .....  | 22 |
| Resultados.....  | 23 |
| Análise estatística descritiva.....  | 23 |
| Descrição estatística das escalas .....  | 23 |
| Hábitos de consumo de videojogos .....   | 24 |
| Diferenças na PJI em função das variáveis sociodemográficas .....  | 25 |
| Associação entre a PJI, PUS, dimensões da personalidade e alexitimia .....                                   | 27 |
| Associação entre PJI e género de jogos .....   | 29 |
| Diferenças na PJI consoante o tipo de modalidade .....   | 29 |

|   |    |
|---|----|
| Diferenças da PJI nas substâncias .....         | 29 |
| Diferenças da PJI e das PUS na Alexitimia ..... | 30 |
| Discussão .....                                 | 30 |
| Conclusão .....                                 | 33 |
| Referências Bibliográficas.....                 | 37 |
| ANEXOS .....                                    | 44 |
| Anexo A.....                                    | 45 |
| Anexo B.....                                    | 46 |
| Anexo C.....                                    | 48 |
| Anexo D.....                                    | 51 |
| Anexo E.....                                    | 53 |
| Anexo F.....                                    | 54 |
| Anexo G.....                                    | 56 |
| Anexo H.....                                    | 57 |

## Índice de Tabelas

|  |    |
|--|----|
| Tabela 1. <i>Fatores referentes a cada dimensão</i> .....                                    | 11 |
| Tabela 2. <i>Descrição da amostra (N=179)</i> .....  | 17 |
| Tabela 4. <i>Análise descritiva das escalas</i> .....  | 23 |
| Tabela 5. <i>Consumo, nível de dependência e nível de alexitimia</i> .....                   | 24 |
| Tabela 6. <i>Descrição de consumo de videogames</i> .....                                    | 25 |
| Tabela 7. <i>Diferenças de PJI entre o gênero</i> .....                                      | 25 |
| Tabela 8. <i>Diferenças na PJI consoante o estado civil</i> .....                            | 26 |
| Tabela 9. <i>Diferenças na PJI consoante a ocupação</i> .....                                | 26 |
| Tabela 10. <i>Correlação entre a PJI, PUS, dimensões da personalidade e alexitimia</i> ..... | 28 |
| Tabela 11. <i>Correlação entre a PJI, as PUS e gêneros</i> .....                             | 29 |
| Tabela 12. <i>Diferenças na PJI consoante o tipo de modalidade</i> .....                     | 29 |
| Tabela 13. <i>Diferenças entre a PJI e substâncias</i> .....                                 | 30 |
| Tabela 14. <i>Diferenças da PJI e das PUS na Alexitimia</i> .....                            | 30 |

### **Lista de Abreviaturas**

APA – *American Psychiatric Association*

ASSIST - *The Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test*

CID – *Classificação Internacional de Doenças*

DGS – *Direção Geral de Saúde*

ETV9-VR - *Escala de Transtorno de Videojogos – Versão Reduzida 9*

FPS – *First-Person Shooter*

JP – *Jogo Patológico*

MMORPG – *Multiplayer Massive Online Role-Playing Game*

MOBA – *Massive Online Battle Arena*

PJI – *Perturbação de Jogos de Internet*

RPG - *Role Playing Game*

PUS – *Perturbação de Uso de Substâncias*

TAS 20 - *Toronto Alexithymia Scale*

TIPI – *Ten-Item Personality Inventory*

WHO – *World Health Organization*

## Introdução

Os videojogos apresentam-se como um dos produtos de cultura e entretenimento mais vendidos e prevalente no mundo, cuja existência remonta de há várias décadas (Bonnaire & Baptista, 2018; Antunes, 2019; Beirão et al., 2019). É sabido que os jogos podem influenciar a vida das pessoas e, ao longo da história, estes têm sido considerados como uma atividade normal e essencial, potenciando inclusive as capacidades cognitivas, atuando como forma de alívio de tensão e também como forma de estabelecimento de relações sociais (King & Delfabbro, 2019). Assim, grande parte das crianças, e também muitos adultos, jogam videojogos e, na sua maioria, este tipo de consumo é considerado inofensivo, podendo, tal como supramencionado, fornecer alguns benefícios (Petry et al., 2015). Contudo, apesar de, para alguns, esta atividade ser meramente recreacional, para outros pode-se tornar bastante danosa e levar a diversas consequências negativas (Bonnaire & Baptista, 2018), sendo cada vez mais a sua utilização abusiva considerada um problema de saúde pública (Finseras et al., 2019). Existem ainda evidências crescentes de que parte desta população acaba por sofrer repercussões a múltiplos níveis tais como a nível familiar, laboral, educacional, relacional, bem como sofrendo consequências a nível do sono e passatempos. Assim, estes indivíduos acabam por jogar, não por somente gostarem de o fazer, mas porque também se vêm impedidos de controlar o seu comportamento. Desta forma, este pode ser considerado uma adição comportamental, na medida em que desenvolvem um padrão de jogo que se torna habitual, autodestrutivo e impossível de gerir (Antunes, 2019; Bargeron & Hormes, 2017; King & Delfabbro, 2019).

Recentemente, este problema foi incluído no Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais (APA, 2023) como uma condição para estudo futuro, apelidando-o de Perturbação de Jogos de Internet (PJI). Por outro lado, a Classificação Internacional de Doenças (CID-11, World Health Organization [WHO], 2022) já inclui esta perturbação como uma nova categoria, denominando-a Perturbação de Jogo, e diferenciando inclusive o jogo *online* do *offline*. Assim, sabe-se que em países como os Estados Unidos, parte de 90% das crianças que jogam videojogos tem potencialidade para desenvolver sintomas que se poderão enquadrar num diagnóstico de PJI (Beirão et al., 2019).

Associado a este problema, a literatura percebe um padrão existente com o de outras perturbações comportamentais, que por sua vez apresentam sintomas semelhantes à perturbação de uso de substâncias (Antunes, 2019; Bonnaire & Baptista, 2018; Burkauskas et al., 2022; Gürbüz et al., 2021). É perceptível, portanto, que a PJI tal como estas, apresenta critérios de adição tais como saliência, modificação de humor, tolerância, abstinência, conflito

e recaída (Andreassen et al., 2016). Alguns estudos demonstram ainda diversas alterações neuroanatómicas presentes em ambas as perturbações tais como no funcionamento executivo e nos mecanismos de recompensa (Antunes, 2019; Burkauskas et al., 2022). De forma similar ao ocorrido com as perturbações de substâncias, a PJI tem sido cada vez mais associada com diversos traços disfuncionais da personalidade. Assim, a literatura tem associado a PJI com a presença de fatores da personalidade tais como o neuroticismo, introversão, baixa conscienciosidade e abertura à experiência, agressividade, quebra de regras, traços de ansiedade e narcisismo (Allen & Anderson, 2018; Antunes, 2019; King & Delfabbro, 2019). Também parece haver um consenso de que estes traços, presentes num sujeito dito normal, poderão se constituir como fator de risco para o desenvolvimento da perturbação (Antunes, 2019; Bonaire & Baptista, 2018).

Um outro fator comumente percebido na PJI é a alexitimia. A literatura aponta para a hipótese de esta ser um fator explicativo para o envolvimento e manutenção do uso de videojogos (Bonaire & Baptista, 2018). Ademais, este construto da personalidade apresenta-se relacionado com as perturbações de adição, tanto do uso de substâncias bem como das comportamentais, dado que as pessoas com alexitimia tentam frequentemente evitar emoções negativas através do envolvimento em comportamentos compulsivos e/ou impulsivos (Evren et al., 2019).

Deste modo, o presente estudo pretende explorar a relação entre os traços de personalidade supramencionados, o consumo de substâncias e sintomatologia das perturbações de uso de substância (PUS), com a PJI, em populações de jovens adultos e adultos. De forma específica pretende-se (a) descrever o uso de videojogos; (b) analisar a PJI em função do padrão de jogo e variáveis demográficas; (c) avaliar a PJI em função da personalidade, alexitimia, sintomatologia e consumo de substâncias; e (d) explorar relações entre a PJI e padrões de jogo, e as substâncias. Assim sendo, será apresentado numa primeira parte, o enquadramento teórico, onde se explicitarão de forma mais detalhada as variáveis centrais do estudo, aludindo às investigações feitas sobre a relação entre ambas. Numa segunda parte, contemplar-se-á a metodologia, da qual fazem parte os objetivos e hipóteses que pretendem ser alcançados e confirmadas, seguidos da explanação acerca do estudo empírico. Por fim, segue-se a apresentação de resultados, discussão dos mesmos e, finalmente, a conclusão face ao obtido no estudo.

## Enquadramento Teórico

### Adições

O uso de substâncias e as perturbações de adição apresentam-se como um dos problemas de saúde pública mais sérios, nomeadamente durante a adolescência (Gürbüz et al., 2021). O conceito de adição, frequentemente usado de forma pejorativa, é alvo de grande debate ao longo do tempo, tendo sido definido de múltiplas formas, sendo que no último século foi maioritariamente associado à dependência de substâncias (King & Delfabbro, 2019; Sussman & Sussman, 2011; Wise & Rubble, 2020). Do ponto de vista etimológico, o termo adição deriva da palavra latim *addicere*, que significa ser legalmente entregue a alguém como escravo de obrigações. Com o evoluir dos tempos esta palavra começou a ser usada por forma a referir-se a circunstâncias nas quais as pessoas se entregam a alguém ou outra coisa qualquer (King & Delfabbro, 2019). Assim, referia-se ao ato de se "ceder" ou ser-se "altamente dedicado" a uma pessoa ou atividade, ou à prática de um comportamento, de forma regular podendo este ter implicações positivas ou negativas (Sussman & Sussman, 2011). Não obstante, este termo ainda é alvo de uma elevada falta de consenso, encontrando-se na literatura definições mais abrangentes ou mais restritas dependendo da área na qual é aplicado. Dentro da psicologia e psiquiatria, uma adição define-se como uma perturbação neuropsiquiátrica que se caracteriza pelo desejo recorrente de continuar a usar uma substância independentemente das suas consequências negativas (Wise & Rubble, 2020; Zou et al., 2017). Outras definições referem ainda que a adição caracteriza-se pelos fatores supramencionados e ainda pela procura compulsiva da substância e desejo incontrolável pela mesma, afetando diversos circuitos neuronais, nomeadamente aqueles envolvidos nos mecanismos de recompensa e motivação, aprendizagem, memória e controlo inibitório face a um comportamento (Maldonado et al., 2021; National Institutes of Health [NIH], 2018; Wise & Rubble, 2020).

Apesar de todas as definições tomadas, o DSM-5-TR não utiliza “adição” como termo de diagnóstico, sugerindo “perturbação de uso de substância” (PUS) ao invés do anterior devido à incerteza nas definições utilizadas para este, bem como da conotação negativa adjacente ao mesmo (APA, 2023). Assim, o termo PUS é usado para descrever a ampla variedade desta perturbação, abarcando diversas formas e estados. Para tal, no DSM-5-TR foi criada a categoria perturbações relacionadas com substâncias e perturbações aditivas. Ao longo dos anos este manual promoveu alterações às formas de diagnóstico deste tipo de perturbações (Kardefelt-Winther et al., 2017; Maldonado et al., 2021) sendo que, atualmente, esta categoria abarca tanto o abuso como a dependência de substâncias. Deste modo, este

manual considera 10 classes de drogas, cada qual com a sua categoria específica, mas recorrendo-se de 11 critérios de diagnóstico semelhantes (APA, 2023). Posto isto, o diagnóstico de uma PUS obedece ao preenchimento destes critérios, encaixados dentro de agrupamentos gerais de critérios de défice de controlo, disfunção social, uso de risco e critérios farmacológicos (APA, 2023). Apesar de tudo, o termo adição acabou por ser usado durante muito tempo como referência quase exclusiva ao álcool e às substâncias psicoativas. Em Portugal as substâncias que mostram maiores consumos são o álcool, seguido do tabaco (Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências [SICAD], 2021) sendo que algumas das PUS mais frequentes, de acordo com o relatório anual do SICAD (2021), devem-se ao consumo de canábis, de cocaína e de *ecstasy*, observando-se um aumento de consumo geral nos opiáceos e na heroína. Salienta-se, e de forma importante para o estudo em questão, que no que concerne à heroína, esta é relatada como sendo a substância que menos alterações no consumo demonstrou, sendo que as únicas alterações mais relevantes que se denota foi no aumento de consumo. Em termos estatísticos percebe-se que, em 2019, existiu uma média de consumo *per capita* de 12.1 litros, valor que é superior à média europeia (SICAD, 2022). Por sua vez, consumo de tabaco apresenta uma prevalência europeia de 29% (WHO, 2019) e de 16,8% em Portugal (Direção Geral de Saúde [DGS], 2021).

Com o aumento de determinadas investigações, houve a recolha de informações suficientes para o reconhecimento de que alguns comportamentos sejam reconhecidos como adições, devido às várias semelhanças que apresentam com a PUS (Antunes, 2019). Deste modo, um fator “novidade” que surge no DSM-5-TR é a introdução de uma secção dentro das PUS denominada de perturbações não relacionadas com substâncias, comumente conhecidas como adições comportamentais, incluindo aqui o jogo patológico (JP) e salientando a PJI como uma condição para estudo futuro e possível inclusão nesta categoria dada as semelhanças que esta última apresenta com as PUS e com o JP (APA, 2023; Darvesh et al., 2020). Assim, a PJI apresenta semelhanças nomeadamente no que concerne a aspetos de tolerância, abstinência, tentativas malsucedidas repetidas para reduzir ou parar, e défices no funcionamento normal (Antunes, 2019; APA, 2023; Bargerón & Hormes, 2017; Burkauskas et al., 2022; Gürbüz et al., 2021; Kardefelt-Winther et al., 2017; Kuss & Griffiths, 2012; Society for the Study of Addiction, 2017). Para além da APA, também a WHO, incluiu na 11ª edição da Classificação Internacional de Doenças ([CID], WHO, 2022) a Perturbação de Jogo, como uma perturbação induzida por comportamentos aditivos, considerando possibilidade de este ser praticado via *online* ou *offline* (González-Bueso et al., 2018; Darvesh et al 2020; Rumpf et al., 2018; Sánchez-Domínguez et al., 2021).

### ***Perturbação de Jogos de Internet***

Os videojogos apresentam-se como um estilo de jogo gerido por um dispositivo eletrónico que possibilita a interação com as imagens de um ecrã. Surgiram nos anos 50, nos círculos de investigação científica americana, e têm sido alvo de desenvolvimento e inovação tornando-se atualmente uma parte integrante da vida social (Garuglieri, 2020). Este estilo de entretenimento possui ainda múltiplos géneros sendo possível observar uma maior prevalência do consumo de *multiplayer massive online role-playing games* (MMORPG), *first-person shooter* (FPS) e *multiplayer online battle arena* (MOBA) [Beirão et al., 2019; Bonnaire & Baptista, 2018; Han et al., 2017; Han et al., 2020; King & Delfabbro, 2019, Ok, 2021]. Consequência desta integração na vida de um sujeito, o ato de consumo de videojogos tem sido cada vez mais investigado. Se por um lado é possível denotar efeitos positivos na saúde, tais como na cognição e na componente social e física (Petry et al., 2015; Pontes & Griffiths, 2015), por outro observam-se efeitos que evidenciam a capacidade aditiva que este meio de entretenimento tem sob o ser humano quando usado em excesso (Bargeron & Hormes, 2017; Pontes & Griffiths, 2015). Até à atualidade ainda existem bastantes questões que se colocam, nomeadamente sobre o que poderá ser considerado uma perturbação face ao consumo de videojogos, potenciado pelas diferenças de diagnóstico presentes no DSM-5-TR e na CID-11, se esta deve ser considerada uma adição, e mesmo se esta pode ser de facto uma perturbação ou um mecanismo de *coping* para outras problemáticas anteriores (van Rooji et al., 2018; Rumpf et al., 2018). Não obstante estas incertezas da literatura, nomeadamente no que concerne às questões de se o consumo excessivo de videojogos poderá ser considerado uma perturbação ou mecanismo de *coping*, existem estudos que percebem que este consumo não se advém como estratégia de *coping* nem resultante de outras perturbações subjacentes (Society for the Study of Addiction, 2017). Inclusive existem autores que salientam que considerar que o consumo de videojogos é melhor explicado como mecanismo de *coping* e não como perturbação aditiva, colocaria em causa os critérios de diagnóstico para o consumo de múltiplas substâncias dado que o consumo destas frequentemente surge potenciada por outros eventos (González-Bueso et al., 2018; Society for the Study of Addiction, 2017).

De acordo com o DSM-5-TR (APA, 2023), a PJI representa o uso recorrente e continuado da internet para o envolvimento social frequente em jogos, que culmina em deficits ou mal-estar clínicos significativos. Para um dado sujeito ser identificado com PJI, este deve cumprir pelo menos cinco critérios num período mínimo de 12 meses. Assim, uma pessoa com esta perturbação deverá (1) demonstrar preocupação com jogos de internet, pensando sobre a atividade do jogo ou na realização deste, tomando esta atividade conta de

grande parte da sua vida; (2) evidenciar sintomas de abstinência quando os jogos são retirados, tais como irritabilidade, ansiedade ou tristeza; (3) sofrer de tolerância, ou seja, necessitar jogar por cada vez mais tempo; (4) evidenciar tentativas malsucedidas de controlar a participação em jogos; (5) perder interesse nos passatempos e atividades de entretenimento prévios ao uso dos jogos de internet; (6) usar de forma continuada e excessiva os jogos, mesmo com conhecimento dos prejuízos psicossociais que este comportamento acarreta; (7) ocultar e deturpar aos outros o tempo dedicada neste tipo de atividade; (8) recorrer aos jogos por forma a evitar ou aliviar o humor negativo; (9) ter colocado em risco relações interpessoais, emprego ou oportunidades educacionais devido à participação em jogos (APA, 2023). Por outro lado, a CID-11 (WHO, 2022) refere que a PJI é um padrão persistente de comportamento de jogo persistente ou recorrente, podendo este ser *online* ou *offline*. Para o diagnóstico desta perturbação a WHO considera a existência de (1) falta de controlo, ou o comprometimento deste, sobre os jogos (e.g.: início, frequência, intensidade, duração, término, contexto), (2) a priorização dada aos jogos na medida em que estes precedem outros interesses de vida e atividades diárias, e (3) continuação ou escalada do comportamento de jogo, apesar da ocorrência de consequências negativas (Darvesh et al., 2020). Para o correto diagnóstico desta perturbação, o padrão de comportamento deve ser grave o suficiente para impactar significativamente áreas pessoais, familiares, sociais, educacionais, ocupacionais ou outras áreas importantes do funcionamento sendo este comportamento normalmente evidente durante pelo menos 12 meses (WHO, 2020).

Retomando a terminologia usada pelo DSM, a PJI foi ainda associada a múltiplos desfechos negativos tais como relações mais pobres do mundo real; solidão; menos tempo gasto em passatempos, socialização, trabalho, sono e educação; menor desempenho académico e capacidades de atenção; agressividade aumentada; e ideação suicida (Allen & Anderson, 2018; Zajac, 2017). Para além do mais, estes sujeitos frequentemente apresentam mais perturbações e dificuldades psicossociais comórbidas, tais como perturbação de hiperatividade/défice de atenção, perturbação de ansiedade generalizada, perturbação de pânico, fobia social, depressão, stress, menor satisfação com a vida e abuso de substâncias (Allen & Anderson, 2018; Bargerón & Hormes, 2017; Zajac, 2017).

Existem múltiplos fatores de risco identificados para a PJI. Um dos mais prevalentes diz respeito ao sexo, sendo que tanto a APA como a literatura apontam uma maior vulnerabilidade e conseqüente prevalência no sexo masculino (APA, 2023; Petry et al., 2015; Zajac, 2017). Existem diversos autores que apontam justificações distintas para esta incidência. Uma das suposições feitas aponta o facto de uma grande maioria dos videojogos

ser criado por homens e dirigido para homens, sendo esta uma estratégia de *marketing* por forma a potenciar um aumento de vendas (Liao et al., 2020). Por fim, salienta-se ainda a presença de baixa autoeficácia, desejo pelo desafio, mestria, *empowerment* (Allen & Anderson, 2018), personalidade impulsiva e psicopatologia comorbida (Andreassen et al., 2016; Bangeron & Hormes, 2017; Bonnaire & Baptista, 2018; Burkauskas et al., 2022; Petry et al., 2015).

A investigação que versa a exploração desta sintomatologia corrobora a proposta feita pela APA (2014). Mais ainda, esta sugere a futura inclusão desta perturbação na categoria de “Perturbações Relacionadas com Substâncias e outras Adições” considerando que no seu estudo conseguiram identificar na sua amostra de PJI os componentes nucleares de adição comumente usados para o diagnóstico das PUS (Bangeron & Hormes, 2017).

Na revisão bibliográfica realizada por Darvesh e colaboradores (2020) foi perceptível a inexistência de artigos que reportassem a prevalência de casos de acordo com o diagnóstico da WHO. Não obstante, encontraram-se dados de prevalência associados aos critérios de diagnóstico da APA reportando-se percentagens de 0.21 - 57.50% na população geral e 3.20 - 91.00% em populações clínicas. Nas regiões europeias, e contando com dados fornecidos por um total de 28 artigos, estas percentagens são de 0.21 - 33.33% na população geral e de 9.38 - 31.00% em populações clínicas (Darvesh et al., 2020). Tal como anteriormente mencionado denota-se ainda uma maior prevalência desta perturbação no sexo masculino e em sujeitos que possuem trabalhos em regime full-time (Paik et al., 2017; Zajac, 2017). É ainda perceptível pela literatura que uma grande percentagem de sujeitos que jogam FPS's, MMORPG's e MOBA's tendem a cumprir um maior número de critérios da PJI quando comparados com aqueles que jogam outros géneros. Estes jogadores são também aqueles que tipicamente dedicam mais tempo ao consumo de jogos e que consomem um número mais diversificado de outros géneros de jogos (Han et al., 2020; Na et al., 2017; Ok, 2021). Percebe-se também que face a alguns géneros de jogo, indivíduos solteiros apresentam também índices mais elevados de PJI (Bonnaire & Baptista, 2018).

No que concerne a modelos da PJI, King e Delfabbro (2019), no seu livro *Internet Gaming Disorder: Theory, Assessment, Treatment and Prevention*, destacam três, que providenciam diferentes formas de conceptualizar esta perturbação. Segundo estes autores dever-se-á ter em consideração os modelos (1) cognitivo-comportamentais, (2) neurocognitivos, e (3) multidimensionais (a combinação de fatores biopsicossociais que interagem entre si). Mais concretamente estes autores sugerem o modelo de Davis (2001, citado por King & Delfabbro, 2019) como um primeiro modelo cognitivo-comportamental

para PJI. Este modelo é inicialmente proposto para o uso patológico da internet, contudo, os autores consideram que o PJI poder-se-ia associar a este modelo se considerada como um dos tipos de uso patológico da internet. Assim, o modelo de Davis propõe que a existência de dois tipos de utilização patológica da Internet sendo um deles o (1) específico, referindo-se à utilização patológica da Internet para um fim específico (por exemplo, navegação, compras ou jogo); e a generalizada, ou seja, o uso de um conjunto global de comportamentos que ocorrem *online*. Para King e Delfabbro (2019) a PJI incluir-se-á na categoria "específica". De forma sucinta este modelo postula que uso patológico da Internet advém de cognições mal adaptativas, associadas a determinados comportamentos, e que intensificam ou mantêm a resposta mal-adaptativa. Para além do mais, Davis argumenta que múltiplos aspetos sociais da comunicação da Internet reforçam crenças problemáticas referentes ao *self*, aos outros e ao mundo. No que concerne aos modelos neurocognitivos os autores do livro supramencionado apontam o modelo de Dong e Potenza (2014, citado por King & Delfabbro, 2019). Este modelo foca em três aspetos que poderão contribuir para a capacidade aditiva dos videojogos nomeadamente (1) componentes motivacionais relacionadas com a procura de recompensa e redução de stress, (2) controlo comportamental relacionado com a função executiva, e (3) tomada de decisão. Sucintamente o modelo propõe que os impulsos motivacionais ligados a uma elevada procura de recompensas contribuem para o comportamento problemático dos jogos e que, por sua vez, a diminuição da função executiva e do controlo cognitivo sobre estes impulsos contribuem para a tomada de decisão acerca do consumo de videojogos no futuro que não são favorecedoras para o sujeito. Finalmente, é sugerido o modelo da *Interaction of Person-Affect-Cognition-Execution* (I-PACE) como o terceiro tipo de modelo para a IGD. Este modelo, desenvolvido por Brand e colaboradores (2016 citado por King & Delfabbro, 2016), é apresentado como um modelo que se aplica a diversos comportamentos aditivos *online*, baseando-se em resultados de múltiplos estudos bem como noutros modelos referentes a estes comportamentos, num único modelo explicativo. Deste modo, são considerados neste modelo quatro componentes principais nomeadamente (1) variáveis predisponentes do sujeito; (2) respostas afetivas e cognitivas a estímulos internos ou externos; (3) controlo executivo e inibitório e comportamento de tomada de decisão, mais concretamente défices na função executiva e no controlo de resposta que controlam a decisão de jogar; e (4) consequências do jogo ou de outra aplicação da Internet (gratificação, compensação, entre outras, culminando em comportamentos de jogo mais habituais e compulsivos) [King & Delfabbro, 2019].

## Personalidade

Etimologicamente, o termo personalidade origina da palavra latina *persona*. Este termo era usado como designação para a máscara de teatro que era usada na antiguidade, e que permanecia igual no decorrer da peça, por forma a possibilitar o ator a exprimir aos espectadores diferentes emoções e atitudes, as quais deveriam ser descodificadas por estes últimos. Atualmente, e de forma generalizada, a personalidade pode ser definida como um conjunto de comportamentos, de aptidões, de motivações, entre outros, que constituem a individualidade de cada sujeito (Hansenne, 2004).

Ocorre que, à semelhança da adição, o construto da personalidade apresenta-se como um dos menos bem definidos da psicologia (Bergner, 2020). As definições deste construto têm evoluído ao longo dos tempos havendo atualmente uma ampla divergência da noção desta. Deste modo, diversos autores construíram uma noção do que era a personalidade de acordo com as suas teorias, de modo que não existe uma definição consensual que seja aceite pela totalidade dos autores. Acrescenta-se ainda ao problema o facto de que este construto apresenta um significado diferente para a população, quando comparado com aquele atribuído pela psicologia (Bergner, 2020; Hansenne, 2004). Dentro da psicologia, uma das definições mais citadas é a de Allport (1961 citado por Bergner 2020), referindo a personalidade como a organização dinâmica dentro do indivíduo daqueles sistemas psicofísicos que determina os seus pensamentos e comportamentos característicos. Por sua vez, a APA (2014, p. 985) apresenta no DSM-5-TR a personalidade como um conjunto de “padrões duradouros do perceber, relacionar-se e pensar em relação ao meio ambiente e a si mesmo”. Numa nota mais recente, Larsen e Buss (2017 citado por Bergner, 2020) apontam a personalidade como um conjunto de traços e mecanismos psicológicos intrínsecos ao sujeito que são organizados e fixos, influenciando as suas interações e adaptações aos contextos intrapsíquicos, físicos e sociais.

Um dos pontos consensuais que se encontra para este construto, entre as diversas tentativas de definições, é de que, junto desta área científica, a personalidade apresenta-se como uma teoria passível de aplicação a todos os sujeitos. Neste sentido, a grande maioria das teorias da personalidade distingue dois conceitos intrínsecos a esta: traço e tipo de personalidade. Assim, um traço apresenta-se como uma característica que dura no tempo e é a disposição do indivíduo para se comportar de uma forma específica face a diversas situações (Bergner, 2020; Hansenne, 2004). Comumente alguns dos traços que são mencionados são a impulsividade, a extroversão, a sensibilidade, a timidez, autocriticismo ou a honestidade. Ainda no que concerne aos traços, estes são vistos como um *continuum* com dois polos

opostos (e.g.: impulsividade-reflexão) [Bergner, 2020; Hansenne, 2004]. No DSM-5-TR a noção de traço apresenta-se próxima da supramencionada, referindo este como uma tendência para o sujeito comportar-se, sentir, perceber e pensar de formas relativamente regulares ao longo do tempo e das situações em que o traço se pode manifestar. Mais ainda, é referido que estes afetam tanto o ego como o funcionamento interpessoal (APA, 2023). Por sua vez, um tipo de personalidade, também designada de dimensão da personalidade, é a composição específica, dependendo da teoria adotada, de todo um conjunto de traços presentes num indivíduo. Toma-se como um exemplo, por forma a explicar melhor o conceito, o tipo de personalidade extrovertida. A extroversão corresponde a um tipo de personalidade tendencialmente composto pelos traços sociabilidade, dominância, assertividade, atividade e nervosidade (Hansenne, 2004).

Dentro das várias teorias existentes para a personalidade, identificam-se algumas designadas de teorias das disposições. Estas assumem que um sujeito possui predisposições ou traços que possibilitam que este responda de uma certa maneira em situações diversas, e que cada sujeito é único em função dos traços que possui. Dentro destas teorias posiciona-se o modelo dos cinco fatores, também designado de *Big Five* (Hansenne, 2004). Tal como ocorre com a definição do construto da personalidade em si, também não existe um número específico quanto às dimensões que caracterizam a personalidade. Não obstante, desde há cerca de uma década que múltiplos autores defendem que cinco dimensões da personalidade são o suficiente para apreender a maior parte dos traços da personalidade. Assim, este modelo surge dada uma elevada concordância entre os psicólogos da personalidade de que esta se constitui de cinco dimensões, permanecendo como um dos mais utilizados contemporaneamente (Hall et al., 2007; Hansenne, 2004). Deste modo, estas dimensões, cujas denominações poderão alterar de autor para autor, são (1) Abertura à Experiência (*Openness*); (2) Conscienciosidade (*Conscientiousness*); (3) Extroversão (*Extraversion*); (4) Afabilidade (*Agreeableness*) e (5) Estabilidade Emocional (*Neuroticism*). No que concerne ao significado concreto destes tipos de personalidade importa especificar que o segundo corresponde à honestidade, à persistência, e à planificação dos comportamentos, sendo que estes sujeitos tendem a ser escrupulosos, atentos e sérios; o quarto corresponde ao ser-se agradável mas transcendendo o ser-se simpático e afetuoso, e sendo-se também sujeitos que estão ao serviço dos outros, que são submissos e atenciosos, sendo que o inverso corresponde à hostilidade; e por fim o quinto corresponde às emoções, mais particularmente à ansiedade. De acordo com este modelo acredita-se que a cada uma das cinco dimensões estão subjacentes seis traços os quais se apresentam na tabela 1 (Hansenne, 2004).

**Tabela 1.***Fatores referentes a cada dimensão*

| Dimensões/ Tipos       | Fatores   |
|------------------------|---|
| Extroversão            | Afeto, gregarismo, assertividade, atividade, procura de sensações e emoções positivas |
| Afabilidade            | Confiança, retidão, altruísmo, submissão, modéstia e sensibilidade                    |
| Conscienciosidade      | Competência, ordem, sentido do dever, procura do êxito, autodisciplina e deliberação  |
| Estabilidade Emocional | Ansiedade, cólera, depressão, timidez social, impulsividade e vulnerabilidade         |
| Abertura à Experiência | Sonhos, estética, sentimentos, ações, ideias e valores                                |

***Alexitimia***

Um outro construto da personalidade multifacetado de relevo é o da alexitimia. Este é abordado de diferentes modos sendo considerado, para além de um traço de personalidade, um problema psicológico, uma perturbação cognitiva ou neurológica, ou uma condição resultante da falta de apoio social (Evren et al., 2019; Taş & Güneş 2019). O termo surgiu nos anos 70, tendo sido sugerido por Sifneos. Nesta época era usado para descrever um conjunto de características afetivas e cognitivas de pacientes psicossomáticas que apresentavam uma vida emocional pobre, quer em sonhos quer em fantasias, e que não tinham capacidade de verbalizar as suas emoções, nem capacidade para as expressar, permitindo assim uma distinção destes dos sujeitos neuróticos (Carneiro et al., 2009; Praceres et al., 2000). Contemporaneamente, este construto tem sido definido como um défice na componente cognitivo-experiencial dos sistemas de resposta às emoções, bem como na regulação interpessoal destas. Assim, sujeitos que apresentam este traço, apresentam dificuldades na expressão e regulação emocional, bem como na expressão das suas convicções emocionais a outras pessoas e na obtenção de ajuda destas. É ainda possível observar que uma dificuldade em nomear, expressar e distinguir emoções, sendo notável que por vezes não existe sequer noção destas. Por isto, estes indivíduos tendem a agir mecanicamente sem qualquer reação emocional a acontecimentos positivos ou negativos. Para além do mais, dado que não conseguem distinguir entre sentimentos e pensamentos, estes sujeitos tendem a expressar os seus pensamentos em ocasiões que seria mais adequada uma expressão das suas emoções. Tendo esta informação por base, pode-se sistematizar que a alexitimia é composta por algumas características bases nomeadamente (1) dificuldade em

identificar sentimentos e distingui-los das sensações corporais decorrentes de ativação emocional; (2) dificuldade em descrever os sentimentos aos outros; (3) presença de uma vida de fantasia empobrecida (4) e estilo cognitivo orientado externamente (Evren et al., 2019; Praceres et al., 2000; Tap & Güneş 2019).

### **Perturbação de Jogos de Internet e Adições**

Com o desenvolver de investigações em torno da PJI, tem sido possível verificar cada vez mais um número crescente de artigos que enfatizam a componente aditiva dos videojogos e outras adições comportamentais e, conseqüentemente, a sua similaridade com a sintomatologia das PUS (Bargeron & Hormes, 2017; Burkauskas et al., 2022). Existem ainda algumas investigações que percebem que determinados géneros de jogos, nomeadamente os MMORPG's, possuem uma capacidade aditiva extremamente elevada, devido às suas características estruturais específicas (Bonnaire & Baptista, 2018). Assim, denota-se, tal como supracitado, que a PJI, enquanto adição comportamental, cumpre com alguns critérios típicos das PUS nomeadamente a saliência, a modificação de humor, a tolerância, a abstinência, o conflito e a recaída (Andreassen et al., 2016; Bargeron & Hormes, 2017; Bonnaire & Baptista, 2018; Burkauskas et al., 2022). Para além da similaridade destes critérios, alguns estudos verificam a presença de mudanças neuroanatômicas, nomeadamente nos mecanismos dos sistemas de recompensa, e no funcionamento executivo, facto este observável tanto nos sujeitos com PJI como naqueles com PUS. Esta última apresenta-se ainda como comorbidade da PJI, na medida que é perceptível que diversos sujeitos com PJI fazem uso de algum tipo de substância (Beirão et al., 2019; Bonnaire & Baptista, 2019; Burkauskas et al., 2022; Gürbüz et al., 2021; Zajac, 2017). É perceptível também em alguns estudos que indivíduos que consomem determinados géneros de jogos, nomeadamente FPS's e MMORPG's, tendem a apresentar um maior consumo de substâncias, designadamente tabaco e álcool (Mitchell et al., 2021; Na et al., 2017; Köksoy & Can, 2022). No que concerne a esta concomitância, alguns estudos apontam que a expressão de maior sintomatologia associada à dependência de nicotina, advinda do consumo tabágico, correlaciona-se com um aumento de sintomatologia de PJI (Mitchell et al., 2021). Para além destes, outros estudos reportam uma maior severidade na PJI quando existe consumo de cannabis e álcool, nomeadamente se houver consumo concomitante de ambas as substâncias (Evren et al., 2019)

### **Perturbação de Jogos de Internet e Personalidade**

No que diz respeito à personalidade, as investigações feitas na área da PJI perceberam que alguns fatores da personalidade se poderão constituir como risco para o desenvolvimento da perturbação. Deste modo, é perceptível que determinados traços poderão ser importantes

para que ocorra uma disposição duradoura para a PJI e para o controlo de comportamentos psicossociais, executivos e de motivação (Şalvarlı & Griffiths, 2021). Mais concretamente, denota-se uma associação entre a PJI e a existência de elevado neuroticismo, introversão, procura de sensações e baixa amabilidade, conscienciosidade e abertura à experiência, entre outros (Allen & Anderson, 2018; Bonnaire & Baptista, 2018; Dieris-Hirche et al., 2020; González-Bueso et al., 2018; King & Delfabbro, 2019; Ok, 2021; Reyes et al., 2019; Şalvarlı & Griffiths, 2021). Não obstante estes dados encontrados, alguns autores denotam que ao longo dos anos a literatura evidencia uma grande amplitude de resultados face a esta relação, evidenciando resultados que apontam relação positiva entre os traços supramencionados e a PJI, mas também relações negativas entre estes ou, inclusive, nenhuma relação (Şalvarlı & Griffiths, 2021).

Para além das dimensões e traços anteriormente mencionados existem alguns outros cuja literatura se foca mais em específico. Exemplo disto é a alexitimia. Indivíduos com PJI tendem a exibir níveis mais elevados de alexitimia bem como uma maior dificuldade em descrever sentimentos (Bonnaire & Baptista, 2018; Evran et al., 2019). Bonnaire e Baptista (2018) percebeu estes resultados nos seus estudos, corroborando a literatura por eles encontrada, e percebendo que esta associação se expressa em ambos os sexos. Mais ainda, é perceptível neste estudo que tendencialmente a alexitimia se manifesta com maior prevalência em sujeitos com uma maior severidade de sintomas da PJI (Bonnaire & Baptista, 2018; Evran et al., 2019; Pape et al., 2022; Zhang et al., 2022) podendo inclusive ser um preditor significativo desta severidade (Pape et al., 2022; Zhang et al., 2022). Deste modo, os autores percebem que ser-se alexitimico duplica o risco de se ser um jogador problemático, e que poderá constituir-se, para além de fator de risco, como fator de manutenção e envolvimento para a PJI (Bonnaire & Baptista, 2018, Taş & Güneş, 2019). De se notar, apesar dos resultados encontrados neste estudo, que os autores consideraram que a alexitimia, apesar de se expressar de igual forma em ambos os sexos, não é considerada um fator de risco para o sexo feminino (Bonnaire & Baptista, 2018).

Relacionado ainda com alguns pontos da alexitimia, é perceptível que jogadores de MOBA, apresentam uma maior dificuldade em descrever os seus sentimentos, sendo que alguns estudos apontam a possibilidade de que o consumo deste género de jogo possa ser uma forma de regulação emocional (Bonnaire & Baptista, 2018). Também se percebe que jogadores de MMORPG, poderão ser mais adictos a este tipo de jogos devido à necessidade destes de maior cooperação por forma a alcançar objetivos, que poderá ser uma forma de obtenção de estimulação externa tipicamente desejada por extrovertidos (Chew, 2022).

Também se percebe que indivíduos introvertidos possam aderir mais aos MMORPG por forma a compensar a baixa satisfação com a vida, baixa autoestima, e capacidades sociais reduzidas quando se encontram cara-a-cara (Şalvarlı & Griffiths, 2019). Outros estudos percebem ainda que sujeitos que consomem preferencialmente FPS's tendem a exibir maiores níveis de impulsividade, quando comparado com os restantes (Na et al., 2017).

### **Relação entre a Perturbação de Jogos de Internet, Perturbação de Uso de Substâncias e Personalidade**

Tal como referido nas secções anteriores, a PJI tem sido amplamente estudada nos últimos anos, havendo cruzamentos desta com diversos construtos e problemáticas nomeadamente a personalidade e as PUS. É perceptível nestas investigações a existência de correlações e de diferenças significativas, que acrescem um amplo conhecimento para o melhor entendimento da PJI enquanto perturbação, sintomatologia associada e fatores de risco e manutenção. É, portanto, inegável que este construto é fortemente influenciado pela personalidade, bem como pelo consumo de outras substâncias, e também a partilha de sintomas com as PUS. Inclusive esta mesma informação encontra-se devidamente agregada e sistematizada no livro publicado por King e Delfabbro (2019) o qual reúne diversos pontos, devidamente sustentados, sobre múltiplas questões associadas à PJI. Para além do mais, denota-se que múltiplos artigos, mesmo aqueles que objetivam explorar exclusivamente a relação da PJI com a personalidade e seus traços e dimensões, incluem no seu enquadramento teórico menção da PJI enquanto adição, relacionando a sua expressão e sintomatologia com as PUS (Antunes, 2019; Bargerón & Hormes, 2017; Bonnaire & Baptista, 2018; Burkauskas et al., 2022; Chew, 2022).

Alguns estudos tais como os de Mallorquí-Bagué e colaboradores (2017) apresentam relações entre a PJI, personalidade e consumo de substâncias, contudo é perceptível nos seus resultados uma baixa prevalência de consumo de substâncias nesta população. Outros, apesar de não se direcionarem para o estudo das três variáveis em concomitância, perceberam nos seus resultados a existência de alterações neurológicas em indivíduos com PJI e determinados traços de personalidade, consistentes com os resultados encontrados noutros estudos focados em indivíduos com PUS (Chun et al., 2020). Na mesma lógica de investigação, alguns estudos que investigam a PJI e a personalidade, não englobaram a PUS e a sua sintomatologia, contudo usaram para a sua investigação instrumentos de avaliação de traços da personalidade que se direcionam à avaliação daqueles traços que tipicamente ocorrem em sujeitos com PUS (Wilkins et al., 2021). O recurso a este instrumento alude, portanto, para a possível existência de similaridades entre indivíduos com PJI e PUS. Por outro lado, percebe-se que existem

vários estudos que, apesar de não incluírem em simultâneo a PJI e as PUS, as correlacionam com as variáveis da personalidade e com a alexitimia, obtendo resultados semelhantes nestas correlações, mostrando uma clara tendência para indivíduos com estas perturbações apresentarem os mesmos traços de personalidade e problemáticas associadas e, conseqüentemente, uma maior vulnerabilidade para desenvolverem cada uma destas perturbações (Bonnaire & Baptista, 2018; Evren et al., 2019; Fodstad et al., 2022; Giustiniani et al., 2022; González-Bueso et al., 2018; Morie et al., 2016; Kajanoja et al., 2018; Taş & Güneş, 2019).

Não obstante, pela revisão de literatura efetuada, existem poucas evidências de investigações recentes que se foquem na exploração concomitante das relações e diferenças entre todas as variáveis que este projeto objetiva explorar. Recentemente, Giustiniani e colaboradores (2022) conduziram um estudo no qual percebem a partilha de traços de personalidade, dos quais a alexitimia e a impulsividade, entre sujeitos com PJI e com PUS, mais concretamente referente ao uso de heroína. Este estudo limita-se unicamente pelo facto de terem restringido a população a jogadores de *MMORPG's*, não abrangendo jogadores de outros géneros. Também a relacionar a personalidade, as PUS e a PJI podemos referir o estudo de Yan e colabores (2021), o qual percebe que indivíduos com dependência de nicotina e indivíduos com PJI partilham traços de impulsividade superiores aos normativos. Não obstante, denota-se uma falta de inclusão na procura de similaridades de sintomatologia entre as PJI e as PUS na maioria dos estudos. Este facto não torna este estudo menos relevante dado que ainda existe muita inconsistência e debate na literatura acerca deste fator, o qual deve ser explorado por forma a garantir uma forma de diagnóstico da PJI consistente e válida, dado que a presente no DSM-5-TR remete para muita da sintomatologia das PUS. A nível nacional percebe-se a existência de investigação em torno da PJI sendo esta maioritariamente constituída por revisões da literatura, focando aspetos tais como prevalência e fatores associados. Para além do mais, esta dirige-se mais à exploração desta perturbação, e tudo o que lhe está associado, em populações jovens ou infantis. É ainda perceptível que uma grande maioria dos estudos se encontra em formato de dissertações de mestrado de diversos cursos, o que coloca em causa a validade científica dos mesmos visto que estas podem ser publicadas por qualquer sujeito, sem critérios de validade tão rigorosos quanto os que são aplicados a artigos científicos publicados em revistas e afins.

## Metodologia

### Objetivos

O presente estudo objetiva a exploração da relação entre diversos traços da personalidade, consumo de substâncias e sintomatologia da PUS, com a PJI em populações de jovens adultos e adultos. De forma específica pretende-se (a) descrever o uso de videojogos; (b) analisar a PJI em função do padrão de jogo e variáveis demográficas; (c) avaliar a PJI em função da personalidade, alexitimia, sintomatologia e consumo de substâncias; e (d) explorar relações entre a PJI e padrões de jogo, e as substâncias. Tendo por base estes objetivos, foram elaboradas as hipóteses (H) abaixo descritas:

H1: Espera-se encontrar maiores índices de PJI em indivíduos do sexo masculino, solteiros, e em regime de trabalho full-time (APA, 2023; Bonnaire & Baptista, 2018; Paik et al., 2017; Petry et al., 2015; Zajac, 2017).

H2: Prevê-se a existência de maior consumo dos géneros MMORPG, FPS e MOBA associado a maiores níveis de PJI, de consumo de tabaco e de álcool (Beirão et al., 2019; Bonnaire & Baptista, 2018; Han et al., 2017; Han et al., 2020; Mitchell et al., 2021; Na et., 2017; King & Delfabbro, 2019; Ok, 2021; Köksoy & Can, 2020).

H3: Espera-se encontrar relações positivas entre a dimensão neuroticismo e a PJI, e relações negativas entre a dimensão conscienciosidade, abertura a novas experiências e extroversão com a PJI (Allen & Anderson, 2018; Dieris-Hirche et al., 2020; González-Bueso et al., 2018; Ok, 2021; Reyes et al., 2019; Şalvarlı & Griffiths, 2019).

H4: Antevê-se a presença de alexitimia em sujeitos com PJI, nomeadamente naqueles com sintomatologia agravada (Bonnaire & Baptista, 2018; Evren et al., 2019; Taş & Güneş, 2019).

H5: Antecipa-se que parte da amostra evidencie consumo de substâncias concomitante à PJI (Beirão et al., 2019; Evren et al., 2019; Burkauskas et al., 2021; Mitchell et al., 2021).

H6: Prevê-se a manifestação de sintomatologia semelhante entre o grupo de PJI e de PUS, nomeadamente no que concerne ao consumo tabágico (Bonnaire & Baptista, 2018; Evren et al., 2019; Fodstad et al., 2022; Giustiniani et al., 2022; González-Bueso et al., 2018; Morie et al., 2016; Kajanoja et al., 2018; Taş & Güneş, 2019).

### Desenho de estudo

Este estudo é caráter transversal, sendo que a recolha de dados sobre as questões em estudo foi realizada num momento único, e apresenta um desenho descritivo-correlacional, visto que tem como objetivo a exploração de relações entre as variáveis e sua respetiva descrição. Assim sendo, esta investigação é de cariz quantitativo, tendo como abordagem a

exploração, de modo a determinar relações entre as variáveis, com o objetivo de estabelecer factos (Fortin, 2009).

### Amostra

No que concerne à amostra, usou-se um método de amostragem não probabilístico, mais concretamente, a amostragem por conveniência que se traduz na escolha de indivíduos que cumpram critérios de inclusão precisos, para preenchimento dos instrumentos, que estejam disponíveis online na altura da sua divulgação (Fortin, 2009). Assim, escolheu-se uma amostra constituída por sujeitos masculinos e femininos, usuários habituais de videojogos podendo ou não consumir substâncias. Também serviu de critério de inclusão, para além do supramencionado, uma idade superior a 18 anos.

Deste modo, na Tabela 2 encontram-se as estatísticas descritivas referentes à descrição da amostra. Com base nestes dados percebe-se que a média de idades da amostra é de 25.21 anos num espectro que se inicia nos 18 anos até a um máximo de 60. É evidente ainda que a maioria da amostra possuía o ensino secundário (48%) ou licenciatura (38%). Denota-se também que houve uma maior participação do sexo feminino (62.6%). Face ao estado civil, verifica-se que a grande maioria se encontra solteiro, havendo uma distribuição igual de solteiros com e sem relação amorosa (44.1%). Quanto à ocupação, a grande maioria era estudante (57.5%) seguida dos trabalhadores-estudantes (19.6%).

### Tabela 2.

*Descrição da amostra (N=179)*

|                                  | <i>M</i> | <i>DP</i> | <i>S<sub>KW</sub></i> | <i>K<sub>RT</sub></i> | <i>Min</i> | <i>Max</i> |
|----------------------------------|----------|-----------|-----------------------|-----------------------|------------|------------|
| Idade (anos)                     | 25.21    | 8.65      | 2.39                  | 5.32                  | 18         | 60         |
| Escolaridade                     | <i>n</i> | %         | 0.15                  | -0.55                 |            |            |
| 1º Ciclo                         | 1        | 0.6       |                       |                       |            |            |
| 3º Ciclo                         | 1        | 0.6       |                       |                       |            |            |
| Secundário                       | 87       | 48.6      |                       |                       |            |            |
| Ensino Técnico                   | 9        | 5         |                       |                       |            |            |
| Licenciatura                     | 68       | 38        |                       |                       |            |            |
| Mestrado                         | 11       | 6         |                       |                       |            |            |
| Doutoramento                     | 2        | 1         |                       |                       |            |            |
| Género                           |          |           | -0.18                 | -0.77                 |            |            |
| Masculino                        | 62       | 34.6      |                       |                       |            |            |
| Feminino                         | 112      | 62.6      |                       |                       |            |            |
| Outro                            | 5        | 2.8       |                       |                       |            |            |
| Estado Civil                     |          |           | 1.70                  | 2.92                  |            |            |
| Solteiro(a), sem relação amorosa | 79       | 44.1      |                       |                       |            |            |
| Solteiro(a), com relação amorosa | 79       | 44.1      |                       |                       |            |            |

|                          |     |      |      |      |
|--------------------------|-----|------|------|------|
| União de Facto           | 6   | 3.4  |      |      |
| Casado(a)                | 8   | 4.5  |      |      |
| Divorciado(a)            | 7   | 3.9  |      |      |
| Ocupação                 |     |      | 1.47 | 1.70 |
| Estudante                | 103 | 57.5 |      |      |
| Trabalhador(a)-Estudante | 35  | 19.6 |      |      |
| Trabalhador(a) Full-Time | 32  | 17.9 |      |      |
| Trabalhador(a) Part-Time | 1   | 0.6  |      |      |
| Desempregado(a)          | 8   | 4.5  |      |      |

## Procedimentos

Primeiramente, foram enviados emails aos autores de cada escala utilizada (anexo A e anexo B) por forma a obter autorização destes para o uso das mesmas. De modo a construir o questionário e proceder à recolha de dados para este estudo, recorreu-se à plataforma online, *microsoft forms*, e a um questionário físico, tendo sido a informação relativa a estes divulgada via email e através das redes sociais e de contactos do investigador. Este questionário constitui-se primeiramente por um consentimento informado, no qual se incluiu o objetivo principal da investigação e constituição do questionário; o participante foi igualmente informado de que todos os dados seriam tratados de forma conjunta, anónima e confidencial, assegurando a sua destruição após concluído o estudo. Foi requerido que o participante fornece-se o seu consentimento por forma a prosseguir com a sua participação. Este estudo foi realizado com a aprovação do Conselho Científico do Centro Regional de Braga da Universidade Católica Portuguesa.

## Instrumentos

### ***Questionário sociodemográfico***

De modo a caracterizar a amostra deste estudo, recolheram-se informações tais como: idade, sexo, escolaridade, estado civil e ocupação (anexo C).

### ***Questionário de hábitos de consumo de jogos***

Com o propósito de perceber os hábitos de uso de videojogos foi criado um questionário com o objetivo de recolher informações tais como género de jogos habitualmente jogados e qual o mais prevalente e modalidades mais utilizadas (*online* ou *offline*) [anexo D].

### ***Escala de Transtorno de Videojogos – Versão Reduzida 9 (Internet Gaming Disorder Scale – Short-Form)***

A Escala de Transtorno de Videojogos – Versão Reduzida 9 (ETV9-VR) [Pontes & Griffiths, 2016] surge por forma a dar resposta à necessidade de escalas validadas e de confiança e com capacidade de adequação para serem utilizadas em questionários da larga

escala. No seu estudo original (Pontes & Griffiths, 2015) esta escala, que contava com uma amostra ampla de jogadores de diversos países, obteve propriedades psicométricas validas, no que concerne à sua validade e confiabilidade ( $\alpha = 0.87$ ). Esta apresenta-se como um instrumento de avaliação que reflete os nove critérios base presentes no DSM-5-TR, que definem a PJI. Assim sendo, apresenta nove questões, que poderão ser verificadas no anexo E, que podem ser respondidas com recurso a uma escala *Likert* de 5 pontos tendo como respostas: (1) Nunca; (2) Raramente; (3) Algumas vezes; (4) Frequentemente; (5) Quase sempre. Os resultados da escala são obtidos através do somatório das respostas dadas sendo possível a obtenção de pontuações que variam de 9 a 45, considerando que uma maior pontuação será representativa de maior gravidade sintomatológica de PJI. Por forma a considerar um dado sujeito como jogador com PJI é recomendado considerar-se um ponto de corte de 36 pontos, sendo aconselhado considerar-se simultaneamente a seleção da resposta “Quase sempre” em pelo menos cinco das nove questões. Os resultados da validação desta escala à população portuguesa apresentam fidelidade adequada ( $\alpha = 0.87$ ) podendo esta ser utilizada tanto para investigação como para prática clínica (Pontes & Griffiths, 2016). No que se refere ao presente estudo verificam-se bons valores de confiabilidade ( $\alpha = 0.84$ ).

### ***The Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test (ASSIST)***

O *The Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test (ASSIST)* foi desenvolvido pela WHO e destaca-se pela sua capacidade em detetar o consumo de diferentes substâncias e problemas associados (e.g.: tabaco, bebidas alcoólicas, cannabis, cocaína, estimulantes do tipo anfetaminas, inalantes, sedativos ou comprimidos para dormir, alucinogénios, opióides e outros). Esta foi adaptada para a população portuguesa por Mostardinha e colaboradores (2019). Para além da população portuguesa esta apresenta boas propriedades psicométricas em diversos países do mundo. Face à população portuguesa, a validação obteve boa consistência interna para o Tabaco ( $\alpha = 0.84$ ), *Cannabis* ( $\alpha = 0.79$ ) e para o álcool ( $\alpha = 0.67$ ). No que concerne à consistência para as outras substâncias avaliadas por esta escala, não foram possíveis obter dados dado que esta validação foi feita em estudantes universitários e não foi possível observar consumo das outras substâncias que pudessem permitir a elaboração de dados. Quanto à constituição da escala (anexo F), esta constitui-se por 10 subescalas referentes às substâncias supramencionadas sendo que a primeira questão é de triagem e as questões 2 a 7 relacionam-se com a avaliação do envolvimento com determinada substância. Este instrumento apresenta uma escala de respostas tipo *Likert* de cinco pontos para as questões 2 a 5 (nunca; 1 ou 2 vezes; mensalmente; semanalmente; diariamente ou quase diariamente) e de três pontos para as

questões 6 e 7 (não, nunca; sim, nos últimos três meses; sim, mas não nos últimos três meses). Por forma a calcular a pontuação de cada subescala (substância) é feito o cálculo da soma das respostas obtidas nas questões correspondentes, obtendo-se assim a pontuação de consumo de risco para cada substância. Subentende-se que uma maior pontuação, é referente a um maior envolvimento com determinada substância (Mostardinha et al., 2019). Face à amostra deste estudo percebe-se que as dimensões do instrumento, tabaco e cannabis, apresentam bons níveis de confiabilidade ( $\alpha = 0.86$ ;  $\alpha = 0.80$ , respetivamente). Face à dimensão referente ao álcool esta apresenta um nível de confiabilidade perto do limite do desejado ( $\alpha = 0.68$ ), contudo o mesmo é aceitável.

### ***Inventário de Personalidade de 10 Itens – Versão Portuguesa (Ten-Item Personality Inventory)***

O Inventário de Personalidade de 10 Itens foi originalmente desenvolvido por Gosling e colaboradores (2013) e apresenta-se como um inventário de resposta rápida demorando um tempo estimado de um minuto para preencher. É um dos instrumentos mais influente para a investigação psicológica e existe evidências que sugerem que este é um instrumento apropriado para a medição do modelo de cinco fatores (extroversão, afabilidade, conscienciosidade, estabilidade emocional, abertura a novas experiências. No seu estudo original este inventário apresentou alfas de Cronbach baixos a moderados ( $\alpha = 0.68$ ;  $\alpha = 0.40$ ;  $\alpha = 0.50$ ;  $\alpha = 0.73$ ;  $\alpha = 0.45$  respetivos para cada fator), contudo denota-se que esta ocorrência é típica em escalas curtas. Não obstante, todos os restantes parâmetros efetuados no estudo original demonstram que esta escala possui condições boas para utilização (e.g.: alta estabilidade temporal, correlações fortes com escalas mais longas de traços de personalidade e análises fatoriais que confirmam a estrutura da mesma). No que concerne à população portuguesa, esta escala foi validada por Nunes e colaboradores (2013) e obteve alfas de Cronbach semelhantes ao estudo original, com variâncias entre valores baixos a moderados ( $\alpha = 0.68$ ;  $\alpha = 0.48$ ;  $\alpha = 0.55$ ;  $\alpha = 0.67$ ;  $\alpha = 0.61$  respetivos para cada fator). Tal como na original, as dimensões da versão portuguesa mostraram possuir boa estabilidade temporal e alta convergência com outras escalas mais longas de medição de traços de personalidade. Posto isto, esta escala (anexo G) é composta por dois itens que medem cada uma das dimensões da personalidade do modelo de cinco fatores, sendo que cada item representa um polo positivo e outro negativo. O inventário constitui-se de 10 itens, sendo cinco deles invertidos (2, 4, 6, 8, 10) e possui uma escala *Likert* de sete pontos que varia do (1) Discordo totalmente, até ao (7) Concordo totalmente. Por forma a obter-se a pontuação final deve ser-se invertida a pontuação dos itens inversos e posteriormente deverá fazer-se a média da soma

dos dois itens referente a cada uma das dimensões. Posteriormente, os resultados destas médias devem ser comparados com as normas, existindo normas para o sexo feminino e para o masculino. Contrariamente à versão original e adaptação, o presente estudo não conseguiu obter níveis de confiabilidade suficientemente bons para todas as dimensões. Assim, percebe-se que as únicas subescalas que poderão ser utilizadas para análise estatística serão as da extroversão e afabilidade dado que, quando comparados com os níveis de confiabilidade da versão original do instrumento e da adaptação, estas são as únicas com valores suficientemente fortes ou válidos ( $\alpha = 0.74$ ;  $\alpha = 0.41$ , respetivamente). Considera-se a subescala de afabilidade válida dado que, apesar de ter um alfa de Cronbach baixo, este é considerado normal, pela literatura e autores, visto esta escala ser um instrumento muito curto no qual são usadas somente duas questões para cada subescala (Gosling et al., 2013).

### ***Escala de Alexitimia de Toronto de 20 Itens (Toronto Alexithymia Scale [tas-20])***

A Escala de Alexitimia de Toronto de 20 Itens (TAS-20) apresenta-se como um instrumento de autoavaliação da alexitimia. Foi desenvolvido por Bagby e colaboradores (1994) apresentando valores de precisão e validade adequados para a avaliação do constructo de alexitimia ( $\alpha = 0.81$ ). A TAS-20 apresenta uma estrutura fatorial estável e replicável que é congruente com o constructo de alexitimia: (F1;  $\alpha = 0.78$ ) dificuldade em identificar sentimentos; (F2;  $\alpha = 0.75$ ) dificuldade em descrever os sentimentos aos outros; (F3;  $\alpha = 0.66$ ) estilo de pensamento orientado para o exterior. A adaptação para a população portuguesa foi realizada por Praceres e colaboradores (2000), com uma amostra de adultos sem queixa e outra de estudantes universitários, e obteve um bom alfa de Cronbach para a totalidade do instrumento, em ambas as amostras utilizadas ( $\alpha = .79$ ). Da mesma forma obteve bons alfas referentes a cada fator da escala (respetivamente,  $\alpha = 0.80/0.83$ ;  $\alpha = 0.64/0.65$ ;  $\alpha = 0.44/0.60$ ). De salientar que o fator 3 desta escala demonstrou baixa consistência interna podendo advir da baixa saturação de alguns itens neste. Assim, a escala (anexo H) constitui-se de 20 itens, nos quais se solicita que o sujeito registe o grau de concordância para cada um destes. Este instrumento faz recurso de uma escala *Likert* de cinco pontos sendo (1) Discordo totalmente; (2) Discordo em parte; (3) Não concordo nem discordo; (4) Concordo em parte; e (5) Concordo totalmente. No que concerne aos resultados da escala, considera-se que uma pontuação igual ou inferior a 51 como baixa alexitimia, e uma pontuação igual ou superior como alta alexitimia (Praceres et al., 2000). Para o presente estudo, esta escala obteve níveis de confiabilidade superiores ao original e adaptação ( $\alpha = 0.85$ ). De forma semelhante, o fator 1 e 2 obtiveram valores superiores ( $\alpha = 0.88$ ;  $\alpha = 0.80$  respetivamente). Dentro destes, o único

que que acaba por ter um nível de confiabilidade mais baixo é o do fator 3 ( $\alpha = 0.48$ ) sendo este valor próximo do obtido na versão de adaptação, face à amostra de adultos sem queixa.

### **Análise estatística**

Os dados referentes à amostra deste estudo foram tratados com recurso ao programa de análise estatística *Statistical Package for Social Sciences* (SPSS, versão 28). Levou-se a cabo análises descritivas (média, desvio-padrão, mínimos e máximos, assimetria e curtose) com o intuito de melhor descrever as características da amostra obtida. Com o objetivo de perceber se existe ou não normalidade usamos o teste de *Kolmogorov-Smirnov*, o qual avalia a normalidade da distribuição dos resultados. Dentro deste foi possível perceber que estamos presentes de uma amostra que não cumpre os critérios de normalidade ( $p < 0.001$ ). Deste modo este estudo irá recorrer-se de testes não paramétricos para a realização da análise estatística. Por forma a garantir que os resultados das escalas utilizadas, aplicadas à amostra recolhida, mantêm boa consistência interna, realizamos análises de confiabilidade recorrendo-nos do alfa de Cronbach. Também foram realizadas diversas análises estatísticas tais como análises de correlação (*rho* de Spearman), assumindo a obtenção de uma amostra com distribuição normal. Estas análises permitiram-nos explorar a existência de relações significativas ( $p < .05$ ) entre algumas variáveis, garantindo a confiabilidade dos resultados (Pallant, 2011; Dancey & Reidy, 2020), bem como a sua direção (positiva ou negativa) e força (assumindo coeficientes de correlação baixos [ $r_s = 0.10 - 0.29$ ], médios [ $r_s = 0.30 - 0.49$ ] e fortes [ $r_s = 0.50 - 1.0$ ]) [Cohen, 1988, p. 79-81 citado por Pallant, 2011]. Com estas análises obtiveram-se correlações positivas ( $r_s = 0 - [+]$  1), nas quais quando uma variável aumenta a outra também o faz, e correlações negativas ( $r = 0 - [-]$  1), indicativas de que quando uma variável aumenta a outra irá diminuir. Também se realizaram testes de diferenças com recurso ao *U* de *Mann-Whitney*, o qual compara as medianas entre os grupos. Tendencialmente este teste é usado na presença de uma variável categórica independente com apenas dois grupos e uma variável dependente contínua. Espera-se com estes perceber a existência ou não de diferenças estatisticamente significativas entre os grupos ( $p \leq 0.05$  ou  $p > 0.05$ , respetivamente). Para perceber possíveis diferenças entre mais de duas condições/grupos, especificando quais as condições que são diferentes uma da outra recorreremos ao teste de *Kruskal-Wallis*. Este tipo de análises envolve a presença de uma variável independente com múltiplas condições/ grupos e uma variável dependente contínua (Cohen, 1988, citado por Pallant, 2011).

## Resultados

### Análise estatística descritiva

#### *Descrição estatística das escalas*

Através da observação da tabela 4, foi possível perceber de que forma as variáveis que este estudo objetiva investigar se expressam na amostra recolhida. Assim, percebe-se que na presente amostra, o instrumento usado para a exploração da existência de PJI na mesma obteve valores mínimos de 9 e máximos de 28 ( $M = 13.08$ ) não atingindo, portanto, os valores de ponto de corte sugestivos da perturbação. Não obstante, é importante ter com conta que apesar do instrumento fornecer um ponto de corte para se identificar a presença de PJI, o mesmo também assume que face às pontuações obtidas pode-se interpretar que uma maior pontuação indica um maior grau de PJI e vice-versa. Quanto ao consumo de substâncias percebemos que não existem indivíduos que mostram risco alto quanto ao consumo de álcool, dado que a pontuação máxima obtida nesta escala foi de 24, sendo o valor do ponto de corte para risco alto 27. Não obstante, as restantes substâncias mostram pontuações máximas superiores a 27, o que indica a presença de indivíduos consumidores de tabaco e cannabis em risco elevado. No que concerne ao instrumento referente à personalidade, foram obtidos valores máximos de 7 pontos em todas as dimensões. Por outro lado, verificou-se que a dimensão da afabilidade teve valores mínimos de 3 ao passo que as restantes tiveram pontuações mínimas de 1. Por fim, é notável que existe na amostra pessoas tanto com baixa como alta alexitimia dado o valor mínimo obtido na escala ter sido 20, sendo o ponto de corte para baixa alexitimia 51 ou inferior, e o valor máximo obtido 82, sendo o ponto de corte para alta alexitimia 61 ou superior.

**Tabela 4.**

#### *Análise descritiva das escalas*

| Instrumento  | <i>N</i> | <i>M ± DP</i> | <i>Min</i> | <i>Max</i> |
|--|----------|---------------|------------|------------|
| Escala de Transtorno de Videojogos – Versão Reduzida 9               |          |               |            |            |
| Total  | 179      | 13.08±4.69    | 9          | 28         |
| <i>The Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test</i> |          |               |            |            |
| Tabaco   | 179      | 5.71±8.39     | 0          | 35         |
| Álcool   | 179      | 5.30±5.60     | 0          | 24         |
| Cannabis   | 179      | 1.92±4.55     | 0          | 31         |
| Inventário de Personalidade de 10 Itens                              |          |               |            |            |
| Extroversão  | 179      | 3.89±1.75     | 1          | 7          |
| Afabilidade  | 179      | 5.98±1.02     | 3          | 7          |
| Conscienciosidade  | 179      | 5.14±1.32     | 1          | 7          |
| Estabilidade Emocional   | 179      | 3.74±1.34     | 1          | 7          |

|   |     |             |      |    |
|---|-----|-------------|------|----|
| Abertura a Novas Experiências               | 179 | 5.34±1.12   | 1.50 | 7  |
| Escala de Alexitimia de Toronto de 20 Itens |     |             |      |    |
| Total                                       | 179 | 50.25±13.09 | 20   | 82 |
| Dificuldade em identificar sentimentos      | 179 | 16.11±7.07  | 7    | 35 |
| Descrição de sentimentos aos outros         | 179 | 14.08±5.14  | 5    | 25 |
| Pensamento orientado para o exterior        | 179 | 18.91±4.31  | 8    | 33 |

Uma análise mais aprofundada das escalas da alexitimia e das substâncias (tabela 5) mostra que grande maioria da nossa amostra consumiu algum tipo de substância nos 3 meses prévios à realização do estudo, não apresentando casos significativos de risco alto de dependência. Apesar de tudo esta mostra a presença de indivíduos em risco moderado, nomeadamente no consumo de tabaco (29.6%), álcool (20.7%) e cannabis (15.1%). Quanto à alexitimia percebemos que mais de metade da amostra não apresenta níveis elevadas de alexitimia restringindo-se estes últimos a 19.6%.

**Tabela 5.**

*Consumo, nível de dependência e nível de alexitimia*

| Últimos 3 meses    | N          |      | %        |      |      |     |
|--------------------|------------|------|----------|------|------|-----|
| Consumiu           | 144        |      | 80.4     |      |      |     |
| Não consumiu       | 35         |      | 19.6     |      |      |     |
| Substâncias        | Baixo      |      | Moderado |      | Alto |     |
|                    | n          | %    | n        | %    | n    | %   |
| Tabaco             | 123        | 68.7 | 53       | 29.6 | 3    | 1.7 |
| Álcool             | 142        | 79.3 | 37       | 20.7 | -    | -   |
| Cannabis           | 151        | 84.4 | 27       | 15.1 | 1    | 0.6 |
| Níveis             | Alexitimia |      |          |      |      |     |
|                    | N          |      | %        |      |      |     |
| Baixa              | 103        |      | 57.5     |      |      |     |
| Entre baixa e alta | 41         |      | 22.9     |      |      |     |
| Alta               | 35         |      | 19.6     |      |      |     |

### *Hábitos de consumo de videojogos*

Com recurso à tabela 6 percebemos que dentro da amostra existe uma maior utilização de smartphones/tablets (42.5%) e computadores (14.5%) em uso exclusivo, para se recorrer ao consumo de videojogos, demonstrando que maior parte da amostra tende a utilizar uma só plataforma para jogar. Face aos géneros de videojogos consumidos, observa-se que uma grande maioria tende a consumir mais do que um género de jogos. Não obstante, para efeitos deste estudo, assumiremos somente o número de pessoas que consome determinado género de videojogo em exclusivo. Deste modo, percebe-se que o género mais jogado é o single-player (60.9%). Face à modalidade percebe-se que a maioria recorre ao jogo *offline* (38%).

**Tabela 6.***Descrição de consumo de videojogos*

|  | <i>n</i> | %    |
|--|----------|------|
| Plataformas de consumo videojogos        |          |      |
| Smartphone/ Tablet                       | 76       | 42.5 |
| Computador                               | 26       | 14.5 |
| Computador; Smartphone/ Tablet           | 23       | 12.9 |
| Consolas                                 | 20       | 11.2 |
| Computador; Consolas; Smartphone/ Tablet | 14       | 7.9  |
| Consolas; Smartphone/ Tablet             | 10       | 5.6  |
| Computador; Consolas                     | 10       | 5.6  |
| Géneros de videojogos                    |          |      |
| Single-Player                            | 109      | 60.9 |
| RPG                                      | 53       | 29.6 |
| Simuladores                              | 48       | 26.8 |
| FPS                                      | 33       | 18.4 |
| Outros                                   | 28       | 15.6 |
| MMORPG                                   | 21       | 11.7 |
| MMO                                      | 12       | 3.9  |
| MOBA                                     | 10       | 5.6  |
| Modalidade de jogo                       |          |      |
| Online                                   | 48       | 26.8 |
| Offline                                  | 68       | 38.0 |
| Ambos                                    | 63       | 35.2 |

***Diferenças na PJI em função das variáveis sociodemográficas***

Com o fundamento de perceber possíveis diferenças na PJI em função das variáveis sociodemográficas foram realizadas várias análises estatísticas. Dentro destas percebeu-se que não existe qualquer relação significativa na amostra entre a PJI e a idade dos participantes ( $p = 0.136$ ). Entre a PJI e o género (tabela 7) foi realizado o teste *U* de *Mann-Whitney*. Este permitiu identificar diferenças na PJI ( $U = 1914.50$ ,  $p < 0.001$ ) dando a maior diferença no sexo masculino. Por forma a avaliar a PJI em função do grau de escolaridade foi tomado a cabo um teste de *Kruskal-Wallis* o qual não apresentou diferenças significativas ( $p = 0.100$ ).

**Tabela 7.***Diferenças de PJI entre o género*

|     | Masculino<br>(OM) | Feminino<br>(OM) | <i>U</i> | <i>p</i> |
|-----|-------------------|------------------|----------|----------|
| PJI | 112.62            | 73.59            | 1914.50  | <0.001   |

De forma semelhante ao anteriormente feito, efetuou-se um teste *Kruskal-Wallis* (tabela 8) com o intuito de perceber a existência de diferenças na PJI consoante o estado civil. Neste

caso é perceptível a existência de diferenças significativas ( $H = 10.387, p = 0.034$ ) com pontuação mais elevada entre os participantes que se encontram em união de facto e mais baixa entre os divorciados. Para analisar em concreto entre que grupos as diferenças são significativas, foi utilizado o teste  $U$  de *Mann-Whitney* com correção de *Bonferroni*, que confirmou que as diferenças se verificam entre os grupos, nomeadamente, entre os solteiros sem relação e os solteiros com relação ( $Z = -2.368, p = 0.018$ ), entre os solteiros sem relação e os divorciados ( $Z = -1.973, p = 0.048$ ), entre os solteiros com relação e os que estão em união de facto ( $Z = -1.962, p < 0.05$ ) e por fim entre os que estão em união de facto e os divorciados ( $Z = -2.258, p = 0.024$ ).

**Tabela 8.**

*Diferenças na PJI consoante o estado civil*

|     | Solteiro (a),<br>sem relação<br>amorosa (OM) | Solteiro (a),<br>com relação<br>amorosa (OM) | União de<br>Facto<br>(OM) | Casado<br>(a)<br>(OM) | Divorciado<br>(a)<br>(OM) | $H$    | $p$   |
|-----|--|--|---------------------------|-----------------------|---------------------------|--------|-------|
| PJI | 99.18  | 79.94  | 123.00                    | 98.00                 | 62.50                     | 10.387 | 0.034 |

No que concerne à verificação de diferenças na PJI consoante à ocupação, efetuou-se um teste *Kruskal-Wallis* (tabela 9). Deste modo identificam-se diferenças significativas ( $H = 17.938, p = 0.001$ ) sendo que a pontuação mais elevada surge nos trabalhadores part-time e full-time e mais baixa trabalhadores-estudantes. Para analisar em concreto entre que grupos as diferenças são significativas, foi utilizado o teste  $U$  de *Mann-Whitney* com correção de *Bonferroni*, que confirmou que as diferenças se verificam entre os grupos, nomeadamente, entre os estudantes e os trabalhadores full-time ( $Z = -3.292, p < 0.001$ ) e entre os trabalhadores-estudantes e os trabalhadores full-time ( $Z = -3.617, p < 0.001$ ), denotando-se em ambos os casos valores superiores nos trabalhadores Full-Time.

**Tabela 9.**

*Diferenças na PJI consoante a ocupação*

|     | Estudante<br>(OM) | Trabalhador (a)<br>Estudante<br>(OM) | Trabalhador (a) Part-<br>Time (OM) | Trabalhador (a) Full-<br>Time (OM) | Desempregado (a)<br>(OM) | $H$    | $p$   |
|-----|-------------------|--------------------------------------|------------------------------------|------------------------------------|--------------------------|--------|-------|
| PJI | 85.00             | 73.81                                | 119.38                             | 172.50                             | 97.38                    | 17.938 | 0.001 |

### ***Associação entre a PJI, PUS, dimensões da personalidade e alexitimia***

Dentro das correlações efetuadas, com recurso ao teste de *Spearman* (tabela 10) percebe-se que entre a PJI e as substâncias não existe qualquer tipo de correlação significativa. Por outro lado, entre a PJI e as dimensões da personalidade percebemos que a PJI se correlaciona negativa e muito significativa com a extroversão e de forma significativa com a afabilidade. Também entre a PJI e a alexitimia foram encontradas correlações positivas baixas muito significativas com a PJI. No que concerne às substâncias percebe-se que as substâncias se correlacionam todas entre elas, de forma significativa e com valores de correlação médios a fortes. Por sua vez o tabaco e o álcool correlacionam-se positivamente e significativamente com a extroversão, e o tabaco e a cannabis correlacionam-se negativamente e de forma significativa com a afabilidade. Apesar de significativas estas correlações são baixas. Também entre as PUS e a alexitimia encontraram-se correlações positivas baixas muito significativas com a PJI e significativas com o tabaco.

**Tabela 10.***Correlação entre a PJI, PUS, dimensões da personalidade e alexitimia*

|                          | 1 | 2     | 3       | 4       | 5        | 6        | 7        | 8       | 9       | 10       |
|--------------------------|---|-------|---------|---------|----------|----------|----------|---------|---------|----------|
| 1 ETV                    | 1 | 0.099 | -0.017  | 0.061   | -0.259** | -0.165*  | -0.222** | -0.174* | 0.046   | 0.280**  |
| 2 Tabaco                 |   | 1     | 0.559** | 0.486** | 0.170*   | -0.215** | -0.155*  | -0.019  | -0.079  | 0.159*   |
| 3 Álcool                 |   |       | 1       | 0.357** | 0.315**  | -0.055   | -0.157*  | 0.083   | 0.053   | 0.057    |
| 4 Cannabis               |   |       |         | 1       | 0.092    | -0.211** | -0.197** | -0.047  | -0.066  | 0.052    |
| 5 Extroversão            |   |       |         |         | 1        | -0.069   | 0.141    | 0.210** | 0.217** | -0.377** |
| 6 Afabilidade            |   |       |         |         |          | 1        | 0.318**  | 0.097   | 0.208** | -0.120   |
| 7 Conscienciosidade      |   |       |         |         |          |          | 1        | 0.245** | 0.188*  | -0.341** |
| 8 Estabilidade Emocional |   |       |         |         |          |          |          | 1       | -0.034  | -0.447** |
| 9 Abertura à Experiência |   |       |         |         |          |          |          |         | 1       | -0.274** |
| 10 Alexitimia            |   |       |         |         |          |          |          |         |         | 1        |

\*  $p < 0.05$ \*\*  $p < 0.001$

### *Associação entre PJI e género de jogos*

Fazendo recurso do teste de *Spearman* foi possível encontrar, observando a tabela 11 correlações positivas entre a PJI e pessoas que jogam RPG's, FPS's, MOBA's e MMORPG's. Todas estas são correlações fracas com exceção da efetuada com o género RPG, sendo esta uma correlação média.

**Tabela 11.**

*Correlação entre a PJI, as PUS e géneros*

|               | PJI     | Tabaco | Álcool  | Cannabis |
|---------------|---------|--------|---------|----------|
| RPG           | 0.368** | 0.981  | 0.021   | 0.081    |
| MMORPG        | 0.284** | -0.134 | -0.165* | -0.014   |
| FPS           | 0.260** | 0.998  | -0.049  | 0.003    |
| MOBA          | 0.239** | 0.283  | -0.036  | -0.046   |
| Single-Player | 0.162*  | 0.097  | -0.061  | -0.113   |
| MMO           | 0.159*  | 0.760  | -0.059  | 0.071    |
| Simuladores   | 0.099   | 0.664  | 0.014   | -0.004   |

\*  $p < 0.05$

\*\*  $p < 0.001$

### *Diferenças na PJI consoante o tipo de modalidade*

Os dados abaixo apresentados (tabela 12), obtidos através do teste de *Kruskal-Wallis* permitem perceber a existência de diferenças significativas na PJI face às modalidades de jogo utilizadas ( $H = 11.462$ ,  $p = 0.003$ ) sendo notável pontuações mais elevadas para indivíduos que usam ambas as modalidades de jogo. Estas diferenças confirmam-se através do teste *U* de *Mann-Whitney* com correção de *Bonferroni*, sendo verificável diferenças significativas entre o uso da modalidade offline e o uso de ambas as modalidades ( $Z = -3.354$ ,  $p < 0.001$ ).

**Tabela 12.**

*Diferenças na PJI consoante o tipo de modalidade*

|     | Online<br>(OM) | Offline<br>(OM) | Ambos<br>(OM) | <i>H</i> | <i>p</i> |
|-----|----------------|-----------------|---------------|----------|----------|
| PJI | 92.06          | 74.80           | 104.83        | 11.462   | 0.003    |

### *Diferenças da PJI nas substâncias*

Fazendo recurso do teste de diferenças de *Mann-Whitney* percebe-se na tabela 13 que só existem diferenças estatisticamente significativas no álcool ( $U = 2641.50$ ,  $p = 0.04$ ) sendo que a maior diferença dá-se nos indivíduos com risco moderado.

**Tabela 13.***Diferenças entre a PJI e substâncias*

|                | Baixo<br>(OM) | Moderado<br>(OM) | <i>U</i> | <i>p</i> |
|----------------|---------------|------------------|----------|----------|
| PJI (Tabaco)   | 83.48         | 100.16           | 2641.50  | 0.04     |
| PJI (Álcool)   | 90.61         | 87.66            | 2540.50  | 0.75     |
| PJI (Cannabis) | 91.07         | 80.70            | 1801.00  | 0.327    |

***Diferenças da PJI e das PUS na Alexitimia***

Tendo por base a correlação significativa obtida tentou-se recorrer-se a teste de *Kruskal-Wallis* por forma a perceber diferenças da PJI consoante o grau de alexitimia (tabela 14). Assim verificaram-se diferenças significativas ( $H = 12.160$ ,  $p = 0.002$ ) com maiores diferenças no grupo com alta alexitimia. Por forma a verificar se as diferenças entre os grupos são de facto significativas recorreu-se ao teste *U* de *Mann-Whitney* com correção de *Bonferroni*. Este confirmou diferenças significativas na PJI entre níveis baixos e altos de alexitimia ( $Z = -3.366$ ,  $p < 0.001$ ) e entre níveis médios e altos ( $Z = -2.778$ ,  $p = 0.005$ ).

**Tabela 14.***Diferenças da PJI e das PUS na Alexitimia*

|          | Baixa<br>(OM) | Média<br>(OM) | Alta<br>(OM) | <i>H</i> | <i>p</i> |
|----------|---------------|---------------|--------------|----------|----------|
| PJI      | 83.58         | 83.12         | 116.94       | 12.160   | 0.002    |
| Tabaco   | 84.33         | 96.72         | 98.81        | 3.824    | 0.148    |
| Álcool   | 86.92         | 102.10        | 84.90        | 3.021    | 0.221    |
| Cannabis | 87.46         | 92.43         | 94.63        | 1.000    | 0.606    |

**Discussão**

Desde o instante que esta investigação tomou forma que o objetivo geral se focava em a explorar a relação entre diversos traços da personalidade, consumo de substâncias e sintomatologia da PUS, com a PJI em populações de jovens adultos e adultos. Com isto em mente, foram traçados diversos objetivos específicos, os quais nos permitiram levantar algumas hipóteses.

No que se refere à primeira hipótese (Espera-se observar maiores índices de PJI em indivíduos do sexo masculino, solteiros, e em regime de trabalho full-time). Esta foi corroborada com base nos testes de diferenças efetuados. Assim, confirmaram-se níveis mais elevados, muito significativos, de PJI em indivíduos do sexo masculino. Este resultado vai ao encontro dos dados de prevalência do próprio DSM-5-TR (APA, 2023) e de algumas revisões

sistemáticas da literatura (Petry et al., 2015; Zajac, 2017) das quais é referida uma maior prevalência em adolescentes e jovens-adultos masculinos. Salienta-se contudo que este estudo não conseguiu verificar correlações entre a perturbação em estudo e a idade tal como outros estudos o fizeram (APA, 2022; Petry et al., 2015; Zajac, 2017), não permitindo-nos identificar em que faixa etária poderá haver maior prevalência da PJI. Por outro lado, foi possível verificar diferenças significativas entre a PJI e o estado civil, contudo a maior diferença foi verificada com sujeitos em união de facto seguido de sujeitos solteiros sem relação amorosa. Apesar de se verificar correlações entre estas variáveis, tal como ocorre nas investigações de Bonnaire e Baptista (2018), os resultados do presente estudo não se alinham inteiramente com a investigação mencionada dado que nessa são os solteiros que mostram maiores correlações com a maiores níveis de PJI. Não obstante, é importante salientar que, ao contrário do presente estudo, Bonnaire e Baptista (2018) somente fizeram a distinção de estado civil entre indivíduos solteiros ou numa relação, ao passo que a nossa investigação abarcou um leque maior de escolha no que concerne a esta variável podendo esta diferença justificar as desigualdades encontradas entre os estudos. Ainda nesta hipótese confirmamos a presença de diferenças significativas quando ao regime laboral, existindo maiores diferenças nos trabalhadores full-time, indo de encontro aos resultados em investigações prévias (Paik et al., 2017). Quanto à segunda hipótese (Prevê-se a existência de maior consumo dos géneros RPG, MMORPG, FPS e MOBA e, conseqüentemente, maiores níveis de PJI, de consumo de tabaco e de álcool) não foi possível verificar a totalidade desta hipótese. Algumas das investigações realizadas apontam para um comportamento problemático ligado ao jogo mais elevado em consumidores de RPG, MMORPG, FPS e MOBA (Han et al., 2020; Ok, 2021). Através das correlações efetuadas foi nos possível corroborar os resultados das investigações de Han e colaboradores (2020) e de Ok (2020) dado que percebemos que somente o género simulador é que não se correlaciona com a PJI. Para além deste, todos os outros géneros se correlacionam de forma positiva, significativa (single-player, MMO) e muito significativa (RPG, MMORPG, FPS, MOBA) com a PJI. Dentro destas correlações aquelas que apresentam uma força de correlação mais forte com a PJI foram o género RPG e MMORPG. Não é invulgar estes dois géneros serem predominantes, considerando que a maior diferentes entre ambos é a possibilidade do jogo online nos MMORPG, dado que é perceptível que sujeitos que recorrem de ambas as modalidades de jogo (online e offline) também apresentam índices mais elevados de PJI. Por outro lado, não foi possível confirmar um maior consumo de substâncias associadas ao género de jogo consumido tal como ocorreu em investigações anteriores (Köksoy & Can, 2020; Na et al., 2017) dado que só se verificou uma correlação significativa

entre o álcool e o género MMORPG, contudo esta correlação é negativa, invalidando, portanto, a hipótese colocada. Face à terceira hipótese (Espera-se encontrar relações positivas entre o neuroticismo e a PJI, e relações negativas entre a conscienciosidade, a abertura a novas experiências e a extroversão com a PJI), foram obtidos resultados mistos. Assim, no que concerne à extroversão e à conscienciosidade, estes mostraram relações negativas com a PJI, tal como em investigações prévias como as de e as de González-Bueso e colaboradores (2018), e foi também possível confirmar a existência de relações positivas com o neuroticismo, de forma semelhante aos resultados de Dieris-Hirche e colaboradores (2020) e de Reyes e colaboradores (2019). Quanto ao traço da abertura às novas experiências, não possível replicar uma relação negativa com a PJI tal como outros autores o fizeram (Dieris-Hirche et al., 2020; Reyes et al., 2019). Apesar dos resultados só podemos considerar como válidos os valores obtidos para a relação com a extroversão dado que, para a presente amostra, a dimensão da estabilidade emocional, a qual representa o neuroticismo, a conscienciosidade e a abertura a novas experiências não obtiveram os níveis de confiabilidade necessários para que estes tenham validade científica. No que concerne à quarta hipótese (Prevê-se a presença de alexitimia em sujeitos com PJI, nomeadamente naqueles com sintomatologia agravada) foi possível identificar uma relação positiva significativa entre a PJI e a alexitimia. Mais ainda denotaram-se diferenças significativas em indivíduos com altos níveis de alexitimia, confirmando que indivíduos com maior PJI apresentam maiores níveis de alexitimia. Estes resultados alinham-se com os de investigações prévias que frequentemente mostram claramente esta associação (Bonnaire & Baptista, 2018; Evren et al., 2019; Taş & Güneş, 2019). Quanto à quinta hipótese (Espera-se que parte da amostra evidencie consumo de substâncias concomitante à PJI), não foram encontrados resultados significativos o que não nos permite afirmar que existe PJI concomitante às PUS. Não obstante, verificamos diferenças significativas na PJI face ao consumo de tabaco, evidenciando-se valores mais elevados em indivíduos em risco moderado, tal como encontrado por Mitchell e colaboradores (2022). Assim, parece que existe alguma relação entre o maior consumo/risco de tabaco e níveis mais elevados de PJI. Estes resultados podem dever-se à inexistência de uma população clínica de PJI. Para além disso, esta observação é corroborada quando consideramos que nas investigações de Burkauskas e colaboradores (2022) as associações encontradas deram-se entre o grau de severidade de PJI e o das PUS. Dado que não existiu amostra com valores elevados de PJI, e tendo por base o estudo referido, seria impossível encontrar uma correlação entre estas duas perturbações no presente estudo. Quanto à sexta hipótese (Prevê-se a manifestação de sintomatologia semelhante entre o grupo de PJI e de

PUS, nomeadamente no que concerne ao consumo tabágico) percebemos algumas similaridades entre as PUS e a PJI. Assim, destacam-se as relações negativas significativas entre a afabilidade e a PJI, o tabaco e a cannabis. Também entre a conscienciosidade e a PJI e todas as substâncias existem relações negativas significativas, contudo as correlações com este traço não são fiáveis pelos motivos mencionados em hipóteses anteriores. Para além das correlações entre a PJI e as variáveis da personalidade, outros estudos como os de Fodstad e colaboradores (2022) corroboram os resultados encontrados entre as substâncias e as variáveis da personalidade. Assim, percebe-se que tanto a PJI como as PUS, se correlacionam de forma semelhante com algumas das variáveis da personalidade (Fodstad et al., 2022; González-Bueso et al., 2018). Também se verificaram relações positivas entre a alexitimia e a PJI e o tabaco. Estudos prévios mostram que existe uma associação entre o tabaco, o álcool e a alexitimia (Giustiniani et al., 2022; Morie et al., 2016; Kajanoja et al., 2018), e outros estudos mostram relações entre a alexitimia e a PJI (Bonnaire & Baptista, 2018; Evren et al., 2019; Taş & Güneş, 2019) o que permite hipotetizar sintomas semelhantes entre as perturbações. Estas correlações permitem-nos perceber uma tendência para indivíduos com maiores níveis de PJI e maior risco em alguma PUS apresentarem padrões e traços de personalidade semelhantes.

### **Conclusão**

O presente estudo, dentro de todos os resultados que permitiu obter, apresenta várias limitações. Uma das limitações mais evidentes e que mais prejudicou este estudo refere-se ao tipo de amostra utilizado. Idealmente, para que este estudo obtivesse resultados mais fiáveis e de encontro à literatura e aos objetivos traçados, teria sido útil recorrer-se exclusivamente a amostras clínicas. Tal reflexão surge dado que várias das hipóteses que não puderam ser confirmadas eram sustentadas em estudos que usaram amostras clínicas por forma a obter os resultados. Assim, a não existência deste tipo de amostra levou a que não houvessem resultados que atingissem o ponto de corte sugestivo para PJI. Este fator leva a que os resultados obtidos no presente estudo não possam ser generalizados aos indivíduos com PJI e PUS. Deste modo, estes resultados mostram somente uma tendência para que, quanto maior o nível de PJI, maior a possibilidade de encontrar padrões e resultados semelhantes aos obtidos neste estudo. Enfatiza-se, contudo, que, apesar de algumas hipóteses não terem sido confirmadas, este estudo não permite invalidá-las visto que, o resultado poderia ter sido distinto caso houvessem sujeitos com pontuações acima do ponto de corte sugestivo de PJI. Por forma também a cumprir com maior rigor clínico alguns dos objetivos colocados, e consequentemente confirmar com maior precisão algumas hipóteses, teria sido importante o

uso de duas amostras clínicas, uma de PJI e outra de PUS. Desta forma, a procura de semelhanças entre indivíduos com estas perturbações teria sido mais exata e fidedigna. Face à reduzida probabilidade de encontrar uma amostra clínica de PJI, não fez sentido a aquisição de uma amostra clínica de PUS visto que não iria ser possível ter amostras equivalentes para comparar. Por forma a colmatar este problema procuramos realizar correlações entre índices de PJI e de PUS dentro da mesma amostra que por si só produziu resultados, contudo não é possível afirmar que estes, nomeadamente no que concerne à comparação entre as perturbações, se devem a uma verdadeira semelhança entre estas ou se são influenciados pela presença dos sintomas de ambas as perturbações nos sujeitos. Para além do facto de não ter sido usada uma amostra clínica, o próprio tipo de amostragem efetuado, considerando que a recolha de dados foi feito maioritariamente via *online*, poderá ter levado a um enviesamento de dados, visto que alguns dos sujeitos que preencheram o questionário poderiam não cumprir os critérios de seleção. Esta hipótese é posta em consideração dado que foi perceptível a existência de questionários dos quais alguns sujeitos selecionaram, por exemplo a resposta “outros” quando questionados os géneros de jogos que jogavam, mas não especificavam qual. Para além destas questões existem também algumas limitações face aos instrumentos utilizados. Mais concretamente referimo-nos ao uso da escala TIPI dado que a mesma possui uma capacidade de rastreio limitada considerando que faz recurso de somente duas perguntas para avaliar a presença de cada um dos cinco traços da personalidade. O facto desta avaliação ser feita com um número tão diminuto de questões poderá ter aumentado a taxa de erro de avaliação e poderá ter contribuído para que três dos cinco traços não obtivessem alfas de confiabilidade suficientemente fortes para serem considerados neste estudo. Apesar disto, importa salientar que se recorreu a este instrumento por forma a evitar que o formulário de recolha de dados tomasse uma extensão demasiado longa possivelmente promovendo uma taxa elevada de abandonos de preenchimento, enviesamento de respostas devido ao cansaço, entre outros problemas. Uma outra limitação de destaque, que impediu também uma maior compreensão da PJI, fatores que a provocam e também melhor perceber a relação entre PJI e PUS deve-se à não inclusão de instrumentos que permitissem avaliar outros traços da personalidade como por exemplo a impulsividade. A inclusão destes permitiria a explorar mais aprofundada de fatores destacados pela literatura como de risco para estas perturbações explicando também a possível expressão de ambas as perturbações num dado sujeito e a similaridade de sintomas entre as estas. Não obstante foi tomada a decisão de não incluir este tipo de instrumento pelos motivos mencionados na limitação anterior e, considerando esta investigação se inserir no âmbito de uma tese de mestrado, a sua inclusão poderia também

impossibilita o término do estudo dentro dos prazos estabelecidos pela instituição. Para além das limitações referidas, que se devem até ao momento devido a possíveis falhas ou melhoras que poderiam ter sido feitas face à estrutura da investigação, existem ainda limitações não controláveis pelos investigadores. Dentro destas tem maior relevo a perceção da população, nomeadamente em faixas etárias mais jovens, de se considerar o consumo de videojogos excessivo como uma perturbação, denotando-se uma clara falta de informação na população sobre a PJI. Dado a partilha do formulário ter sido feita maioritariamente via online, com recurso a grupos tipicamente frequentados por jogadores, foi possível que estes proporcionassem o seu feedback face ao estudo em questão. Um dos pontos mais destacados e que confirma a limitação apresentada foi a frequente crítica de que estudos deste cariz percecionavam tempos reduzidos de jogo com uma perturbação. Assim, percebe-se que parte da população encara a PJI como uma perturbação que poderá ser atribuída a qualquer sujeito pelo simples facto de este jogar videojogos, gerando uma notável revolta nesta população face a esta perturbação. Deste modo percebe-se que um dos possíveis motivos pela dificuldade em obter respostas para o presente estudo, e a baixa taxa de indivíduos com índices superiores de PJI, poderá se dever também à falta de participação desta população por não perceberem o que é em si a PJI, criando uma espécie de posição de protesto e oposição face a este estudo e outros equiparáveis que possam considerar o consumo de videojogos como uma possível perturbação. Este tipo de postura para além de impossibilitar-nos de recolher dados na população pode ter um efeito contagiante afastando possíveis participantes por adquirirem conhecimentos erróneos sobre a PJI, transmitidos por aqueles que se opõem a este diagnóstico.

Torna-se perceptível que ao longo deste estudo surgiram inúmeras questões que limitaram a validade deste estudo bem como a sua aplicabilidade para a compreensão da PJI e outras variáveis existentes no mesmo. Assim, e com base também nas limitações mencionadas, surgem algumas sugestões que julgamos que futuros investigadores tenham em consideração. Uma das primeiras sugestões para futuros estudos é de que a recolha da amostra se dê junto dos sujeitos. Este tipo de recolha permite uma melhor explicação daquilo que o estudo permite investigar, dando espaço para a desmistificação de determinados mitos ou conhecimentos erróneos. Desta forma, não só se estará a contribuir para que a sociedade adquira um maior conhecimento das variáveis em estudo, nomeadamente da PJI, como provavelmente potenciará uma maior taxa de participação, garantindo também que os participantes preencham todos os requisitos obrigatórios. De seguida sugere-se o recurso a unicamente amostras clínicas ou a realização de análises usando somente indivíduos que

alcancem pontos de corte para níveis elevados de PJI. É perceptível que investigadores que tomem esta decisão terão de dispensar mais tempo e investimento na recolha de dados, contudo percebe-se que esse esforço poderá levar a resultados mais fiáveis e de maior contribuição para a comunidade científica. Havendo o intuito de comparar a PJI e as PUS aconselha-se o uso de escalas que para além de avaliarem a personalidade segundo o modelo dos *big five*, avaliem outros traços tais como a impulsividade vista este ser um dos pontos mais em comum entre as perturbações. Pelo mesmo motivo também poderia ser pertinente a inclusão de escalas que avaliassem a capacidade do sujeito no adiamento de recompensa, na tolerância à frustração, a procura de sensações, entre outras.

Um dos pontos que mais se destacam ao longo desta investigação, enquanto valor contributivo que poderia ter para a comunidade científica, refere-se à falta de uma amostra clínica de PJI. Tal como referido ao longo da discussão, este fator prejudicou os resultados obtidos na medida em que os mesmos poderiam ter sido completamente distintos e de maior valor para a comunidade científica, nomeadamente naquilo que se refere à PJI. Não obstante, este e outros tantos fatores mencionados não invalidam o valor contributivo deste estudo. Através das várias análises efetuadas continua a ser possível realizar deduções sobre os fatores que contribuem e explicam esta perturbação enquanto adição. Também permite perceber a expressão da PJI na população portuguesa aquando efetuada uma amostra não probabilística bem como perceber em que condições sociodemográficas a mesma poderá se expressar. Este facto pode ser relevante para estudos futuros dado que fornece uma orientação a outros investigadores sobre possíveis critérios de seleção de amostra a considerar, por forma a obter uma amostra mais próxima dos parâmetros clínicos. Para os investigadores tornou-se também perceptível o nível de desinformação na sociedade sobre a PJI, sobre os impactos que o jogo excessivo pode ter na vida das pessoas, culminando no porquê de o jogo excessivo dever ser considerado uma perturbação da qual deveria haver foco de intervenção psicológica. Por fim, torna-se evidente a escassez de estudos sobre a PJI em território nacional, que vão além de trabalhos universitários. A presença de um maior cuidado em averiguar a existência desta perturbação e de estudá-la poderia auxiliar a uma melhor compreensão da mesma, perceber a sua relação com as PUS e consequentemente impedir o surgimento deste tipo de perturbações.

### Referências Bibliográficas

- Allen, J. J., & Anderson, C. A. (2018). Satisfaction and frustration of basic psychological needs in the real world and in video games predict internet gaming disorder scores and well-being. *Computers in Human Behavior*, *84*, 220–229. <https://doi.org/10.1016/j.chb.2018.02.034>
- American Psychiatric Association. (2023). *Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais, Quinta Edição, Texto Revisado*. Climepsi Editores.
- Andreassen, C., Billieux, J., Griffiths, M. D., Kuss, D. J., Demetrovics, Z., Mazzoni, E., & Pallesen, S. (2016). The relationship between addictive use of social media and video games and symptoms of psychiatric disorders: A large-scale cross-sectional study. *Psychology of Addictive Behaviors: Journal of the Society of Psychologists in Addictive Behaviors*, *30*(2), 252–262. <https://doi.org/10.1037/adb0000160>
- Antunes, J. (2019). Game addiction - new challenges in an old problem. *Psicologia Saúde & Doença*, *20*(1), 33–46. <https://doi.org/10.15309/19psd200103>
- Bargeron, A. H., & Hormes, J. M. (2017). Psychosocial correlates of internet gaming disorder: Psychopathology, life satisfaction, and impulsivity. *Computers in Human Behavior*, *68*, 388–394. <https://doi.org/10.1016/j.chb.2016.11.029>
- 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*. <https://doi.org/10.29315/gm.v6i3.268>
- Bonnaire, C., & Baptista, D. (2018). Internet gaming disorder in male and female young adults: The role of alexithymia, depression, anxiety and gaming type. *Psychiatry Research*, *272*, 521–530. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2018.12.158>
- Burkauskas, J., Griskova-Bulanova, I., Đorić, A., Balhara, Y. P. S., Sidharth, A., Ransing, R., Thi, T.-V. V., Huong, T. N., Kafali, H. Y., Erzin, G., Vally, Z., Chowdhury, M. R. R., Sharma, P., Shakya, R., Moreira, P., Faria, S., Noor, I. M., Campos, L. A. M., Szczegielniak, A. R., & Stevanovic, D. (2022). Association of Internet gaming disorder symptoms with anxiety and depressive symptoms and substance use: An international cross-sectional study. *Middle East Current Psychiatry*, *29*(1). <https://doi.org/10.1186/s43045-022-00180-6>
- Carneiro, B., & Yoshida, E. (2009). Alexitimia: Uma revisão do conceito. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, *25*(1), 103–108. <https://doi.org/10.1590/S0102-37722009000100012>

- Chew, P. K. H. (2022). A meta-analytic review of Internet gaming disorder and the Big Five personality factors. *Addictive Behaviors, 126*(107193), 107193. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2021.107193>
- Chun, J.-W., Park, C.-H., Kim, J.-Y., Choi, J., Cho, H., Jung, D. J., Ahn, K.-J., Choi, J.-S., Kim, D.-J., & Choi, I. Y. (2020). Altered core networks of brain connectivity and personality traits in internet gaming disorder. *Journal of Behavioral Addictions, 9*(2), 298–311. <https://doi.org/10.1556/2006.2020.00014>
- Darvesh, N., Radhakrishnan, A., Lachance, C. C., Nincic, V., Sharpe, J. P., Ghassemi, M., Straus, S. E., & Tricco, A. C. (2020). Exploring the prevalence of gaming disorder and Internet gaming disorder: a rapid scoping review. *Systematic Reviews, 9*(1), 68. <https://doi.org/10.1186/s13643-020-01329-2>
- DeYoung, C., & Rueter, A. (2016). Impulsivity as a personality trait. Em K. Vohs & R. Baumeister (Eds.), *Handbook of Self-Regulation* (pp. 345–363). Guilford Press.
- DGS. (2021). *Programa Nacional para a Prevenção e Controlo do Tabagismo 2020*. Direção-Geral da Saúde.
- Dieris-Hirche, J., Pape, M., te Wildt, B. T., Kehyayan, A., Esch, M., Aicha, S., Herpertz, S., & Bottel, L. (2020). Problematic gaming behavior and the personality traits of video gamers: A cross-sectional survey. *Computers in Human Behavior, 106*(106272), 106272. <https://doi.org/10.1016/j.chb.2020.106272>
- Doan, X. H., Le, T. T., Duong, C. D., Nguyen, T. P. L., Tran, D. D., & Tran, T. P. H. (2021). Impulsivity traits and the rational cognitive process of entrepreneurship: empirical evidence from Vietnam. *Asia-Pacific Journal of Business Administration, 13*(4), 497–519. <https://doi.org/10.1108/apjba-05-2021-0200>
- Evren, C., Dalbudak, E., Topço, M., Kutlu, N., & Evren, B. (2019). Relationship of alcohol and/or cannabis use in the last year and the severity of the Internet gaming disorder symptoms.
- Evren, C., Evren, B., Dalbudak, E., Topcu, M., Kutlu, N., & Elhai, J. D. (2019). Relationship between internet gaming disorder symptoms with attention deficit hyperactivity disorder and alexithymia symptoms among university students. *Addicta The Turkish Journal on Addictions, 7*(1), 1–9. <https://doi.org/10.5152/addicta.2020.19076>
- Finserås, T. R., Pallesen, S., Mentzoni, R. A., Krossbakken, E., King, D. L., & Molde, H. (2019). Evaluating an internet Gaming Disorder scale using Mokken scaling analysis. *Frontiers in Psychology, 10*, 911. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2019.00911>

- Fodstad, E. C., Ushakova, A., Pallesen, S., Hagen, E., Erga, A. H., & Erevik, E. K. (2022). Personality and substance use disorder: Characteristics as measured by NEO-personality inventory–revised. *Frontiers in psychology, 13*.  
<https://doi.org/10.3389/fpsyg.2022.982763>
- Garuglieri, S. (2020). Dipendenza da Gaming Online: Introduzione Al Fenomeno.
- Giustiniani, J., Nicolier, M., Pascard, M., Masse, C., Vandiel, P., Bennabi, D., Achab, S., Mauny, F., & Haffen, E. (2022). Do individuals with internet gaming disorder share personality traits with substance-dependent individuals? *International Journal of Environmental Research and Public Health, 19*(15), 9536.  
<https://doi.org/10.3390/ijerph19159536>
- González-Bueso, V., Santamaría, J. J., Fernández, D., Merino, L., Montero, E., Jiménez-Murcia, S., Del Pino-Gutiérrez, A., & Ribas, J. (2018). Internet Gaming Disorder in adolescents: Personality, psychopathology and evaluation of a psychological intervention combined with parent psychoeducation. *Frontiers in Psychology, 9*, 787.  
<https://doi.org/10.3389/fpsyg.2018.00787>
- Gürbüz, P., Çoban, Ö. G., Erdoğan, A., Kopuz, H. Y., Adanir, A. S., & Önder, A. (2021). Evaluation of internet gaming disorder, social media addiction, and levels of loneliness in adolescents and youth with substance use. *Substance Use & Misuse, 56*(12), 1874–1879. <https://doi.org/10.1080/10826084.2021.1958856>
- Han, H., Jeong, H., Jo, S.-J., Son, H. J., & Yim, H. W. (2020). Relationship between the experience of online game genre and high risk of Internet gaming disorder in Korean adolescents. *Epidemiology and Health, 42*, e2020016.  
<https://doi.org/10.4178/epih.e2020016>
- Hansenne, M. (2004). *Psicologia da Personalidade*. Climepsi.
- Kajanoja, J., Scheinin, N. M., Karukivi, M., Karlsson, L., & Karlsson, H. (2019). Alcohol and tobacco use in men: the role of alexithymia and externally oriented thinking style. *The American Journal of Drug and Alcohol Abuse, 45*(2), 199–207.  
<https://doi.org/10.1080/00952990.2018.1528267>
- Kardefelt-Winther, D., Heeren, A., Schimmenti, A., van Rooij, A., Maurage, P., Carras, M., Edman, J., Blaszczynski, A., Khazaal, Y., & Billieux, J. (2017). How can we conceptualize behavioural addiction without pathologizing common behaviours? *Addiction (Abingdon, England), 112*(10), 1709–1715. <https://doi.org/10.1111/add.13763>
- King, D., & Delfabbro, P. (2019). *Internet gaming disorder: Theory, assessment, treatment, and prevention*. Academic Press. <https://doi.org/10.1016/c2016-0-04107-4>

- Köksoy, S., & Can, B. (2022). Determining the correlation between tobacco dependence severity and internet gaming disorder. *Turkish Journal of Health Science and Life*, 5(1), 1–6.
- Kuss, D. J., & Griffiths, M. D. (2012). Internet gaming addiction: A systematic review of empirical research. *International Journal of Mental Health and Addiction*, 10(2), 278–296. <https://doi.org/10.1007/s11469-011-9318-5>
- Maldonado, R., Calvé, P., García-Blanco, A., Domingo-Rodríguez, L., Senabre, E., & Martín-García, E. (2021). Vulnerability to addiction. *Neuropharmacology*, 186(108466), 108466. <https://doi.org/10.1016/j.neuropharm.2021.108466>
- Mallorquí-Bagué, N., Fernández-Aranda, F., Lozano-Madrid, M., Granero, R., Mestre-Bach, G., Baño, M., Pino-Gutiérrez, A. D., Gómez-Peña, M., Aymamí, N., Menchón, J. M., & Jiménez-Murcia, S. (2017). Internet gaming disorder and online gambling disorder: Clinical and personality correlates. *Journal of Behavioral Addictions*, 6(4), 669–677. <https://doi.org/10.1556/2006.6.2017.078>
- Mitchell, H. G., Kromash, R., Holt, L. J., & Ginley, M. K. (2021). Concurrent gaming disorder/internet gaming disorder and electronic nicotine delivery systems dependency in emerging adults. *International Journal of Mental Health and Addiction*. <https://doi.org/10.1007/s11469-021-00643-7>
- Morie, K. P., Yip, S. W., Nich, C., Hunkele, K., Carroll, K. M., & Potenza, M. N. (2016). Alexithymia and addiction: A review and preliminary data suggesting neurobiological links to reward/loss processing. *Current Addiction Reports*, 3(2), 239–248. <https://doi.org/10.1007/s40429-016-0097-8>
- Mostardinha, A. R., Bártolo, A., Bonifácio, J., & Pereira, A. (2019). Validação do The Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test (ASSIST) em estudantes universitários. *Acta Médica Portuguesa*, 32(4), 279–288. <https://doi.org/10.20344/amp.10650>
- Na, E., Choi, I., Lee, T.-H., Lee, H., Rho, M. J., Cho, H., Jung, D. J., & Kim, D.-J. (2017). The influence of game genre on Internet gaming disorder. *Journal of Behavioral Addictions*, 6(2), 1–8. <https://doi.org/10.1556/2006.6.2017.033>
- NIH. (2018). *Principles of Drug Addiction Treatment: A Research-Based Guide*. <https://nida.nih.gov/publications/principles-drug-addiction-treatment-research-based-guide-third-edition/preface>

- Ok, C. (2021). Extraversion, loneliness, and problematic game use: A longitudinal study. *Personality and Individual Differences*, 168(110290), 110290. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2020.110290>
- Paik, S.-H., Cho, H., Chun, J.-W., Jeong, J.-E., & Kim, D.-J. (2017). Gaming device usage patterns predict Internet gaming disorder: Comparison across different gaming device usage patterns. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 14(12). <https://doi.org/10.3390/ijerph14121512>
- Pape, M., Reichrath, B., Bottel, L., Herpertz, S., Kessler, H., & Dieris-Hirche, J. (2022). Alexithymia and internet gaming disorder in the light of depression: A cross-sectional clinical study. *Acta Psychologica*, 229(103698), 103698. <https://doi.org/10.1016/j.actpsy.2022.103698>
- Petry, N. M., Rehbein, F., Ko, C.-H., & O'Brien, C. P. (2015). Internet gaming disorder in the DSM-5. *Current Psychiatry Reports*, 17(9). <https://doi.org/10.1007/s11920-015-0610-0>
- Pontes, H. M., & Griffiths, M. D. (2015). Portuguese validation of the Internet Gaming Disorder Scale-Short-Form. *Cyberpsychology, Behavior and Social Networking*, 19(4), 288–293. <https://doi.org/10.1089/cyber.2015.0605>
- Praceres, N., Parker, J., & Taylor, G. (2000). Adaptação Portuguesa da Escala de Alexitimia de Toronto de 20 Itens (tas-20). *RIDEP*, 9(1), 9–21. [http://www.aidep.org/03\\_ridep/R09/R091.pdf](http://www.aidep.org/03_ridep/R09/R091.pdf)
- Rumpf, H.-J., Achab, S., Billieux, J., Bowden-Jones, H., Carragher, N., Demetrovics, Z., Higuchi, S., King, D. L., Mann, K., Potenza, M., Saunders, J. B., Abbott, M., Ambekar, A., Aricak, O. T., Assanangkornchai, S., Bahar, N., Borges, G., Brand, M., Chan, E. M.-L., ... Poznyak, V. (2018). Including gaming disorder in the ICD-11: The need to do so from a clinical and public health perspective: Commentary on: A weak scientific basis for gaming disorder: Let us err on the side of caution (van Rooij et al., 2018). *Journal of Behavioral Addictions*, 7(3), 556–561. <https://doi.org/10.1556/2006.7.2018.59>
- Ryu, H., Lee, J.-Y., Choi, A., Park, S., Kim, D.-J., & Choi, J.-S. (2018). The relationship between impulsivity and internet gaming disorder in young adults: Mediating effects of interpersonal relationships and depression. *International journal of environmental research and public health*, 15(3), 458. <https://doi.org/10.3390/ijerph15030458>
- 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. <https://doi.org/10.1007/s11469-019-00081-6>

- Sánchez-Domínguez, J. P., Telumbre Terrero, J. Y., & Castillo Arcos, L. del C. (2021). Descripción del Uso y Dependencia A Videojuegos En Adolescentes Escolarizados De Ciudad Del Carmen, Campeche. *Health and Addictions/Salud y Drogas*, 21(1).  
<https://doi.org/10.21134/haaj.v21i1.558>
- Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências. (2021). *Relatório Anual 2020 A Situação do País em Matéria de Drogas e Toxicodependências*.  
[https://www.sicad.pt/BK/Publicacoes/Lists/SICAD\\_PUBLICACOES/Attachments/175/RelatorioAnual\\_2020\\_%20ASituacaoDoPaisEmMateriaDeDrogasEToxicodependencias\\_PT.pdf](https://www.sicad.pt/BK/Publicacoes/Lists/SICAD_PUBLICACOES/Attachments/175/RelatorioAnual_2020_%20ASituacaoDoPaisEmMateriaDeDrogasEToxicodependencias_PT.pdf)
- Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências (2022). *Relatório Anual 2021 – A Situação do País em Matéria de Álcool*.  
[https://www.sicad.pt/BK/Publicacoes/Lists/SICAD\\_PUBLICACOES/Attachments/180/RelatorioAnual\\_2021\\_%20ASituacaoDoPaisEmMateriaDeAlcool\\_PT.pdf](https://www.sicad.pt/BK/Publicacoes/Lists/SICAD_PUBLICACOES/Attachments/180/RelatorioAnual_2021_%20ASituacaoDoPaisEmMateriaDeAlcool_PT.pdf)
- Society for the Study of Adiction. (2017). *Behavioural addiction and substance addiction should be defined by their similarities not their dissimilarities*.
- Sussman, S., & Sussman, A. N. (2011). Considering the definition of addiction. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 8(10), 4025–4038.  
<https://doi.org/10.3390/ijerph8104025>
- Tabı, I., & Güneş, Z. (2019). Examination computer gaming addiction, alexithymia, social anxiety, age and gender among children aged 8-12. *Journal of Clinical Psychiatry*.  
<https://doi.org/10.5505/kpd.2018.17894>
- Thomsen, K., Callesen, M. B., Hesse, M., Kvamme, T. L., Pedersen, M. M., Pedersen, M. U., & Voon, V. (2018). Impulsivity traits and addiction-related behaviors in youth. *Journal of Behavioral Addictions*, 7(2), 317–330. <https://doi.org/10.1556/2006.7.2018.22>
- Tyrer, P., Crawford, M., Mulder, R., & ICD-11 Working Group for the Revision of Classification of Personality Disorders. (2011). Reclassifying personality disorders. *Lancet*, 377(9780), 1814–1815. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(10\)61926-5](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(10)61926-5)
- Wilkins, L., Rash, J., Fawcett, J., & Harris, N. (2021). Evaluation of the substance use risk profile scale (SURPS) in a recreational video game playing population. *International Journal of Mental Health and Addiction*. <https://doi.org/10.1007/s11469-021-00633-9>
- Wise, R. A., & Robble, M. A. (2020). Dopamine and addiction. *Annual Review of Psychology*, 71(1), 79–106. <https://doi.org/10.1146/annurev-psych-010418-103337>
- World Health Organization (2022). *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems* (11th ed.). <https://icd.who.int>

- World Health Organization. (2020, October 22). Addictive behaviours: Gaming disorder. <https://www.who.int/news-room/questions-and-answers/item/addictive-behaviours-gaming-disorder>
- Yan, W.-S., Chen, R.-T., Liu, M.-M., & Zheng, D.-H. (2021). Monetary reward discounting, inhibitory control, and trait impulsivity in young adults with Internet Gaming Disorder and nicotine dependence. *Frontiers in Psychiatry, 12*, 628933. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2021.628933>
- Zajac, K., Ginley, M. K., Chang, R., & Petry, N. M. (2017). Treatments for Internet gaming disorder and Internet addiction: A systematic review. *Psychology of Addictive Behaviors: Journal of the Society of Psychologists in Addictive Behaviors, 31*(8), 979–994. <https://doi.org/10.1037/adb0000315>
- Zhang, Y., Liang, T., Gan, X., Zheng, X., Li, H., & Zhang, J. (2022). Social self-efficacy and Internet gaming disorder among Chinese undergraduates: The mediating role of alexithymia and the moderating role of empathy. *Frontiers in Psychology, 13*, 898554. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2022.898554>
- Zou, Z., Wang, H., d'Oleire Uquillas, F., Wang, X., Ding, J., & Chen, H. (2017). Definition of substance and non-substance addiction. *Advances in Experimental Medicine and Biology, 1010*, 21–41. [https://doi.org/10.1007/978-981-10-5562-1\\_2](https://doi.org/10.1007/978-981-10-5562-1_2)

# ANEXOS

**Anexo A.**

Pedro Araújo &lt;pedro.a2802@gmail.com&gt;

**Uso da Escala de Alexitimia de Toronto de 20 Itens****Nina Lisa Castro Diez dos Prazeres** <ulfpnina@psicologia.ulisboa.pt>28 de junho de 2022  
às 18:04

Para: Pedro Araújo &lt;pedro.a2802@gmail.com&gt;

Caro Pedro Araújo,

Tem a minha autorização para utilizar a adaptação portuguesa da Escala de Alexitimia de Toronto de 20 Itens (TAS-20) na sua investigação. Pode consultar os dados relativos à adaptação, bem como os procedimentos de cotação e interpretação, em:

Prazeres, N., Taylor, G. J., & Parker, J. D. A. (2008). Escala de Alexitimia de Toronto de Vinte Itens (TAS-20). In L. S. Almeida, M. R. Simões, C. Machado, & M. M. Gonçalves (Eds.), *Avaliação psicológica: Instrumentos validados para a população portuguesa* (Vol II, 2ª ed., pp.95-107). Coimbra: Quarteto.

Com os meus melhores cumprimentos,  
Nina Prazeres

**Anexo B.**

Pedro Araújo &lt;pedro.a2802@gmail.com&gt;

**Uso da Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test (ASSIST)****António Mostardinha** <antonio.mostardinha@ua.pt>

26 de junho de 2022 às

15:55

Para: Pedro Araújo &lt;pedro.a2802@gmail.com&gt;

Estimado Dr. Pedro Araújo

A versão do ASSIST validada para estudantes do ensino superior encontra-se disponível no site [https://www.who.int/substance\\_abuse/activities/assist\\_3.1/en/](https://www.who.int/substance_abuse/activities/assist_3.1/en/). No final deste documento encontram-se as orientações para os cálculos de score e codificação (envio PDF em anexo). O nosso grupo apenas fez o estudo das propriedades psicométricas em estudantes do ensino superior portugueses da versão que se encontra no site indicado.

No que concerne às propriedades psicométricas, deste instrumento, só foram avaliadas para as subescalas Álcool, Bebidas alcoólicas e Cannabis numa amostra de estudantes do ensino superior (jovens adultos). Segue, abaixo, a referência bibliográfica:

Mostardinha, A., Bártolo, A., Bonifácio, J., & Pereira, A. (2019). Validation of The Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test (ASSIST) Among University Students. *Acta Médica Portuguesa*, 32(4), pp. 279-288. doi:<http://dx.doi.org/10.20344/amp.10650>

-Neste manuscrito são explanados os motivos do uso desta versão.

Não hesite caso tenha alguma questão.

Votos de bom trabalho, com os melhores cumprimentos, subscrevo-me atenciosamente

**António Ramalho Mostardinha**

PhD, MSc, RehabNE, RN, BCN

Centro de Investigação em Didática e Tecnologia na Formação de Formadores (CIDTFF)

Departamento de Educação e Psicologia

Universidade de Aveiro

Campus Universitário de Santiago, 3810-193 Aveiro, Portugal

*E-mail:* [antonio.mostardinha@ua.pt](mailto:antonio.mostardinha@ua.pt)

*Scopus Author ID:* 57208779300

*ORCID:* <https://orcid.org/0000-0001-7241-9546>

## Anexo C.

### Questionário Sociodemográfico

De modo a caracterizar a amostra deste estudo, pretendem-se recolher informações tais como: idade, sexo, escolaridade, estado civil e ocupação

#### 2. Qual a sua idade \*

Introduza um número superior ou igual a 18

#### 3. Qual o seu sexo \*

- Masculino
- Feminino
- Outro

#### 4. Qual o seu grau de escolaridade \*

- Sem escolaridade
- 1º Ciclo
- 2º Ciclo
- 3º Ciclo
- Secundário
- Ensino Técnico
- Licenciatura
- Mestrado
- Doutoramento

6. Qual o seu estado civil atual \*

- Solteiro(a), sem relação amorosa
- Solteiro(a), com relação amorosa
- União de Facto
- Casado(a)
- Divorciado(a)
- Viúvo(a)
- Outro

7. Se indicou "outro" na resposta anterior, especifique \*

8. Qual a sua ocupação \*

- Estudante
- Trabalhador(a)-Estudante
- Trabalhador(a) Full-Time
- Trabalhador(a) Part-Time
- Desempregado(a)
- Reformado(a)

9. Que plataformas tende a utilizar mais frequentemente para jogar \*

- Computador (desktop ou laptop)
- Consolas (playstation, xbox, nintendo)
- Smartphone/ Tablet

## Anexo D

### Questionário de hábitos de consumo de jogos

Com o propósito de perceber os hábitos de uso de videojogos pretende-se criar um questionário com o objetivo de recolher informações tais como género de jogos habitualmente jogados e qual o mais prevalente, tempo despendido nesta atividade (total, durante a semana e durante fim-de-semana) e modalidades mais utilizadas (*online* ou *offline*).

10. Quanto tempo tende a dedicar à utilização de videojogos (em smartphones, computador, consolas e outros equiparáveis) \*

O valor tem de ser um número

11. Quais os géneros de jogos que utiliza com mais frequência \*

- RPG
- MMO
- MMORPG
- Simuladores
- FPS
- Single-Player
- MOBA
- Outros

12. Se indicou outros, especifique, caso contrário, continue

13. Tende a utilizar mais frequentemente qual modalidade de jogo \*

- Online
- Offline
- Ambos

## Anexo E.

**Escala de Transtorno de Videojogos – Versão Reduzida 9 (ETV9-VR)**  
**Internet Gaming Disorder Scale–Short-Form (IGDS9-SF)**  
*Pontes e Griffiths (2016)\**

\* As questões que se seguem remetem para toda e qualquer atividade relacionada ao tempo despendido em videojogos nos **últimos 12 meses**. As atividades relacionadas com os videojogos referem-se, mais concretamente, a qualquer tempo despendido a jogar (quer pela Internet ou não), jogos em consolas, computadores, portáteis ou em qualquer outro tipo de dispositivo móvel (por exemplo: telemóvel, tablet, etc.).

|  | Nunca                 | Raramente             | Algumas vezes         | Frequentemente        | Quase sempre          |
|--|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|-----------------------|
| Sentes-te preocupado com o teu comportamento em relação aos videojogos? (Exemplos: Pensas sobre sessões de jogos anteriores ou antecipas a próxima sessão que irás jogar; Jogar tornou-se a principal atividade do teu dia-a-dia.) | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Sentes-te mais irritado(a), ansioso(a) ou até mesmo triste quando tentas reduzir ou parar de jogar?  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Sentes necessidade de passar cada vez mais tempo a jogar para obteres satisfação ou prazer?  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Falhas sistematicamente quando tentas reduzir ou deixar de jogar?  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Perdeste o interesse por outras atividades de lazer em resultado do teu envolvimento com os videojogos?  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Já continuaste a jogar com a mesma intensidade mesmo a saber que isso estava a causar problemas entre ti e outras pessoas?   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Já escondeste de algum familiar, terapeuta ou outra pessoa, a quantidade de tempo que passaste a jogar?  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Jogas para evitar ou aliviar sentimentos difíceis (Exemplos: desamparo, culpa, ansiedade)?   | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |
| Já colocaste em risco, perdeste um relacionamento importante, oportunidade de trabalho ou educacional, por causa dos videojogos  | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> | <input type="radio"/> |

Referência:

\*Pontes, H. M., & Griffiths, M. D. (2016). Portuguese Validation of the Internet Gaming Disorder Scale–Short-Form. *CyberPsychology, Behavior & Social Networking*. doi: 10.1089/cyber.2015.0605

## Anexo F.

**ASSIST**

Nome:

N.º Utente:

| 1. Ao longo da sua vida, quais das seguintes substâncias que já consumiu? [só as que consumiu sem receita médica]   | Não                        |                            | Sim                        |                            |                            |
|---|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|----------------------------|
| a. Tabaco (cigarros, charutos, cigarrilhas, etc.)   | <input type="checkbox"/> 0 |                            | <input type="checkbox"/> 3 |                            |                            |
| b. Álcool (cervejas, vinho, licotes, bebidas espirituosas, shots, etc.)   | <input type="checkbox"/> 0 |                            | <input type="checkbox"/> 3 |                            |                            |
| c. Cannabis (haxixe, erva, marijuana, pólen, etc.)  | <input type="checkbox"/> 0 |                            | <input type="checkbox"/> 3 |                            |                            |
| 2. Nos últimos 3 meses, com que frequência consumiu cada uma das substâncias que mencionou? [1ª substância, 2ª substância, etc.]                              | Nunca                      | 1 a 2 vezes                | 1 a 3 vezes por mês        | 1 a 4 vezes por semana     | 5 a 7 vezes por semana     |
| a. Tabaco (cigarros, charutos, cigarrilhas, etc.)   | <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 6 |
| b. Álcool (cervejas, vinho, licotes, bebidas espirituosas, shots, etc.)   | <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 6 |
| c. Cannabis (haxixe, erva, marijuana, pólen, etc.)  | <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 2 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 6 |
| 3. Nos últimos 3 meses, com que frequência sentiu um forte desejo ou vontade de consumir? [1ª substância, 2ª substância, etc.]                                | Nunca                      | 1 a 2 vezes                | 1 a 3 vezes por mês        | 1 a 4 vezes por semana     | 5 a 7 vezes por semana     |
| a. Tabaco (cigarros, charutos, cigarrilhas, etc.)   | <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 | <input type="checkbox"/> 6 |
| b. Álcool (cervejas, vinho, licotes, bebidas espirituosas, shots, etc.)   | <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 | <input type="checkbox"/> 6 |
| c. Cannabis (haxixe, erva, marijuana, pólen, etc.)  | <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 3 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 | <input type="checkbox"/> 6 |
| 4. Nos últimos 3 meses, com que frequência o seu consumo de [1ª substância, 2ª substância, etc.] originou problemas de saúde, sociais, legais ou financeiros? | Nunca                      | 1 a 2 vezes                | 1 a 3 vezes por mês        | 1 a 4 vezes por semana     | 5 a 7 vezes por semana     |
| a. Tabaco (cigarros, charutos, cigarrilhas, etc.)   | <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 | <input type="checkbox"/> 6 | <input type="checkbox"/> 7 |
| b. Álcool (cervejas, vinho, licotes, bebidas espirituosas, shots, etc.)   | <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 | <input type="checkbox"/> 6 | <input type="checkbox"/> 7 |
| c. Cannabis (haxixe, erva, marijuana, pólen, etc.)  | <input type="checkbox"/> 0 | <input type="checkbox"/> 4 | <input type="checkbox"/> 5 | <input type="checkbox"/> 6 | <input type="checkbox"/> 7 |

| 5. Nos últimos 3 meses, com que frequência não fez o que normalmente era esperado de si devido ao consumo de [1ª substância, 2ª substância, etc.]? | Nunca                                  | 1 a 2 vezes                      | 1 a 3 vezes por mês        | 1 a 4 vezes por semana             | 5 a 7 vezes por semana     |
|--|--|----------------------------------|----------------------------|------------------------------------|----------------------------|
| a. Tabaco (cigarros, charutos, cigarrilhas, etc.)  | [esta questão não se aplica ao Tabaco] |                                  |                            |                                    |                            |
| b. Álcool (cervejas, vinho, licores, bebidas espirituosas, shots, etc.)  | <input type="checkbox"/> 0             | <input type="checkbox"/> 5       | <input type="checkbox"/> 6 | <input type="checkbox"/> 7         | <input type="checkbox"/> 8 |
| c. Cannabis (haxixe, erva, marijuana, pólen, etc.)   | <input type="checkbox"/> 0             | <input type="checkbox"/> 5       | <input type="checkbox"/> 6 | <input type="checkbox"/> 7         | <input type="checkbox"/> 8 |
| 6. Já alguma vez um amigo, familiar ou outro demonstrou preocupação pelo seu consumo de [1ª substância, 2ª substância, etc.]?                      | Não, nunca                             | Sim, mas não nos últimos 3 meses |                            | Sim, aconteceu nos últimos 3 meses |                            |
| a. Tabaco (cigarros, charutos, cigarrilhas, etc.)  | <input type="checkbox"/> 0             | <input type="checkbox"/> 3       |                            | <input type="checkbox"/> 6         |                            |
| b. Álcool (cervejas, vinho, licores, bebidas espirituosas, shots, etc.)  | <input type="checkbox"/> 0             | <input type="checkbox"/> 3       |                            | <input type="checkbox"/> 6         |                            |
| c. Cannabis (haxixe, erva, marijuana, pólen, etc.)   | <input type="checkbox"/> 0             | <input type="checkbox"/> 3       |                            | <input type="checkbox"/> 6         |                            |
| 7. Alguma vez tentou, sem sucesso, reduzir ou parar o consumo de [1ª substância, 2ª substância, etc.]?   | Não, nunca                             | Sim, mas não nos últimos 3 meses |                            | Sim, aconteceu nos últimos 3 meses |                            |
| a. Tabaco (cigarros, charutos, cigarrilhas, etc.)  | <input type="checkbox"/> 0             | <input type="checkbox"/> 3       |                            | <input type="checkbox"/> 6         |                            |
| b. Álcool (cervejas, vinho, licores, bebidas espirituosas, shots, etc.)  | <input type="checkbox"/> 0             | <input type="checkbox"/> 3       |                            | <input type="checkbox"/> 6         |                            |
| c. Cannabis (haxixe, erva, marijuana, pólen, etc.)   | <input type="checkbox"/> 0             | <input type="checkbox"/> 3       |                            | <input type="checkbox"/> 6         |                            |

**Anexo G.****TIPI-P - Inventário de Personalidade de 10 Itens – Versão Portuguesa**

## Ten-Item Personality Inventory

Samuel D. Gosling, Peter J. Rentfrow, and William B. Swann Jr., 2003<sup>1</sup>Versão portuguesa de Andreia Nunes, Teresa Limpo, César F. Lima e São Luís Castro, 2018<sup>2</sup>

Encontra a seguir um **conjunto de traços de personalidade** que podem ou não aplicar-se a si. Por favor, escreva um número a seguir a cada afirmação indicando em que medida está de acordo, ou em desacordo, com ela. Deve avaliar em que medida cada par de traços se aplica a si, mesmo que uma das características se aplique melhor do que a outra. Indique a sua resposta de acordo com a seguinte escala:

| Discordo<br>totalmente | Discordo<br>moderadamente | Discordo<br>um pouco | Nem<br>concordo<br>nem discordo | Concordo<br>um pouco | Concordo<br>moderadamente | Concordo<br>totalmente |
|------------------------|---------------------------|----------------------|---------------------------------|----------------------|---------------------------|------------------------|
| 1                      | 2                         | 3                    | 4                               | 5                    | 6                         | 7                      |

*Vejo-me como uma pessoa*

1. Extrovertida, entusiasta. \_\_\_\_\_
2. Conflituosa, que critica os outros. \_\_\_\_\_
3. De confiança, com auto-disciplina. \_\_\_\_\_
4. Ansiosa, que se preocupa facilmente. \_\_\_\_\_
5. Com muitos interesses, aberta a experiências novas. \_\_\_\_\_
6. Reservada, calada. \_\_\_\_\_
7. Compreensiva, afetuosa. \_\_\_\_\_
8. Desorganizada, descuidada. \_\_\_\_\_
9. Calma, emocionalmente estável. \_\_\_\_\_
10. Convencional, pouco criativa. \_\_\_\_\_

Cotação (“R” indica que os itens devem ser cotados inversamente): Extroversão 1, 6R; Afabilidade 2R, 7; Conscienciosidade 3, 8R; Estabilidade Emocional 4R, 9; Abertura a Novas Experiências 5, 10 R.

<sup>1</sup> Gosling, S. D., Rentfrow, P. J., & Swann Jr., W. B. (2003). A very brief measure of the Big-Five personality domains. *Journal of Research in Personality*, 37, 504-528.

<sup>2</sup> Nunes, A., Limpo, T., Lima, C. F., & Castro, S. L. (2018). Short scales for the assessment of personality traits: Development and validation of the Portuguese Ten-Item Personality Inventory (TIPI). *Frontiers in Psychology*, 9(461). doi:10.3389/fpsyg.2018.00461

**Anexo H.****TAS - 20**

NOME: \_\_\_\_\_ SEXO: \_\_\_\_\_ IDADE: \_\_\_\_\_ DATA: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

ESCOLARIDADE: \_\_\_\_\_ PROFISSÃO: \_\_\_\_\_

Usando a escala fornecida como guia, indique o seu grau de concordância com cada uma das seguintes afirmações fazendo um círculo à volta do número correspondente. Dê só uma resposta por cada afirmação.

Use a seguinte chave:

1. Discordo totalmente
2. Discordo em parte
3. Nem discordo nem concordo
4. Concordo em parte
5. Concordo totalmente

|   | Discordo<br>totalmente | Discordo<br>em parte | Nem discordo<br>nem concordo | Concordo<br>em parte | Concordo<br>totalmente |
|---|------------------------|----------------------|------------------------------|----------------------|------------------------|
| 1. Fico muitas vezes confuso sobre qual a emoção que estou a sentir.....                                      | 1                      | 2                    | 3                            | 4                    | 5                      |
| 2. Tenho dificuldade em encontrar as palavras certas para descrever os meus sentimentos .....                 | 1                      | 2                    | 3                            | 4                    | 5                      |
| 3. Tenho sensações físicas que nem os médicos compreendem .....   | 1                      | 2                    | 3                            | 4                    | 5                      |
| 4. Sou capaz de descrever facilmente os meus sentimentos .....  | 1                      | 2                    | 3                            | 4                    | 5                      |
| 5. Prefiro analisar os problemas a descrevê-los apenas .....  | 1                      | 2                    | 3                            | 4                    | 5                      |
| 6. Quando estou aborrecido, não sei se me sinto triste, assustado ou zangado.....                             | 1                      | 2                    | 3                            | 4                    | 5                      |
| 7. Fico muitas vezes intrigado com sensações no meu corpo.....  | 1                      | 2                    | 3                            | 4                    | 5                      |
| 8. Prefiro simplesmente deixar as coisas acontecer a compreender por que aconteceram assim .....              | 1                      | 2                    | 3                            | 4                    | 5                      |
| 9. Tenho sentimentos que não consigo identificar bem .....  | 1                      | 2                    | 3                            | 4                    | 5                      |
| 10. É essencial estar em contacto com as emoções.....   | 1                      | 2                    | 3                            | 4                    | 5                      |
| 11. Acho difícil descrever o que sinto em relação às pessoas .....  | 1                      | 2                    | 3                            | 4                    | 5                      |
| 12. As pessoas dizem-me para falar mais dos meus sentimentos .....  | 1                      | 2                    | 3                            | 4                    | 5                      |
| 13. Não sei o que se passa dentro de mim.....   | 1                      | 2                    | 3                            | 4                    | 5                      |
| 14. Muitas vezes não sei porque estou zangado.....  | 1                      | 2                    | 3                            | 4                    | 5                      |
| 15. Prefiro conversar com as pessoas sobre as suas actividades diárias do que sobre os seus sentimentos ..... | 1                      | 2                    | 3                            | 4                    | 5                      |
| 16. Prefiro assistir a espectáculos ligeiros do que a dramas psicológicos .....                               | 1                      | 2                    | 3                            | 4                    | 5                      |
| 17. É-me difícil revelar os sentimentos mais íntimos mesmo a amigos próximos .....                            | 1                      | 2                    | 3                            | 4                    | 5                      |
| 18. Posso sentir-me próximo de uma pessoa mesmo em momentos de silêncio.....                                  | 1                      | 2                    | 3                            | 4                    | 5                      |
| 19. Considero o exame dos meus sentimentos útil na resolução de problemas pessoais.....                       | 1                      | 2                    | 3                            | 4                    | 5                      |
| 20. Procurar significados ocultos nos filmes e peças de teatro distrai do prazer que proporcionam .....       | 1                      | 2                    | 3                            | 4                    | 5                      |