



Natália Filipa Rodrigues de Castro

Perfis Psicossociais de Estudantes Universitários com Adições Químicas, Adições Comportamentais e Sem Adições

Dissertação realizada sob orientação da

Professora Doutora Andreia de Moura

Coorientação do

Professor Doutor Hélder Fernando Pedrosa e Sousa

Porto, novembro 2019



Natália Filipa Rodrigues de Castro

Perfis Psicossociais de Estudantes Universitários com Adições Químicas, Adições Comportamentais e Sem Adições

Dissertação de Mestrado
Psicologia da Justiça: Vítimas de Crime

Dissertação defendida em provas públicas na Universidade Lusófona do Porto no dia 20/11/2019, perante o seguinte júri:

Presidente: Prof^ª. Doutora Carla Margarida Vieira Antunes

Arguente: Prof. Doutor Jorge Nuno Negreiros de Carvalho (Prof. Catedrático da Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade do Porto)

Orientadora: Prof^ª. Doutora Andreia de Paiva Ribeiro de Moura

Porto, novembro 2019

De acordo com a legislação em vigor, não é permitida a reprodução de qualquer parte desta dissertação.

AGRADECIMENTOS

À professora doutora Andreia de Moura, por todos os conhecimentos transmitidos, orientação, paciência e dedicação. Obrigada por todo o apoio na concretização deste estudo.

Ao professor Hélder Sousa, pela sua enorme disponibilidade e ajuda que demonstrou ao longo das nossas análises estatísticas sempre que lhe fosse possível.

Aos meus pais, que sempre acreditaram em mim e que me possibilitaram chegar até aqui, agradeço tudo o que tenho alcançado. À minha irmã, agradeço todo o apoio a todos os níveis e, especialmente, a ajuda e partilha de conhecimentos ao longo da licenciatura e mestrado, obrigada. Fico-vos grata para todo o sempre.

Aos meus amigos que de uma forma ou de outra me ajudaram neste percurso, que me foram dando conselhos, palavras de ânimo e incentivo. Obrigada por toda a paciência e força e por toda a compreensão quando o stress começava a instalar-se. Obrigada por acreditarem em mim sempre com todo o carinho. Obrigada por estarem presentes nesta etapa da minha vida.

Às minhas colegas de universidade e amigas de vida, Bárbara Silva, Ana João Cabeça, Maria Inês Nunes e Patrícia Gomes, agradeço pelo apoio, pelo companheirismo desde o primeiro dia da licenciatura e por todas as boas memórias.

Às minhas colegas deste projeto de investigação, Bruna Gonçalves, Filipa Santos e Liliana Martins, agradeço por toda a partilha de conhecimentos e vivências ao longo deste ano letivo e demonstro o meu orgulho por termos chegado juntas ao fim desta etapa.

E, a todos aqueles que, direta ou indiretamente, contribuíram para a elaboração desta investigação. Aos professores que cederam tempo das suas aulas e aos estudantes universitários, pois sem eles a concretização deste projeto não seria possível.

Perfis Psicossociais de Estudantes Universitários com Adições Químicas, Adições Comportamentais e Sem Adições

Resumo

O termo “adição” foi, durante muito tempo, associado exclusivamente ao consumo problemático de substâncias psicoativas, porém atualmente, devem também ser evocadas as “adições sem droga”, isto é, as adições comportamentais (e.g., adição ao jogo online, à internet, aos jogos de fortuna ou azar [jogo patológico], ao sexo, ao exercício, às compras). Os comportamentos aditivos são influenciados por fatores psicossociais, tal como é exemplo da exposição ou vivência de experiências adversas e consequentes sintomas de PSPT, a agressividade, a qualidade da vinculação nas relações interpessoais e a psicopatia. Este estudo tem então como objetivo, identificar o perfil psicossocial de estudantes universitários com adições químicas, adições comportamentais e sem comportamentos aditivos, tendo por base as variáveis supramencionadas. A amostra foi composta por 260 universitários adultos, 32 do sexo masculino, com idades compreendidas entre os 18 e os 51 anos. Foram usados os instrumentos LEC-5, PCL-5, Questionário de História na Infância, Questionário de Agressividade de Buss-Perry, ECR-RS, LSRPS, ASSIT, AUDIT e IAT. Para a comparação de diferenças entre grupos utilizou-se o teste *Mann-Whitney*, a partir do qual foram encontradas diferenças significativas entre o grupo de consumidores de álcool de nível baixo e o de consumidores de nível moderado a elevado ao nível da agressividade, PSPT e vinculação insegura. Também no que respeita à adição à internet, os resultados reportam para diferenças ao nível da agressividade, vinculação insegura e psicopatia secundária entre sujeitos com uso normativo e sujeitos adictos à internet. Posto isto, este estudo verifica que sujeitos com comportamentos aditivos comparativamente com sujeitos sem adições vivenciam mais experiências adversas na infância e, apresentam consequentemente mais sintomatologia de PSPT, níveis superiores de agressividade, maior evitamento e ansiedade nas relações afetivas e mais predisposição para manifestar comportamentos desviantes da psicopatia (psicopatia secundária).

Palavras-Chave: Adição Comportamental, Adição Química, Perfis Psicossociais.

Psychosocial Profiles of College Students with Substance Abuse, Behavioral Addictions and No Addictions

Abstract

The term “addiction” has long been associated exclusively with substance abuse, but nowadays “drug-free addictions” should also be included, therefore behavioral addictions (e.g., gambling, gaming, internet, sex, exercise, shopping). Addictive behaviors are influenced by psychosocial factors, such as exposure or experience of adverse experiences and, by consequent, symptoms of PTSD, aggressiveness, quality of interpersonal relationships and psychopathy. This study aims to identify the psychosocial profile between college students with substance abuse, behavioral addictions and no addictions, based on the variables mentioned above. The sample consisted of 260 adult college students, 32 male, aged between 18 and 51 years. The instruments LEC-5, PCL-5, Childhood History Questionnaire, Buss-Perry Aggressiveness Questionnaire, ECR-RS, LSRPS, ASSIT, AUDIT and IAT were used. For the comparison of differences between groups, the *Mann-Whitney* test was used, from which significant differences were found between the group of low-level alcohol drinkers and that of moderate to high-level drinkers, PTSD and insecure binding. Also with regard to internet addiction, the results report differences in aggressiveness, insecure attachment and secondary psychopathy between subjects with normative use and addicted subjects to the internet. That said, this study finds that the subjects with addictive behaviors, compared to subjects without addictions, experience more adverse childhood experiences and consequently have more PTSD symptomatology, higher levels of aggression, greater avoidance and anxiety in affective relationships and more predisposition to manifest deviant behaviors. of psychopathy (secondary psychopathy).

Keywords: Behavioral Addiction, Psychosocial Profiles, Substance Abuse.

Índice

Agradecimentos.....	iv
Resumo	v
Abstract	vi
Lista de Abreviaturas e Siglas	vii
Índice de Tabelas, Figuras e Anexos.....	viii
Introdução	9
Capítulo I: Enquadramento Teórico	
Adições Químicas	11
Adições Comportamentais	12
Relação entre Adições Químicas e Comportamentais com:	
Vinculação	13
Experiências adversas e PSPT	15
Agressividade	15
Psicopatia	16
Capítulo II: Estudo Exploratório Quantitativo	
Objetivos e Questões de Investigação	17
Método	
Participantes	17
Procedimentos	18
Instrumentos	19
Análise de Dados	23
Resultados	23
Discussão	29
Referências	33
Anexos	39

Lista de Abreviaturas e Siglas

APA – Associação Americana de Psiquiatria

ASSIST – *Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test*

AUDIT – *Alcohol Use Disorders Identification Test*

DSM-5 – Manual de Perturbações Mentais (5ª edição)

ECR-RS – *Experiences in Close Relationships- Relationship Structures*

IAT – *Internet Addiction Test*

ICD-11 – *International Classification of Diseases, 11th revision*

LEC-5 – *Checklist de Eventos de Vida – 5*

LSRPS – *Levenson's Self-report Psychopathy Scale*

OMS – Organização Mundial de Saúde

PCL-5 – *Checklist de PSPT*

PSPT – Perturbação de Stress Pós-Traumático

QHI – Questionário de História na Infância

SPSS - *Statistical Program for Social Sciences*

Índice de Tabelas, Figuras e Anexos

Tabela 1. Teste <i>Mann-Whitney</i> para comparação das diferenças entre grupos.....	26
Figura 1. Diagrama a ilustrar os Perfis Psicossociais dos 3 grupos em estudo	29
Anexo 1. Termo de Consentimento Informado	40
Anexo 2. Protocolo de Instrumentos da Investigação	41
Anexo 3. Estatísticas descritivas da Adição Química (consumo de álcool - instrumento AUDIT)	60
Anexo 4. Estatísticas descritivas da Adição Química (consumo de <i>cannabis</i> - instrumento ASSIST).....	60
Anexo 5. Estatísticas descritivas da Adição Comportamental (utilização de internet - instrumento IAT)	60
Anexo 6. Estatísticas descritivas dos Comportamentos Aditivos (consumo de álcool e <i>cannabis</i> e utilização de internet – instrumentos AUDIT, ASSIST e IAT)	61
Anexo 7. Teste <i>Mann-Whitney</i> para a comparação de grupos tendo por base as variáveis psicossociais em estudo	61

Introdução

O termo adição foi durante muito tempo associado, quase exclusivamente, ao consumo problemático de substâncias psicoativas, porém atualmente, devem também ser evocadas as “adições sem droga”, isto é, as adições comportamentais (e.g., adição ao jogo online, à internet, aos jogos de fortuna ou azar [jogo patológico], ao sexo, ao exercício, às compras).

Estes comportamentos aditivos são um problema de saúde pública global que tem vindo a tomar proporções alarmantes (Moura, 2015; Negreiros, 2001 como citado por Ferros, 2008), sendo as primeiras as principais contribuintes para a morbilidade e morte prematura global (Gowing *et al.*, 2015).

Em 2012, o uso nocivo de álcool resultou em 3.3 milhões de mortes (OMS, n.d.^a) e, em 2016, estimativas apontam que 275 milhões de pessoas (5.6% prevalência) tenham usado substâncias ilícitas, sendo a *cannabis* a substância mais consumida com aproximadamente 192 milhões de consumidores (OMS, n.d.^b).

No que respeita à população residente em Portugal, os dados do IV Inquérito Nacional ao Consumo de Substâncias Psicoativas na População Geral referentes ao ano 2016/2017, apontam o álcool como a substância psicoativa mais consumida (85.3% da população teve pelo menos uma experiência de consumo na vida e, 48.5% da população afirmou consumos no último mês). De notar também que a prevalência do consumo de álcool tem vindo a aumentar desde 2012 (73.6%) até 2016/2017 (86.4%). Relativamente ao consumo de substâncias psicoativas ilícitas, cerca de 10.4% da população portuguesa consome ao longo da vida e 3.9% tiveram consumos no último mês. Os dados de Portugal vão ao encontro das estimativas mundiais em que a substância mais utilizada é a *cannabis*, com consumos ao longo da vida de 9.7% e 3.8% no último mês (Balsa, Vital, & Urbano, 2018).

Para além dos dados referentes às adições químicas, a APA refere que a taxa de prevalência mundial do jogo patológico ao longo da vida situa-se entre 0.4% e 1.0% (APA, 2013).

Já a prevalência da prática de jogos de fortuna ou azar na população nacional é de 48.1% sendo o Euromilhões o jogo que conhece mais apostadores. 60.4% da população geral utiliza internet, dos quais, 40.9% são utilizadores diários (Balsa *et al.*, 2018).

Perante estas prevalências elevadas e sabendo que, quer a nível mundial como nacional, a faixa etária dos 15 aos 24 anos apresenta dependência moderada/elevada de internet e os jovens dos 25 aos 34 anos apresentam as taxas de prevalência mais altas no consumo da

maioria das substâncias psicoativas (Balsa *et al.*, 2018), torna-se extremamente pertinente estudar os comportamentos aditivos na população adulta portuguesa, nomeadamente, na população universitária também aponte por Santana e Negreiros (2008) como um grupo de risco para o consumo prejudicial de substâncias.

Face a tal necessidade e desconhecendo a existência de estudos recentes que relacionem a exposição a experiências adversas e PSPT com o possível desenvolvimento de adição comportamental em adultos e perante a inexistência de estudos que definam e comparem perfis psicossociais, distinguindo entre indivíduos com adições químicas ou com adições comportamentais ou sem adições, revela-se urgente obter informação sobre esta temática, definindo as características dos indivíduos destes grupos, de forma a averiguar a existência de fatores de risco associados a cada adição e as respetivas diferenças entre os grupos.

Esta dissertação encontra-se então dividida em dois capítulos, em que o primeiro enquadra a temática geral, onde são expostas as definições de adições químicas e de adições comportamentais e a sua diferenciação, bem como a sua relação com algumas das variáveis apontadas pela literatura como associadas a indivíduos dependentes químicos e/ou comportamentais, nomeadamente, exposição a experiências adversas, PSPT, vinculação, agressividade e psicopatia. O segundo capítulo consiste no estudo empírico realizado.

Capítulo I: Enquadramento Teórico

As adições são caracterizadas por qualquer consumo ou comportamento praticado em excesso que ative diretamente o sistema de recompensa cerebral, sistema este que reforça comportamentos (APA, 2013). Para além deste fator biológico, as adições são perturbações crónicas resultantes e mantidas por fatores psicológicos (e.g. stress), sociais (e.g. familiares/amigos que consumam substâncias ou pratiquem certo comportamento possivelmente aditivo) e ambientais (e.g. acessibilidade de uma substância). Por este motivo, é necessário discutir os comportamentos aditivos dentro de um modelo biopsicossocial, abrangendo não só o indivíduo, mas também áreas sociais, inclusivamente o suporte familiar (APA, 2010; Becoña, 2000 como citado por Pereira, 2016).

Adições Químicas

O termo “adições químicas” corresponde ao consumo abusivo de substâncias psicoativas (Gowing *et al.*, 2015). Estas são todas as substâncias que, quando introduzidas no organismo, podem afetar os processos mentais (e.g. percepções, pensamentos, estados de ânimo, emoções) e provocar dependência (OMS, 2015; SICAD, n.d.^a). Isto é, se foram consumidas em excesso, estas substâncias podem ativar o sistema de recompensa cerebral que reforçará tais comportamentos com vista a obtenção de progressivo prazer, podendo levar a que as atividades quotidianas sejam negligenciadas (APA, 2013).

As substâncias psicoativas abrangem tanto as lícitas, como é o caso do álcool, tabaco e das xantinas (chá, cafeína e cacau) como as ilícitas (e.g., *cannabis*, cocaína, LSD) (APA, 2010/2013; Balsa *et al.*, 2018; SICAD, n.d.^a). Tais substâncias podem ser agregadas em três categorias (Chalout, 1971 como citado por Santos, 2014):

- **Alucinogénias/Perturbadoras:** cogumelos mágicos, LSD, quetamina (SICAD, n.d.^b);
- **Estimulantes:** tabaco, cocaína, anfetaminas, *ecstasy*, esteroides anabolizantes (cada vez mais utilizados em ginásios em sujeitos que pretendem melhorar a sua imagem corporal) (SICAD, n.d.^c);
- **Sedativas/Depressoras:** álcool, benzodiazepinas, GHB (*ecstasy* líquido), inalantes (e.g., aerossóis, gasolina, cola, tintas), heroína e *cannabinóides* (e.g., *cannabis*, haxixe) (SICAD, n.d.^d).

Segundo Castro, Cleto e Silva (2016), são distinguidos três tipos de padrões de consumo de substâncias psicoativas, nomeadamente:

- **Consumo Regular/Risco:** corresponde ao uso ocasional que, persistindo, pode provocar danos e aumentar o risco de acidentes, doenças ou perturbações;
- **Consumo Abusivo/Nocivo:** onde já há elevada probabilidade de existir danos na saúde física e mental;
- **Dependência:** corresponde a fenómenos fisiológicos, cognitivos e comportamentais, especificamente, *craving* ou desejo persistente de consumo, esforços mal-sucedidos para diminuir ou controlar o consumo, continuação do uso independentemente das consequências, aumento da tolerância e sintomas de abstinência quando o consumo é descontinuado (e.g., hiperatividade automática, tremor das mãos, insónia, náuseas ou vômitos).

No caso de não serem preenchidos os critérios de abuso de substâncias, o DSM-5 indica outras perturbações induzidas pelo uso dessas substâncias, tal como é o caso da intoxicação ou abstinência, onde é incluído o uso de substâncias psicoativas sem haver necessariamente o abuso das mesmas.

Adições Comportamentais

As semelhanças entre estas e as adições químicas são explicadas por mecanismos neurobiológicos e psicológicos análogos, como é o caso da sensação de prazer, evitamento do sofrimento e consequente dependência (Lejoyeux, 2008).

Atualmente, a APA inclui apenas o jogo patológico na sua lista de perturbações. Esta perturbação corresponde ao comportamento problemático, persistente e recorrente, em relação aos jogos de fortuna e azar que pode levar a défices clinicamente significativos, nomeadamente com a presença, durante um período de 12 meses, de 4 (ou mais) dos critérios enunciados no DSM-V (cf. APA, 2013, *pp* 701-702).

Apesar de esta ser a única perturbação de adição comportamental incluída no DSM-V, a literatura indica outros comportamentos que quando praticados tendo em conta os critérios do jogo patológico, podem também representar adições comportamentais, tais como, a adição à internet, ao sexo, ao exercício, às compras e o jogo compulsivo de jogos de internet (Aboujaoude, 2016; APA, 2013; Ferreira & Sartes, 2018; Shapira *et al.*, 2003). Este último foi recentemente incluído pela OMS na 11ª edição da ICD (OMS, 2018) e encontra-se destacado para estudos futuros no DSM-V, sendo nomeado como perturbação de jogos de internet (APA, 2013).

Relativamente, à adição à internet, Young (1998) definiu-a como uma perturbação do controlo dos impulsos que não envolve uma “droga”, tendo-a comparado ao jogo patológico. A partir desta comparação, Young propôs critérios de diagnóstico para a adição à internet, tendo desenvolvido assim o instrumento IAT, onde aborda a preocupação com a internet, a necessidade de despendar mais tempo na internet para obter a mesma satisfação, os esforços repetidos para controlar, reduzir ou parar o uso da internet, a irritabilidade e/ou depressão ao tentar reduzir ou parar o uso da internet, permanecer mais tempo online do que o desejado, relações sociais, trabalho, educação ou oportunidades de carreira em risco ou comprometidos devido ao uso excessivo da internet, o facto de mentir aos membros da família, terapeuta ou outros a respeito do número de horas despendidas online e utilizar a internet como forma de escape aos problemas ou para aliviar o humor disfórico (e.g., culpa, ansiedade, depressão).

A literatura sugere também que as adições comportamentais, tal como as perturbações pelo uso de substâncias, para além de critérios de diagnóstico semelhantes, apresentam consequências análogas, podendo prejudicar múltiplos domínios (e.g., relacionamentos interpessoais, sociais, académicos, ocupacionais) (Lee, Lee, & Choo, 2016; Young, 1998).

Relação entre Adições Químicas e/ou Comportamentais com:

Como referido anteriormente, os comportamentos aditivos estão associados a fatores biológicos, psicológicos, ambientais e sociais. Guimarães, Souza, Caetano, Teles e Matos (2018), complementam que as características sociodemográficas, os comportamentos de risco e a exposição a situações de violência estão também associadas ao uso de substâncias. Estes fatores, por sua vez, estão associados a comportamentos delinquentes e a agressividade (Santos, 2017).

Vinculação. A vinculação corresponde ao vínculo afetivo criado desde o nascimento por uma figura de vinculação, sendo que esta relação se baseia na procura de proximidade e contacto, especialmente, perante situações de medo, *stress* ou perigo, com vista a aumentar a sua perceção de segurança. Deste modo, a construção da vinculação passa pelo sentimento de prazer mútuo da vinculação segura, mas também pela influência de fatores externos à relação, uma vez que tal como as crianças dependem totalmente dos seus pais, também eles dependem da sociedade em geral (e.g., termos económicos) (Bowlby, 1951; 1969/1982). Estas relações encontram-se associadas a modelos internos dinâmicos que, apesar de estáveis e consistentes, são mutáveis ao longo do desenvolvimento psicossocial do sujeito (Bowlby, 1973).

Segundo Cicchetti, Toth e Lynch (1995), é possível distinguir três padrões de vinculação, que se distinguem pelas estratégias utilizadas pelo indivíduo para lidar com a ansiedade na separação ou proximidade à figura significativa, tais padrões são:

- **A: Vinculação Insegura Evitante** – caracterizado pela exploração de forma independente e pelo evitamento ou rejeição de tentativas de aproximação da figura de vinculação em momentos stressantes;
- **B: Vinculação Segura** - padrão mais frequente e normativo que corresponde à sensação e transmissão de confiança na disponibilidade da figura de vinculação quando dela necessita;

– **C: Vinculação Insegura Ansiosa** - diz respeito à oscilação entre movimentos de aproximação e evitamento da figura de vinculação (dada a inconsistência das atitudes desta, torna-se difícil “prever” a sua reação) e não são confortados pela sua presença.

Posto isto, a adição química tem vindo a ser estudada no contexto da vinculação e relacionada com experiências de negligência nas necessidades de vinculação que, mais tarde, podem vir a ser compensadas pelo consumo de substâncias. Desta forma, conclui-se que as ligações seguras dos indivíduos com as suas figuras de vinculação, sejam elas os pais/figuras parentais ou parceiros de intimidade, são fatores protetores para o não envolvimento em consumos problemáticos (Schindler, Thomasius, Petersen, & Sack, 2009).

Adicionalmente, num estudo realizado com a população toxicodependente, o padrão de vinculação predominante foi o inseguro, visto que os participantes revelaram sobrevalorizar os relacionamentos interpessoais acabando por se tornar dependentes, procurando constantemente afeto, atenção, valorização e aceitação. Indivíduos com este padrão são caracterizados por uma baixa autoestima e por elevados níveis de ansiedade quando estão perante uma perda (Frank, 2001 citado por Ferros, 2006). Também um estudo de Torres, Neto e Sanches (2001) verifica que os pacientes com história de dependência de substâncias psicoativas apresentam valores mais elevados no evitamento de relações com parceiros românticos, o que vai ao encontro do perfil de vinculação insegura evitante.

Ainda relativamente ao padrão de vinculação insegura e consequentemente à menor predisposição para procura de autonomia, estes podem impedir a criança de ativar estratégias apropriadas para o autocontrole emocional e de desenvolver capacidades de representação mental do eu e de outros. Mais tarde, na adolescência e na idade adulta, isto pode levar a psicopatologias caracterizadas por uma dimensão interna de vazio emocional, baixa autoestima e medo do julgamento por outras pessoas. Desta forma, o sujeito poderá ser levado na procura de substâncias psicoativas, acreditando que, ainda que temporariamente, o aliviará da dor psicológica e da ansiedade (Munno, Saroldi, Bechon, Sterpone, & Zullo, 2015).

No que respeita à adição comportamental é possível verificar que a estabilidade emocional está fortemente associada negativamente à adição comportamental (e.g., jogo patológico, compras, comida), isto é, níveis inferiores de estabilidade emocional, ou seja, indivíduos com padrões de vinculação insegura, estão associados a níveis superiores de adição comportamental (Munno *et al.*, 2015).

Experiências Adversas e PSPT. Como é sabido, a ocorrência de experiências adversas (e.g. negligência, maus tratos, violência sexual, morte trágica de familiares) está associada ao desenvolvimento de PSPT (Lang *et al.*, 2008; Magalhães, 2002 como citado por Gomes, 2008). A exposição e vivência destas experiências tem consequências diversas ao longo da vida dos indivíduos, tais como dificuldades de relacionamento interpessoal, agressividade, isolamento, dificuldades na percepção e aceitação de normas morais e sociais, violência conjugal, maus-tratos nos próprios filhos, dependência de substâncias psicoativas, conduta antissocial (Magalhães, 2002 como citado por Gomes, 2008).

A literatura mostra a existência de uma relação entre o consumo de substâncias psicoativas e os maus tratos sofridos na infância, indicando que os sujeitos que sofreram adversidade na infância, especialmente do sexo feminino, apresentam maior probabilidade de consumir substâncias psicoativas, como forma de se afastarem emocionalmente dos maus tratos a que foram sujeitas (Jarvis, Copeland, & Walton, 1998; McClellan, Farabee, & Crouch, 1997 como citado por Loper, Mahmoodzadegan, & Warren, 2008; Vaddiparti, Bogetto, Callahan, Abdallah, Spitznagel, & Cottler, 2006).

Felitti e seus colaboradores referiram em 1998, que o consumo de substâncias psicoativas pode ser utilizado como mecanismo de *coping* perante situações de exposição e vivência de experiências adversas e, caso estes consumos sejam percebidos como eficazes, a sua repetida utilização poderá tendencialmente culminar na dependência química.

No que respeita à adição comportamental, não foram encontrados estudos recentes que relacionem a exposição a experiências adversas e PSPT com o possível desenvolvimento de adição comportamental em adultos.

Agressividade. De acordo com a literatura, tanto as adições químicas como as comportamentais estão associadas a problemas como a violência interpessoal e a agressividade (Aboujaoude, 2016; Tavoracci *et al.*, 2013).

Na literatura internacional, várias pesquisas científicas associam positivamente a agressividade e o consumo de substâncias. Wiers, Beckers, Houben e Hofmann (2009), concluíram que os adultos com comportamentos impulsivos tendem a ver aumentada a probabilidade de consumo de substâncias. Esta ideia foi corroborada por De Wit (2009), verificando que os efeitos agudos e crónicos do abuso de substâncias podem aumentar os comportamentos impulsivos, especificamente, as substâncias estimulantes são apontadas como facilitadoras do comportamento violento (Boles & Miotto, 2003).

Adicionalmente, num estudo levado a cabo por McClellan, Farabee e Crouch (1997), com 1500 reclusos concluiu-se que a severidade do abuso de substâncias é um preditor de criminalidade tardia (citado por Loper, Mahmoodzadegan, & Warren, 2008). As substâncias psicoativas estão relacionadas com o crime de diversas formas, direta (drogas farmacologicamente indutoras de violência) e indiretamente (violência que ocorrem na forma de obter as drogas) (Boles & Miotto, 2003). Nomeadamente, a venda e produção de substâncias ilegais é em si própria um crime e, muitos consumidores necessitam de cometer crimes contra o património para sustentar a sua dependência.

No que respeita às adições comportamentais, os indivíduos adictos à internet demonstram, normalmente, mais comportamentos de agressão gratuita através das visitas anónimas a blogs ou em *chat rooms*, tal acontece porque em contexto online não existe a perceção de todas as normas que governam a vida offline, o que conduz muitas vezes a online *shaming* e *cyberbullying* (Aboujaoude, 2011 como citado por Aboujaoude, 2016).

Há também a preocupação sobre os possíveis riscos provocados na sociedade derivados da exposição à violência presente nos jogos de internet, podendo esta contribuir para uma sociedade mais hostil. A literatura comprova que a exposição à violência dos jogos é um fator de risco para a agressão offline e para a diminuição da empatia e das respostas emocionais a situações de violência, bem como, diminuição do comportamento pró-social (Aboujaoude, 2016; Paulus *et al.*, 2017).

Psicopatia. A psicopatia é vista como uma perturbação da personalidade definida por um conjunto de traços e comportamentos antissociais, caracterizados por mentira patológica, grandiosidade, dominância, egocentrismo, emoções superficiais, falta de empatia ou remorso ou culpa ou vergonha, irresponsabilidade e impulsividade (Hare & McPherson, 1984; Hare & Neumann, 2009; Karpman, 1948 como citado por Lynam, Whiteside, & Jones, 1999). A psicopatia tem vindo a ser explicada, de entre outros, pelo “Modelo dos Dois Fatores” (Coelho, Paixão, & Silva, 2010; Harpur, Hakstian, & Hare, 1988; Hemphill, Hart, & Hare, 1994; Karpman, 1948 como citado por Lynam *et al.*, 1999). Este modelo aponta para a existência de dois tipos de psicopatia, a primária e a secundária. A literatura distingue-os, indicando que a primária descreveria o “verdadeiro” psicopata, isto é, indivíduos expõem os traços de personalidade característicos da perturbação (e.g., insensibilidade, propensão para manipulação e mentira, falta de ansiedade, empatia e remorso), já a psicopatia

secundária focaliza as manifestações comportamentais desviantes da psicopatia (e.g., impulsividade, baixo controlo de raiva, comportamentos antissociais).

Derefinko e Lynam (2007) concluíram que a psicopatia está correlacionada com o consumo de substâncias psicoativas, porém estudos apontam para o facto de os psicopatas primários serem menos propensos ao uso de substâncias depressoras/sedativas do que os psicopatas secundários (Hemphill *et al.*, 1994; Lynam *et al.*, 1999). Posto isto, também um estudo levado a cabo por Lynam e colaboradores (1999) concluiu que os indivíduos com pontuação mais alta no instrumento LSRP, usaram maior variedade de substâncias psicoativas durante a sua vida.

No que respeita à adição comportamental, não foram encontrados estudos que relacionem a psicopatia com o possível desenvolvimento de adição comportamental em adultos.

Capítulo II: Estudo Exploratório Quantitativo

Objetivos e questões de investigação

O presente estudo pretende avaliar de forma sistemática e holística o funcionamento psicossocial dos estudantes universitários com e sem adições químicas e comportamentais. Por outro lado, pretende-se identificar relações entre estas variáveis e variáveis relativas à adversidade na infância e PSPT, aos padrões de vinculação, à agressividade e psicopatia.

Pretende-se ainda identificar a existência ou não de perfis psicossociais por referência a 3 grupos de comparação (e.g. estudantes universitários com adição química vs estudantes universitários com adição comportamental vs estudantes universitários sem comportamentos aditivos) mediante a análise simultânea das variáveis independentes supramencionadas.

Método

Participantes

A amostra em estudo é constituída por 260 participantes (estudantes universitários), sendo todos do curso de Psicologia. No que concerne à instituição de ensino, 167 (64.5%) são da Universidade Lusófona do Porto e 92 (35.5%) da Faculdade Psicologia e Ciências da Educação da Universidade do Porto (N=259). A idade média é de 20.54, ou seja, 21 anos e, varia entre os 18 e os 51 anos. Relativamente ao sexo, 32 (12.5%) são do sexo masculino e

224 (87.5%) do sexo feminino ($N=256$). No que se refere ao estado civil 249 (96.9%) são solteiros, 7 (2.7%) casados e 1 (0.4) em união de facto ($N=257$). A respeito do nível de ensino 215 (82.7%) assinalaram licenciatura, 44 (16.9%) mestrado e 1 (0.4%) doutoramento. Referente ao ano que frequentam 99 (38.4%) no 1º ano, 70 (27.1%) no 2ºano, 45 (17.4%) no 3ºano, 42 (16.3%) no 4º ano e 2 (0.8%) no 5º ano ($N=258$). Dos participantes 36 (14%) referem ter acompanhamento médico, psicofarmacológico ou psicoterapêutico, enquanto que 221 (86%) menciona não receber qualquer tipo de acompanhamento ($N=257$).

Procedimentos

Este estudo insere-se no âmbito de um projeto de investigação que decorre de um protocolo de colaboração entre a FPED da ULP e a FPCEUP e o mesmo foi submetido para aprovação à Comissão de Ética da FPED–ULP que, por constrangimentos inerentes ao início do funcionamento da própria comissão não foi possível ser submetido antes da realização do estudo, e também por este motivo aguarda ainda aprovação.

A presente investigação desenvolveu-se na ULP e na FPCEUP. O protocolo foi constituído por instrumentos de autorrelato e foi administrado num único momento da investigação. **Critérios de inclusão:** estudantes universitários adultos. Este critério foi estipulado, na medida em que a revisão da literatura tem identificado diferentes fatores associados ao funcionamento global relativos à meia-idade e 3ª idade. **Critérios de exclusão:** participantes que apresentem dificuldades na compreensão e/ou preenchimento do protocolo.

Num primeiro momento que correspondeu ao último trimestre de 2018, os objetivos do projeto de investigação foram apresentados aos diretores do curso de Psicologia da ULP e da FPCEUP, no sentido de averiguar a possibilidade de aí se realizar a recolha de amostra para o nosso estudo. Após dada autorização, entrou-se em contacto com os professores das unidades curriculares do curso de psicologia de ambas as faculdades, com o objetivo de divulgar o estudo e agendar os dias para a recolha de dados. A recolha da amostra decorreu entre março e junho de 2019.

Os dados foram recolhidos por meio de preenchimento de questionários de autorrelato (autoadministrados) sendo que, previamente foram recolhidos os respetivos consentimentos

informados¹, respeitando sempre o anonimato e confidencialidade dos dados de acordo com os procedimentos éticos necessários ao adequado desenvolvimento da investigação.

Posto isto, após explicada a natureza do estudo e o tipo de tratamento dos dados, foi pedida a colaboração voluntária dos sujeitos e, de seguida, foi recomendado a todos os sujeitos que respondessem de forma sincera às questões apresentadas. O preenchimento do protocolo² ocupou geralmente 60 minutos e a recolha dos dados decorreu apenas num momento temporal. Ainda relativamente à administração destes instrumentos, há que referir que se procedeu ao seu contrabalanceamento, no sentido de evitar possíveis efeitos cansaço devido à extensão do protocolo. Em todos os casos, sublinhou-se o carácter anónimo e confidencial da informação a recolher. E, tendo novamente em conta o carácter sensível dos itens em algumas das dimensões, disponibilizou-se o contacto da responsável do projeto global caso houvesse necessidade de apoio psicológico.

Após a recolha de dados, os mesmos foram analisados e discutidos tendo por base a literatura existente.

Todos os procedimentos foram realizados de acordo com a Lei da Proteção de Dados Pessoais nº 67/98 de 26 de outubro e deliberação nº 227/2007, bem como o Código Deontológico da OPP, especificamente o artigo nº 7 (Investigação).

Instrumentos

Questionário Sociodemográfico. Desenvolvido pelas estudantes do projeto de investigação que, numa primeira parte, pretende obter informações sociodemográficas dos participantes e, numa segunda parte, agrega questões relativas à vida académica, ao historial de saúde, registo e padrão de comportamentos aditivos, inclusive questão específicas acerca do envolvimento em jogos de fortuna ou azar e videojogos.

LEC-5 - Checklist de Eventos de Vida - 5 (Weathers, Blake, Schnurr, Kaloupek, Marx, & Keane, 2013). Medida de autorrelato desenvolvida para avaliar a exposição a diferentes acontecimentos traumáticos e o como estes foram vivenciados. O instrumento está dividido em duas partes: uma primeira constituída por dezassete questões cotadas numa escala tipo *likert* de cinco pontos, onde os participantes devem assinalar uma ou mais das seguintes opções: “aconteceu-me”, “vi acontecer”, “soube que aconteceu”, “não tenho a certeza” ou

¹ Cf. anexo 1

² Cf. anexo 2

“não se aplica”. A segunda parte do instrumento é constituída por três questões de resposta curta e ser questões de escolha múltipla, nas quais os participantes devem enumerar os acontecimentos mais perturbadores e outras informações relacionadas com esses acontecimentos. Todas as questões devem ser respondidas tendo em consideração toda a vida, desde a infância até à idade adulta.

PCL-5 - Checklist de PSPT (Weathers, Litz, Keane, Palmieri, Marx, & Schnurr, 2013. Versão Portuguesa: Carvalho, Motta, & Pinto Gouveia, 2019). Escala concebida para avaliar a presença e intensidade de sintomas de PSPT. É uma medida de autopreenchimento com vinte itens, cujas respostas podem variar de zero (nada) a quatro (extremamente) e deve ser preenchida tendo em conta o último mês. A probabilidade de existência de PSPT é baseada na pontuação total desta escala. Um estudo na população americana seguiu que pontuação ≥ 38 indica possibilidade de PSPT.

Questionário de História na Infância (Felitti *et al.*, 1998. Versão Portuguesa: Silva & Maia, 2008). Instrumento de autorrelato composto por cinquenta e um itens de escolha múltipla. O ACE pretende avaliar a ocorrência de experiências adversas vividas na infância, agrupando-as em 3 categorias: experiências contra o indivíduo (abuso físico, emocional e sexual), o ambiente familiar disfuncional (exposição a violência doméstica, abuso de substâncias por familiares, divórcio ou separação parental, prisão familiares, doença mental ou suicídio) e a negligência (física e/ou emocional). Os itens relativos ao abuso emocional e físico são cotados numa escala de *likert* que varia entre zero (nunca) e quatro (muitíssimas vezes) e avalia situações de insulto ou medo de violência física e a existência frequente de situações em que a criança foi agredida por algum adulto de uma forma violenta, respetivamente. Também a negligência física e a emocional são avaliadas através de afirmações diretas e invertidas em que se averigua, numa escala idêntica à anteriormente referida, a frequência deste tipo de experiências. Relativamente aos itens referentes a abuso sexual, estes são definidos pela existência de experiências sexuais antes dos 18 anos com um adulto, podendo este ser um familiar, outra pessoa que vivesse na mesma casa, um amigo da família ou um estranho). Os itens relativos à exposição a violência doméstica são cotados a partir de quatro itens que avaliam a ameaça ou agressão física. O abuso de substâncias por familiares é avaliado pelo consumo de álcool ou substâncias psicoativas por alguma pessoa que habitasse com o participante. A prisão de um membro da família é avaliada de forma a

perceber se existe algum elemento familiar sobre pena. A doença mental ou suicídio caracteriza-se pela existência de algum elemento da família que apresentasse, durante a infância do indivíduo, algum tipo de doença mental ou tivesse realizado alguma tentativa de suicídio.

ECR-RS - Experiences in Close Relationships- Relationship Structures (Fraley, Heffernan, Vicary, & Brumbaugh, 2011. Versão Portuguesa: Moreira, Martins, Gouveia, & Canavarro, 2014). Instrumento de autorresposta que permite avaliar as dimensões de ansiedade e evitamento da vinculação em quatro relações próximas, nomeadamente, 1) com a mãe ou figura materna, 2) com o pai ou figura paterna, 3) com o/a companheiro/a e 4) com o/a melhor amigo/a. Posto isto, o ECR-RS está então subdividido em quatro categorias, cada uma com nove itens, sendo os seis primeiros referentes ao evitamento na vinculação e os restantes três itens referentes à ansiedade. São usados os mesmos itens para cada figura relacional. Cada item é respondido numa escala tipo *likert* de sete pontos que varia de um (discordo totalmente) a sete (concordo plenamente). Os quatro primeiros itens são invertidos. Cada pontuação é calculada para cada figura significativa através da média dos itens, sendo que valores mais elevados representam maior evitamento e/ou ansiedade.

Questionário de Agressividade de Buss-Perry (Buss & Perry, 1992. Versão Portuguesa: Cunha & Gonçalves, 2012). Escala do tipo *likert* constituída por vinte e nove itens em que as respostas variam entre um (nunca ou quase nunca) e cinco (sempre ou quase sempre). Avalia quatro subescalas de agressividade: física (nove itens), verbal (cinco itens), raiva (sete itens) e hostilidade (oito itens). A pontuação das subescalas é obtida através da média dos itens correspondentes a cada uma e a pontuação total da escala traduz-se na média de todos os itens.

LSRPS - Levenson's Self-Report Psychopathy Scale (Levenson, Kiehl, & Fitzpatrick, 1995. Versão Portuguesa: Coelho, Paixão, & Silva, 2010). Instrumento composto por vinte e seis itens que avalia dois tipos de psicopatia: primária e secundária. O LSRP rege-se segundo as facetas da personalidade e a estrutura bifatorial original do PCL-R (Hare, 1991), com o objetivo de identificar estilos interpessoais e filosofias que caracterizam os psicopatas primários e secundários. As duas subescalas são divididas respetivamente por dezasseis itens referentes à psicopatia primária e dez relativos à psicopatia secundária, sendo que cada uma

evidencia as características interpessoais e afetivas de cada tipo de psicopatia. Todos os itens são pontuados numa escala tipo *likert* de quatro pontos, variando entre “discordo fortemente” e o “concordo fortemente”. A pontuação total é conseguida através da soma de cada item, que varia entre vinte e seis e cento e quatro. Os itens cinco, onze, catorze, dezassete, dezanove, vinte e três e vinte e quatro são invertidos.

ASSIST - Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test (OMS, 2002; Versão Portuguesa: Mostardinha, Bártolo, Bonifácio, & Pereira, 2019). Questionário de rastreio estruturado com oito questões sobre o uso de nove classes de substâncias psicoativas, nomeadamente, tabaco, álcool, *cannabis*, cocaína, estimulantes do tipo anfetamina, inalantes (e.g., cola, gasolina, tintas), ansiolíticos/sedativos/hipnóticos, alucinogénios (e.g., LSD, cogumelos, quetamina) e opiáceos (e.g., heroína, morfina, metadona). As questões abordam a frequência de consumo, ao longo da vida e nos últimos três meses, problemas relacionados ao uso, preocupação a respeito do uso por parte de pessoas próximas ao usuário, prejuízo na execução de tarefas esperadas, tentativas malsucedidas de cessar ou reduzir o consumo, sentimento de compulsão e uso por via injetável. Cada resposta corresponde a uma pontuação diferente (assinalada no próprio enunciado), sendo que a soma total pode variar de zero a vinte e seis. Para o uso de álcool considera-se consumo de baixo risco (uso ocasional) uma pontuação total de zero a dez, consumo de risco moderado (consumo abusivo) de onze a vinte e seis e consumo de alto risco (provável dependência) uma pontuação total acima dos vinte e seis valores. Relativamente ao resto das substâncias, de zero a três é considerado consumo de baixo risco, de quatro a vinte e seis consumo de risco moderado e acima também dos vinte e seis, consumo de alto risco.

AUDIT, Alcohol Use Disorders Identification Test (Babor, Higgins-Biddle, Saunders, & Monteiro, 2001). Instrumento de rastreio de consumo problemático de álcool desenvolvido pela OMS e recomendado para uso internacional, tendo sido validado em vários países. É composto por dez itens, com uma escala de preenchimento que varia de zero a quatro pontos. Este instrumento permite identificar quatro níveis de consumo: 1) uso de baixo risco (ocasional); 2) uso de risco; 3) uso prejudicial; 4) provável dependência. O manual sugere um ponto de corte de 8 pontos.

IAT, Internet Addiction Test (Young, 1998. Versão Portuguesa: Pontes, Patrão, & Griffiths, 2014). Teste de autopreenchimento cujo objetivo é avaliar a extensão do envolvimento do indivíduo com a internet e classificar o nível de prejuízos causados em função do comportamento (suave, moderado e severo). É constituído por vinte itens de escolha múltipla, com escala de resposta do tipo *likert* de seis pontos, de zero (não aplicável) a cinco (sempre). A pontuação final pode variar dos zero ao cem pontos e é obtida pela soma das pontuações em cada um dos itens, sendo que quanto maior for o resultado, maior o nível de dependência: utilização normal (zero a trinta ponto); suave (trinta e um a quarenta e nove); moderada (cinquenta a setenta e nove) e severa (oitenta a cem pontos). O ponto de corte do IAT não foi definido formalmente, porém alguns autores utilizam valores superiores ou iguais a cinquenta para distinguir entre os participantes com adição à internet dos não-dependentes.

Análise de dados

Para a análise de dados foi utilizado o programa estatístico Statistical Program for Social Sciences – 24 (SPSS) para o Windows 10, no qual se realizaram análises estatísticas descritivas, que permitiram sintetizar os dados da amostra através de um só valor. Procedeu-se à identificação e exploração de diferenças significativas entre grupos através do teste *Mann-Whitney*, uma vez que não foram cumpridos os pressupostos da normalidade, de maneira a caracterizar os perfis psicossociais de estudantes com adição química (sujeitos com consumo de álcool de nível moderado a elevado e/ou sujeitos que consumiram *cannabis* nos últimos 3 meses), com adição comportamental (adição à internet) e sem adição (sujeitos com consumo de álcool de nível baixo, que não consomem *cannabis* há mais de 3 meses e com uso normativo de internet).

Resultados

Operacionalização/Codificação de variáveis:

Variáveis Independentes (X)

- **Experiências Adversas na Infância** – Score total do Questionário História de Infância.
- **PSPT** – Score total do PCL-5.

- **Agressividade** – Score total do Questionário de Agressividade de Buss-Perry.
- **Vinculação** (resultados obtidos através do ECR-RS):
 - **Insegura Evitante:**
 - **Mãe** - Soma das respostas 1 a 6 relativas à mãe;
 - **Pai** - Soma das respostas 1 a 6 relativas ao pai;
 - **Companheiro** - Soma das respostas 1 a 6 relativas ao companheiro;
 - **Melhor amigo** - Soma das respostas 1 a 6 relativas ao melhor amigo.
 - **Insegura Ansiosa:**
 - **Mãe** - Soma das respostas 7 a 9 relativas à mãe;
 - **Pai** - Soma das respostas 7 a 9 relativas ao pai;
 - **Companheiro** - Soma das respostas 7 a 9 relativas ao companheiro;
 - **Melhor amigo** - Soma das respostas 7 a 9 relativas ao melhor amigo.
- **Psicopatia** (resultados obtidos através do LSRPS):
 - **Primária** - Soma dos 16 itens referentes à psicopatia primária;
 - **Secundária** - Somas dos 10 itens referentes à psicopatia secundária.

Variáveis Dependentes (Y):

- **Adição Química**
 - **Consumo de álcool** (score total do AUDIT):
 - Baixo consumo (00 aos 07 valores)
 - Consumo moderado a elevado (08 aos 40 valores)
 - **Consumo de *cannabis*** (dados obtidos através da alínea 2c do ASSIST):
 - Não consome há mais de 3 meses
 - Consumiu nos últimos 3 meses
- **Adição Comportamental**
 - **Utilização da Internet** (score total do IAT)
 - Normativa (00 aos 30 valores)

- Adição (31 aos 100 valores)
- **Comportamentos Aditivos**
 - **Sem adições** (participantes com baixo consumo de álcool, que não consomem *cannabis* há mais de 3 meses e que utilizam normativamente a internet)
 - **Com adição química e comportamental** (participantes com consumo moderado a elevado de álcool ou que consumiram *cannabis* nos últimos 3 meses e apresentam adição à internet)

Tal como supramencionado, foram testados dois grupos dentro de cada variável dependente, um com consumo/utilização normativa e um segundo com consumo/utilização problemática. No que respeita às adições químicas, nomeadamente ao consumo de álcool, 21 participantes (8.1%) revelam consumos moderados a elevados³ e 37 (14.2%) consumiram *cannabis* há menos de 3 meses⁴. Relativamente à adição à internet, 136 sujeitos (52.3%) revelam uma utilização adicta⁵. E, 89 (34.2%) participantes não apresentam comportamentos aditivos⁶.

O objetivo foi então comparar as medianas observadas nas escalas das variáveis independentes nos 2 grupos de cada uma variável dependente, desta forma foram realizados testes de comparação de grupos e, visto que nenhuma das variáveis independentes passou nos testes de normalidade, optou-se por efetuar testes não paramétricos de *Mann-Whitney* (ver tabela 1).

³ Cf. anexo 3

⁴ Cf. anexo 4

⁵ Cf. anexo 5

⁶ Cf. anexo 6

Tabela 1

Teste *Mann-Whitney*⁷ para a comparação de grupos tendo por base as variáveis psicossociais em estudo

Variáveis Dependentes		Adição Química		Adição Comportamental	Comportamentos
		Consumo de Álcool <i>Nota1</i>	Consumo de Cannabis <i>Nota2</i>	Utilização de Internet <i>Nota3</i>	Aditivos <i>Nota4</i>
Variáveis Independentes					
Experiências adversas e PSPT	Experiências adversas na infância	0.226	0.073	0.180	0.024*
	PSPT	0.013*	0.092	0.638	0.109
Agressividade	Agressividade	0.021*	0.057	0.003*	<0.001*
	Mãe	0.577	0.621	0.014*	0.015*
Vinculação	Evitante com: Pai	0.809	0.314	0.058	0.140
	Companheiro	0.298	0.175	0.014*	0.058
	Melhor amigo	0.030*	0.978	0.101	0.597
	Mãe	0.352	0.400	0.005*	0.001*
	Ansiosa com: Pai	0.631	0.254	0.005*	0.003*
Psicopatia	Companheiro	0.708	0.265	<0.001*	<0.001*
	Melhor amigo	0.675	0.012*	0.006*	0.017*
	Primária	0.142	0.871	0.131	0.122
	Secundária	0.068	0.531	0.003*	<0.001*

* valores correspondentes a diferenças significativas entre grupos.

Nota 1. Sujeitos com baixo consumo de álcool / Sujeitos com consumo moderado a elevado.

Nota 2. Sujeitos que consumiram *cannabis* nos últimos 3 meses / Sujeitos que não consumiram nos últimos 3 meses.

Nota 3. Sujeitos com utilização normativa da internet / Sujeitos com adição à internet.

Nota 4. Sujeitos sem adições / Sujeitos com adição química e comportamental.

1. Resultados significativos referentes ao grupo de indivíduos com Adições Químicas (consumo de álcool e de *cannabis*):

Existem diferenças significativas entre os sujeitos com baixo consumo de álcool e os sujeitos com consumo moderado a elevado ao nível da *sintomatologia de stress pós-traumático* ($U=1256.5$; $p=0.013$), onde o segundo grupo apresenta mais sintomatologia de PSPT ($Mdn=22.00$) do que o grupo de consumidores de nível baixo ($Mdn=11.50$).

Relativamente à predisposição à *agressividade* ($U=1533.0$; $p=0.021$), os resultados indicam que consumidores de álcool de nível moderado a elevado tendem a ser mais agressivos ($Mdn=65.00$) do que consumidores de baixo nível ($Mdn=61.00$).

⁷ Os valores do *Mann-Whitney* encontram-se no anexo 7

No que respeita à *vinculação insegura evitante na relação com o melhor amigo* ($U=1598.0$; $p=0.030$), os consumidores de álcool de nível baixo apresentam níveis superiores de evitamento ($Mdn = 4.00$) do que os consumidores de nível moderado a elevado ($Mdn=0.00$).

Relativamente à *vinculação insegura ansiosa com o melhor amigo* ($U=471.5$; $p=0.012$), os participantes que consumiram *cannabis* nos últimos 3 meses apresentam níveis superiores de ansiedade ($Mdn=6.00$) do que os sujeitos que não consumiram ($Mdn=3.00$).

2. Resultados referentes ao grupo de indivíduos com Adições Comportamentais (utilização da internet):

Existem diferenças significativas relativamente aos utilizadores de internet ao nível da *agressividade* ($U=4591.0$; $p=0.003$), da *vinculação insegura evitante para com a mãe* ($U=5404.0$; $p=0.014$) e com o *companheiro* ($U=4933.5$; $p=0.014$), da *vinculação insegura ansiosa na relação com a mãe* ($U=5629.5$; $p=0.005$), com o *pai* ($U=5414.5$; $p=0.005$), com o *companheiro* ($U= 4401.5$; $p<0.001$), com o *melhor amigo* ($U=4844.5$; $p=0.006$) e, por ultima, da *psicopatia secundária* ($U=5262.5$; $p=0.03$).

Posto isto, os utilizadores adictos apresentam maior predisposição à *agressividade* ($Mdn=64.00$) do que os utilizadores normativos ($Mdn=57.00$). Também os utilizadores com utilização excessiva da internet apresentam níveis superiores de *evitamento na relação com a mãe* ($Mdn=6.00$) do que os utilizadores normativos ($Mdn=3.00$) e *na relação com o companheiro* ($Mdn=4.00$) do que os utilizadores normativos ($Mdn=1.00$). O mesmo acontece com a *vinculação insegura ansiosa*, onde os sujeitos com utilização excessiva da internet apresentam mais ansiedade de vinculação na relação com a mãe ($Mdn=1.00$) do que os utilizadores normativos ($Mdn=0.00$), mais *ansiedade de vinculação na relação com o pai* ($Mdn=2.50$) do que os utilizadores normativos ($Mdn=0.00$), com o *companheiro* ($Mdn=8.00$) do que os utilizadores normativos ($Mdn=3.00$) e *com o melhor amigo* ($Mdn=4.00$) do que os utilizadores normativos ($Mdn=1.00$).

Por fim, indivíduos com utilização normativa da internet apresentam menor predisposição para *psicopatia secundária* ($Mdn=14.00$) do que os sujeitos adictos apresentam níveis superiores ($Mdn=15.00$).

3. Resultados referentes ao grupo de indivíduos sem adições (baixo consumo de álcool, não consumiu nos últimos 3 meses e utiliza normativamente a internet)

Neste estudo foi possível concluir que existem diferenças entre sujeitos sem adições e sujeitos com adições (quer químicas como comportamentais) ao nível da *vivência de experiências adversas na infância* ($U=5233.0$; $p=0.024$).

Relativamente à *agressividade* ($U=3703.5$; $p<0.001$), os sujeitos com ambas as adições apresentam maior predisposição à agressividade ($Mdn=65.00$) do que os indivíduos sem adições ($Mdn=56.00$). Existem também diferenças ao nível da *vinculação insegura evitante na relação com a mãe* ($U=4767.5$; $p=0.015$), uma vez que os indivíduos sem adições apresentam níveis mais baixos de evitamento ($Mdn=3.00$) do que os sujeitos com comportamentos aditivos ($Mdn=5.00$).

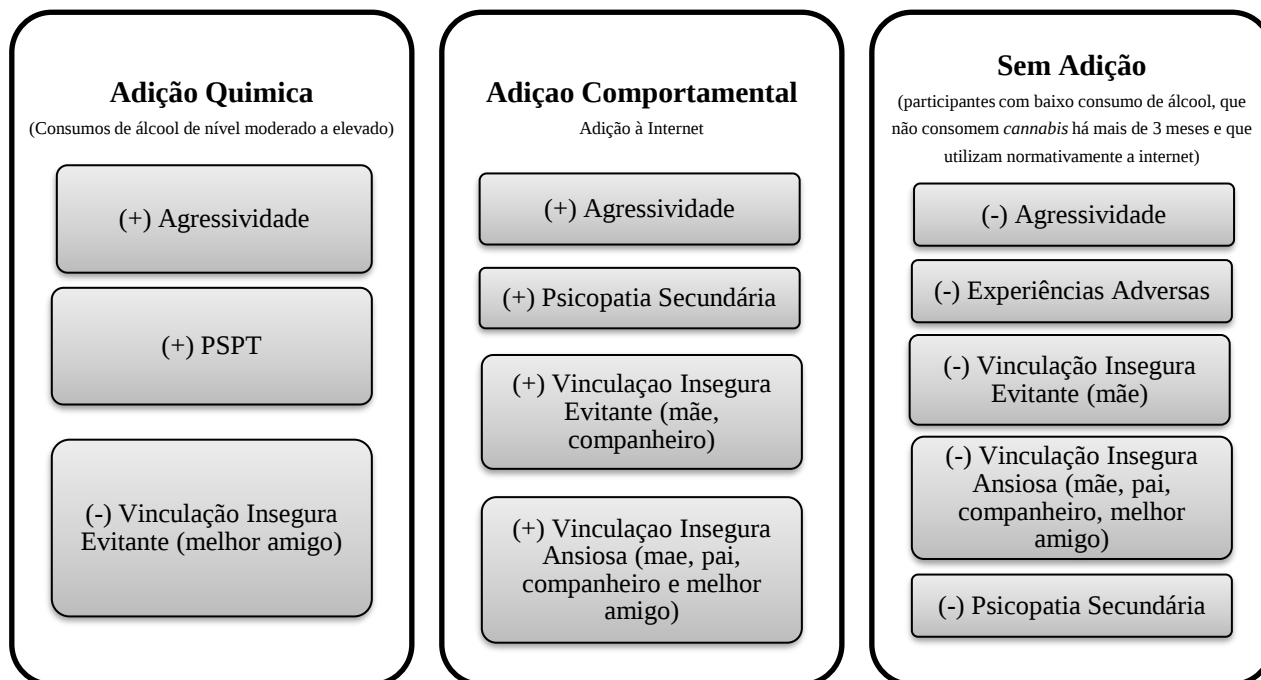
Foram também encontradas diferenças significativas ao nível da *vinculação insegura ansiosa na relação com a mãe* ($U=4799.5$; $p=0.001$), o pai ($U=4675.5$; $p=0.003$), o *companheiro* ($U=3889.5$; $p<0.001$) e *melhor amigo* ($U=4455.5$; $p=0.017$). Ou seja, indivíduos sem adições apresentam níveis mais baixos de *ansiedade na relação com a mãe* ($Mdn=0.00$) do que os sujeitos com ambas as adições ($Mdn=1.00$). O mesmo acontece para a *relação com o pai*, em que participantes sem adições revelam menores níveis de ansiedade ($Mdn=0.00$) do que os sujeitos com adições ($Mdn=2.00$). Uma vez mais, os sujeitos sem adições apresentam níveis inferiores de *ansiedade na relação com o companheiro* ($Mdn=3.00$) do que os sujeitos com adições ($Mdn=7.00$). Os participantes com comportamentos aditivos apresentam níveis superiores de *ansiedade na relação com o melhor amigo* ($Mdn=4.00$) do que os sujeitos sem adições ($Mdn=1.00$).

E, por último, foram também encontradas diferenças ao nível da *psicopatia secundária* ($U=4304.5$; $p<0.001$), uma vez que os participantes com ambas as adições apresentam níveis mais elevados de psicopatia secundária ($Mdn=15.00$) do que os sujeitos sem adições ($Mdn=14.00$).

Expostos estes resultados é agora possível definir um perfil psicossocial com bases nas variáveis em estudo (vinculação, agressividade, experiências adversas na infância e PSPT e psicopatia) que segue na figura 1.

Figura 1

Diagrama a ilustrar os Perfis Psicossociais dos 3 grupos em estudo.



Discussão

A presente investigação teve como principal objetivo explorar e comparar perfis psicossociais de estudantes com adições químicas (*adição ao álcool*), com adições comportamentais (*adição à internet*) e sem adições. Após a análise dos resultados, as diferenças entre estes 3 grupos revelaram-se estatisticamente significativas, sugerindo que os perfis psicossociais dos grupos são efetivamente distintos.

Relativamente ao **perfil psicossocial de estudantes universitários com adição química** (i.e. consumo de álcool moderado a elevado), os resultados indicam que estes apresentam um perfil com: a) maior predisposição para a *agressividade* e *PSPT* do que os sujeitos com consumos baixos ou nulos; e b) maior predisposição para níveis inferiores de evitamento nas suas relações interpessoais, com amigos. No que se refere à *agressividade*, o resultado obtido vai de encontro à revisão da literatura, uma vez que a literatura a associa quer às adições químicas como às comportamentais (Aboujaoude, 2016; Tavoracci *et al.*, 2013). Focando-nos na adição química e especificamente, *adição ao álcool*, a literatura refere o consumo precoce de álcool em jovens internados, que apresentam simultaneamente comportamentos

antissociais e de risco (Deus, 2002). Também os autores Wiers, Beckers, Houben e Hofmann (2009) concluíram que os adultos com comportamentos impulsivos tendem a ver aumentada a probabilidade de consumo de substâncias, sendo que os mesmos comportamentos impulsivos podem aumentar após o consumo, especificamente, de substâncias estimulantes apontadas como facilitadoras do comportamento violento (Boles & Miotto, 2003; De Wit, 2009). Por sua vez, no que se refere à maior predisposição deste grupo para PSPT, e relativamente à exposição ou vivência de experiências adversas na infância, é sabido que estas são preditoras do consumo de substâncias psicoativas, nomeadamente, *adição ao álcool*, sendo um resultado já esperado, atendendo ao que é referenciado na literatura (Gomes, 2008; Loper, Mahmoodzadegan & Warren, 2008), uma vez que, tal como Felitti e seus colaboradores referiram em 1998, o consumo de substâncias psicoativas pode ser utilizado como mecanismo de *coping* perante situações adversas. Caso estes consumos sejam percebidos como eficazes, a sua repetida utilização poderá tendencialmente culminar na dependência química (nomeadamente, *adição ao álcool*). Já relativamente ao facto de indivíduos com baixo consumo de álcool apresentarem níveis superiores de *evitamento na relação de vinculação com o melhor amigo* comparativamente com os sujeitos de nível moderado a alto, podemos explicar tal resultado tendo em conta o efeito desinibitório que o álcool provoca. Posto isto, é de esperar que sujeitos com consumos de álcool moderados a elevados apresentem níveis inferiores de *evitamento nas suas relações interpessoais*. Muito embora este resultado faça sentido com base na especificidade da nossa amostra (estudantes universitários), que utilizam o consumo de álcool como estratégias de socialização e adaptação ao ensino superior, não encontramos estudos que corroborem este resultado. Consideramos, no entanto, que este aspeto constitui uma limitação da investigação em Portugal neste domínio, dada a escassez de estudos com amostras do ensino superior ao nível das variáveis aqui operacionalizadas. Acresce aqui a nossa convicção de que este resultado pode trazer alguma novidade empírica ao estado da arte atual.

No que concerne ao **perfil psicossocial de estudantes com adição comportamental** (*adição à internet*), os resultados corroboram a literatura, uma vez que indicam que estes apresentam um perfil com maior predisposição para: a) apresentarem *agressividade* do que os sujeitos não adictos à internet; b) apresentarem *psicopatia secundária* do que os sujeitos não adictos à internet; c) apresentarem *vinculação insegura evitante* nas suas relações com a mãe e o companheiro do que os sujeitos não adictos à internet; e d) apresentarem *vinculação insegura ansiosa* nas suas relações interpessoais (com todos os elementos

significativos). No que se refere à *agressividade*, a literatura aponta para uma estreita relação entre comportamentos agressivos e sujeitos adictos em geral e adictos à internet, especificamente (Aboujaoude, 2011 como citado por Aboujaoude, 2016; Aboujaoude, 2016; Paulus *et al.*, 2017; Tavoracci *et al.*, 2013). Tal resultado parece ser explicado pelo facto de indivíduos com *adição à internet* demonstrarem, normalmente, mais comportamentos de agressão gratuita nas redes sociais (e.g., online *shaming*, *cyberbullying*) (Aboujaoude, 2011 como citado por Aboujaoude, 2016). Por sua vez, no que toca ao resultado que encontramos quanto à maior incidência de *psicopatia secundária* neste grupo de adictos à internet, alguns estudos corroboram este resultado, pois têm vindo a referir que a violência nos jogos de computador contribuem para a agressão offline, para a diminuição da empatia e das respostas emocionais a situações de violência, bem como, diminuição do comportamento pró-social (Aboujaoude, 2016; Paulus *et al.*, 2017). Por fim, relativamente à *vinculação insegura evitante e ansiosa*, os resultados que obtivemos no grupo de estudantes universitários adictos à internet, são francamente corroborados pela literatura recente. Basta analisar a investigação de Munno e os seus colaboradores (2015) que concluíram que a estabilidade emocional está fortemente e negativamente associada à adição comportamental, isto é, níveis inferiores de estabilidade emocional, ou seja, indivíduos com padrões de vinculação insegura, estão associados a níveis superiores de adição comportamental (Munno *et al.*, 2015).

Por último, o **perfil dos estudantes universitários sem adições** remete-nos para níveis inferiores de: a) *agressividade*; b) *experiências adversas na infância*; c) *vinculação insegura (evitante e ansiosa)*; e d) *psicopatia secundária*, comparativamente aos indivíduos com ambas adições. Concretamente, os sujeitos sem adições apresentam níveis inferiores de *agressividade* conforme corroborado por Aboujaoude (2016) e Tavoracci e col. (2013) e Wiers e col. (2009). No presente estudo, os sujeitos sem adição, apresentam também menor predisposição ou incidência de *experiências adversas*, conforme corroborado pela literatura neste domínio que nos conduz à ideia de que a exposição e vivência de experiências adversas na infância, acontecimentos potencialmente traumáticos, são precursores do comportamento adicto em geral (Gomes, 2008; Loper, Mahmoodzadegan & Warren, 2008; Felitti *et al.* 1998). O mesmo acontece quanto à menor incidência neste grupo de *vinculação insegura (evitante e ansiosa)* do que nos grupos de sujeitos adictos. As ligações seguras com as figuras de vinculação, sejam elas os pais/figuras parentais ou parceiros de intimidade, são reconhecidas pela literatura como fatores protetores para o não envolvimento em comportamentos aditivos (Schindler, Thomasius, Petersen, & Sack, 2009).

Limitações do estudo: Este estudo apresenta algumas limitações que devem ser consideradas para a interpretação e determinação dos resultados, uma vez que as primeiras recolhas decorreram me contexto de sala de aula, mas após algumas aplicações a equipa notou que este não era o contexto ideal para o preenchimento de um questionário desta natureza (com questão pessoais e sensíveis), por este motivo, a partir de abril os questionários começaram a ser entregues aos participantes e estes ficaram responsáveis de os preencher em casa e entregar posteriormente, de maneira a respeitar a sua privacidade e assegurar a sua total honestidade no preenchimento dos protocolos.

Referências

- Aboujaoude, E. (2016). The Internet's effect on personality traits: An important casualty of the "Internet addiction" paradigm. *Journal of behavioral addictions*, 6(1), 1-4. doi: 10.1556/2006.6.2017.009
- American Psychiatric Association. (2013). Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais: Quinta Edição (DSM-V). Lisboa: Climepsi Editores.
- American Psychological Association. (2010). *Psychology Topics, Addictions*. Retirado de: <https://www.apa.org/topics/addiction/index.aspx>
- Babor, T.F., Higgins-Biddle, J.C., Saunders, J.B., & Monteiro, M.G. (2001) *The Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT) manual: Guidelines for use in primary care*. 2nd Edition, Department of Mental Health and Substance Dependence. World Health Organization, Geneva, WHO/MSD/MSB/01.6a, 4-32.
- Balsa, C., Vital, C., & Urbano, C. (2018). *IV Inquérito Nacional ao Consumo de Substâncias Psicoativas na População Geral, Portugal 2016/17*. Lisboa: SICAD.
- Benavente, R. (2002). Delinquência Juvenil: Da disfunção social à psicopatologia. *Análise Psicológica*, 4, 637-645. ISSN 0870-8231
- Boles, S. M., & Miotto, K. (2003). *Substance abuse and violence: A review of the literature.. Aggression and Violent Behavior*, 8(2), 155–174. doi: 10.1016/s1359-1789(01)00057-x
- Bowlby, J. (1951). *Maternal care and mental health* (Vol. 2). Geneva: World Health Organization.
- Bowlby, J. (1969/1982). *Attachment and loss. Vol.1: Attachment*. New York: Basic Books.
- Bowlby, J. (1973). *Attachment and loss: Separation: Anxiety and anger*. New York: Basic Books.
- Buss, A. H., & Perry, M. (1992). The aggression questionnaire. *Journal of Personality and Social Psychology*, 63, 452-459.
- Carvalho, T., da Motta, C., & Pinto Gouveia, J. (2019). Portuguese Version of the Posttraumatic Stress Disorder Checklist for DSM-5 (PCL-5): Comparison of Latent Models and Other Psychometric Properties in a Sample of Fire Fighters. doi: 10.31124/advance.8167550.v1
- Cicchetti, D., Toth, S. L., & Lynch, M. (1995). *Bowlby's Dream Comes Full Circle. Advances in Clinical Child Psychology*, 1–75. doi: 10.1007/978-1-4757-9044-3_1
- Coelho, L., Paixão, R., & da Silva, J. T. (2010). O Levenson's Self Report Psychopathy Scale (LSRP). *Psychologica*, 413-421. doi:10.14195/1647-8606_53_2

- Cunha, O. & Gonçalves, R. A. (2012). Análise confirmatória fatorial de uma versão portuguesa do Questionário de Agressividade de Buss-Perry. *Laboratório de Psicologia*, 10(1): 3-17.
- De Wit, H. (2009). Impulsivity as a determinant and consequence of drug use: A review of underlying processes. *Addiction Biology*, 14, 22-31. doi:10.1111/j.1369-1600.2008.00129.x
- Deus, A. A. D. (2002). Perfis de personalidade, sintomas depressivos e risco suicidário nos alcoólicos. *Análise Psicológica*, 20(3), 479-494.
- Farinha, H., Raposo de Almeida, J., Aleixo, A. R., Oliveira, H., Xavier, F., & Santos, A. I. (2013). Relação do Tabagismo com Ansiedade e Depressão nos Cuidados de Saúde Primários. *Acta Médica Portuguesa*, 26(5).
- Felitti, V. J., Anda, R. F., Nordenberg, D., Williamson, D. F., Spitz, A. M., Edwards, V., Koss, M. P., & Marks, J. S. (1998). *Relationship of Childhood Abuse and Household Dysfunction to Many of the Leading Causes of Death in Adults: The Adverse Childhood Experiences (ACE) Study*. *American Journal of Preventive Medicine*, 14(4), 245–258. doi:10.1016/s0749-3797(98)00017-8
- Ferreira, M. B. D. O., & Sartes, L. M. A. (2018). Uma abordagem cognitivo-comportamental do uso prejudicial de jogos eletrônicos. *Gerais: Revista Interinstitucional de Psicologia*, 11(2), 306-326.
- Ferros, L. (2008). *Relações afetivas e sintomatologia psicopatológica na toxicodependência [Affective relationships and psychopathology symptoms in drug addiction]* (Dissertação de Doutoramento). Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade do Porto, Portugal.
- Fraley, R. C., Heffernan, M. E., Vicary, A. M., & Brumbaugh, C. C. (2011). *The experiences in close Relationships - Relationship Structures Questionnaire: A method for assessing attachment orientations across relationships*. *Psychological Assessment*, 23(3), 615–625. doi:10.1037/a0022898
- Gebara, C. F. P. (2009). *Estudo das crenças dos agentes comunitários de saúde do município de Lima Duarte em relação à violência doméstica contra crianças e adolescentes*. (Tese de Mestrado). Universidade Federal de Juiz de Fora, Brasil.
- Gerra, L. M., Gerra, G., Mercolini, L., Manfredini, M., Somaini, L., Pieri, C. M., Antonioni, M., Protti, M., Ossola, P., & Marchesi, C. (2017). *Increased oxytocin levels among abstinent heroin addicts: Association with aggressiveness, psychiatric symptoms and perceived*

- childhood neglect. *Progress in Neuro-Psychopharmacology and Biological Psychiatry*, 75, 70–76. doi: 10.1016/j.pnpbp.2017.01.005
- Gomes, I. G. (2008). *Maus-Tratos, Droga e Criminalidade: Uma Trilogia no Feminino*. (Tese de Mestrado). Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa, Portugal.
- Gowing, L. R., Ali, R. L., Allsop, S., Marsden, J., Turf, E. E., West, R., & Witton, J. (2015). *Global statistics on addictive behaviours: 2014 status report*. *Addiction*, 110(6), 904–919. doi:10.1111/add.12899.
- Guimarães, R. A., Souza, M. M. de, Caetano, K. A. A., Teles, S. A., & Matos, M. A. de. (2018). *Use of illicit drugs by adolescents and young adults of an urban settlement in Brazil*. *Revista Da Associação Médica Brasileira*, 64(2), 114–118. doi:10.1590/1806-9282.64.02.114
- Hare, R. D., & McPherson, L. M. (1984). Violent and aggressive behavior by criminal psychopaths. *International Journal of Law and Psychiatry*, 7(1), 35–50. doi:10.1016/0160-2527(84)90005-0
- Harpur, T. J., Hakstian, A. R., & Hare, R. D. (1988). *Factor structure of the Psychopathy Checklist*. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56(5), 741–747. doi:10.1037/0022-006x.56.5.741
- Hemphill, J. F., Hart, S. D., & D. Hare, R. (1994). *Psychopathy and Substance Use*. *Journal of Personality Disorders*, 8(3), 169–180. doi:10.1521/pedi.1994.8.3.169
- Jarvis, T. J., Copeland, J., & Walton, L. (1998). Exploring the nature of the relationship between child sexual abuse and substance use among women. *Addiction*, 93, 865–875.
- Lang, A. J., Aarons, G. A., Gearity, J., Laffaye, C., Satz, L., Dresselhaus, T. R., & Stein, M. B. (2008). Direct and Indirect Links Between Childhood Maltreatment, Posttraumatic Stress Disorder, and Women's Health. *Journal of Behavioral Medicine*; 33(4): 125–135.
- Lee, S.-Y., Lee, H. K., & Choo, H. (2016). *Typology of Internet gaming disorder and its clinical implications*. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 71(7), 479–491. doi:10.1111/pcn.12457
- Lejoyeux, M. (2008). Acompanhamentos Específicos: Jogo Patológico. In H. Rahioui & M. Reynaud (Eds.), *Terapias Cognitivo-Comportamentais e Adições* (pp. 242-243). Climepsi Editores.
- Levenson, M. R., Kiehl, K. A., & Fitzpatrick, C. M. (1995). Assessing psychopathic attributes in a noninstitutionalized population. *Journal of personality and social psychology*, 68(1), 151.

- Loper, A. B., Mahmoodzadegan, N., & Warren, J. I. (2008). *Childhood Maltreatment and Cluster B Personality Pathology in Female Serious Offenders. Sexual Abuse: A Journal of Research and Treatment*, 20(2), 139–160. doi: 10.1177/1079063208317463
- Lynam, D. R., Whiteside, S., & Jones, S. (1999). Self-Reported Psychopathy: A Validation Study. *Journal of Personality Assessment*, 73(1), 110–132. doi: 10.1207/s15327752jpa730108
- Moreira, H., Martins, T., Gouveia, M. J., & Canavarro, M. C. (2014). *Assessing Adult Attachment Across Different Contexts: Validation of the Portuguese Version of the Experiences in Close Relationships – Relationship Structures Questionnaire. Journal of Personality Assessment*, 97(1), 22–30. doi:10.1080/00223891.2014.950377
- Mostardinha, A. R., Bártolo, A., Bonifácio, J., & Pereira, A. Validação do The Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test (ASSIST) em Estudantes Universitários
Validation of The Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test (ASSIST) Among University. *contextos*, 21, 22.
- Moura, A. P. R. (2015). *Evaluation and Monitoring of Effectiveness of Treatments for Psychoactive Substance*. (Dissertação de Doutoramento). Faculdade de Psicologia e Ciências de Educação da Universidade do Porto, Portugal.
- Munno, D., Saroldi, M., Bechon, E., Sterpone, S. C. M., & Zullo, G. (2015). *Addictive behaviors and personality traits in adolescents. CNS Spectrums*, 21(02), 207–213.
doi:10.1017/s1092852915000474
- OMS (2002). The alcohol, smoking and substance involvement screening test (ASSIST): development, reliability and feasibility. *Addiction*, 97(9), 1183-1194.
- OMS (2018) <https://www.who.int/features/qa/gaming-disorder/en/>
- OMS^a disponível em: https://www.who.int/substance_abuse/facts/alcohol/en/
- OMS^b disponível em: https://www.who.int/substance_abuse/facts/psychoactives/en/
- Palaus, M., Marron, E. M., Viejo-Sobera, R., & Redolar-Ripoll, D. (2017). *Neural Basis of Video Gaming: A Systematic Review. Frontiers in Human Neuroscience*, 11.
doi:10.3389/fnhum.2017.00248
- Pereira, J. F. (2016). *Para lá de mim... O Suporte Social na Toxicodependência* (Dissertação de Mestrado). Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias, Portugal.
- Pinto, R., Correia, L., & Maia, Â. (2014). Assessing the Reliability of Retrospective Reports of Adverse Childhood Experiences among Adolescents with Documented Childhood Maltreatment. *Journal of Family Violence* 29, 4: 431 - 438.

- Pontes, H. M., Patrão, I. M., & Griffiths, M. D. (2014). Portuguese validation of the Internet Addiction Test: An empirical study. *Journal of Behavioral Addictions*, 3(2), 107-114. doi: 10.1556/JBA.3.2014.2.4
- Santana, S. & Negreiros, J. (2008). Consumo de álcool e depressão em jovens portugueses.
- Santos, M. G. R. (2014). *O fenômeno de "esquenta" entre jovens: características e fatores associados ao beber pré-balada* (Dissertação de Mestrado). Universidade Federal de São Paulo, Brasil.
- Santos, M. M. (2017). *Associação entre o consumo de drogas e aspectos sociais e de saúde em adolescentes escolares*. (Dissertação de Mestrado). Universidade Federal da Bahia, Brasil.
- Schindler, A., Thomasius, R., Petersen, K., & Sack, P.M. (2009). Heroin as an attachment substitute? Differences in attachment representations between opióide, ecstasy and cannabis abusers. *Attachment and Human Development*, 11, 307-330.
- Shapira, N. A., Lessig, M. C., Goldsmith, T. D., Szabo, S. T., Lazoritz, M., Gold, M. S., & Stein, D. J. (2003). *Problematic internet use: Proposed classification and diagnostic criteria*. *Depression and Anxiety*, 17(4), 207–216. doi:10.1002/da.10094
- SICAD^a - Substâncias Psicoativas Lícitas: <http://www.sicad.pt/PT/Cidadao/SubstanciasPsicoativas/Paginas/detalhe.aspx?itemId=17>
- SICAD^b - Substâncias Psicoativas Perturbadoras: <http://www.sicad.pt/PT/Cidadao/Tu-alinhas/ComportamentosAditivos/Substancias/Paginas/detalhe.aspx?itemId=2&lista=Substancias&bkUrl=/BK/Cidadao/Tu-alinhas/ComportamentosAditivos>
- SICAD^c - Substâncias Psicoativas Estimulantes: <http://www.sicad.pt/PT/Cidadao/Tu-alinhas/ComportamentosAditivos/Substancias/Paginas/detalhe.aspx?itemId=3&lista=Substancias&bkUrl=/BK/Cidadao/Tu-alinhas/ComportamentosAditivos>
- SICAD^d - Substâncias Psicoativas Depressoras/Sedativas: <http://www.sicad.pt/PT/Cidadao/Tu-alinhas/ComportamentosAditivos/Substancias/Paginas/detalhe.aspx?itemId=4&lista=Substancias&bkUrl=/BK/Cidadao/Tu-alinhas/ComportamentosAditivos>
- Silva, S. & Maia, Â. (2008). *Versão Portuguesa do Family ACE Questionnaire (Questionário de História de Adversidade na Infância)*. In A. Noronha, C. Machado, L. Almeida, M. Gonçalves, S. Martins, & V. Ramalho (coord.). *Atas da XIII Conferência Internacional de Avaliação Psicológica: Formas e Contextos*. Braga: Psiquilíbrios Edições. Doi: <http://hdl.handle.net/1822/11323>
- Tavolacci, M. P., Ladner, J., Grigioni, S., Richard, L., Villet, H., & Dechelotte, P. (2013). Prevalence and association of perceived stress, substance use and behavioral addictions: a

- cross-sectional study among university students in France, 2009–2011. *BMC public health*, 13(1), 724.
- Torres, N., Neto, D., & Sanches, M. (2001). “Evolution of patients on an ambulatory bonding psychotherapy group, according to attachment theory”. *Comunicação apresentada na 14th International ISNIP Conference*.
- Vaddiparti, K., Bogetto, J., Callahan, C., B. Abdallah, A., Spitznagel, E. L., & Cottler, L. B. (2006). *The Effects of Childhood Trauma on Sex Trading in Substance Using Women. Archives of Sexual Behavior*, 35(4), 451–459. doi:10.1007/s10508-006-9044-4
- Weathers, F. W., Litz, B. T., Keane, T. M., Palmieri, P. A., Marx, B. P., & Schnurr, P. P. (2013). *The PTSD Checklist for DSM-5 (PCL-5)*. Scale available from the National Center for PTSD at www.ptsd.va.gov
- Weathers, F.W., Blake, D.D., Schnurr, P.P., Kaloupek, D.G., Marx, B.P., & Keane, T.M. (2013). *The Life Events Checklist for DSM-5 (LEC-5)*. Instrument available from the National Center for PTSD at www.ptsd.va.gov
- Wiers, R. W., Beckers, L., Houben, K., & Hofmann, W. (2009). A short fuse after alcohol: Implicit power associations predict aggressiveness after alcohol consumption in young heavy drinkers with limited executive control. *Pharmacology Biochemistry and Behavior*, 93, 300-305. doi: 10.1016/j.pbb.2009.02.003
- Young, K. S. (1998). *Internet Addiction: The Emergence of a New Clinical Disorder. CyberPsychology & Behavior*, 1(3), 237–244. doi:10.1089/cpb.1998.1.237

Anexos

Anexo 1

Termo de Consentimento Informado



Termo de Consentimento Informado

No âmbito da investigação *Perfis de funcionamento global de estudantes universitários com adição química vs com adição comportamental vs sem adição: Estudo Longitudinal* da Faculdade de Psicologia, Educação e Desporto da Universidade Lusófona do Porto, estamos a desenvolver um trabalho que envolve a recolha de informação sobre dados relativos à sua história de vida, bem como, aos comportamentos aditivos que apresenta ou não atualmente.

A participação neste trabalho é voluntária e não envolve qualquer risco, despesa ou prejuízo, podendo o entrevistado desistir a qualquer momento. A informação recolhida é estritamente confidencial e utilizada apenas para fins da realização da investigação supracitada. Para este efeito, é apenas solicitado que assine este consentimento (ver em baixo) e que nos deixe o seu contacto de e-mail, para darmos continuidade ao estudo numa perspetiva longitudinal.

Consentimento

Declaro que fui informado/a sobre os meus direitos na qualidade de titular dos dados, bem como, dos objetivos e a importância desta investigação, dando de forma livre e consciente o meu consentimento para a recolha e o tratamento de dados de forma confidencial e anónima, apenas para efeitos de realização do estudo acima descrito.

Local e Data: _____ / ____ / ____

Assinatura: _____

Para nos ser possível dar continuidade ao estudo, numa perspetiva longitudinal e caso tenha interesse em receber informação sobre os resultados do trabalho final, deixe um e-mail/contacto telefónico: _____

Drª Andreia de Moura (responsável pela investigação) - p5276@ulp.pt (caso queira contactar o responsável da investigação para esclarecer alguma dúvida ou necessite de algum apoio psicológico após preencher o protocolo)

Anexo 2

Protocolo de instrumentos da investigação

Questionário Sociodemográfico



Código (iniciais nome completo): _____

Naturalidade: _____ Nacionalidade: _____

Idade: _____ anos. Sexo: Masculino ☐ Feminino ☐

Estado Civil: _____

Instituição de Ensino Superior:

Universidade Lusófona do Porto ☐

Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade do Porto ☐

Curso: _____

Nível de ensino: Licenciatura ☐ Mestrado ☐ Doutoramento ☐

Ano de frequência: 1º ano ☐ 2º ano ☐ 3º ano ☐ 4º ano ☐ 5º ano ☐

De momento, tem acompanhamento médico, psicofarmacológico ou

psicoterapêutico/psicossocial: Sim ☐ Não ☐

Se sim, especifique a seguir:

Medicina ☐ Psicofarmacologia ☐ Psicologia ☐
Psiquiatria ☐ Serviço Social ☐ Terapia de Grupo ☐

É consumidor/a de alguma das seguintes substâncias?

Álcool ☐ Cannabis ☐ Erva/Haxixe ☐ Ecstasy ☐
Cocaína ☐ Heroína ☐ Alucinogénios ☐ Outras ☐ Qual? _____

Tipo¹ e frequência (nº de vezes por semana) de consumo de substância:

Considera ter algum dos seguintes comportamentos aditivos? Se sim, assinala qual.

Redes Sociais ☐ Jogos Online/Offline² ☐ Jogos de Fortuna ou Azar³ ☐

Se sim, especifique o tipo¹ e frequência (nº de vezes por semana):

¹ Abstinência; Consumo Recreativo; Regular; Abusivo; Dependência

² (e.g. League of Legends, Football Manager, Fornite, Counter Strike, Fifa.)

³ (e.g. Euromilhões, Raspadinhas, Placard, Casino, Casino Online, Bingo.)

Se selecionou a opção “Redes Sociais”, em média quanto tempo por dia despende nas mesmas?



Caso tenha assinalado a opção “Jogos Online/Offline” ou “Jogos de Fortuna ou Azar”, responda às seguintes questões:

1. Quantas horas por dia costuma investir nos jogos online/offline? _____ horas.
2. Com que frequência costuma apostar em jogos de fortuna ou azar?
Todos os dias ☐ Só aos fins de semana ☐
3 a 5 vezes por semana ☐ 1 a 2 duas vezes semana ☐
3. Alguma vez se sentiu irritado, ansioso ou triste quando, por algum motivo, fica impossibilitado de jogar/apostar? Sim ☐ Não ☐
4. Nota que com o passar do tempo tem vindo a aumentar o tempo despendido nos jogos online ou aumentado o valor das apostas nos jogos de fortuna ou azar? Sim ☐ Não ☐
5. Já alguma vez sentiu a necessidade de mentir ou omitir a alguém acerca do tempo gasto no jogo ou do valor despendido nas apostas? Sim ☐ Não ☐
6. Costuma refugiar-se no jogo para aliviar algum tipo de humor negativo⁴?
Sim ☐ Não ☐
7. Já arriscou ou efetivamente perdeu alguma relação significativa, emprego ou oportunidade educacional devido ao jogo online/offline ou jogo de fortuna ou azar?
Sim ☐ Não ☐
8. Costuma ansiar pela próxima oportunidade de jogar/apostar? Sim ☐ Não ☐
9. Já fez alguma tentativa de diminuir o tempo gasto nos jogos ou o número de apostas?
Sim ☐ Não ☐
 - 9.1. Se sim, foi bem-sucedido? Sim ☐ Não ☐
10. A adessão ao jogo levou a que deixasse de realizar alguma atividade de anteriormente lhe era prazerosa? Sim ☐ Não ☐

⁴ (e.g. Sentimentos de Desesperança, Culpa, Ansiedade.)

Código (iniciais nome completo): _____

LEC-5

Na lista abaixo encontra um conjunto de situações difíceis ou stressantes que às vezes acontecem. Para cada um dos acontecimentos assinale uma ou mais das opções à direita, indicando se a situação: **a) lhe aconteceu pessoalmente** **b) viu acontecer** a outra pessoa, **c) soube que aconteceu** a um familiar ou amigo próximo, **d) foi exposto à situação por fazer parte do seu trabalho** (ex: paramédico, polícia, militar ou outro profissional de emergência), **e) não tem a certeza se lhe aconteceu** e **f) não se aplica** a si.

Ao responder, tenha em consideração toda a sua vida (desde a infância até à idade adulta).

Acontecimento	Aconteceu-me	Vi acontecer	Soube que aconteceu	Parte do meu trabalho	Não tenho a certeza	Não se aplica
1. Desastre natural (ex: inundações, furacão, tornado, terramoto)						
2. Incêndio ou explosão						
3. Acidente num transporte (ex: acidente de viação, barco, comboio, avião)						
4. Acidente grave no trabalho, em casa ou durante uma atividade recreativa						
5. Exposição a substância tóxica (ex: químicos perigosos, radiação)						
6. Agressão física (ex: ser atacado, atingido, esbofetado, pontapeado, espancado)						
7. Agressão com arma (ex: ser baleado, apunhalado, ameaçado com uma faca, arma, bomba)						
8. Agressão sexual (ex: violação, tentativa de violação, ser obrigado a praticar qualquer tipo de ato sexual forçado ou sob ameaça)						
9. Outra experiência de cariz sexual desconfortável ou indesejada						
10. Combate ou exposição a zona de guerra (como militar e/ou civil)						
11. Cativo (ex: ser raptado, refém, prisioneiro de guerra)						
12. Doença, ferimento ou lesão com risco de vida						
13. Sofrimento humano intenso						
14. Morte violenta repentina (ex: homicídio, suicídio)						
15. Morte acidental inesperada						
16. Causar dor, lesão, ferimento grave ou morte a outra pessoa						
17. Outro acontecimento ou experiência extremamente stressante						

POR FAVOR PREENCHA A PARTE 2 NA PÁGINA SEGUINTE

PARTE 2:

Se assinalou algo no número 17 da PARTE 1, descreva de forma breve o acontecimento a que se estava a referir: _____

A. Se vivenciou mais do que um acontecimento na PARTE 1, pense naquele que considera ser o *pior acontecimento*, o qual será para este questionário o acontecimento que mais o perturba. Se vivenciou apenas um acontecimento na PARTE 1, use esse como referência de “o pior”. Por favor, responda às seguintes questões sobre esse acontecimento em específico (*assinale todas as opções que se apliquem*).

1. De forma resumida, descreva o pior acontecimento (*por exemplo, o que aconteceu, quem estava envolvido, etc.*).

2. Há quantos anos/meses aconteceu? _____ anos _____ meses (*se não se recordar faça uma estimativa*).

3. Como é que vivenciou a situação?

_____ Aconteceu-me diretamente

_____ Vi acontecer

_____ Soube que aconteceu a um familiar ou amigo próximo

_____ Fui exposto de forma recorrente ao acontecimento por fazer parte do meu trabalho (ex.: paramédico, polícia, militar ou outro profissional de emergência)

_____ Outro, por favor descreva: _____

4. Alguém correu risco de vida?

_____ Sim, eu

_____ Sim, outra pessoa

_____ Não

5. Alguém ficou gravemente ferido ou morreu?

_____ Sim, eu fiquei gravemente ferido

_____ Sim, outra pessoa ficou gravemente ferida ou morreu

_____ Não

6. Envolveu violência sexual? _____ Sim _____ Não

7. Se o acontecimento envolveu a morte de um familiar ou amigo próximo, foi devido a algum tipo de violência, acidente ou devido a causas naturais?

_____ Acidente ou violência

_____ Causas naturais

_____ Não aplicável (o acontecimento não envolveu a morte de um familiar ou amigo próximo)

8. Ao todo, quantas vezes já vivenciou um acontecimento tão ou quase tão stressante como este?

_____ Apenas uma vez

_____ Mais do que uma vez (por favor especifique ou estime o número total de vezes que já vivenciou este tipo de acontecimento _____)

POR FAVOR PREENCHA A PARTE 3 NA PÁGINA SEGUINTE

PARTE 3: Encontra abaixo uma lista de problemas que por vezes as pessoas têm em resposta a acontecimentos extremamente stressantes. Tendo ainda a sua pior experiência como referência, por favor leia cuidadosamente cada problema e depois circule o número que se encontra do lado direito e que corresponda ao grau de incómodo que o problema lhe causou durante o último mês.

<i>No último mês, quão incomodado se sentiu por:</i>	Nada	Pouco	Moderadamente	Muito	Extremamente
1. Memórias repetidas, indesejadas e perturbadoras do acontecimento stressante?	0	1	2	3	4
2. Sonhos repetidos e perturbadores sobre o acontecimento stressante?	0	1	2	3	4
3. De repente sentir ou agir como se o acontecimento stressante estivesse a ocorrer novamente (como se o estivesse a reviver)?	0	1	2	3	4
4. Sentir-se muito transtornado quando alguma coisa lhe fazia lembrar o acontecimento stressante?	0	1	2	3	4
5. Ter reações físicas intensas quando algo lhe fazia lembrar o acontecimento stressante (ex: batimento cardíaco acelerado, dificuldade em respirar, suores)?	0	1	2	3	4
6. Evitar recordações, pensamentos ou sentimentos relacionados com o acontecimento stressante?	0	1	2	3	4
7. Evitar coisas que lhe lembrassem o acontecimento stressante (ex: pessoas, locais, conversas, atividades, objetos ou situações)?	0	1	2	3	4
8. Ter dificuldades em relembrar-se de partes importantes do acontecimento stressante?	0	1	2	3	4
9. Ter crenças negativas fortes sobre si mesmo, os outros ou o mundo (ex: ter pensamentos como: <i>Eu sou má pessoa, há alguma coisa muito errada comigo, ninguém é de confiança, o mundo é absolutamente perigoso</i>)?	0	1	2	3	4
10. Culpabilizar-se a si ou a outra pessoa pelo acontecimento stressante, ou pelo que aconteceu a seguir?	0	1	2	3	4
11. Ter sentimentos negativos muito intensos, tais como medo, horror, fúria, culpa ou vergonha, por lhe ter acontecido o que aconteceu?	0	1	2	3	4
12. Perder o interesse por atividades de que costumava gostar?	0	1	2	3	4
13. Sentir-se distante ou desligado das outras pessoas?	0	1	2	3	4
14. Ter dificuldades em experienciar sentimentos positivos (ex: ser incapaz de se sentir feliz ou carinhoso com pessoas que lhe são próximas)?	0	1	2	3	4
15. Comportamento irritável, acessos de raiva ou agir de forma agressiva?	0	1	2	3	4
16. Correr demasiados riscos ou fazer coisas que lhe podem causar dano?	0	1	2	3	4
17. Estar constantemente alerta, vigilante ou em guarda?	0	1	2	3	4
18. Sentir-se agitado ou facilmente assustado?	0	1	2	3	4
19. Ter dificuldade em concentrar-se?	0	1	2	3	4
20. Ter problemas em adormecer ou manter-se a dormir?	0	1	2	3	4

LEC-5 (10/27/2013) Weathers, Blake, Schnurr, Kaloupek, Marx, & Keane -- National Center for PTSD | PCL-5 (8/14/2013) Weathers, Litz, Keane, Palmieri, Marx, & Schnurr -- National Center for PTSD

Código (iniciais nome completo): _____

Questionário de História na Infância (Felitti & Anda, 1998; Traduzido por Silva & Maia, 2007; adaptado por Pinto & Maia, 2013)
--

Em seguida são apresentadas um conjunto de questões/afirmações que se referem a **experiências da infância**. Responda a todas as questões com a maior sinceridade. O anonimato e confidencialidade estão garantidos.

	Sim	Não
1. Havia alguém em sua casa deprimido ou com alguma doença mental?	☐	☐
2. Alguém em sua casa tentou suicidar-se ou suicidou-se?	☐	☐
3. Alguém em sua casa esteve na prisão?	☐	☐
4. Os seus pais eram divorciados ou separados?	☐	☐
5. Havia alguém em casa que usasse drogas?	☐	☐
6. Viveu com alguém que tivesse um problema com o álcool ou fosse alcoólico?	☐	☐

Se sim, essa(s) pessoa(s) era(m): Pai ☐ Mãe ☐ Irmãos ☐ Irmãs ☐
 Outros ☐ Quem? _____

Com que frequência viu entre os seus Pais (ou outros familiares a viver em sua casa) alguma destas coisas:

	Nunca	Raramente	Algumas vezes	Muitas vezes	Muitíssimas vezes
7. Puxar, agarrar ou atirar com alguma coisa?	☐	☐	☐	☐	☐
8. Pontapear, morder, bater com a mão, ou bater com alguma coisa forte?	☐	☐	☐	☐	☐
9. Bater repetidamente durante alguns minutos?	☐	☐	☐	☐	☐
10. Ameaçar com uma faca ou uma arma, ou usar uma faca ou uma arma para magoar?	☐	☐	☐	☐	☐

Durante a minha infância...

11. Não tinha o suficiente para comer.	☐	☐	☐	☐	☐
12. Sabia que existia alguém para me cuidar e proteger.	☐	☐	☐	☐	☐
13. As pessoas da sua família chamavam-lhe coisas como “feio” ou “preguiçoso”.	☐	☐	☐	☐	☐

	Nunca	Raramente	Algumas vezes	Muitas vezes	Muitíssimas vezes
14. Os meus pais estavam demasiado bêbados ou perturbados para cuidar da família.	☐	☐	☐	☐	☐
15. Havia alguém na família que me ajudava a sentir especial ou importante.	☐	☐	☐	☐	☐
16. Havia quem lavasse a roupa suja.	☐	☐	☐	☐	☐
17. Senti-me amada(o).	☐	☐	☐	☐	☐
18. Pensei que os meus pais desejavam que eu nunca tivesse nascido.	☐	☐	☐	☐	☐
19. As pessoas da minha família tomavam conta umas das outras.	☐	☐	☐	☐	☐
20. Senti que alguém da família me odiava.	☐	☐	☐	☐	☐
21. As pessoas da minha família disseram coisas que me magoaram ou insultaram.	☐	☐	☐	☐	☐
22. As pessoas da minha família sentiam-se próximas umas das outras.	☐	☐	☐	☐	☐
23. Acredito que fui emocionalmente abusado.	☐	☐	☐	☐	☐
24. Havia alguém que me levasse ao médico caso necessitasse.	☐	☐	☐	☐	☐
25. A minha família foi fonte de força e suporte.	☐	☐	☐	☐	☐
26. Eu tinha de usar roupas sujas	☐	☐	☐	☐	☐
<i>Alguém...</i>					
27. O insultou ou lhe disse palavrões?	☐	☐	☐	☐	☐
28. Ameaçou bater-me ou atirar-me com alguma coisa mas não o fez?	☐	☐	☐	☐	☐
29. Puxou-me, agarrou-me ou atirou-me com alguma coisa?	☐	☐	☐	☐	☐
30. Bateu-me com tanta força que deixou marcas ou feriu?	☐	☐	☐	☐	☐
31. Agiu de uma forma que me deixou com medo que me magoasse fisicamente?	☐	☐	☐	☐	☐
32. Com que frequência lhe bateram?	☐	☐	☐	☐	☐

	Não forte	Pouco forte	Médio	Um pouco forte	Muito forte
33. Com que severidade lhe bateram? (com que força?)	☐	☐	☐	☐	☐

34. Se alguma vez o foi, que idade tinha a última vez que se lembra de ter sido espancado/batido violentamente?
Idade: _____

Algumas pessoas, durante os **primeiros 18 anos de vida**, tiveram experiências sexuais com um **adulto pelo menos 5 anos mais velho**. Estas experiências podem envolver pessoas da família ou estranhos. Durante esse período, algum adulto familiar, amigo da família ou estranho, pelo menos 5 anos mais velho:

	Sim	Não
35. Tocou ou acariciou o seu corpo de uma forma sexualizada?	☐	☐
Se sim: A primeira vez que isto aconteceu que idade tinha? ____		
E da última? ____		
Da primeira vez, aconteceu contra o seu desejo? Sim ☐ Não ☐		
Quantas vezes aconteceu? ____ Quantas pessoas diferentes o fizeram? ____		
Qual o sexo da(s) pessoa(s) que o fez? Masculino ☐ Feminino ☐		

	Sim	Não
36. Tocou o corpo delas (dessas pessoas) de forma sexualizada?	☐	☐
Se sim: A primeira vez que isto aconteceu que idade tinha? ____		
E da última? ____		
Da primeira vez, aconteceu contra o seu desejo? Sim ☐ Não ☐		
Quantas vezes aconteceu? ____ Quantas pessoas diferentes o fizeram? ____		
Qual o sexo da(s) pessoa(s) que o fez? Masculino ☐ Feminino ☐		

	Sim	Não
37. Tentaram ter algum tipo de relação sexual (oral, anal ou vaginal) consigo?	☐	☐
Se sim: A primeira vez que isto aconteceu que idade tinha? ____		
E da última? ____		
Da primeira vez, aconteceu contra o seu desejo? Sim ☐ Não ☐		
Quantas vezes aconteceu? ____ Quantas pessoas diferentes o fizeram? ____		
Qual o sexo da(s) pessoa(s) que o fez? Masculino ☐ Feminino ☐		

- | | Sim | Não |
|---|--------------------------|--------------------------|
| 38. Tiveram algum tipo de relação sexual (oral, anal ou vaginal) consigo? | ☐ | ☐ |
| Se sim: A primeira vez que isto aconteceu que idade tinha? ____ | | |
| E da última? ____ | | |
| Da primeira vez, aconteceu contra o seu desejo? Sim ☐ Não ☐ | | |
| Quantas vezes aconteceu? ____ Quantas pessoas diferentes o fizeram? ____ | | |
| Qual o sexo da(s) pessoa(s) que o fez? Masculino ☐ Feminino ☐ | | |

Se respondeu “Não” às quatro últimas questões o questionário termina aqui. Passe, por favor, para a página seguinte.

Se respondeu “Sim” a uma ou mais questões, por favor, refira se estas experiências envolveram:

- | | Sim |
|---|--------------------------|
| 39. Um parente que vivia na sua casa? | ☐ |
| 40. Uma pessoa que vivia na sua casa mas não era seu parente? | ☐ |
| 41. Um parente que não vivia na sua casa? | ☐ |
| 42. Um amigo da família ou uma pessoa que conhecia mas que não vivia na sua casa? | ☐ |
| 43. Um estranho? | ☐ |
| 44. Alguém que supostamente deveria cuidar de si? | ☐ |
| 45. Alguém em quem confiava? | ☐ |
| 46. Engano, persuasão verbal ou pressão para obter a sua participação? | ☐ |
| 47. Dar álcool ou drogas? | ☐ |
| 48. Ameaçar ferir se não participar? | ☐ |
| 49. Ser fisicamente forçado para obter a sua participação? | ☐ |
| 50. Alguma vez falou a um médico, enfermeiro ou outro profissional de saúde acerca destas experiências sexuais? | ☐ |
| 51. Algum terapeuta alguma vez sugeriu que você tenha sido abusado sexualmente enquanto criança? | ☐ |

Código (iniciais nome completo): _____

ECR – RS

[domínios relacionais]

C. Fraley, 2011; Versão portuguesa: H. Moreira & M. C. Canavarro (2012)

Neste questionário vamos fazer-lhe algumas perguntas sobre a sua **relação com algumas pessoas que desempenharam ou desempenham um papel importante na sua vida** (bom ou mau). Ser-lhe-ão feitas perguntas sobre os seus pais, companheiro(a), e melhor amigo.

Por favor indique em que medida concorda ou discorda com cada frase, colocando um círculo à volta do número que me melhor traduzir a sua resposta.

Por favor, responda às seguintes questões relativamente à sua **mãe ou figura materna**.

Se a sua mãe ou figura materna já tiver falecido, gostaríamos que respondesse tendo em conta a forma como se sentia quando ela estava viva.

		Discordo fortemente	Discordo	Discordo moderadamente	Não concordo nem discordo	Concordo moderadamente	Concordo	Concordo fortemente
1	Ajuda-me poder contar com esta pessoa em situações de necessidade.	1	2	3	4	5	6	7
2	Costumo discutir os meus problemas e preocupações com esta pessoa.	1	2	3	4	5	6	7
3	Eu discuto assuntos e converso sobre as coisas com esta pessoa.	1	2	3	4	5	6	7
4	Para mim é fácil confiar nesta pessoa.	1	2	3	4	5	6	7
5	Não me sinto confortável para desabafar ou abrir-me com esta pessoa.	1	2	3	4	5	6	7
6	Prefiro não mostrar a esta pessoa como me sinto lá no fundo.	1	2	3	4	5	6	7
7	Preocupo-me frequentemente que esta pessoa não goste realmente de mim.	1	2	3	4	5	6	7
8	Tenho medo que esta pessoa possa abandonar-me.	1	2	3	4	5	6	7
9	Preocupo-me que esta pessoa não goste tanto de mim quanto eu gosto dela.	1	2	3	4	5	6	7

Por favor, responda às seguintes questões relativamente ao seu **pai ou figura paterna**.

Se o seu pai ou figura paterna já tiver falecido, gostaríamos que respondesse tendo em conta a forma como se sentia quando ele estava vivo.

		Discordo fortemente	Discordo	Discordo moderadamente	Não concordo nem discordo	Concordo moderadamente	Concordo	Concordo fortemente
1	Ajuda-me poder contar com esta pessoa em situações de necessidade.	1	2	3	4	5	6	7
2	Costumo discutir os meus problemas e preocupações com esta pessoa.	1	2	3	4	5	6	7
3	Eu discuto assuntos e converso sobre as coisas com esta pessoa.	1	2	3	4	5	6	7
4	Para mim é fácil confiar nesta pessoa.	1	2	3	4	5	6	7
5	Não me sinto confortável para desabafar ou abrir-me com esta pessoa.	1	2	3	4	5	6	7
6	Prefiro não mostrar a esta pessoa como me sinto lá no fundo.	1	2	3	4	5	6	7
7	Preocupo-me frequentemente que esta pessoa não goste realmente de mim.	1	2	3	4	5	6	7
8	Tenho medo que esta pessoa possa abandonar-me.	1	2	3	4	5	6	7
9	Preocupo-me que esta pessoa não goste tanto de mim quanto eu gosto dela.	1	2	3	4	5	6	7

Por favor, responda às seguintes questões relativamente ao/à **seu(sua) companheiro(a)** (e.g., marido(esposa), namorado(a), etc.).

Se no momento presente não tiver nenhuma relação, responda às questões pensando num(a) companheiro(a) anterior ou numa relação que gostasse de ter com alguém.

		Discordo fortemente	Discordo	Discordo moderadamente	Não concordo nem discordo	Concordo moderadamente	Concordo	Concordo fortemente
1	Ajuda-me poder contar com esta pessoa em situações de necessidade.	1	2	3	4	5	6	7
2	Costumo discutir os meus problemas e preocupações com esta pessoa.	1	2	3	4	5	6	7
3	Eu discuto assuntos e converso sobre as coisas com esta pessoa.	1	2	3	4	5	6	7
4	Para mim é fácil confiar nesta pessoa.	1	2	3	4	5	6	7
5	Não me sinto confortável para desabafar ou abrir-me com esta pessoa.	1	2	3	4	5	6	7
6	Prefiro não mostrar a esta pessoa como me sinto lá no fundo.	1	2	3	4	5	6	7
7	Preocupo-me frequentemente que esta pessoa não goste realmente de mim.	1	2	3	4	5	6	7
8	Tenho medo que esta pessoa possa abandonar-me.	1	2	3	4	5	6	7
9	Preocupo-me que esta pessoa não goste tanto de mim quanto eu gosto dela.	1	2	3	4	5	6	7

Por favor, responda às seguintes questões relativamente ao seu **melhor amigo**:

		Discordo fortemente	Discordo	Discordo moderadamente	Não concordo nem discordo	Concordo moderadamente	Concordo	Concordo fortemente
1	Ajuda-me poder contar com esta pessoa em situações de necessidade.	1	2	3	4	5	6	7
2	Costumo discutir os meus problemas e preocupações com esta pessoa.	1	2	3	4	5	6	7
3	Eu discuto assuntos e converso sobre as coisas com esta pessoa.	1	2	3	4	5	6	7
4	Para mim é fácil confiar nesta pessoa.	1	2	3	4	5	6	7
5	Não me sinto confortável para desabafar ou abrir-me com esta pessoa.	1	2	3	4	5	6	7
6	Prefiro não mostrar a esta pessoa como me sinto lá no fundo.	1	2	3	4	5	6	7
7	Preocupo-me frequentemente que esta pessoa não goste realmente de mim.	1	2	3	4	5	6	7
8	Tenho medo que esta pessoa possa abandonar-me.	1	2	3	4	5	6	7
9	Preocupo-me que esta pessoa não goste tanto de mim quanto eu gosto dela.	1	2	3	4	5	6	7

Código (iniciais nome completo): _____

LSRPS (Levenson, Kiel & Fitzpatrick, 1995)

INSTRUÇÕES: Em baixo encontram-se 26 frases que poderão descrevê-lo(a). Por favor, leia cuidadosamente cada frase e defina o grau em que melhor o(a) descreve. Em caso de dúvida, baseie a sua resposta no que **sente** emocionalmente, mais do que aquilo que **pensa** ser verdade. Escolha o valor de classificação, de **Discordo muito** a **Concordo muito**, que melhor o descreve, e registre a sua escolha (com um X) no espaço correspondente.

	Discordo Muito	Discordo	Concordo	Concordo Muito
1. O sucesso consiste na sobrevivência do mais apto; eu não me preocupo com os perdedores				
2. Rapidamente perco o interesse nas tarefas que começo				
3. Quando fico frustrado, é frequente "perder a cabeça"				
4. O meu principal objectivo na vida é obter o máximo de coisas boas				
5. Antes de fazer qualquer coisa, penso cuidadosamente nas possíveis consequências.				
6. O meu objectivo mais importante é ganhar muito dinheiro				
7. Para mim, o melhor é conseguir escapar sem ser apanhado(a)				
8. Aborreço-me frequentemente				
9. Dá-me gozo manipular os sentimentos das outras pessoas				
10. Costumo apreciar uma vigarice inteligente				
11. Ficaria aborrecido se o meu sucesso se fizesse às custas de outra pessoa				
12. As pessoas que são suficientemente estúpidas para serem enganadas, normalmente merecem-no				
13. Digo aos outros aquilo que eles querem ouvir para que façam o que quero.				
14. Sinto-me mal se as minhas palavras ou acções provocam algum tipo de sofrimento emocional				
15. Cuidar de mim é a minha primeira preocupação				
16. A maior parte dos meus problemas deve-se simplesmente ao facto de as outras pessoas não me compreenderem				
17. Enganar os outros não se justifica porque é injusto para com eles				
18. Estou-me sempre a deparar com o mesmo tipo de problemas ao longo do tempo				
19. Não mentiria, mesmo que estivesse firmemente decidido a tentar vender alguma coisa				
20. Nos tempos que correm, sinto que é legítimo fazer todos os possíveis para ser bem sucedido				
21. Não planeio nada com muita antecedência				
22. Os outros que se ocupem com altos valores; eu preocupo-me com aquilo que considero essencial				
23. Considero-me capaz de lutar por um objectivo durante muito tempo				
24. Procuro certificar-me de que não magoo os outros quando tento atingir os meus objectivos				
25. Já participei em várias discussões muito "acesas" com outras pessoas				
26. O amor é algo de muito sobrevalorizado				

Código (iniciais nome completo): _____

QA (Buss & Perry)[®]

INSTRUÇÕES: Em baixo vai encontrar uma lista de afirmações. Em relação a cada uma delas, indique, numa escala de 1 a 5, o quanto se adequam a si e o/a descrevem. Para responder, utilize as seguintes opções:

- 1 - Nunca ou quase nunca
- 2 - Poucas vezes
- 3 - Algumas vezes
- 4 - Muitas vezes
- 5 - Sempre ou quase sempre

1. Alguns dos meus amigos pensam que sou conflituoso	1	2	3	4	5
2. Se tiver que recorrer à violência para proteger os meus direitos, faço-o	1	2	3	4	5
3. Quando os outros são especialmente amáveis comigo, pergunto-me o que quererão	1	2	3	4	5
4. Quando discordo dos meus amigos, digo-lhes abertamente	1	2	3	4	5
5. Já fiquei tão zangado que parti coisas	1	2	3	4	5
6. Não consigo evitar discutir com as pessoas quando elas discordam de mim	1	2	3	4	5
7. Pergunto-me porque é que às vezes me sinto tão amargo com as coisas	1	2	3	4	5
8. De vez em quando não consigo controlar a vontade de bater noutra pessoa	1	2	3	4	5
9. Sou uma pessoa extremamente calma	1	2	3	4	5
10. Fico desconfiado de estranhos muito amáveis	1	2	3	4	5
11. Já ameacei pessoas que conheço	1	2	3	4	5
12. Enervo-me facilmente, mas passa-me depressa	1	2	3	4	5
13. Se me provocarem bastante, posso bater noutra pessoa	1	2	3	4	5
14. Quando as pessoas me irritam, chego a dizer-lhes o que penso delas	1	2	3	4	5
15. Às vezes fico cheio de ciúmes dos outros	1	2	3	4	5
16. Não consigo encontrar nenhuma boa razão para bater em alguém	1	2	3	4	5
17. Por vezes sinto que a vida tem sido injusta comigo	1	2	3	4	5
18. Tenho dificuldades em controlar o meu feitio	1	2	3	4	5
19. Quando fico frustrado, mostro a minha irritação	1	2	3	4	5
20. Por vezes sinto que as pessoas se riem nas minhas costas	1	2	3	4	5
21. Muitas vezes entro em desacordo com as pessoas	1	2	3	4	5
22. Se alguém me bate, bato-lhe também	1	2	3	4	5
23. Por vezes sinto-me um barril de pólvora pronto a explodir	1	2	3	4	5
24. As outras pessoas parecem ter sempre as melhores oportunidades	1	2	3	4	5
25. Houve pessoas que me pressionaram tanto que chegámos a “vias de facto”	1	2	3	4	5
26. Sei de “amigos” que falam de mim	1	2	3	4	5
27. Os meus amigos dizem que eu gosto de me meter em discussões	1	2	3	4	5
28. Às vezes descontrolo-me sem razão alguma	1	2	3	4	5
29. Meto-me em brigas mais vezes que a maioria das pessoas	1	2	3	4	5

[®] Gonçalves & Cunha, 2010. CIPsi, Universidade do Minho

Código (iniciais nome completo): _____



ASSIST

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, cigarilhas, etc.)	☐ 0	☐ 3
b. Alcool (cervejas, vinho, licores, bebidas espirituosas, shots, etc.)	☐ 0	☐ 3
c. Cannabis (haxixe, erva, marijuana, pólen, etc.)	☐ 0	☐ 3
d. Cocaína (coca, crack, etc.)	☐ 0	☐ 3
e. Estimulantes de tipo anfetamina (speed, anfetaminas, ecstasy, etc.)	☐ 0	☐ 3
f. Inalantes (cola, gasolina, óxido nitroso, solvente, etc.)	☐ 0	☐ 3
g. Ansiolíticos / Sedativos / Hipnóticos	☐ 0	☐ 3
h. Alucinogénios (LSD, cogumelos, PCP, ketamina, etc.)	☐ 0	☐ 3
i. Opiáceos (heroína, morfina, metadona, buprenorfina, codeína etc.)	☐ 0	☐ 3
j. Outras. [Especifique:]	☐ 0	☐ 3

[se todas as respostas forem negativas pergunte: "Nem mesmo quando andava na escola?"]

[se "não" para todas as substâncias, termine o questionário]

[se "sim" para qualquer substância, passe para a questão 2 em relação a cada substância já consumida]

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, cigarilhas, etc.)	☐ 0	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 6
b. Alcool (cervejas, vinho, licores, bebidas espirituosas, shots, etc.)	☐ 0	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 6
c. Cannabis (haxixe, erva, marijuana, pólen, etc.)	☐ 0	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 6
d. Cocaína (coca, crack, etc.)	☐ 0	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 6
e. Estimulantes de tipo anfetamina (speed, anfetaminas, ecstasy, etc.)	☐ 0	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 6
f. Inalantes (cola, gasolina, óxido nitroso, solvente, etc.)	☐ 0	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 6
g. Ansiolíticos / Sedativos / Hipnóticos	☐ 0	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 6
h. Alucinogénios (LSD, cogumelos, PCP, ketamina, etc.)	☐ 0	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 6
i. Opiáceos (heroína, morfina, metadona, buprenorfina, codeína etc.)	☐ 0	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 6
j. Outras. [Especifique:]	☐ 0	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 6

[se "nunca" para todas as substâncias, passe para a questão 6]

[se alguma substância foi consumida, continue com as questões 3,4 e 5 para cada substância consumida]

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, cigarilhas, etc.)	☐ 0	☐ 3	☐ 4	☐ 5	☐ 6
b. Alcool (cervejas, vinho, licores, bebidas espirituosas, shots, etc.)	☐ 0	☐ 3	☐ 4	☐ 5	☐ 6
c. Cannabis (haxixe, erva, marijuana, pólen, etc.)	☐ 0	☐ 3	☐ 4	☐ 5	☐ 6
d. Cocaína (coca, crack, etc.)	☐ 0	☐ 3	☐ 4	☐ 5	☐ 6
e. Estimulantes de tipo anfetamina (speed, anfetaminas, ecstasy, etc.)	☐ 0	☐ 3	☐ 4	☐ 5	☐ 6
f. Inalantes (cola, gasolina, óxido nitroso, solvente, etc.)	☐ 0	☐ 3	☐ 4	☐ 5	☐ 6
g. Ansiolíticos / Sedativos / Hipnóticos	☐ 0	☐ 3	☐ 4	☐ 5	☐ 6
h. Alucinogénios (LSD, cogumelos, PCP, ketamina, etc.)	☐ 0	☐ 3	☐ 4	☐ 5	☐ 6
i. Opiáceos (heroína, morfina, metadona, buprenorfina, codeína etc.)	☐ 0	☐ 3	☐ 4	☐ 5	☐ 6
j. Outras. [Especifique:]	☐ 0	☐ 3	☐ 4	☐ 5	☐ 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, cigarilhas, etc.)	☐ 0	☐ 4	☐ 5	☐ 6	☐ 7
b. Alcool (cervejas, vinho, licores, bebidas espirituosas, shots, etc.)	☐ 0	☐ 4	☐ 5	☐ 6	☐ 7
c. Cannabis (haxixe, erva, marijuana, pólen, etc.)	☐ 0	☐ 4	☐ 5	☐ 6	☐ 7
d. Cocaína (coca, crack, etc.)	☐ 0	☐ 4	☐ 5	☐ 6	☐ 7
e. Estimulantes de tipo anfetamina (speed, anfetaminas, ecstasy, etc.)	☐ 0	☐ 4	☐ 5	☐ 6	☐ 7
f. Inalantes (cola, gasolina, óxido nitroso, solvente, etc.)	☐ 0	☐ 4	☐ 5	☐ 6	☐ 7
g. Ansiolíticos / Sedativos / Hipnóticos	☐ 0	☐ 4	☐ 5	☐ 6	☐ 7
h. Alucinogénios (LSD, cogumelos, PCP, ketamina, etc.)	☐ 0	☐ 4	☐ 5	☐ 6	☐ 7
i. Opiáceos (heroína, morfina, metadona, buprenorfina, codeína etc.)	☐ 0	☐ 4	☐ 5	☐ 6	☐ 7
j. Outras. [Especifique:]	☐ 0	☐ 4	☐ 5	☐ 6	☐ 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, cigarilhas, etc.)	[esta questão não se aplica ao Tabaco]				
b. Álcool (cervejas, vinho, licores, bebidas espirituosas, shots, etc.)	☐ 0	☐ 5	☐ 6	☐ 7	☐ 8
c. Cannabis (haxixe, erva, marijuana, pólen, etc.)	☐ 0	☐ 5	☐ 6	☐ 7	☐ 8
d. Cocaína (coca, crack, etc.)	☐ 0	☐ 5	☐ 6	☐ 7	☐ 8
e. Estimulantes de tipo anfetamina (speed, anfetaminas, ecstasy, etc.)	☐ 0	☐ 5	☐ 6	☐ 7	☐ 8
f. Inalantes (cola, gasolina, óxido nitroso, solvente, etc.)	☐ 0	☐ 5	☐ 6	☐ 7	☐ 8
g. Ansiolíticos / Sedativos / Hipnóticos	☐ 0	☐ 5	☐ 6	☐ 7	☐ 8
h. Alucinogénios (LSD, cogumelos, PCP, ketamina, etc.)	☐ 0	☐ 5	☐ 6	☐ 7	☐ 8
i. Opiáceos (heroína, morfina, metadona, buprenorfina, codeína etc.)	☐ 0	☐ 5	☐ 6	☐ 7	☐ 8
j. Outras. [Especifique:]	☐ 0	☐ 5	☐ 6	☐ 7	☐ 8

[Faça a questão seguinte (6) para todas as substâncias já consumidas ao longo da vida, ou seja, as identificadas na questão 1]

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, cigarilhas, etc.)	☐ 0	☐ 3	☐ 6
b. Álcool (cervejas, vinho, licores, bebidas espirituosas, shots, etc.)	☐ 0	☐ 3	☐ 6
c. Cannabis (haxixe, erva, marijuana, pólen, etc.)	☐ 0	☐ 3	☐ 6
d. Cocaína (coca, crack, etc.)	☐ 0	☐ 3	☐ 6
e. Estimulantes de tipo anfetamina (speed, anfetaminas, ecstasy, etc.)	☐ 0	☐ 3	☐ 6
f. Inalantes (cola, gasolina, óxido nitroso, solvente, etc.)	☐ 0	☐ 3	☐ 6
g. Ansiolíticos / Sedativos / Hipnóticos	☐ 0	☐ 3	☐ 6
h. Alucinogénios (LSD, cogumelos, PCP, ketamina, etc.)	☐ 0	☐ 3	☐ 6
i. Opiáceos (heroína, morfina, metadona, buprenorfina, codeína etc.)	☐ 0	☐ 3	☐ 6
j. Outras. [Especifique:]	☐ 0	☐ 3	☐ 6

[Faça a questão seguinte (7) para todas as substâncias já consumidas ao longo da vida, ou seja, as identificadas na questão 1]

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, cigarilhas, etc.)	☐ 0	☐ 3	☐ 6
b. Alcool (cervejas, vinho, licores, bebidas espirituosas, shots, etc.)	☐ 0	☐ 3	☐ 6
c. Cannabis (haxixe, erva, marijuana, pólen, etc.)	☐ 0	☐ 3	☐ 6
d. Cocaína (coca, crack, etc.)	☐ 0	☐ 3	☐ 6
e. Estimulantes de tipo anfetamina (speed, anfetaminas, ecstasy, etc.)	☐ 0	☐ 3	☐ 6
f. Inalantes (cola, gasolina, óxido nitroso, solvente, etc.)	☐ 0	☐ 3	☐ 6
g. Ansiolíticos / Sedativos / Hipnóticos	☐ 0	☐ 3	☐ 6
h. Alucinogénios (LSD, cogumelos, PCP, ketamina, etc.)	☐ 0	☐ 3	☐ 6
i. Opiáceos (heroína, morfina, metadona, buprenorfina, codeína etc.)	☐ 0	☐ 3	☐ 6
j. Outras. [Especifique:]	☐ 0	☐ 3	☐ 6

8. Alguma vez consumiu substâncias por via injetável? [só as que consumiu sem receita médica]	Não, nunca	Sim, mas não nos últimos 3 meses	Sim, aconteceu nos últimos 3 meses
	☐	☐	☐

[na situação de consumo por via injetável nos últimos 3 meses, deve questionar sobre a frequência e o padrão de consumo neste período, de forma a determinar o nível de risco e a intervenção mais adequada]

Código (inicias do nome completo): _____

IAT

As perguntas que se seguirão, irão avaliar alguns dos teus hábitos em relação ao uso do computador, mais concretamente da Internet. Por isso, ao responder às perguntas debes ter em consideração **SOMENTE** o tempo que passas online por **MOTIVOS RECREACIONAIS** ou **DIVERSÃO**, e não o tempo gasto na Internet com trabalhos escolares ou laborais.

0	=	Não Aplicável
1	=	Nunca
2	=	Raramente
3	=	Ocasionalmente
4	=	Várias vezes
5	=	Sempre

1. Com que frequência ficas online mais tempo do que pretendias?

0 1 2 3 4 5

2. Com que frequência deixas de fazer as tarefas em casa para poderes ficar mais tempo online?

0 1 2 3 4 5

3. Com que frequência preferes a excitação da Internet à intimidade com o teu(tua) namorado(a)?

0 1 2 3 4 5

4. Com que frequência crias novas relações com outros utilizadores online?

0 1 2 3 4 5

5. Com que frequência as outras pessoas se queixam em relação à quantidade de tempo que passas online?

0 1 2 3 4 5

6. Com que frequência as tuas notas ou trabalhos escolares são prejudicados devido à quantidade de tempo que passas online?

0 1 2 3 4 5

7. Com que frequência verificas o teu e-mail ou sites como o facebook ou twitter antes de fazeres qualquer outra coisa que precisas?

0 1 2 3 4 5

8. Com que frequência o teu desempenho ou produtividade no trabalho são prejudicados por causa da Internet?

0 1 2 3 4 5

9. Com que frequência te tornas defensivo(a) ou guardas segredo quando alguém te pergunta o que estás a fazer online?

0 1 2 3 4 5

10. Com que frequência bloqueias pensamentos perturbadores sobre a tua vida com pensamentos calmantes da Internet?

0 1 2 3 4 5

11. Com que frequência dás por ti a pensar sobre quando irás estar online novamente?

0 1 2 3 4 5

12. Com que frequência receias que a vida sem Internet seria chata, vazia e sem graça?

0 1 2 3 4 5

13. Com que frequência é que explodes, gritas ou ficas irritado(a) quando alguém te incomoda quando estás online?

0 1 2 3 4 5

14. Com que frequência perdes o sono por estares online até tarde durante a noite?

0 1 2 3 4 5

15. Com que frequência te sentes preocupado(a) com a Internet quando estás desconectado ou fantasias estar online?

0 1 2 3 4 5

16. Com que frequência dás por ti a dizer “só mais alguns minutos” quando estás online?

0 1 2 3 4 5

17. Com que frequência tentas reduzir a quantidade de tempo que passas online e não consegues?

0 1 2 3 4 5

18. Com que frequência tentas esconder a quantidade de tempo que passaste online?

0 1 2 3 4 5

19. Com que frequência preferes ficar mais tempo online do que ir sair com outras pessoas?

0 1 2 3 4 5

20. Com que frequência é que te sentes deprimido(a), mal-humorado(a) ou nervoso(a) quando estás desconectado(a) e, deixas de estar assim quando entras online novamente?

0 1 2 3 4 5

Anexo 3

Estatísticas descritivas da Adição Química (consumo de álcool - instrumento AUDIT)

		Consumo de Álcool (AUDIT)			
		Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem Acumulada
Válido	Consumo baixo	230	88.5	91.6	91.6
	Consumo moderado a elevado	21	8.1	8.4	100.0
Missings		9	3.5		
	Total	260	100.0	100.0	

Anexo 4

Estatísticas descritivas da Adição Química (consumo de *cannabis* – instrumento ASSIST)

		Consumo de Cannabis (ASSIST)			
		Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem Acumulada
Válido	Sem consumos nos últimos 3 meses	43	16.5	17.0	17.0
	Com consumo nos últimos 3 meses	37	14.2	14.6	31.6
Missings		180	69.2		
	Total	260	100.0	100.0	

Anexo 5

Estatísticas descritivas da Adição Comportamental (utilização de internet – instrumento IAT)

		Utilização de Internet (IAT)			
		Frequência	Percentagem	Percentagem válida	Percentagem Acumulada
Válido	Utilização Normativa	104	40.0	43.3	43.3
	Adição	136	52.3	56.7	100.0
Missings		20	7.7		
	Total	260	100.0		

Anexo 6

Estatísticas descritivas dos Comportamentos Aditivos (consumo de álcool e *cannabis* e utilização de internet – instrumentos AUDIT, ASSIST e IAT)

Comportamentos Aditivos (AUDIT, ASSIST e IAT)					
		Frequência	Porcentagem	Porcentagem válida	Porcentagem Acumulada
Válido	Sem Adições	89	34.2	38.5	38.5
	Com Adições	142	54.6	61.5	100.0
Missings		29	11.2		
	Total	256	100.0		

Anexo 7

Teste *Mann-Whitney* para a comparação de grupos tendo por base as variáveis psicossociais em estudo

Variáveis Dependentes Variáveis Independentes		Adição Química		Adição Comportamental	Comportamentos Aditivos <i>Nota4</i>
		Consumo de Álcool <i>Nota1</i>	Consumo de Cannabis <i>Nota2</i>	Utilização de Internet <i>Nota3</i>	
Experiências adversas e PSPT	Experiências adversas na infância	2040.5	614.5	6379.5	5233.0
	PSPT	1256.5	467.5	5651.0	4545.0
	Agressividade	1533.0	518.5	4591.0	3703.5
	Mãe	2141.0	692.0	5404.0	4767.5
	Evitante	2109.0	591.5	5395.5	4937.5
	com: Companheiro	1748.5	564.5	4933.5	4697.0
	Melhor amigo	1598.0	682.0	5138.0	5040.0
	Mãe	2119.5	716.0	5629.5	4799.5
	Ansiosa	2222.5	637.0	5414.5	4675.5
	com: Companheiro	1938.0	598.0	4401.5	<3889.5
Vinculação	Melhor amigo	2156.0	471.5	4844.5	4455.5
	Primária	1716.0	610.0	5435.5	4736.0
	Secundária	1788.5	677.0	5262.5	4304.5

Nota 1. Sujeitos com baixo consumo de álcool / Sujeitos com consumo moderado a elevado.

Nota 2. Sujeitos que consumiram *cannabis* nos últimos 3 meses / Sujeitos que não consumiram nos últimos 3 meses.

Nota 3. Sujeitos com utilização normativa da internet / Sujeitos com adição à internet.

Nota 4. Sujeitos sem adições / Sujeitos com adição química e comportamental.