

Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade de  
Coimbra

# **O PAPEL DA VINCULAÇÃO E DAS MEMÓRIAS DE INFÂNCIA NO COMPORTAMENTO DE JOGO**

Filipa Martins Andrade

Dissertação de Mestrado na área de Psicologia Clínica e da Saúde – Psicopatologia e  
Psicoterapias Dinâmicas orientada pelo Professor Doutor Rui Alexandre Paquete Paixão  
e apresentada à Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade de  
Coimbra.

Outubro de 2020



UNIVERSIDADE D  
COIMBRA



## RESUMO

O jogo, enquanto construto patológico, deriva da interação mal adaptativa entre fatores individuais, estruturais e situacionais, expressando-se na incapacidade do indivíduo de suprimir o impulso de jogar, gerando constante ansiedade para satisfazer essa necessidade.

Dada a prevalência do jogo patológico na população e da escassez de estudos realizados em Portugal, destaca-se a necessidade de aprofundar o conhecimento sobre o mesmo. Este estudo visa, assim, verificar a relação entre as memórias de infância, o funcionamento emocional (considerando os níveis de impulsividade e a vinculação no adulto) e os comportamentos de jogo.

Para tal, recorreu-se a uma metodologia quantitativa operacionalizada por meio de questionários, nomeadamente Questionário sociodemográfico, Escala de Memórias Precoces de Calor e Afeto (EMWSS), Escala de Dificuldades na Regulação Emocional (EDRE), Escala de Impulsividade de Barratt (BIS-11), Escala de Vinculação no Adulto (EVA) e South Oaks Gambling Screen (SOGS). A recolha de dados foi conduzida com 133 participantes, 58 do sexo masculino e 75 do sexo feminino.

A análise de dados permitiu caracterizar os comportamentos de jogo dos participantes como tendencialmente offline, com baixa frequência, indiferença na altura do dia em que jogam, preferência por estarem sozinhos aquando da prática e especialmente recorrendo ao euromilhões e a apostas desportivas. Aproximadamente 37% dos participantes perfizeram os critérios associados à categorização de jogadores de risco e cerca de 8% de jogadores patológicos. Os resultados do presente estudo permitiram ainda constatar evidências de uma relação entre as memórias de infância e os comportamentos de jogo, sendo que as memórias de infância mais negativas estão associadas a comportamentos de jogo mais severos. Finalmente, foi possível constatar uma relação entre determinadas dimensões do funcionamento emocional e os comportamentos de jogo, nomeadamente quanto à impulsividade motora e ao não planeamento, ainda que a divergência do sentido da relação sinalize a necessidade de investigação adicional.

**PALAVRAS-CHAVE:** Jogo, Memórias de Infância, Impulsividade, Funcionamento Emocional

## **ABSTRACT**

Gaming behavior, as a pathological construct, derives from the poorly adaptive interaction between individual, structural and situational factors, expressing itself in the individual's inability to suppress the urge to play, generating constant anxiety to satisfy this need.

Given the prevalence of pathological gambling in the population, the need to deepen knowledge about it is highlighted. Thus, this study aims to verify the relationship between childhood memories, emotional functioning (considering the levels of impulsivity and attachment in adults) and game behaviors.

To this end, we used a quantitative methodology operated through questionnaires, namely Sociodemographic Questionnaire, Scale of Early Memories of Heat and Affection (EMWSS), Scale of Difficulties in Emotional Regulation (EDRE), Barratt's Impulsivity Scale (BIS- 11), Adult Binding Scale (EVA) and South Oaks Gambling Screen (SOGS). Data collection was conducted with 133 participants, 58 male and 75 female.

Data analysis enabled us to characterize the participants' game behaviors as tendentially strictly offline, with low frequency, indifference at the time of the day when they play, preference for being alone when practicing and especially resorting to euromilhões and sports betting. Approximately 37% of the participants fulfilled the criteria associated with the categorization of risk players and about 8% of pathological players. The results of the present study also provided evidence of a relationship between childhood memories and game behaviors, with the most negative childhood memories being associated with more severe game behaviors. Finally, it was possible to verify a relationship between certain dimensions of emotional functioning and game behaviors, namely in terms of motor impulsiveness and non-planning, even though the divergence in the meaning of the relationship signals the need for further investigation.

**KEYWORDS:** Game, Childhood Memories, Impulsivity, Emotional Functioning.

## ÍNDICE

Introdução.....	7
Parte I - Enquadramento.....	9
O Jogo Patológico.....	9
Memórias de infância.....	11
Funcionamento emocional.....	12
Parte II - Objetivos, questões de investigação e hipóteses.....	14
Parte III - Método.....	15
Amostra.....	15
Instrumentos.....	15
1) Questionário sociodemográfico.....	15
2) Escala de Memórias Precoces de Calor e Afeto (EMWSS).....	16
3) Escala de Dificuldades na Regulação Emocional (EDRE).....	16
4) Escala de Impulsividade de Barratt (BIS-11).....	17
5) Escala de Vinculação no Adulto (EVA).....	17
6) <i>South Oaks Gambling Screen</i> (SOGS).....	17
Procedimentos.....	18
Parte IV - Resultados.....	19
Parte V - Discussão.....	25
Limitações do Estudo.....	26
Conclusão.....	27
Bibliografia.....	28

## ÍNDICE DE TABELAS

Tabela 1 – Descrição da amostra, por situação profissional e rendimento mensal médio bruto.....	15
Tabela 2 – Análise de correlação de Pearson EDRE * SOGS.....	22
Tabela 3 – Análise de correlação de Pearson BIS-11 * SOGS. ....	22
Tabela 4 - Análise de correlação de Pearson EVA * SOGS. ....	23
Tabela 5 – Coeficientes do modelo de regressão linear múltipla .....	24

## ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 – Frequência de participantes por modalidade preferida de jogo. ....	19
Figura 2 – Frequência de participantes por modo mais comum de jogo.....	20
Figura 3 – Frequência de participantes por consequências percebidas do comportamento de jogo. ....	20
Figura 4 – Frequência de participantes por classificações SOGS. ....	21

## **Introdução**

O jogo é uma atividade de lazer amplamente difundida que não conhece barreiras geográficas, culturais ou de outro tipo. De facto, em 2015, estimava-se que entre 40 a 80% da população europeia recorria ao jogo como uma atividade de lazer.

Contudo, o percurso aditivo do jogador pode emergir da sua atividade recreacional. Isto é, o nível de envolvimento em tal atividade pode acarretar consequências nefastas, quando severo e sobreposto às demais atividades prioritárias do indivíduo. A *American Psychiatric Association* (APA) reconheceu o jogo patológico como perturbação mental em 1980, tendo este sido incluído no Manual Estatístico e Diagnóstico de Transtornos Mentais 3ª Edição (DSM-III) sob a descrição de comportamento que, pelo seu nível de severidade (persistência e recorrência), configura mal adaptação.

Considerar os aspetos que podem estar a montante do referido envolvimento severo, predizendo-o, é fundamental a compreensão e atuação sobre o mesmo de forma a minimizar os seus impactos. A memória é a função cognitiva que modela e dá coesão à vida e identidade do ser humano. Paralelamente, o ajustamento emocional é o aspeto que, nas suas variadas dimensões, determina o ajustamento do indivíduo a si e aos outros. Considerando que existe uma tendência para estabelecer padrões de relacionamento similares aos recordados e que o funcionamento emocional impacta o sucesso do ajustamento do indivíduo, é pertinente analisar tais elementos na sua relação com os comportamentos de jogo. Assim, este estudo visa verificar a relação entre as memórias de infância, o funcionamento emocional (considerando os níveis de impulsividade e a vinculação no adulto) e os comportamentos de jogo.

O trabalho estrutura-se em torno da concetualização do jogo patológico, das memórias de infância e do funcionamento emocional e das interligações subjacentes. Posteriormente, e partindo do estado da arte, descrevem-se os objetivos específicos a alcançar com o estudo, assim como as hipóteses em análise. Segue-se o método, enquanto descritivo da amostra recolhida, dos instrumentos que permitiram operacionalizar a recolha de dados, dos procedimentos de investigação e das estatísticas adotadas. A secção de resultados configura um elemento central do trabalho, sistematizando os dados recolhidos e sua análise. Finalmente, o elemento de discussão e conclusão encerra uma síntese dos principais contributos do estudo, enquadrando-os tanto nos objetivos e hipóteses anteriormente

estabelecidos e apresentados, como pela literatura revista, considerando ainda aspectos-chave de investigação para futuras abordagens.

## Parte I - Enquadramento

### *O Jogo Patológico*

O jogo é uma atividade de lazer amplamente difundido nas mais variadas culturas e sob inúmeras formas. Contudo, deixando de ser ocasional e acarretando algum tipo de transtorno ao normal funcionamento do indivíduo, torna-se problemático. Assim, o percurso aditivo do jogador emerge da sua atividade recreacional. De facto, o bem-estar psicológico despoletado pelos comportamentos de jogo elicitam um aumento na sua frequência (Potenza et al., 2001).

Enquanto construto patológico, o jogo deriva da interação mal adaptativa entre fatores individuais, estruturais e situacionais (Bühringer, Braun, Kräplin, Neumann, & Slezka, 2013). Assim, os comportamentos que lhe são inerentes emergem de uma incapacidade de suprimir o impulso de jogar, gerando constante ansiedade para satisfazer essa necessidade, isto é, à semelhança de outros comportamentos aditivos também aqui existem efeitos de abstinência associados (American Psychiatric Association, 2002).

A *American Psychiatric Association* (APA) reconheceu o jogo patológico como perturbação mental em 1980, tendo este sido incluído pela primeira vez no Manual Estatístico e Diagnóstico de Transtornos Mentais 3ª Edição (DSM-III)<sup>1</sup>, no capítulo das “perturbações do controlo dos impulsos sem outra especificação”, caracterizando-o, em traços gerais, pela sua recorrência e persistência. Considerava-a, ainda, que este comportamento não se assemelhava especificamente a outras perturbações. De facto, tal tese subsistiu no DSM-IV (American Psychiatric Association, 2002, p. 632-633), no qual o jogo patológico é caracterizado pelo seguinte quadro:

A - Comportamento de jogo mal adaptativo, persistente e recorrente, indicado por cinco (ou mais) dos seguintes quesitos:

- 1 - Preocupação com jogo (preocupação com experiências passadas, especulação do resultado ou planeamento de novas apostas, pensamento de como conseguir dinheiro para jogar);
- 2 - Necessidade de aumentar o tamanho das apostas para alcançar a excitação desejada;
- 3 - Esforço repetido e sem sucesso de controlar, diminuir ou parar de jogar;

---

<sup>1</sup> Fonte inerente à operacionalização do conceito de jogo no instrumento *South Oaks Gambling Screen* (SOGS), utilizado na recolha de dados do presente estudo.

- 4 - Inquietude ou irritabilidade quando diminui ou para de jogar;
  - 5 - Jogo como forma de escapar de problemas ou para aliviar estado disfórico (sentimentos de desamparo e culpa, ansiedade, depressão);
  - 6 - Depois da perda de dinheiro no jogo, retorna frequentemente no dia seguinte para recuperar o dinheiro perdido;
  - 7 - Mentir a familiares, terapeuta ou outros, a fim de esconder a extensão do envolvimento com jogo;
  - 8 - Cometer atos ilegais como falsificação, fraude, roubo ou desfalque para financiar o jogo;
  - 9 - Ameaçar ou perder relacionamentos significativos, oportunidades de trabalho, educação ou carreira por causa do jogo;
  - 10 - Contar com outros para prover dinheiro, no intuito de aliviar a situação financeira desesperadora por causa do jogo.
- B - O comportamento de Jogo Patológico não é melhor explicado por um Episódio Maníaco.

Posteriormente, alguns estudos vieram a estabelecer similaridades do jogo patológico, quanto à fisiologia, expressão, origem, comorbilidades e tratamento, com o abuso de substâncias (Potenza, 2006). Neste sentido, o DSM-5 enquadrá-o como um dos “Transtornos Relacionados a substâncias e Transtornos Aditivos”, no subtipo Transtornos Não Relacionados a Substância”. O *continuum* adotado no DSM-5 caracteriza o jogo patológico como ligeiro, moderado ou grave. Infelizmente, tal implica que existe um aspeto aditivo progressivo a considerar, assim como uma tentativa consciente dos indivíduos em esconder os comportamentos, o que dificulta a identificação e atuação na dependência, particularmente com o crescendo a que temos vindo a assistir no âmbito das possibilidades de jogo remotas/online (Hubert, 2015).

Hubert (2015) aponta a necessidade de classificar o comportamento de jogo face à sua incidência, categorizando-o de abusivo a patológico, conforme esta é menor ou maior. Estima-se que, atualmente, 40 a 80% da população europeia recorre ao jogo como uma atividade de lazer; apenas entre 0.1 e 0.8% destes apresentam níveis patológicos, existindo ainda entre 0.1% e 2.2% que evidenciam níveis de jogo abusivo. Em Portugal, os dados

são similares, havendo uma prevalência de comportamentos de jogo de 65.7% para indivíduos entre os 15 e os 74 anos (Balsa, Vital, & Urbano, 2015).

### *Memórias de infância*

A memória é uma função cognitiva crítica que modela e dá coesão à vida do ser humano (Peterson & Nguyen, 2010). Como Fentress e Wickham (1992, p.8) afirmam, “*a memória é um processo complexo, não um simples ato mental; até as palavras que usamos para a descrever (reconhecer, recordar, evocar, registrar, comemorar, etc.) mostram que «memória» pode incluir tudo*”.

Connerton (1999) distingue as memórias como categorizáveis em pessoais, cognitivas e de hábito. Assim, as memórias pessoais referem-se ao próprio indivíduo e a experiências e vivências pelas quais o mesmo passou previamente; as memórias cognitivas implicam a recordação de algo aprendido, como os significados e as equações matemáticas; finalmente, as memórias de hábito são aquelas que nos permitem recriar uma determinada ação pelo contacto anterior com a mesma.

Assim, as memórias de infância são memórias do passado pessoal do indivíduo, com carácter autobiográfico, o que as torna complexas quer em estrutura quer em modo de funcionamento (Wells, Morrisson, & Conway, 2013). Isto porque tal tipo de memória integra informação sobre a vida do próprio e de aspetos detalhados específicos (particularidades de experiências remotas). São os pensamentos, emoções e sensações que o indivíduo recorda como associados a dada experiência passada que caracterizam as memórias de infância e modelam o seu sentido de identidade. De facto, Connerton (1999, p. 2) aponta que:

“No que se refere à memória em geral, podemos observar que a nossa experiência do presente depende em grande medida do nosso conhecimento do passado. Entendemos o mundo presente num contexto que se liga causalmente a acontecimentos e objetos e que, portanto, toma como referência acontecimentos e objetos que não estamos a viver no presente.”

No mesmo sentido, quanto mais intensas são as sensações recordadas, pela proximidade ao indivíduo com que ocorreram e foram experienciadas, mais exata será a sua recordação (Pinho, Oliveira, & Fonseca, 2016). Assim, Hardt, Sidor, Bracko e Egle (2006) relatam diferentes níveis de confiabilidade para as memórias de infância, de muito confiável (e. g.,

morte ou divórcio dos pais), a mais ou menos confiável (e.g., abuso) e a pouco confiável (e. g., um membro da família ter estado emigrado).

Vários estudos apontam que as experiências e inerentes memórias de infância determinam o estilo de vinculação dos indivíduos, pela internalização de vivências importantes que modelam posteriores relações (“*viveremos o nosso presente de forma diferente de acordo com os diferentes passados com que podemos relacioná-lo*” (Connerton, 1999, p. 2)). Assim, as memórias de infância estão associadas ao ajustamento emocional, uma vez que existe a tendência para estabelecer padrões de relacionamento similares aos recordados (Pacheco, Costa, & Figueiredo, 2003; Rodrigues, Figueiredo, & Pacheco, 2004).

### *Funcionamento emocional*

As emoções desempenham um papel fundamental no funcionamento quotidiano do ser humano, iniciando, mantendo ou modelando as interações com o ambiente (Frijda, 1986). Ao longo da vida e do contacto com as experiências que tal acarreta, as emoções do indivíduo, enquanto reações à sua vivência face ao contexto circundante, evoluem adaptativamente (Steiner & Perry, 2000). Assim, o funcionamento emocional desenvolve-se ao longo do tempo, esperando-se que num sentido de progressiva competência para, de forma bem-sucedida, interagir. Neste sentido, como aponta Ekman (1999), as emoções são “*os nossos mecanismos avaliadores automáticos (...) rápidos e inconscientes*”, cuja grande vantagem “*é que são funcionais*” (p. 51) e, portanto, passíveis de enquadramento “*na esfera das funções reguladoras do comportamento*” (Marques-Teixeira, 2003, p. 50). Em suma:

“As emoções refletem, sob a forma de experiência direta, o significado dos diversos fenómenos e situações e serve como um dos mecanismos principais da regulação interna da atividade psicológica e do comportamento dirigido para a satisfação de necessidades atuais. Dito de outro modo, a função essencial da emoção é a organização” (Marques-Teixeira, 2003, p. 50).

O funcionamento emocional competente engloba, por um lado, a capacidade de gerir emoções e, por outro, de as expressar de forma ajustada. Assim, compreende várias dimensões, entre as quais daremos ênfase à impulsividade e à vinculação.

A impulsividade revela-se nos comportamentos como uma tendência para a realização de ações repentinas, não planeadas, rápidas e frequentemente ineficientes ou inadequadas. Assim:

“O impacto e os prejuízos das diferentes manifestações da impulsividade em diversas situações do quotidiano (...) justificam o investimento no desenvolvimento de medidas de avaliação, prevenção e tratamento. Tais medidas, porém, devem ter como base modelos teóricos consistentes e capazes de explicar as diferentes manifestações da impulsividade” (Malloy-Diniz et al., 2010, p. 100).

De facto, tanto a impulsividade, quando excessiva, como as dificuldades no âmbito da vinculação, são fatores que inviabilizam a gestão bem-sucedida de variadas situações, especialmente as inesperadas.

Em suma, o desajustamento emocional refere-se à existência de déficits na consciência, compreensão e/ou aceitação de certas emoções, evidenciando-se ainda na incapacidade de gestão dessa mesma experiência emocional (Gratz, & Roemer, 2004; Liese, Kim, & Hodgins, 2020). Neste sentido, sendo a capacidade de gerir e lidar com emoções negativas um aspeto fundamental na gestão de comportamentos aditivos, tanto a impulsividade quanto as dificuldades vinculativas são associadas a dependências comportamentais, como os comportamentos de jogo de significativa severidade (Estevez, Herrero-Fernández, Sarabia, & Jauregui, 2015; Liese et al., 2020; Mikulincer & Shaver, 2016). De facto, Estevez, Jáuregui, Sanchez-Marcos, López-González e Griffiths (2017) encontraram evidências de que o funcionamento emocional perdiz comportamentos aditivos de jogo.

## **Parte II - Objetivos, questões de investigação e hipóteses**

O principal objetivo da presente investigação é a verificação da relação entre as memórias de infância, o funcionamento emocional (considerando os níveis de impulsividade e a vinculação no adulto) e os comportamentos de jogo. De um outro modo, pretende-se:

- 1) Caracterizar os comportamentos de jogo;
- 2) Estudar o comportamento do jogo, considerando a sua relação com as memórias de infância e as variáveis associadas ao funcionamento emocional.

As questões de investigação incluem:

- 1) Como se caracteriza o comportamento de jogo dos participantes?
- 2) Qual a relação das memórias que criámos na nossa infância (Escala de Memórias Precoces de Calor e Afeto (EMWSS)) com o comportamento de jogo como definido pelo DSM-III (*South Oaks Gambling Screen* (SOGS))?
- 3) Qual a relação do funcionamento emocional (Escala de Dificuldades na Regulação Emocional; EDRE), da impulsividade (Escala de Impulsividade de Barratt; BIS-11) e da vinculação no adulto (Escala de Vinculação no Adulto; EVA) com o comportamento de jogo, tal como definido pelo DSM-III (*South Oaks Gambling Screen*; SOGS))?

Considerando a literatura sobre o tema, emerge a hipótese de as memórias de infância e do ajustamento emocional poderem estar associados ao comportamento de jogo e, portanto, terem um efeito preditivo desse comportamento. Nesse sentido, é ainda possível estabelecer as seguintes hipóteses no âmbito do presente trabalho:

H1: Existe um número superior de jogadores que jogam em ambas as modalidades, online e offline, em comparação com jogadores que optam exclusivamente por apenas uma das modalidades;

H2: As memórias de infância relacionam-se com os comportamentos de jogo, sendo as memórias mais negativas as associadas a comportamentos de jogo mais severos;

H3: O funcionamento emocional relaciona-se com os comportamentos de jogo, sendo a regulação emocional, a impulsividade e/ou a vinculação menos ajustadas associadas a comportamentos de jogo mais severos.

### Parte III - Método

O presente estudo centra-se num paradigma quantitativo, focado na explicação e na predição dos fenómenos em análise (Fortin, 2009).

#### *Amostra*

No presente estudo participaram um total de 133 indivíduos, 58 do sexo masculino e 75 do sexo feminino. A idade dos sujeitos varia entre os 18 e os 72 anos, com uma média de 31.9 anos (desvio padrão = 12.4).

*Tabela 1 – Descrição da amostra, por situação profissional e rendimento mensal médio bruto.*

Empregados	≅ 52%
Estudantes	≅ 35%
Desempregados	≅ 8%
Trabalhadores-estudantes	≅ 4%
Reformados	≅ 1%
Rendimento mensal bruto médio	≅ 2744.26 ± 6297.65

#### *Instrumentos*

##### 1) Questionário sociodemográfico

O questionário sociodemográfico contempla 24 questões que permitem caracterizar os participantes quanto à sua situação individual, familiar e profissional. O seu carácter geral justifica-se pelo seu uso complementar com instrumentos específicos associados à temática do jogo.

O comportamento de jogo foi também caracterizado através deste questionário, que envolveu vários parâmetros que devem ser considerados aquando da sua aferição. De facto, como apontam Currie e Casey (2007), importa considerar o nível de participação no jogo, o tipo de jogo predileto, a sua localização, o investimento realizado, a percentagem de tempo dedicado, as suas consequências negativas, os seus benefícios e a componente aditiva. Assim, o questionário sociodemográfico inclui também questões sobre estas dimensões, relativas ao comportamento de jogo e às perceções do indivíduo sobre a vivência do mesmo, mais as variáveis sociodemográficas propriamente ditas. Neste último caso, consideram-se as seguintes variáveis: idade, sexo, local de residência, estado civil, agregado familiar (com quem vive) e filhos. Ainda neste campo a categorização profissional considera as habilitações, categoria profissional, situação profissional e

rendimento económico médio mensal. Finalmente, a caracterização da história e comportamento de jogo considera a participação do jogo, tipo de jogo predileto, localização, tempo e dinheiro investidos e consequências percebidas pelo indivíduo (a nível individual, social e familiar) dos seus comportamentos de jogo.

## 2) Escala de Memórias Precoces de Calor e Afeto (EMWSS)

A Escala de Memórias Precoces de Calor e Afeto (EMWSS) foi originalmente construída por Richter, Gilbert e McEwan (2009) com o objetivo de medir as memórias de experiências emocionais de calor, segurança e afeto sentidas na infância. Matos, Pinto-Gouveia e Duarte (2014) realizou a adaptação portuguesa. Esta escala é constituída por 21 itens cuja resposta é dada numa escala tipo *likert* de cinco pontos, variando entre “Não, nunca” a “Sim, a maior parte do tempo”. Estando validada para a população portuguesa, importa referir as suas boas características psicométricas, que se assemelham às da versão original, com um alfa de Cronbach de .97 (Matos, Pinto-Gouveia, & Duarte, 2011; Richter, Gilbert, & McEwan, 2009).

## 3) Escala de Dificuldades na Regulação Emocional (EDRE)

A Escala de Dificuldades na Regulação Emocional (EDRE) foi originalmente construída por Gratz e Roemer (2004) com o objetivo de medir os níveis de desregulação emocional. Veloso, Pinto-Gouveia e Dinis (2011) realizaram a versão portuguesa. A escala é composta por um total de 36 itens, distribuídos por seis dimensões de possível desregulação emocional, a saber: 1) não-aceitação das emoções negativas, 2) incapacidade de se envolver em comportamentos dirigidos por objetivos quando experiencia emoções negativas, 3) dificuldades em controlar comportamento impulsivo quando experiencia emoções negativas, 4) acesso limitado a estratégias de regulação emocional que são percebidas como efetivas, 5) falta de consciência emocional e 6) falta de clareza emocional.

As respostas são realizadas segundo uma escala tipo *likert* de cinco pontos, de “Quase nunca se aplica a mim” a “Aplica-se quase sempre a mim”. À semelhança da anterior, também está validada para a população portuguesa, com valores elevados de consistência interna (alfa de Cronbach de .93) (Veloso, Pinto-Gouveia, & Dinis, 2011).

#### 4) Escala de Impulsividade de Barratt (BIS-11)

A Escala de Impulsividade de Barratt (BIS-11) foi originalmente construída por Barratt, E., 1959; Patton et al., 1995 e posteriormente adaptada para o português por Cruz e Barbosa (2012), com o objetivo de avaliar três dimensões: atenção, impulsividade motora e não planeamento. Assim, inclui 30 itens relativos a manifestações de impulsividade. O respondente deve, face aos diferentes itens que caracterizam tais manifestações, situar o seu comportamento normal numa escala tipo *likert* de quatro pontos que varia entre “raramente ou nunca” e “quase sempre ou sempre”.

Silva (2012), encontrou dados razoáveis de consistência interna da escala para a população portuguesa (alfa de Cronbach de .71).

#### 5) Escala de Vinculação no Adulto (EVA)

A Escala de Vinculação no Adulto (EVA) foi originalmente construída por Collins e Read (1990). A escala possui um total de 18 itens, divididos por três dimensões que caracterizam a vinculação no adulto, a saber: ansiedade, conforto com a proximidade e confiança nos outros. As respostas são dadas numa escala tipo *likert* de cinco pontos, variando entre “Nada característico em mim” e “Extremamente característico em mim”.

A validação portuguesa da escala, realizada por Canavarro, Dias e Lima (2006) permitiu a obtenção de bons valores de confiabilidade. Assim, o alfa de Cronbach foi de .81 para o total do instrumento, .84 para a subescala *ansiedade*, .67 para a de *conforto com a proximidade* e .54 para a de *confiança nos outros*.

#### 6) South Oaks Gambling Screen (SOGS)

O questionário *South Oaks Gambling Screen* (SOGS) foi originalmente construído por Lesieur e Blume (1987). Lopes (2009) realizou a versão portuguesa. Este questionário visa aferir o grau de patologia associado aos comportamentos de jogo dos indivíduos. Para tal, a sua cotação traduz um *continuum* de severidade que permite situar o quão os comportamentos de jogo dos indivíduos são mais ou menos patológicos. Elaborado segundo os critérios da DSM-III, o instrumento tem 20 perguntas com resposta de sim/não, permitindo então situar diferentes níveis de dependência. Assim: uma cotação de zero

indica ausência de problemas de jogo; resultados entre um e quatro, indiciam jogador de risco ou com prováveis problemas associados ao jogo e o resultado de cinco ou mais respostas positivas sinaliza a existência de jogo patológico.

A aferição para a população portuguesa, conduzida por Lopes (2010), confirmou a adequação do mesmo à língua, aos jogos utilizados e à tradição cultural. O instrumento apresentou ainda bons valores de confiabilidade e robustez.

### *Procedimentos*

Os dados foram recolhidos online através da plataforma *Google Forms* no âmbito da população geral, mediante consentimento informado prévio e com recurso aos instrumentos acima descritos. No mesmo sentido, a amostra, sendo não probabilística por conveniência, é composta por indivíduos adultos que demonstraram disponibilidade para participar na recolha de dados de forma voluntária.

Terminada a recolha de dados, os mesmos foram sistematizados com recurso ao *software* Microsoft Excel e posteriormente importados para o *Statistical Package for Social Science* v26 (IBM). O primeiro software permitiu examinar descritivamente os dados. Ademais, o segundo viabilizou a operacionalização de análises correlacionais (teste de correlação de Pearson) para teste das hipóteses anteriormente definidas. O nível de significância para rejeitar a hipótese nula foi fixado em  $p \leq .05$ . Foi utilizado um modelo de regressão linear para testar o valor preditivo das múltiplas variáveis em estudo em relação ao grau de patologia associado ao comportamento de jogo, medido pelo questionário *South Oaks Gambling Screen* (SOGS). O teste de Durbin-Watson foi utilizado para testar as correlações entre erros.

## Parte IV - Resultados

A maioria dos participantes ( $n = 67$ ) indicaram jogar apenas em modo offline, seguindo-se uma predominância de jogadores que, embora jogando maioritariamente por meios virtuais, também o fazem offline ( $n = 24$ ), seguidos dos jogadores mistos com as duas práticas equilibradas ( $n = 15$ ) e jogadores que referiram jogar maioritariamente offline ( $n = 15$ ). Finalmente, a modalidade estritamente online apenas foi indicada por 12 participantes.

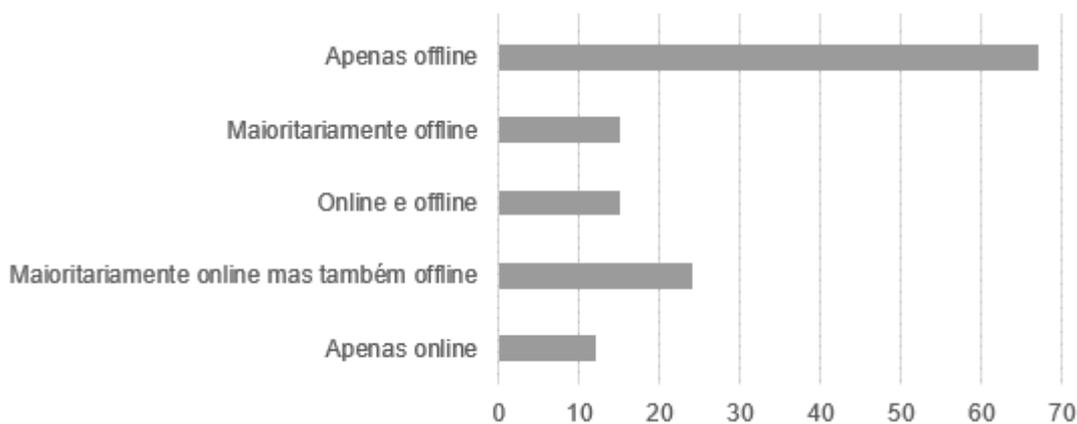


Figura 1 – Frequência de participantes por modalidade preferida de jogo.

A frequência de jogo apontada foi relativamente baixa, sendo que apenas 36 participantes relataram jogar três ou mais dias por semana. Quanto ao período do dia em que optam por jogar, grande parte dos mesmos indicaram não ter preferência ( $n = 62$ ), tendo aqueles que se posicionaram especificamente face aos períodos do dia referido a noite como mais comum ( $n = 47$ ), seguindo-se a tarde ( $n = 24$ ) e a manhã ( $n = 5$ ).

A preferência dos participantes por jogarem sozinhos destacou-se ( $n = 96$ ). A prática acompanhada foi ainda relativamente frequente ( $n = 37$ ), seguindo-se a em rede ( $n = 15$ ).

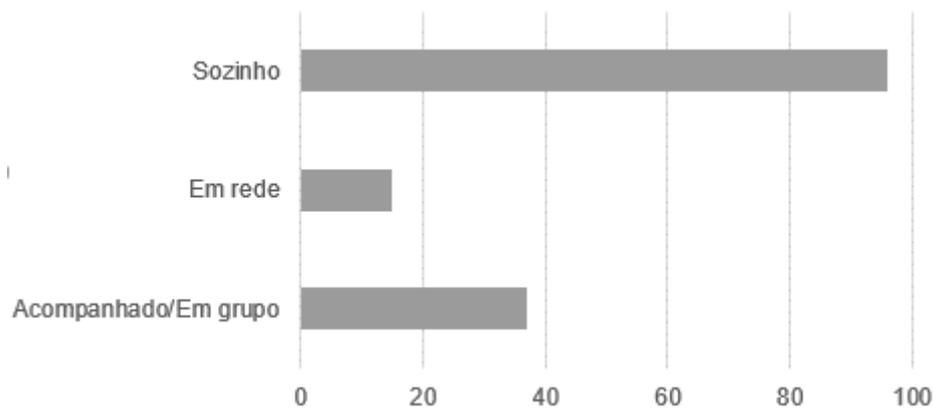


Figura 2 – Frequência de participantes por modo mais comum de jogo.

Os participantes indicaram ter iniciado comportamentos de jogo entre os 5 e os 50 anos de idade, sendo a média de início desta prática situada nos 19 anos (DP = 8). Relativamente à origem destes comportamentos, 108 participantes indicam que o fizeram sozinhos, maioritariamente de forma automotivada (n = 79). Da mesma forma, o local de jogo predileto identificado é a casa do indivíduo (n = 91). Paralelamente, 63 indicaram que o tipo de jogo em que tendiam a envolver-se era o euromilhões (inclui jackpots, totolotos, milhão, etc.) e 50 que eram as apostas desportivas (Betclic, Placard, Betano, etc.).

Relativamente às consequências do comportamento de jogo para a vida pessoal, 18 sinalizaram sentir repercussões, sendo a adição ao jogo a mais referida (n = 10), seguida pelos problemas financeiros (n = 4), o isolamento social (n = 3), o insucesso escolar (n = 2) e outras consequências (n = 2) e problemas familiares (n = 1).

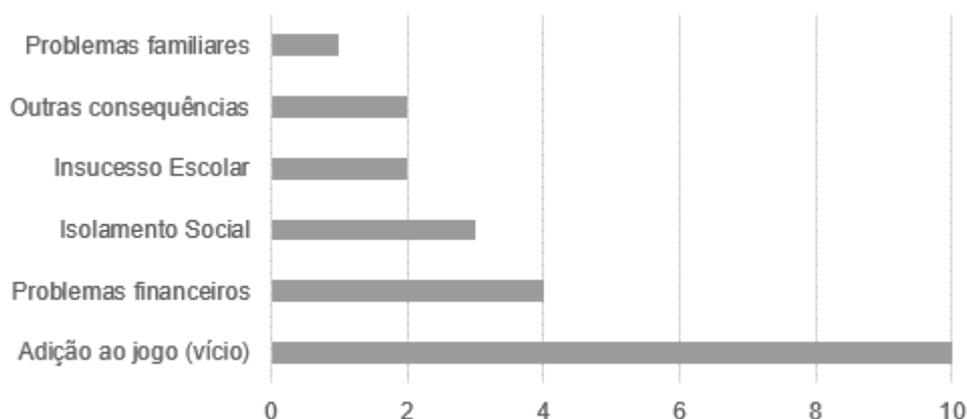


Figura 3 – Frequência de participantes por consequências percebidas do comportamento de jogo.

A cotação do SOGS parametriza-se em *ausência de problemas de jogo*, quando igual a zero, *jogador de risco* quando entre um e quatro e de *jogo patológico* quando igual ou superior a 5. Identificam-se, assim, 73 participantes sem problemas de jogo, 49 que configuram situações de risco e 11 com comportamentos de jogo enquadrados como patológicos.

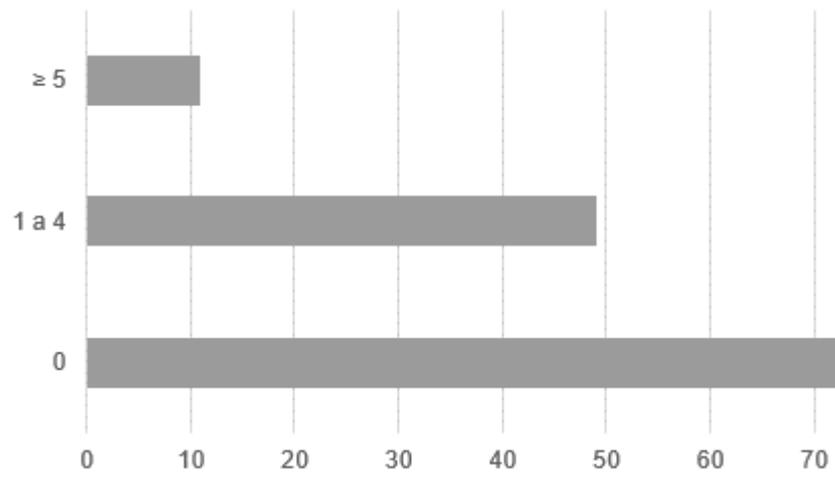


Figura 4 – Frequência de participantes por classificações SOGS.

Aprofundando o carácter económico dos comportamentos de jogo dos participantes como potencialmente associado à severidade da sua intensidade aditiva e, por inerência, a possíveis efeitos nefastos para o indivíduo, considerou-se a frequência de jogo, ao longo da vida, em diferentes tipos de jogos a dinheiro. Sendo a frequência composta variável de 0 a 24, destaca-se que 6 participantes obtiveram cotações de 12 ou superior, expressando atividade de moderada a elevada de envolvimento em jogos a dinheiro.

A análise da correlação entre a Escala de Memórias Precoces de Calor e Afeto (EMWSS) e o comportamento de jogo como definido pelo DSM-III (*South Oaks Gambling Screen* (SOGS)) evidenciou níveis significativos ( $r = -.320$ ,  $p < .00$ ).

Tal relação evidencia uma tendência inversamente proporcional entre a positividade às memórias de infância (dada por altos scores na EMWSS) e a severidade dos comportamentos de jogo (dada por altos scores na SOGS). Assim, quanto mais positivas as memórias de infância do indivíduo, menor será a probabilidade de o mesmo se envolver

em comportamentos de jogo de forma intensa, possivelmente patológica e de carácter aditivo.

A análise da correlação entre as dimensões da Escala de Dificuldades na Regulação Emocional (EDRE) e o comportamento de jogo como definido pelo DSM-III (*South Oaks Gambling Screen* (SOGS)) (Tabela 2) não evidenciou níveis significativos ( $p > .05$ ).

Tabela 2 – Análise de correlação de Pearson EDRE \* SOGS.

	<b>SOGS</b>
<b>D1: EDRE</b>	.148
<b>D2: EDRE</b>	.055
<b>D3: EDRE</b>	.087
<b>D4: EDRE</b>	-.126
<b>D5: EDRE</b>	.132
<b>D6: EDRE</b>	.058

Nota: \*  $p < .05$ ; \*\*  $p < .01$ ; \*\*\*  $p < .001$

A análise da correlação entre as dimensões da Escala de Impulsividade de Barratt (BIS-11) e o comportamento de jogo como definido pelo DSM-III (*South Oaks Gambling Screen* (SOGS)) (Tabela 3) evidenciou níveis significativos para os fatores *impulsividade motora* e de *não planeamento*.

Tabela 3 – Análise de correlação de Pearson BIS-11 \* SOGS.

	<b>SOGS</b>
<b>F1: BIS-11</b>	.161
<b>F2: BIS-11</b>	.392***
<b>F3: BIS-11</b>	-.217*

Nota: \*  $p < .05$ ; \*\*  $p < .01$ ; \*\*\*  $p < .001$

A primeira relação significativa encontrada sinaliza que quanto maior a impulsividade motora do indivíduo, mais severos são os comportamentos de jogo ( $r = .392, p < .00$ ). Por outro lado, identifica-se também uma relação inversamente proporcional menos forte e significativa de, quanto mais patente a dimensão impulsiva de não planeamento, menor a severidade dos comportamentos de jogo ( $r = -.217, p < .05$ ).

A análise da correlação entre as dimensões da Escala de Vinculação no Adulto (EVA) e o comportamento de jogo como definido pelo DSM-III (*South Oaks Gambling Screen* (SOGS)) (Tabela 4) não evidenciou níveis significativos ( $p > .05$ ).

Tabela 4 - Análise de correlação de Pearson EVA \* SOGS.

	<b>SOGS</b>
<b>D1: EVA</b>	.166
<b>D2: EVA</b>	.105
<b>D3: EVA</b>	.106

Nota: \*  $p < .05$ ; \*\*  $p < .01$ ; \*\*\*  $p < .001$

A regressão linear múltipla foi usada para estudar o efeito da impulsividade (BIS-11), da desregulação emocional (EDRE) e da positividade das memórias da infância (EMWSS) no grau de jogo patológico (Score SOGS) (Tabela 5). O modelo criado foi significativo ( $F = 4.543; p < .001$ ) e permitiu explicar cerca de 33.2% da variância associada ao grau de jogo de patológico ( $R^2 = .332$ ). A impulsividade motora ( $\beta = 0.495; t = 4.846; p < .001$ ) esteve associada a maiores níveis de jogo patológico, enquanto que a ausência de planeamento ( $\beta = -0.220; t = -2.387; p = .019$ ), confiança nos outros ( $\beta = -0.224; t = -1.989; p = .049$ ) e a positividade das memórias da infância ( $\beta = -0.248; t = -2.594; p = .011$ ) foram protetores em relação ao desenvolvimento de jogo patológico.

Através da análise dos valores de R podemos concluir que a variável impulsividade motora é a que apresenta uma relação mais forte ( $R^2 = .154$ ) e que 14.7% ( $R^2_a = .147$ ) da variância dos resultados pode ser explicada pela ação desta variável.

Tabela 5 – Coeficientes do modelo de regressão linear múltipla

Modelo	Coeficientes não-estandardizados		Coeficientes estandardizados	R <sup>2</sup>	R <sup>2</sup> <sub>a</sub>	ΔR <sup>2</sup>	F	ΔF
	B	Erro padrão	β					
1 (Constante)	2.988	1.253						
F1: Impulsividade atencional	-.096	.080	-.127	.026	.018	.026	3.480	3.480
F2: Motor	.264	.055	.495	<b>.154</b>	.147	.154	<b>23.774***</b>	<b>23.774***</b>
F3: Não planeamento	-.115	.048	-.220	.047	.040	.047	<b>6.486*</b>	<b>6.486*</b>
D1: Ansiedade	.035	.039	.091	.027	.020	.027	3.696	3.969
D2: Conforto com a proximidade	.118	.064	.176	.011	.003	.011	1.461	1.461
D3: Confiança nos outros	-.122	.061	-.224	.011	.004	.011	<b>1.479*</b>	1.479
D1: EDRE	.043	.053	.103	.022	.014	.022	2.940	2.940
D2: EDRE	-.056	.069	-.090	.003	-.005	.003	.402	.402
D3: EDRE	-.080	.082	-.140	.011	.004	.011	1.479	1.479
D4: EDRE	-.026	.046	-.055	.016	.008	.016	2.107	2.107
D5: EDRE	.039	.068	.100	.017	.010	.017	2.310	2.310
D6: EDRE	.040	.087	.048	.003	-.004	.003	.449	.449
EMWSS	-.022	.009	-.248	.102	.095	.102	<b>14.900*</b>	<b>14.900***</b>

Nota: \* p<.05; \*\*p<.01; \*\*\*p<.001

## Parte V - Discussão

Os participantes do presente estudo expressaram comportamentos de jogo tendencialmente offline, com baixa frequência, indiferença na altura do dia em que jogam, preferência por estarem sozinhos aquando da prática e especialmente recorrendo ao euromilhões e a apostas desportivas. Assim, os dados obtidos inviabilizaram a primeira hipótese estabelecida (*H1*: Existe um número superior de jogadores que jogam em ambas as modalidades, online e offline, em comparação com jogadores que optam exclusivamente por apenas uma das modalidades). Importa ainda considerar que, no âmbito do primeiro objetivo, verificou-se que 49 dos 133 participantes apresentavam comportamentos de jogo que os enquadravam como jogares de risco e 11 como jogadores patológicos segundo o DSM-III. Assim, num universo aleatório de participantes no estudo, aproximadamente 37% eram jogadores de risco e cerca de 8% jogadores com comportamentos severos / patológicos. Considerando os dados de prevalência europeus e nacionais existentes (Balsa et al., 2015), significativamente inferiores, a importância de tais resultados é acrescida, levantando preocupações pertinentes sobre a tendência para o aumento da prevalência de comportamentos de jogo na população, assim como do nível de severidade destes.

Os resultados do presente estudo permitiram constatar evidências de uma relação entre as memórias de infância e os comportamentos de jogo, como objetivado, confirmando ainda que a tendência desta relação converge com a inicialmente hipotetizada (*H2*: As memórias de infância relacionam-se com os comportamentos de jogo, sendo memórias mais negativas associadas a comportamentos de jogo mais severos). Assim, concluiu-se que as memórias de infância mais negativas estão associadas a comportamentos de jogo mais severos.

Finalmente, os nossos resultados permitiram ainda constatar uma relação entre determinadas dimensões do funcionamento emocional e os comportamentos de jogo, nomeadamente quanto à impulsividade motora e ao não planeamento. Contudo, as tendências de associação são divergentes, isto é, quanto maior a impulsividade motora do indivíduo, mais severos são os comportamentos de jogo e quanto mais patente a dimensão impulsiva de não planeamento, menor a severidade dos comportamentos de jogo. Assim, infelizmente, não nos é possível confirmar, no âmbito do presente estudo, a totalidade da terceira hipótese estabelecida (*H3*: O funcionamento emocional relaciona-se com os comportamentos de jogo, sendo a regulação emocional, a impulsividade e/ou a vinculação menos ajustadas associadas a comportamentos de jogo mais severos).

Os resultados do modelo de regressão linear múltipla permitem-nos concluir que o modelo foi significativo, permitindo explicar 33.2% da variância associada ao grau de jogo patológico. Através deste modelo, podemos também concluir que a variável impulsividade motora parece assumir um papel mais significativo em comparação com as restantes, explicando 14.7% da variância dos resultados. Também esta variável apresenta uma boa associação a maiores níveis de jogo patológico, paralelamente às variáveis ausência de planeamento, confiança nos outros e positividade das memórias de infância, que se mostraram protetores em relação ao desenvolvimento de jogo patológico.

### **Limitações do Estudo**

Apesar da tentativa de utilização de critérios e procedimentos o mais adequados possível, não deixamos de enfrentar algumas limitações. Entre elas, prevalece a desatualização do questionário *South Oaks Gambling Screen* (SOGS), utilizado para aferir o grau de patologia associado aos comportamentos de jogo. Por ter na sua base os critérios da DSM-III constitui uma limitação importante para o estudo e que deve ser tida em conta. O contexto e a época em que este instrumento foi criado alerta-nos também para a existência de falsos positivos, o que nos levou a indagar a correção dos positivos por outras vias, nomeadamente através das questões relacionadas com o jogo presentes no inquérito sociodemográfico.

## **Conclusão**

Neste estudo procuramos dar resposta a algumas questões relacionadas com o comportamento do jogo que continuam persistir pela escassez de estudos atuais acerca deste tema.

Numa primeira fase tentamos obter algumas informações acerca das características sociodemográficas dos jogadores participantes no estudo. Apesar do número reduzido de participantes, concluímos que aproximadamente 37% da amostra eram jogadores de risco e cerca de 8% jogadores com comportamentos severos / patológicos.

Numa segunda fase, procuramos investigar a relação existente entre os comportamentos de jogo e as memórias de infância, obtendo resultados positivos que sugerem que as memórias mais negativas estão associadas a comportamentos de jogo mais severos.

Os nossos resultados permitiram ainda constatar uma relação entre a impulsividade motora e ao não planeamento. A impulsividade motora esteve associada a maiores níveis de jogo patológico, enquanto a ausência de planeamento, confiança nos outros e a positividade das memórias da infância foram protetores em relação ao desenvolvimento de jogo patológico.

Os resultados obtidos levantam, na verdade, questões pertinentes à investigação, sendo a existência de relação significativa entre as variáveis sinónimo de um tópico pertinente de investigar.

## **Bibliografia**

- American Psychiatric Association (2002). *DSM-IV-TR: Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais*. Porto Alegre: Artmed.
- Balsa, C., Vital, C., & Urbano, C. (2015). *Perfil do Jogo e dos Jogadores em Portugal com base nos resultados do III Inquérito Nacional à População Geral, Portugal 2012*. Lisboa: Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências.
- Bühringer, G., Braun, B., Kräplin, A., Neumann, M., & Slezcka, P. (2013). *Gambling- two sides of the same coin: Recreational activity and public health problem*. Comissão Europeia: Espanha.
- Canavarro, M. C., Dias, P., & Lima, V. (2006). A avaliação da vinculação do adulto: Uma revisão crítica a propósito da aplicação da Adult Attachment Scale-R (AAS-R) na população portuguesa. *Psicologia*, 20(1), 155-186.
- Connerton, P. (1999). *Como as sociedades recordam*. Oeiras: Celta Editora.
- Currie, S., & Casey, D. M. (2007). Quantification and dimensionalization of gambling behaviour. In G. Smith, D. C. Hodgins, & R. J. Williams (Eds.), *Research and measurement issues in gambling studies* (pp. 156-173). Burlington, MA: Academic Press.
- Ekman, P. (1999). Basic Emotions. Em T. Dalgleish & M. Power (Eds.), *Handbook of Cognition and Emotion* (pp. 45-59). Chichester: UK: Wiley
- Estevez, A., Herrero-Fernández, D., Sarabia, I., & Jauregui, P. (2015). The impulsivity and sensation-seeking mediators of the psychological consequences of pathological gambling in adolescence. *Journal of Gambling Studies*, 31(1), 91-103.
- Estevez, A., Jáuregui, P., Sanchez-Marcos, I., López-González, H., & Griffiths, M. D. (2017). Attachment and emotion regulation in substance addictions and behavioral addictions. *Journal of behavioral addictions*, 6(4), 534-544.
- Fentress, J., & Wickham, C. (1992). *Social memory*. Oxford: Blackwell.

- Fortin, M. F. (2009). *Fundamentos e etapas do processo de investigação*. Loures: Lusodidata.
- Frijda, N. H. (1986). *The emotions*. New York: Cambridge University Press.
- Gratz, K. L., & Roemer, L. (2004). Multidimensional assessment of emotion regulation and dysregulation: Development, factor structure, and initial validation of the Difficulties in Emotion Regulation Scale. *J Psychopathol Behav Assess.*, 26(1), 41-54.
- Gratz, K. L., & Roemer, L. (2004). Multidimensional assessment of emotion regulation and dysregulation: Development, factor structure, and initial validation of the difficulties in emotion regulation scale. *Journal of psychopathology and behavioral assessment*, 26(1), 41-54.
- Hardt, J., Sidor A, Bracko M., & Egle, U. T. (2006). Reliability of retrospective assessments of childhood experiences in Germany. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 194(9), 676-683.
- Hubert, P. (2015). *Jogadores patológicos online e offline: caracterização e comparação*. Manuscrito não publicado, Universidade Autónoma de Lisboa, Lisboa, Portugal.
- Liese, B. S., Kim, H. S., & Hodgins, D. C. (2020). Insecure attachment and addiction: Testing the mediating role of emotion dysregulation in four potentially addictive behaviors. *Addictive Behaviors*, 107, 1-7.
- Lopes, H. (2010). *Update of gambling dependence research in Portugal*. 9th EASG Conference Presentation, Viena. Retrieved from <http://www.easg.org/website/conference.cfm?id=13&cid=13&section=INFORMATION>
- Malloy-Diniz, L.F., Mattos, P., Leite, W. B., Abreu, N., Coutinho, G., Paula, J. J., Tavares, H., Vasconcelos, A. G., & Fuentes, D. (2010). Tradução e adaptação cultural da Barratt Impulsiveness Scale (BIS-11) para aplicação em adultos brasileiros. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 59(2), 99-105.
- Marques-Teixeira, J. M. (2003). Emoções: Delimitação conceptual. *Saúde Mental*, 6, 48-54.

- Matos, M., Pinto-Gouveia, J., & Duarte, C. (2011). *Memórias precoces de calor e segurança na infância: Estudo das propriedades psicométricas da versão Portuguesa da EMWSS*. Manuscrito em preparação.
- Mikulincer, M., & Shaver, P. R. (2007). *Attachment in adulthood: Structure, dynamics, and change*. Guilford Press.
- Pacheco, A. P., Costa, R. A. & Figueiredo, B. (2003). Estilo de vinculação, qualidade da relação com figuras significativas e da aliança terapêutica e sintomatologia psicopatológica: um estudo exploratório com mães adolescentes. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 3(1), 35-59.
- Peterson, C. & Nguyen, D. (2010). Parent-Child relationship quality and infantile amnesia in adults. *British Journal of Psychology*, 101(4), 719-737.
- Pinho, M. S., Oliveira, M., & Fonseca, A. C. (2016). A Consistência das Memórias da Infância. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 32(3), 1-9.
- Potenza, M. N. (2006). Should addictive disorders include non-substance-related conditions? *Addiction*, 101(1), 142-151.
- Potenza, M. N., Steinberg, M. A., McLaughlin, S. D., Wu, R., Rounsaville, B. J., & O'Malley, S. S. (2001). Gender-related differences in the characteristics of problem gamblers using a gambling helpline. *American Journal of Psychiatry*, 158(9), 1500-1505.
- Richter, A., Gilbert, P., & McEwan, K. (2009). Development of an early memories of warmth and safeness scale and its relationship to psychopathology. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 82(2), 171-184.
- Rodrigues, A. Figueiredo, B., Pacheco, A., Costa, R., Cabeleira, C. & Magarinho, R. (2004). Memória de cuidados na infância, estilo de vinculação e qualidade da relação com pessoas significativas: Estudo com grávidas adolescentes. *Análise Psicológica*, 4(12), 643-665.
- Silva, F. M. R. V. (2012). *Impulsividade, orientação temporal, e sua relação com o desvio na adolescência*. Dissertação de Mestrado não publicada, Instituto Universitário Ciências Psicológicas, Sociais e da Vida, Lisboa, Portugal.

- Steiner, C., & Perry, P. (2000). *Educação Emocional*. Cascais: Pergaminho.
- Veloso, M., Gouveia, J. P., & Dinis, A. (2011). Estudos de validação com a versão portuguesa da Escala de Dificuldades na Regulação Emocional (EDRE). *Psychologica*, *54*, 87-110.
- Wells, C., Morrison, C. M., & Conway, M. A. (2013). Adult recollections of childhood memories: What details can be recalled? *The Quarterly Journal of Experimental Psychology*, *67*(7), 1249-1261.