



UC/FPCE\_2012

Universidade de Coimbra  
Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação

**Estudo exploratório de caracterização de uma amostra de jogadores patológicos em função de variáveis familiares**

Ana Raquel Cardoso de Souza Rodrigues  
(e-mail: [arcsrodrigues@gmail.com](mailto:arcsrodrigues@gmail.com))

Dissertação de Mestrado Integrado em Psicologia, Subárea de Especialização em Sistémica Saúde e Família sob a orientação de Prof.<sup>a</sup> Doutora Madalena Carvalho e de Mestre Diana Guimarães Lopes Cunha.



### **Estudo exploratório de caracterização de uma amostra de jogadores patológicos em função de variáveis familiares**

#### Resumo

O jogo patológico é uma perturbação do comportamento com sintomas e critérios de diagnóstico específicos. Apesar das inúmeras consequências negativas associadas ao jogo patológico, ao nível individual, familiar e social, este fenómeno continua subinvestigado em Portugal. O presente estudo pretende contribuir para uma melhor compreensão do jogo patológico, descrevendo as características sociodemográficas, o funcionamento psicopatológico (BSI), o funcionamento familiar (SCORE-15) e conjugal (EAM) e a qualidade de vida (QUOL) de uma amostra de 32 jogadores portugueses. Também foi nosso objectivo perceber as relações que se estabelecem entre estes domínios da vida dos jogadores, compreender a sua evolução com a severidade da adição e analisar a sua estabilidade temporal.

Os resultados obtidos apontam para que os jogadores patológicos são maioritariamente do sexo masculino, com idade compreendida entre os 25 e os 35 anos e elevado nível educacional. Em termos psicopatológicos, os jogadores da amostra apresentam valores médios intermédios entre uma amostra clínica e uma amostra da população geral, o que é indicativo de alguma sintomatologia. Os jogadores da amostra percecionam poucas dificuldades na vida familiar, sendo as dificuldades financeiras o principal problema. Constata-se também que existe uma percepção de que o ajustamento mútuo é adequado e que as dimensões da qualidade de vida que apresentam valores médios mais baixos do que a população geral são as relacionadas com as finanças, o tempo e o emprego.

Contudo, a análise comparativa de dois momentos de avaliação

demonstrou um aumento acentuado do jogo patológico, com consequências em termos de sintomatologia psicopatológica, funcionalidade familiar e satisfação com a qualidade de vida.

Palavras chave: Jogo patológico, sintomatologia psicopatológica, qualidade de vida, família, casal.

### **A exploratory study of characterization of a sample of pathological gamblers according to family variables**

#### Abstract

Pathological gambling is a behavioral disorder with specific symptoms and diagnostic criteria. Despite the many negative consequences associated with pathological gambling on the individual, familiar and social level, this phenomenon persists with not enough investigations taken place in Portugal, to prove this fact. The present study aims to contribute to a better understanding of pathological gambling, describing the demographic characteristics, psychopathological functioning (BSI), family functioning (SCORE-15), couple mutual adjustment (EAM) and quality of life (QUOL) on a sample of 32 Portuguese gamblers. It was also our aim to understand the relationships between these variables, their evolution with the severity of the addiction, and their temporal stability. The results suggest that pathological gamblers are predominantly males, aged between 25 and 35 years, with high educational level. The gamblers of the sample have mean values of psychopathology intermediate between a clinical sample and the general population, which is symptomatic. Gamblers of the sample perceive few difficulties in family life, with financial difficulties seen as the major problem. It is also suggested that there is an appropriate mutual adjustment between couples and that the quality of life dimensions that have a lower mean than the general population are finances, time and employment.

However, the comparative analysis of two moments of evaluation showed a marked increase in pathological gambling, with consequences in terms of psychopathological symptoms, family functioning and satisfaction with the quality of life.

Key Words: Pathological gambling, psychopathological symptoms, quality of life, family, couple.

## **Agradecimentos**

A elaboração desta dissertação é o culminar de uma etapa académica que não seria possível sem a colaboração, apoio, estímulo, comentários e críticas de diversas pessoas que não posso deixar de mencionar.

Em primeiro lugar, aos meus pais, Albertina Rodrigues e Paulo Sousa, a quem devo a realização desta tese, por sempre estarem ao lado dos filhos em todos os momentos, bons e menos bons, apoiando-os e incentivando-os incondicionalmente, ultrapassando todas as adversidades da vida para que pudéssemos concretizar todos os nossos desejos. Vocês são o meu bem mais precioso e amo-vos com todo o meu coração.

Ao meu irmão, Guilherme Rodrigues, que mesmo separado pela distância física, sempre me apoiou e se preocupou em incentivar-me quando o caminho parecia mais atribulado, ajudando-me em tudo o que podia e não podia. A minha vida aconteceu ao teu lado e marcaste todos os seus momentos com amor, amizade, compreensão e alegria. Não há palavras que consigam descrever a minha gratidão.

À minha co-orientadora, Mestre Diana Cunha, sobretudo pela paciência mas também pela disponibilização de bibliografia, pela competência científica e valiosos conhecimentos e sugestões transmitidas, pelo incentivo em fazer sempre mais e melhor, pela dedicação e entusiasmo com que conduziu o meu trabalho, pela disponibilidade e colaboração, pelas críticas, esclarecimentos, correções e apoio na resolução de todos os problemas que foram

emergindo. O meu muito obrigada pela sua orientação meticulosa, por todo o respeito e amizade que me conduziram a este momento tão especial.

À Professora Doutora Madalena Carvalho, minha orientadora, sobretudo pela maravilhosa postura com que me ensinou com dedicação e prazer uma série de conhecimentos teóricos e práticos ao longo do mestrado, mas também pelo seu carisma, dinamismo e entusiasmo, por todas as orientações fornecidas e revisões de texto, pela disponibilidade que sempre demonstrou para qualquer assunto, pelos comentários e apoio, pelos desafios que me colocou acreditando na minha capacidade de os superar. Consigo “tornei-me” psicóloga.

À Professora Doutora Ana Paula Relvas, detentora de um profundo saber e competência científica, por todos os conhecimentos transmitidos ao longo deste percurso, pela disponibilidade e orientação, pelas críticas e sugestões que me permitiram encontrar “novas visões” solucionando uma série de percalços no percurso desta investigação, pelas múltiplas revisões de texto e pelo contínuo estímulo em “ir mais além.”

A todos os meus professores da FPCEUC, por todos os conhecimentos que me transmitiram, pelo incentivo, pela disponibilidade em atender qualquer necessidade, pelo esclarecimento de dúvidas e por terem moldado e minha formação, promovendo a vontade de procurar saber sempre mais e chegar sempre mais longe. A todos o meu obrigado.

À Dr.<sup>a</sup> Dalila Salvador, sobretudo pela ajuda desinteressada que sempre me forneceu, por todos os conhecimentos que me transmitiu, pela total disponibilidade que sempre manifestou, por ser uma pessoa íntegra e humilde, por me inspirar pela sua imensurável bondade e amizade, pela atitude aberta e estímulo que me incutiu para crescer não só enquanto profissional, mas também enquanto pessoa.

À Dr.<sup>a</sup> Cristina Oliveira, com quem tenho aprendido muito solidificando conhecimentos antigos e adquirindo novos, pela transmissão de experiências, pelas visões múltiplas, pela liberdade de

acção, pela disponibilidade e preocupação sempre manifestada, pela sua forma criativa de pensar e agir, por me ter ensinado a pensar e por ter contribuído largamente para o meu desenvolvimento profissional e pessoal, acreditando e estimulando competências que eu própria não acreditava possuir.

À Joana Augusto, pela paciência, colaboração e trabalho conjunto, pelo auxílio na aplicação do protocolo de investigação e inserção dos resultados na base de dados, pelo apoio e debate de dúvidas e problemas que foram surgindo ao longo da elaboração deste trabalho.

À Cristiana Teixeira, ao Hugo Faustino, ao Raffaele Colleo, à Mariana São Bento e à Cátia Crisóstomo, pela completa disponibilidade, pelo auxílio na divulgação do protocolo de investigação e sua inserção em base de dados, pelo incentivo, pelas críticas construtivas e revisões de texto. O meu muito obrigada pela vossa amizade e por todos os momentos que partilhámos, com vocês cresci tornando-me uma pessoa melhor.

Aos meu colegas de curso, pela amizade e companheirismo, por todos os momentos que passámos juntos ao longo destes anos, pela ajuda em todas as solicitações e por todo o trabalho conjunto, por todos os debates e desafios intelectuais e sobretudo por todo o apoio manifestado incondicionalmente.

Aos meus amigos, pelo carinho e amizade sempre demonstrados, pela disponibilidade e entreajuda, pelo apoio nas alturas mais difíceis, por me acompanharem sempre com um sorriso no rosto e alegria no coração. Vocês são o que tenho de melhor na vida.

A todos os jogadores que participaram neste estudo, pela disponibilidade e interesse demonstrado, cujo contributo foi fundamental para a elaboração desta dissertação.

A todos vós, obrigada por caminharem comigo.

## Índice

Introdução.....	1
I - Enquadramento Conceptual.....	1
1.1 Clarificação conceptual do jogo patológico.....	1
1.2 Características do jogador patológico.....	3
1.3 Fatores associados ao desenvolvimento do jogo patológico.....	4
1.4 Jogo patológico e família.....	5
II - Objetivos.....	8
III - Metodologia.....	8
3.1 Amostra.....	9
3.1.1 Processo de amostragem.....	9
3.1.2 Procedimentos de recolha da amostra.....	9
3.1.3 Caracterização da amostra.....	10
3.2 Instrumentos.....	12
3.2.1 Questionário de dados sociodemográficos.....	12
3.2.2 <i>Systemic Clinical Outcome and Routine Evaluation</i> .....	12
3.2.3 Qualidade de vida.....	13
3.2.4 Escala de Ajustamento Mútuo.....	13
3.2.5 Inventário de Sintomas Psicopatológicos.....	13
3.2.6 <i>South Oaks Gambling Screen</i> .....	14
3.3 Procedimentos gerais.....	14
IV - Resultados e sua discussão.....	16
4.1 Caraterização dos jogadores patológicos da amostra.....	17
4.1.1 Caraterização sociodemográfica.....	17

4.1.2	Caraterização do funcionamento psicopatológico..	18
4.1.3	Caraterização do funcionamento familiar e conjugal.....	19
4.1.4	Caraterização da qualidade de vida familiar.....	23
4.1.5	Caraterização da atividade problema: o jogo patológico.....	25
4.2	Influência das variáveis sociodemográficas, sintomatologia psicopatológica, funcionamento familiar, ajustamento conjugal e qualidade de vida nas caraterísticas do jogo patológico.....	29
4.2.1	Influência das caraterísticas sociodemográficas no jogo patológico.....	29
4.2.2	Influência do funcionamento psicopatológico no jogo patológico.....	30
4.2.3	Influência do funcionamento familiar e do ajustamento mútuo do casal no jogo patológico....	31
4.2.4	Influência da qualidade de vida no jogo patológico.....	32
4.3	Estudo comparativo da severidade do jogo patológico com recurso a dois grupos contrastantes.....	33
4.4	Analisar a estabilidade temporal dos resultados decorrentes de 4.1, com especial atenção a possíveis indicadores de remissão espontânea.....	37
	Conclusões.....	44
	Bibliografia.....	46

### **Índice de Tabelas**

Tabela 1: Distribuição de frequências das características sociodemográficas.....	11
Tabela 2: Análise descritiva do funcionamento psicopatológico (BSI).....	18
Tabela 3: Análise descritiva do SCORE-15.....	19
Tabela 4: Análise de conteúdo das questões de resposta aberta..	20
Tabela 5: Análise de frequências da avaliação da gravidade do problema familiar.....	20
Tabela 6: Análise de frequências da avaliação da organização familiar.....	21
Tabela 7: Análise de frequências da avaliação da utilidade da terapia familiar/conjugal.....	22
Tabela 8: Distribuição da amostra por agregado familiar.....	22
Tabela 9: Análise comparativa do ajustamento mútuo (EAM).....	23
Tabela 10: Análise comparativa das dimensões da qualidade de vida (QUOL).....	24
Tabela 11: Análise descritiva do SGOS.....	25
Tabela 12: Análise de frequências do SOGS.....	25
Tabela 13: Análise de frequências do tipo e frequência de jogo (SGOS).....	26
Tabela 14: Análise de frequências do montante apostado por sexo (SGOS).....	27

Tabela 15: Distribuição de frequências por tipo de reforço (SOGS).....	28
Tabela 16: Distribuição de frequências das pessoas referidas como tendo problemas com o jogo (SOGS).....	28
Tabela 17: Análise correlacional das características sociodemográficas e SOGS ( <i>Spearman</i> ).....	30
Tabela 18: Análise correlacional do funcionamento psicopatológico e SOGS ( <i>Spearman</i> ).....	30
Tabela 19: Análise correlacional o funcionamento familiar e o SGOS ( <i>Spearman</i> ).....	31
Tabela 20: Análise correlacional entre o ajustamento mútuo e o SGOS ( <i>Spearman</i> ).....	32
Tabela 21: Análise correlacional entre a qualidade de vida SGOS ( <i>Spearman</i> ).....	32
Tabela 22: Análise comparativa do funcionamento psicopatológico nos grupos extremos ( <i>Mann-Whitney</i> ).....	33
Tabela 23: Análise comparativa do funcionamento familiar nos grupos extremos ( <i>Mann-Whitney</i> ).....	34
Tabela 24: Análise comparativa da qualidade de vida nos grupos extremos ( <i>Mann-Whitney</i> ).....	34
Tabela 25: Análise comparativa do funcionamento psicopatológico em dois grupos, tendo a média como referência ( <i>Mann-Whitney</i> ).....	35
Tabela 26: Análise comparativa do funcionamento familiar em dois grupos, tendo a média como referência ( <i>Mann-Whitney</i> ).....	36
Tabela 27: Análise comparativa da qualidade de vida em dois grupos, tendo a média como referência ( <i>Mann-Whitney</i> ).....	36
Tabela 28: Análise comparativa do jogo patológico em dois momentos ( <i>Wilcoxon</i> ).....	37
Tabela 29: Análise comparativa da progressão do jogo patológico nos dois sexos.....	37
Tabela 30: Análise de frequências do tipo e frequência de jogo no segundo momento (SOGS).....	38
Tabela 31: Análise de frequências do montante apostado por sexo (SGOS).....	39
Tabela 32: Distribuição de frequências por tipo de reforço (SOGS).....	39
Tabela 33: Análise da funcionalidade psicopatológica nos dois momentos ( <i>Wilcoxon</i> para amostras emparelhadas).....	40

Tabela 34: Análise da funcionalidade familiar nos dois momentos ( <i>Wilcoxon</i> para amostras emparelhadas).....	41
Tabela 35: Análise de conteúdo das questões de resposta aberta no segundo momento.....	42
Tabela 36: Análise da qualidade de vida nos dois momentos ( <i>Wilcoxon</i> para amostras emparelhadas).....	43

## **Introdução**

As consequências nefastas do jogo patológico sobre a vida e o bem-estar físico e psicológico dos indivíduos, famílias e comunidades têm levado alguns investigadores a considerá-lo um problema de saúde pública (Korn & Shaffer, 1999; Lesieur, 1996; Oliveira, Silveira & Silva, 2008). No entanto, apesar da diversidade de consequências que lhe estão associadas, o jogo patológico persiste como um fenómeno subestimado e subinvestigado em Portugal (Clímaco, 2004; Cunha & Relvas, 2012). Tal facto não se compreende face à sua prevalência no nosso país, semelhante à de outros países europeus (Lopes, 2009), nem se considerarmos o atual contexto socioeconómico de crise que, tendo em conta os padrões internacionais, poderá contribuir para a tendência crescente deste fenómeno (Brieva, 2006; Clímaco, 2004; Domínguez Álvarez, 2009).

A maioria dos estudos sobre jogo patológico foca-se numa perspetiva individual, isenta de uma leitura à luz do contexto sociocultural e familiar (Custer & Milt, 1985; Griffiths, 2001; Lesieur, 1996). Contudo, a literatura científica sugere que as variáveis relacionais desempenham um papel muito significativo, tanto no desenvolvimento como na manutenção desta patologia (Ciarrocchi & Hohmann, 1989; Cunha & Relvas, 2012; Dowling, Smith & Thomas, 2009; Hardoon, Derevensky & Gupta, 2002; Kalischuk, Nowatzki, Cardwell, Klein & Solowoniuk, 2007).

Ora, face à escassez de estudos sobre jogo patológico que analisem, em particular, as variáveis familiares, a presente investigação pretende fornecer uma modesta contribuição para colmatar essa falha, promovendo novos prismas de reflexão sobre esta temática.

## **I – Enquadramento conceptual**

### **1.1. Clarificação conceptual do jogo patológico**

Desde os tempos mais remotos que o Homem joga, sendo esta atividade parte integrante de todas as culturas, sociedades e grupos sociais (Clímaco, 2004; Ladouceur, 2002). Em termos desenvolvimentais, o jogo constitui um meio privilegiado de interação entre o indivíduo e o mundo

Estudo de caracterização de uma amostra de jogadores patológicos em função de variáveis familiares

Ana Raquel Cardoso de Souza Rodrigues (e-mail: arcsrodrigues@gmail.com) 2012

exterior, através da estimulação da interação social, da interiorização de regras, da definição de limites e do desenvolvimento de funções motoras e cognitivas (Piaget, 2003). Contudo, os benefícios desta atividade não se limitam à infância, acompanhando os indivíduos ao longo da vida (Ladouceur, 2002). O jogo é, assim, uma atividade de lazer comum e, para a maioria das pessoas, constitui uma atividade relaxante e sem consequências negativas (Ladouceur, 2002).

Existem dois grandes grupos de jogos: os jogos de fortuna e azar e os jogos de perícia e habilidade (Matoso, 2001). Importa frisar que em ambos se verifica a presença de componentes relativos à sorte e à habilidade, no entanto, cada um destes elementos torna-se predominante consoante o grupo analisado (Matoso, 2001). Assim, nos jogos de fortuna e azar predomina a sorte ou o acaso, podendo, contudo, existir habilidade (Matoso, 2001). Por sua vez, nos jogos de perícia, a habilidade predomina, podendo, no entanto, existir margem para o acaso (Matoso, 2001). Ora, o foco do presente estudo centra-se nos jogos de fortuna e azar, que se caracterizam por envolver uma aposta irreversível em dinheiro ou bens, sendo que o resultado final depende totalmente da sorte e do azar, portanto do acaso (Ladouceur, 2002). Será, por conseguinte, nesta última aceção que, a partir deste momento, se utilizará a palavra “jogo”, no presente trabalho.

Ao longo dos tempos, este tipo de jogos tem despertado o fascínio do ser humano nas diferentes sociedades (Nower & Blaszczynski, 2008), tornando-se um fenómeno transversal às diferentes culturas e classes sociais (Ladouceur, 2002). Aliás, segundo Ladouceur (2002) cerca de dois terços dos adultos envolvem-se, de uma forma regular, em atividades de jogo com apostas a dinheiro. Desta forma, a prática do jogo pode ocorrer sem qualquer tipo de problemas ou consequências negativas que promovam a patologia (Ferland et al., 2008). Assim, a relação que se pode estabelecer com o jogo varia num *continuum* de gravidade (Brieva, 2006; Ladouceur, 2002), levando diversos autores a criar classificações de jogadores (Custer & Milt, 1985; González, 1989; Kusyszyn, 1978; McCormick & Taber, 1987; Moody, 1990; Morán, 1970).

A classificação proposta por Ochoa e Labrador (1994) é das mais reconhecidas na literatura e contempla quatro categorias, nomeadamente, jogador social, jogador profissional, jogador problemático e jogador

patológico. Este último, com especial interesse para o presente estudo, corresponde a uma perturbação grave que se pode assemelhar a uma dependência (Brieva, 2006; Domínguez Álvarez, 2009), não obstante existirem casos de remissão espontânea, ou seja, recuperação sem intervenção formal ou tratamento (Nower & Blaszczynski, 2008; Toneatto et al., 2008). Apesar disso, atualmente, o DSM-IV-TR integra o jogo patológico na categoria “Perturbação do controlo dos impulsos” (APA, 2010), estando previsto que no DSM-V, a publicar em 2013, esta patologia venha a integrar a categoria “Perturbação pela utilização de substâncias” (Cunha & Relvas, 2012).

Em suma, o jogo patológico corresponde a uma conduta aditiva, que se caracteriza pela perda progressiva do controlo do impulso de jogar, cujas consequências se denotam numa deterioração significativa nas áreas pessoal, familiar, social e laboral (Martínez, Navarro & Romero, 1993).

## 1.2. Características do jogador patológico

A investigação que tem sido desenvolvida sobre a temática do jogo patológico tem-se focado no estudo das características e das motivações individuais subjacentes ao ato de jogar, no sentido de identificar aquelas que tornam o indivíduo mais suscetível a esta patologia (Aymami, Ibáñez & Jiménez, 1999; Becoña, 1991; Becoña, 1999; Crespo & Turón, 1999; Ladouceur, 1991; Legarda, Babio & Abreu, 1992). Contudo, os resultados destes estudos não têm sido consensuais, continuando por definir o perfil deste tipo de jogador. Efetivamente, alguns estudos (Aymami et al., 1999; Becoña, 1999; Crespo & Turón, 1999; Ladouceur, 1991) indicam que o jogador patológico é, geralmente, um indivíduo do sexo masculino, casado, com uma idade média próxima de 40 anos, educação superior à média da população e que se mantém cativo num emprego qualificado. No entanto, outros estudos (Becoña, 1991; Legarda et al., 1992) apontam no sentido do jogador patológico ser um indivíduo com baixa escolaridade e de baixo nível socioeconómico. Por sua vez, a investigação desenvolvida por Volberg e Steadman (1989) constatou que não existem diferenças significativas em termos de idade e escolaridade entre os jogadores patológicos e a população geral. Assim, parece não existir um perfil concreto de jogador patológico, parecendo que este problema é transversal ao sexo, idade e nível

socioeconómico (Brieva, 2006).

### 1.3. Fatores associados ao desenvolvimento do jogo patológico

No que se refere à etiologia deste problema, a literatura também não é consensual. Desta forma, parece mais correto falar em fatores que se associam ao jogo patológico do que propriamente em causas, uma vez que, como em qualquer problema de adição, estas são multifatoriais, não sendo possível estabelecer relações de causalidade linear (Domínguez Álvarez, 2009). Para além disso, a maior parte das vezes, face à inexistência de estudos longitudinais, torna-se impossível distinguir, com rigor, causas e consequências deste problema (Abbott, Cramer & Sherrets, 1995; O'Brien, 2011). Este facto reforça a necessidade de estudar este problema segundo uma lógica circular e sistémica.

Numa perspetiva mais micro pode referir-se a vulnerabilidade genética como fator de predisposição ao desenvolvimento do jogo patológico (Ibáñez, Blanco, Perez de Castro, Fernandez-Piqueras & Sáiz-Ruiz, 2003; Slutske et al., 2000). Porém, importa salientar, que a as contribuições familiares é que determinam a evolução e extensão da patologia (Ibáñez et al., 2003). No entanto, a elevada taxa de jogadores patológicos em famílias de pacientes que sofrem de perturbações afetivas parece ser a única evidência, embora indireta, desta predisposição (McCormick & Ramírez, 1988). Vários estudos (Ibáñez, 1994; Roy, Custer, Lorenz & Linnoila, 1988; Taber, McCormick & Ramírez, 1987) sustentam que as implicações do estado afetivo no jogo patológico são evidentes. Assim, alguns autores (Taber et al., 1987) sugerem que o jogo constitui uma estratégia para superar o estado depressivo, já outros (Ibáñez, 1994; Roy et al., 1988) propõem que a depressão está ligada aos afetos negativos que surgem em consequência do jogo.

Ora, ainda, a nível individual, existem algumas evidências de que o jogo patológico se encontra associado a uma multiplicidade de sintomas clínicos, incluindo perturbações psicológicas como a depressão (O'Brien, 2011), perturbações do humor (Kessler et al., 2008), ansiedade, transtorno de pânico, fobia social, distímia, mania e hipomania, obsessão-compulsão, personalidade esquizoide e histriónica, abuso de substâncias (Desai & Potenza, 2008) e ideação suicida (Séguin et al., 2010). Para além disso,

Estudo de caracterização de uma amostra de jogadores patológicos em função de variáveis familiares

Ana Raquel Cardoso de Souza Rodrigues (e-mail:arcsrodrigues@gmail.com) 2012

verifica-se uma poliadição associada ao jogo, principalmente relativamente ao álcool, mas também ao tabaco e consumo de ansiolíticos (Martínez et al., 1993).

Numa leitura mais lata, McCormick e Ramírez (1988) chamam a atenção para a importância do processo de socialização, visto que é comum encontrar no jogador patológico crenças irracionais sobre a sua própria competência. O jogo apresenta assim uma oportunidade de conseguir de forma imediata êxito e aprovação social, algo que o jogador não acredita ser capaz de conseguir de outra forma (Blaszczynski & Nower, 2002).

Também os momentos mais *stressantes* da vida familiar e individual (morte de um parente, divórcio, nascimento de um filho, desemprego, etc.) podem ter um efeito significativo no desenvolvimento desta patologia, na medida em que a reação do jogador a estes eventos, assim como os mecanismos que aciona para se ajustar às suas consequências, podem contribuir, juntamente com outros traços de personalidade, para o aparecimento, manutenção ou agravamento da situação (González, 1989).

Em termos familiares, existem algumas evidências de que a história de vida do jogador patológico tenha sido marcada na infância por atos de negligência, maus-tratos, perdas significativas, rejeição e privação (Shaw, Forbush, Schlinder, Rosenman & Black, 2007) que podem ter conduzido a sentimentos de impotência e insegurança, assim como a crenças sobre a imprevisibilidade e a incontrolabilidade da vida potenciadores de uma maior vulnerabilidade ao problema (Lee, 2002; Shaw et al., 2007; Whitman-Raymond, 1988). No entanto, a relação entre família e jogo patológico será explorada, de seguida, de modo mais detalhado, dado o seu carácter basilar no presente trabalho.

#### 1.4. Jogo patológico e família

Como se percebe pelo que foi descrito até ao momento, a maioria das abordagens relacionadas com o jogo, focam-se numa perspectiva individual. No entanto, é importante compreender quais os aspetos da vida familiar que são mais afetados pelo jogo e que características da família podem contribuir para a sua manutenção, numa lógica de interação recíproca (Blaszczynski & Nower, 2002).

De facto, o jogo patológico tem um forte impacto sobre a família e

esta pode constituir um contributo importante para a combinação de fatores de risco e proteção subjacentes ao desenvolvimento do jogo patológico (Dickson, Derevensky & Gupta, 2008).

Na verdade, o jogo patológico pode ter consequências assoladoras para a família (Krishnan & Orford, 2002). Isto porque, normalmente, para manter a sua adição, o jogador patológico recorre frequentemente a mentiras, abandona as suas responsabilidades laborais e familiares e canaliza todos os recursos para o jogo, o que fragiliza a família, em geral e os subsistema conjugal e filial, em particular (Darbyshire, Oster & Carrig, 2001; Mazzoleni, Gorenstein, Fuentes & Tavares, 2009; Shaw et al., 2007).

Assim, no que concerne aos problemas associados ao contexto familiar, há unanimidade relativamente à incidência negativa do jogo nas relações e nos comportamentos neste âmbito (Martínez et al., 1993). De facto, o comportamento adicto influencia não só o jogador, mas também a sua esposa e os seus filhos, provocando conflitos familiares, sobretudo em torno dos problemas financeiros (Martínez et al., 1993). As dificuldades de comunicação tornam-se mais prementes devido às mentiras frequentes e à decepção. Muitas vezes, o jogador negligencia as suas obrigações, o que torna as regras e os papéis familiares confusos, originando discussões, explosões de raiva e, por vezes, de violência (Kalischuk et al., 2007). Além disso, alguns estudos (Ciarrocchi & Reinert, 1993; Dowling et al., 2009) referem que a degradação do ambiente familiar é particularmente sentida pelo jogador que lamenta a falta de apoio familiar, a agressividade no tratamento e a baixa responsividade emocional da família.

Os efeitos nefastos do jogo patológico na saúde alastram-se aos familiares, sobretudo, e de forma mais intensa, aos que coabitam com o jogador (Dickson-Swift, James & Kippen, 2005). Ora, os filhos de jogadores apresentam um risco acrescido de desenvolver problemas emocionais que se refletem, muitas vezes, em problemas comportamentais (Darbyshire et al., 2001). Do mesmo modo, também os pais de jogadores estão sujeitos a problemas emocionais, como o medo e a culpa (Moody, 1989).

Na relação conjugal os efeitos do jogo são muito evidentes. No entanto, as consequências do jogo não são percecionadas da mesma forma pelo jogador patológico e pelo seu cônjuge (Ferland et al., 2008). Ora, apesar de ambos concordarem quanto aos problemas financeiros causados pelo

jogo, o jogador patológico tende a realçar as consequências negativas do jogo no seu bem-estar psicológico, enquanto o cônjuge salienta as consequências do jogo na vida social do jogador (Ferland et al., 2008). A este desencontro juntam-se outros que podem contribuir para a manutenção do problema do jogo. Por exemplo, alguns comportamentos dos cônjuges, no sentido de encobrir o problema à restante família, assim como justificar as faltas ao trabalho do jogador, pagar as dívidas e evitar discussões sobre o jogo, podem contribuir para a criação de um ciclo vicioso, na medida em que o jogador é impulsionado a jogar mais em reação ao comportamento de controlo do cônjuge, que, por sua vez, tende a exercer um controlo ainda maior para fazer frente às dificuldades causadas pelo jogo (Bertrand, Dufour, Wright & Lasnier, 2008).

Assim, a conjugalidade do jogador patológico é posta em causa em consequência da adição patológica ao jogo, pois a quantidade, dimensão e complexidade dos problemas experienciados pelo casal tornam a separação e/ou divórcio, muitas vezes, inevitável (Shaw et al., 2007). Neste sentido, Cunha e Relvas (2012) desenvolveram um modelo sistémico integrador que, através das regularidades do funcionamento conjugal do jogador patológico, explica o problema como um sinal da existência de perturbação numa ou mais funções vitais do subsistema conjugal. Este modelo contempla os diferentes níveis de complexidade sistémica, partindo de uma perspetiva macro para uma análise micro, sem descorar as múltiplas influências entre esses sistemas (Cunha & Relvas, 2012).

Em suma, as consequências psicológicas e sociais do jogo patológico tornam difícil o retorno a uma rotina de vida diária *normal*, mesmo após um tratamento bem-sucedido (Sander & Peters, 2009), porque, frequentemente, o jogo patológico está associado a problemas conjugais, laborais e mesmo legais (Zimmermann, Chelminski & Young, 2006). A elevada comorbilidade com outras adições (Orford, Templeton, Vellerman & Copello, 2005), problemas de saúde (Kaare, Mõttus & Konstabel, 2009) e problemas relacionais (Kalischuck et al., 2007; Lee, 2002; Suurvali, Hodgins & Cunningham, 2010) afetam de forma significativa a qualidade de vida dos jogadores patológicos e suas famílias (Grant & Kim, 2005; Sander & Peters, 2009; Scherrer et al., 2005), chamando à atenção para a necessidade de se conhecer melhor este problema, com vista ao desenvolvimento de estratégias

de intervenção (primária, secundária e terciária) mais eficazes.

## **II - Objetivos**

De acordo com o referido na secção anterior, o objetivo global do presente estudo consiste em analisar uma amostra de jogadores patológicos do ponto de vista do seu funcionamento familiar, considerando-se especificidades do próprio problema, sintomatologia psicopatológica, em geral, e características sociodemográficas. Para tal, delinearam-se os objetivos específicos que se apresentam de seguida:

1. Caracterizar a amostra em termos:
  - 1.1. sociodemográficos;
  - 1.2. do seu funcionamento psicopatológico;
  - 1.3. do seu funcionamento familiar, em geral, e conjugal, em particular;
  - 1.4. da qualidade de vida familiar
  - 1.5. da atividade problema, o jogo patológico (e.g., tipo de jogo; frequência; montantes apostados);
2. Perceber a influência das variáveis descritas de 1.1. a 1.4. [caraterísticas sociodemográficas (e.g., idade, sexo, estado civil), sintomatologia psicopatológica, funcionamento familiar, ajustamento conjugal e qualidade de vida familiar] em 1.5 (caraterísticas do jogo patológico);
3. Considerar dois grupos contrastantes em termos da severidade de jogo e proceder à sua comparação em termos das variáveis referidas de 1.1. a 1.5. (sintomatologia psicopatológica, funcionamento familiar, ajustamento conjugal, qualidade de vida familiar, caraterísticas do jogo patológico);
4. Analisar a estabilidade temporal dos resultados decorrentes de 1.1-1.5., com especial atenção a possíveis indicadores de remissão espontânea.

## **III - Metodologia**

De modo a responder aos objetivos supramencionados, realizou-se um estudo exploratório com vista a obter novos conhecimentos sobre o

Estudo de caracterização de uma amostra de jogadores patológicos em função de variáveis familiares

Ana Raquel Cardoso de Souza Rodrigues (e-mail:arcsrodrigues@gmail.com) 2012

fenómeno em estudo, descrevendo os resultados obtidos e procurando estabelecer relações entre as variáveis em investigação.

### 3.1 Amostra

#### 3.1.1. Processo de amostragem

No presente estudo utilizou-se uma técnica de amostragem não probabilística, nomeadamente, de amostragem por conveniência, caracterizada por se basear no julgamento pessoal do investigador, que escolhe os elementos a incluir na amostra (Malhotra, 2007). Como tal, a amostra não é representativa da população e os resultados aqui obtidos não podem, por isso, ser generalizados nem devem servir de base a inferências que transponham os sujeitos estudados no âmbito deste trabalho (Malhotra, 2007).

Dada a dificuldade de recrutamento dos participantes, estipulou-se um número mínimo de 30 inquiridos, de modo a respeitar a regra empírica que afirma que a partir deste número (igual ou superior) de observações, a distribuição se aproxima de uma distribuição normal (Murteira, Ribeiro, Silva & Pimenta, 2004).

Para além disso, consideraram-se os seguintes critérios de inclusão/exclusão na amostra: ser de nacionalidade portuguesa, saber ler e escrever, estar isento de qualquer tipo de apoio profissional (terapêutico ou dos jogadores anónimos, por exemplo), não apresentar sintomatologia psicopatológica grave (exceto a frequentemente associada ao jogo, como a ansiedade e a depressão) e, finalmente, ser jogador patológico, ou seja, obter uma pontuação igual ou superior a cinco pontos no *South Oaks Gambling Screen* (SOGS).

#### 3.1.2. Procedimentos de recolha da amostra

A participação no estudo foi mediada por uma carta de apresentação, na qual eram explicitados o contexto e os objetivos do estudo. No entanto, os participantes não assinaram qualquer tipo de declaração de consentimento informado, dado o carácter voluntário, anónimo e confidencial da informação (APA, 2002). Foi disponibilizado um contato, através do qual os participantes poderiam solicitar psicoterapia no âmbito do problema do jogo

patológico. Importa salientar, que as investigadoras acompanharam o preenchimento do protocolo de investigação, no sentido de fornecer algum esclarecimento extra. Posteriormente, optou-se pela disponibilização do protocolo de investigação e respetiva carta de apresentação na *internet* de modo a maximizar o número de participantes. Importa ainda realçar, que a recolha de dados foi realizada em dois momentos, espaçados por três meses, com vista à recolha de informação que permitisse analisar a estabilidade temporal dos resultados.

### 3.1.3. Caraterização da amostra

Depois de considerados os critérios de inclusão/exclusão na amostra, foram selecionados os casos que os respeitavam, resultando esta num total de 32 sujeitos, sendo que a maioria (68,8%) respondeu presencialmente ao protocolo de investigação e somente dez (31,2%) responderam via *internet*. Não se verificam diferenças significativas entre os jogadores que responderam presencialmente ao protocolo de investigação e os que o fizeram *online* ( $U=94,500$ ;  $p=0,519$ ). No que concerne ao sexo dos participantes, a maioria dos indivíduos (21) são do sexo masculino (65,6%), sendo os restantes 11 do sexo feminino (34,4%). Já relativamente à média de idades, verificou-se que esta era 32,66 anos, com desvio padrão de 11,287, sendo que a maioria dos sujeitos não são casados (75%) e residem em áreas predominantemente urbanas (81,3%).

Para a classificação do nível socioeconómico (NSE) recorreu-se à tipologia de caraterização sociodemográfica de Simões (1994), que classifica o nível socioeconómico em três níveis, nomeadamente, baixo, médio e elevado. Contudo, embora tenha sido realizada esta caraterização, identificando-a, ela não foi utilizada por não nos ter sido possível calcular o nível socioeconómico dos desempregados e dos estudantes, devido à ausência de informação relativa à profissão dos pais dos estudantes e por esta tipologia não contemplar os desempregados.

A Tabela 1 apresenta as caraterísticas sociodemográficas da amostra.

Tabela 1: Distribuição de frequências das características sociodemográficas

Caraterísticas sociodemográficas	Sexo					
	Feminino		Masculino		Total	
	n	%	n	%	N	%
	11	34,4	21	65,6	32	100
<b>Idade</b>	<b>Média</b>	<b>DP</b>	<b>Média</b>	<b>DP</b>	<b>Média</b>	<b>DP</b>
	36,00	12,100	30,90	10,719	32,66	11,287
<b>Classes etárias</b>	<b>n</b>	<b>%</b>	<b>n</b>	<b>%</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Menos de 25 anos	3	27,3	8	38,1	11	34,4
25-34 anos	3	27,3	6	28,6	9	28,1
35-44 anos	2	18,2	3	14,3	5	15,6
Mais de 45 anos	3	27,3	4	19,0	7	21,8
<b>Estado civil</b>	<b>n</b>	<b>%</b>	<b>n</b>	<b>%</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Casados	2	18,2	6	28,6	8	25,0
Não-casados	9	81,8	15	71,4	24	75,0
<b>Escolaridade</b>	<b>n</b>	<b>%</b>	<b>n</b>	<b>%</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Ensino Primário	1	9,1	-	-	1	3,1
Ensino secundário incompleto	1	9,1	5	23,8	6	18,7
Ensino secundário completo	4	36,4	8	38,1	12	37,5
Curso profissional	-	-	3	14,3	3	9,4
Licenciatura	5	45,5	4	19,0	9	28,1
Doutoramento	-	-	1	4,8	1	3,1
<b>Categoria profissional*</b>	<b>n</b>	<b>%</b>	<b>n</b>	<b>%</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Representantes do poder legislativo...	-	-	3	14,3	3	9,4
Especialistas das ... intelectuais...	2	18,2	1	4,8	3	9,4
Técnicos e profissões ... intermédio...	-	-	1	4,8	1	3,1
Pessoal administrativo	1	9,1	-	-	1	3,1
Trabalhadores dos serviços...	1	9,1	4	19,0	5	15,6
Agricultores e trabalhadores...	1	9,1	-	-	1	3,1
Estudantes	4	36,4	9	42,9	13	40,6
Desempregados	2	18,2	3	14,3	5	15,6
<b>NSE</b>	<b>n</b>	<b>%</b>	<b>n</b>	<b>%</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Baixo	2	18,2	1	4,8	3	9,4
Médio	1	9,1	5	23,8	6	18,7
Elevado	2	18,2	3	14,3	5	15,6
Estudantes	4	36,3	9	42,8	13	40,6
Desempregados	2	18,2	3	14,3	5	15,6
<b>Residência</b>	<b>n</b>	<b>%</b>	<b>n</b>	<b>%</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Área predominantemente urbana	9	81,8	17	81,0	26	81,3
Área medianamente urbana	2	18,2	4	19,0	6	18,7

\*Tipologia das profissões conforme Classificação Portuguesa das Profissões - INE, 2010.

## 3.2. Instrumentos

Com o objetivo de compreender o fenómeno em estudo, recorreu-se à elaboração de um protocolo de investigação que engloba um questionário de dados sociodemográficos e cinco instrumentos específicos abaixo descritos.

### 3.2.1. Questionário de dados sociodemográficos

Com vista à caracterização sociodemográfica da amostra, elaborou-se um questionário de dados sociodemográficos que compreendia questões referentes ao sexo do indivíduo, estado civil, nacionalidade, local de residência, idade, escolaridade e, finalmente, profissão.

### 3.2.2. *Systemic Clinical Outcome and Routine Evaluation* – 15 (SCORE-15)

Para avaliar a funcionalidade familiar recorreu-se à versão reduzida do SCORE proposto por Stratton, Bland, Janes e Lask (2010) e traduzida por Relvas, Vilaça, Sotero, Cunha e Portugal (2010, citado por Mendes, 2011). Esta versão não está validada para a população portuguesa, no entanto, foi realizada a adaptação cultural, da versão de 29 itens (que inclui os 15 desta versão) por Mendes (2011). Este instrumento é um questionário de auto-resposta que se centra no vasto leque de relações que o jogador patológico estabelece (parental, filial, conjugal, cultural e ambiental), para avaliar os progressos terapêuticos alcançados pela família (Portugal et al., 2010). Através de 15 itens que variam entre 1 (descreve-nos muito bem) e 5 (descreve-nos muito mal) são avaliadas diferentes dimensões da família, nomeadamente, os recursos e a capacidade de adaptação, comunicação e dificuldades financeiras. Para a constatação dos resultados nesta parte do instrumento deve ter-se em consideração a inversão de alguns itens (2, 4, 5, 7, 8, 9, 11, 12, 13, 14) e analisar o resultado ponderando que quanto maior for a pontuação obtida, maiores serão as dificuldades familiares. De seguida, são apresentadas duas questões abertas, uma relativa às palavras que melhor descrevem a família e outra ao principal problema/dificuldade que a família enfrenta, e três escalas que variam entre 0 e 10, sendo que a primeira pretende avaliar a gravidade do problema familiar, a segunda o grau de organização familiar e a última, a perceção individual da utilidade da terapia

Estudo de caracterização de uma amostra de jogadores patológicos em função de variáveis familiares

Ana Raquel Cardoso de Souza Rodrigues (e-mail: arcsrodrigues@gmail.com) 2012

familiar/casal. Finalmente, solicita-se ao inquirido que proceda à identificação dos elementos do agregado familiar e respetivas idades.

### 3.2.3. Qualidade de vida (QUOL)

Com vista a avaliar a perceção de qualidade de vida dos jogadores, recorreremos à versão portuguesa do QUOL (Relvas, Alberto & Simões, 2008, citado por Simões, 2008), validada para a população portuguesa por Simões (2008). Este instrumento avalia, ao longo de 38 itens, o grau de satisfação com vários aspetos da vida, através de uma escala de *Lickert* que varia entre 1 (insatisfeito) e 5 (extremamente satisfeito). No estudo de validação esta escala apresentou uma muito boa consistência interna ( $\alpha = 0,92$ ).

### 3.2.4. Escala de Ajustamento Mútuo (EAM)

A inclusão da Escala de Ajustamento Mútuo (EAM) pretende avaliar em que medida o casal desenvolve estratégias que permitem manter a relação conjugal face às dificuldades que derivam do jogo patológico de um dos elementos do casal. A versão utilizada para avaliar o grau de ajustamento diádico foi a adaptada e validada para a população portuguesa por Lourenço e Relvas (2003, citado por Lourenço, 2006). Esta consiste numa escala constituída por 32 itens que se estruturam em quatro dimensões: consenso mútuo, satisfação mútua, expressão afetiva e coesão mútua. Aquando da verificação dos resultados deve ser observado que pontuações mais baixas na escala global correspondem a situações problemáticas que podem ser melhor identificadas e caracterizadas atendendo às subescalas. O elevado valor de consistência interna ( $\alpha = 0,93$ ) levou as autoras do estudo de validação a considerar importante a manutenção de todos os itens da versão original.

### 3.2.5. Inventário de sintomas psicopatológicos (BSI)

A avaliação da sintomatologia clínica dos jogadores patológicos foi realizada utilizando a versão portuguesa do BSI, traduzida e validada por Canavarro (1999). Este instrumento é um inventário de auto-resposta de fácil aplicação, constituído por 53 questões cuja resposta é uma escolha múltipla entre Nunca (0) e MUITÍSSIMAS vezes (4). De referir, que estes itens se distribuem em nove dimensões: somatização ( $\alpha = 0,79$ ), obsessões-

compulsões ( $\alpha = 0,77$ ), sensibilidade interpessoal ( $\alpha = 0,76$ ), depressão ( $\alpha = 0,73$ ), ansiedade ( $\alpha = 0,76$ ), hostilidade ( $\alpha = 0,75$ ), ansiedade fóbica ( $\alpha = 0,62$ ), ideação paranóide ( $\alpha = 0,72$ ) e psicoticismo ( $\alpha = 0,62$ ). Também é possível calcular três índices globais: Índice Geral de Sintomas (IGS), Total de Sintomas Positivos (TSP) e Índice de Sintomas Positivos (TSP) que avaliam de forma sumária perturbações do foro emocional.

### 3.2.6. *South Oaks Gambling Screen* (SOGS)

O SOGS, proposto por Lesieur e Blume (1987) e validado para a população portuguesa por Lopes (2008), é referido na literatura como o instrumento mais utilizado para avaliar o jogo patológico. Este questionário de 20 itens foi pensado segundo os critérios do DSM-III e permite avaliar o impacto do jogo em diversos domínios da vida do jogador: familiar, social, profissional, recursos financeiros e aspetos emocionais. O jogador é considerado patológico quando soma mais do que cinco pontos num total de 20 pontos possíveis, sendo a gravidade maior quanto mais elevada a pontuação final. O SOGS permite também identificar o tipo de jogo mais frequentemente praticado, as quantias envolvidas na aposta e a existência de familiares e/ou amigos com problemas relacionados com o jogo. Quando aplicado antes do tratamento, o SOGS permite um diagnóstico fiável do jogo patológico, podendo ser também utilizado durante ou após o tratamento, para comprovar a eficácia do mesmo (González, 1989).

### 3.3. Procedimentos Gerais

Com vista à análise estatística dos dados recolhidos no protocolo de investigação, procedeu-se à sua inserção numa base de dados utilizando o *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS – versão 20.0).

Após a introdução dos dados, procedeu-se à inversão dos itens supramencionados do SCORE-15, procedimento requerido para a análise fiável deste instrumento específico.

De seguida, efetuou-se a verificação dos *missings*, que sendo inferiores a 20%, não enviesariam os dados, optando-se assim, pela sua substituição pela média de cada item associado, como sugerido por Pestana e Gageiro (2008). É importante frisar que destes valores *missings*, excluem-se os itens considerados “não aplicáveis” do QUOL (2, 3, 4, 15, 20, 24 e 29).

Estudo de caracterização de uma amostra de jogadores patológicos em função de variáveis familiares

Ana Raquel Cardoso de Souza Rodrigues (e-mail: arcsrodrigues@gmail.com) 2012

No que concerne aos *outliers*, verificou-se que duas escalas apresentavam *outliers*: um item do BSI e um item do SCORE-15. A análise permitiu verificar que estes *outliers* eram moderados, visto que a sua localização se situa entre 1,5 e 3 amplitudes inter-quartis, para baixo do primeiro quartil ou para cima do terceiro quartil (Pestana & Gageiro, 2008). Devido a isso, considerou-se que fariam parte do fenómeno estudado, optando-se pela sua manutenção na análise (Pestana & Gageiro, 2008).

Além disso, estabeleceu-se que a aplicação de testes estatísticos estaria dependente do critério de existirem, pelo menos, cinco observações em cada categoria (Murteira et al., 2004), pelo que a variável estado civil foi alterada, passando a ser composta por duas categorias, nomeadamente, “casados” e “não casados.” Do mesmo modo, todas as outras categorias em análise seguiram este pressuposto, tendo sido adaptadas para se ajustarem ao mesmo.

No que concerne a variáveis extraordinárias aos instrumentos mencionados no ponto anterior, foram inseridas duas tipologias; uma relativa ao agregado familiar e outra ao tipo de reforço, de modo a atingir uma maior compreensão desta patologia. A primeira tipologia diz respeito à etapa do ciclo vital da família e inclui quatro categorias: família com filhos pequenos, família com filhos na escola, família com filhos adolescentes e famílias com filhos adultos, observando ainda a posição que o jogador ocupa na família (subsistema parental/ subsistema filial). Já a segunda tipologia utilizada classifica o jogo pelo tipo de reforço que envolve. Assim, com recurso à primeira questão do SOGS, criaram-se duas categorias, sendo que uma se refere a jogos de reforço imediato (raspadinha, *slot machines*, bingo, jogos de casino, jogos de cartas a dinheiro, jogos de dados a dinheiro e jogos de perícia) e a outra a jogos de reforço tardio (lotaria, totoloto/euromilhões, totobola/totogolo, rifas e investimentos especulativos). A diferença entre ambas consiste em o jogador saber prontamente se ganhou ou perdeu, ou se tem de aguardar algum tempo até saber o resultado da sua aposta, respetivamente (Clímaco, 2004). Importa mencionar que desta tipologia foram excluídos os restantes tipos de jogo desta questão do instrumento (corridas de cavalos, bolsa e jogos desportivos) por não termos forma de saber de que modo os participantes os jogam. Como os jogadores combinam diversos tipos de jogos (de reforço imediato e tardio), considerámos o tipo

de jogo mais frequente, sem ter em conta o valor gasto, pois o SOGS não permite clarificar esta questão. Por exemplo, um jogador que joga o euromilhões mais do que uma vez por semana (reforço tardio) e raspadinha apenas uma vez por mês (reforço imediato) foi considerado, devido à maior frequência com que joga o euromilhões, um jogador com preferência pelo jogo de reforço tardio.

Depois de terminada a inserção de todos os dados na base, avaliou-se o cumprimento dos pressupostos estatísticos necessários à utilização de estatística paramétrica. Assim, para a análise da normalidade aplicou-se o teste de *Kolmogorov-Smirnov*, com correção de *Lilliefors* e analisaram-se histogramas, gráficos de caule e folhas, *QQ-Plots* e quocientes de simetria e de curtose pelo respetivo erro padrão. Já a homogeneidade de variâncias foi avaliada com o teste de *Levene*. A consistência interna foi verificada para o SCORE-15 por este instrumento ainda não ter sido objeto de validação para a população portuguesa, através do teste alfa de *Cronback*.

Uma vez que os dados obtidos com SOGS não apresentavam uma distribuição normal, optou-se pelo uso de testes estatísticos não paramétricos, nomeadamente, de *Spearman* (correlações) para verificação da existência de relação/influência entre as variáveis e de *Mann-Whitney*, para comparar dois grupos.

No que concerne à análise da estabilidade temporal, comparando o primeiro e o segundo momento, esta foi realizada através da aplicação do teste de *Wilcoxon*, tendo-se verificado previamente a distribuição das diferenças entre o primeiro e o segundo momento (Pestana & Gageiro, 2008).

#### **IV - Resultados e sua discussão**

A apresentação dos resultados respeita a sequenciação dos objetivos, previamente definidos, procurando concretizar um objetivo antes de passar ao seguinte, à exceção da caracterização sociodemográfica, já apresentada anteriormente (cf. Caracterização da amostra). Do mesmo modo, com vista a uma melhor compreensão dos resultados, optou-se pela sua discussão, imediatamente a seguir à sua apresentação.

#### 4.1. Caracterização dos jogadores patológicos da amostra

De seguida, apresentam-se os resultados e interpretação dos mesmos, relativos à caracterização da amostra do ponto de vista do seu funcionamento global.

##### 4.1.1 Caracterização sociodemográfica

A amostra é constituída por mais homens que mulheres, numa relação de dois para um, como sugerido na literatura (Brieva, 2006; Domínguez Álvarez, 2009). Embora as estatísticas apontem para estes números, suspeita-se que a diferença não seja tão acentuada, pois há que ter em conta a clandestinidade do jogo feminino e a maior prevalência de mulheres jogadoras de euromilhões, raspadinhas, etc. que são jogos socialmente aceites (Brieva, 2006). Com efeito, Martins, Lobo, Tavares e Gentil (2002), num estudo de revisão de literatura, verificaram que a prevalência de jogo patológico feminino era superior ao previsto. No mesmo sentido, outros estudos (Abbott, 2006) sugerem um aumento do número de mulheres com problemas de jogo nos últimos anos.

No que se refere à idade dos jogadores, verifica-se que a maior prevalência de jogo concerne às classes de idades mais baixas, o que corrobora os resultados de estudos que sinalizaram o jogador patológico mais comum com idade inferior a 30-35 anos (Culleton, 1985; Culleton & Lang, 1984). Na verdade, alguns investigadores (Becoña, 1991) têm chamado a atenção para a expansão do jogo na adolescência e juventude, especialmente entre os estudantes universitários (Stinchfield, Hanson & Olson, 2006), com idades compreendidas entre 18 e 30 anos, evidenciando também a maior prevalência do sexo masculino nestes grupos etários. Também Jiménez (2002) analisou uma amostra de jogadores e verificou que 21,2% eram estudantes, com idade entre os 20 e os 24 anos. Os jogadores da presente amostra são também sobretudo estudantes.

É comum que, numa amostra de adultos, os jogadores patológicos sejam maioritariamente casados (Mazzoleni et al., 2009). No que se refere ao nível educacional, a maioria da amostra tem uma escolaridade superior ao ensino obrigatório, tendo concluído o ensino secundário ou uma licenciatura, o que vai ao encontro dos resultados de alguns estudos (Aymami et al.,

1999; Becoña, 1999; Crespo & Turón, 1999; Ladouceur, 1991), que apontam para o facto dos jogadores patológicos serem indivíduos com uma escolaridade superior à média da população a que pertencem. Contudo, outros estudos caracterizam os jogadores patológicos como sendo indivíduos de baixo nível educacional (Becoña, 1991; Legarda et al., 1992).

Quanto ao NSE não foi possível a sua estimativa para a maioria da amostra (56,2%) devido ao elevado número de desempregados e estudantes, pelo que optámos por não incluir este indicador no nosso estudo.

Por último, os sujeitos que participaram neste estudo habitam em áreas urbanas o que parece confirmar a ideia de que o jogo patológico é mais comum nas cidades devido à maior acessibilidade, disponibilidade e proximidade de espaços e equipamentos de jogo (Brieva, 2006; Domínguez-Álvarez, 2009; Mascarenhas, 1991).

#### 4.1.2. Caracterização do funcionamento psicopatológico

Ora, do ponto de vista do funcionamento psicopatológico (BSI), a amostra apresenta, de um modo geral, valores intermédios aos descritos por Canavaro (1999) para uma amostra da população geral e para uma amostra de indivíduos perturbados emocionalmente (Tabela 2).

**Tabela 2: Análise comparativa do funcionamento psicopatológico (BSI)**

Dimensões	Amostra da população geral		Amostra de jogadores patológicos		Amostra de indivíduos emocionalmente perturbados	
	Média	DP	Média	DP	Média	DP
Somatização	0,57	0,916	3,71	3,994	9,45	7,032
Obs.-Compulsões	1,29	0,878	7,81	4,215	11,53	5,567
Sens. Interpessoal	0,96	0,727	3,69	3,364	6,40	4,143
Depressão	0,89	0,722	6,72	4,841	11,03	6,275
Ansiedade	0,94	0,766	5,84	3,870	10,52	5,658
Hostilidade	0,89	0,784	5,69	4,200	7,03	4,529
Ansiedade Fóbica	0,42	0,663	2,41	2,939	5,08	4,656
Ideação Paranoide	1,06	0,789	6,78	3,765	7,65	4,263
Psicoticismo	0,67	0,614	4,81	3,623	7,02	4,140
IGS	0,84	0,480	0,98	0,599	1,43	0,705
TSP	26,99	11,724	30,62	12,968	37,35	12,166
ISP	1,56	0,385	1,61	0,472	2,11	0,595

Assim, podemos afirmar que a presente amostra apresenta níveis mais elevados de sintomatologia psicopatológica do que a população geral em todas as dimensões do BSI.

Existem algumas evidências clínicas que de que os jogadores patológicos apresentam uma maior incidência de transtornos afetivos, nomeadamente de depressão e de ansiedade (Ibáñez et al. 2001; King, Abrams & Wilkinson, 2010; Ledgerwood & Petry, 2010; Martínez et al., 1993; McCormick, Russo, Ramírez & Taber, 1984; O'Brien, 2011). Também nestas dimensões a amostra de jogadores patológicos apresentou valores médios superiores à população, embora que inferiores ao da amostra de indivíduos emocionalmente perturbados.

#### 4.1.3. Caraterização do funcionamento familiar e conjugal

Em termos de funcionamento familiar (SCORE), a amostra apresenta valores médios baixos, quer no que se refere à escala total, quer no que diz respeito às suas dimensões, o que significa que os sujeitos percecionam poucas dificuldades na vida familiar (Tabela 3).

**Tabela 3: Análise descritiva do Score-15**

<b>Dimensões</b>	<b>Mínimo</b>	<b>Máximo</b>	<b>Média</b>	<b>DP</b>
Competências Familiares	5,00	22,00	10,41	3,555
Dificuldades Familiares	7,00	28,00	13,34	4,278
Comunicação Familiar	3,00	10,00	6,44	1,740
Score Total	16,00	49,00	30,19	7,502

Este resultado não é suportado pela literatura, na medida em que a generalidade da investigação refere que o jogo patológico tem um impacto negativo sobre a família (Abbott, 2001; Ciarrocchi & Reinert, 1993; Dowling et al., 2009; Krishnan & Orford, 2002; Ladouceur, Bopisvert, Loranger & Sylvain, 1994). Na análise destes resultados há que ter em consideração aspetos como a desejabilidade social, dado o valor que a família assume na nossa cultura. Para além disso, uma explicação possível, é a baixa severidade do jogo que poderá ainda não ser reconhecido pela família como um problema. A literatura admite que o jogo só é percebido por outros, nomeadamente pela família, numa fase muito severa do seu desenvolvimento (Abbott et al., 1995; Gupta & Derevensky, 1997).

A satisfação com o funcionamento familiar da presente amostra torna-se ainda mais evidente com a análise das questões de resposta aberta do SCORE-15, pois os indivíduos escolhem palavras positivas para descrever a sua família, sendo os problemas financeiros os mais referidos como o principal problema familiar (Tabela 4).

**Tabela 4: Análise de conteúdo das questões de resposta aberta**

<b>Quais as palavras que melhor descreveriam a sua família?</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
União, amor, harmonia	26	81,3
Conflito, problemática, falta de união	5	15,6
União, conflito	3	9,4
<b>Como descreveria o principal problema/dificuldade da sua família?</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Problemas financeiros	20	62,5
Problemas de saúde	2	6,3
Problemas de emprego	1	3,1
Problemas de comunicação	3	9,4
Problemas relacionais (com filhos e outros familiares)	3	9,4
Ausência/falta de tempo para estar juntos	2	6,3
Incerteza quanto ao futuro	1	3,1

Tal como no presente estudo, os custos financeiros associados ao jogo estão amplamente referidos na literatura (Abbott, 2001; Blaszczynski & McConaghy, 1994; Kalischuk et al., 2007; Lesieur, 1996; Ladouceur et al., 1994) e são considerados como um dos principais problemas do jogo patológico. No que respeita à avaliação da gravidade do problema familiar, esta aproxima-se do meio da escala (média=5,627±2,697). Já a análise de frequências permite observar que a maioria das respostas se situa entre os valores 5 e 8 da escala de gravidade (Tabela 5).

**Tabela 5: Análise de frequências da avaliação da gravidade do problema familiar**

<b>Qual a gravidade do problema familiar?</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
0 – Ausência de problema	2	6,3
1	1	3,1
2	3	9,4
3	1	3,1
4	1	3,1
5	5	15,6
6	5	15,6
7	6	18,8
8	5	15,6
9	1	3,1
10 – Muito grave	2	6,3

Estudo de caracterização de uma amostra de jogadores patológicos em função de variáveis familiares

Ana Raquel Cardoso de Souza Rodrigues (e-mail: arcsrodrigues@gmail.com) 2012

Sabendo que o principal problema familiar identificado pelos sujeitos foi a questão financeira, confirma-se o que está descrito na literatura, na medida em que os problemas financeiros surgem identificados como aqueles que têm maior impacto na vida familiar (Bertrand et al., 2008; Brieva, 2006; Dickson-Swift et al., 2005; Kalischuk et al., 2007; Suurvali et al., 2010).

Quando questionados sobre como se estão a organizar como família, a generalidade dos sujeitos responde de forma positiva (média=3,13±2,709), com a maioria das respostas a situarem-se no extremo inferior da escala (Tabela 6).

**Tabela 6: Análise de frequências da avaliação da organização familiar**

Como se estão a organizar enquanto família?	n	%
0 – Muito bem	5	15,6
1	6	18,8
2	4	12,5
3	7	21,9
4	1	3,1
5	2	6,3
6	4	12,5
7	0	-
8	1	3,1
9	1	3,1
10 – Muito mal	1	3,1

Este resultado é congruente com a hipótese de que os jogadores se encontram ainda numa fase inicial/controlada da sua adição, onde os ganhos permitem ainda fazer face às perdas, sem que o jogo interfira na organização familiar.

Por sua vez, no que concerne a utilidade da terapia familiar ou de casal, verifica-se que o valor médio se aproxima do meio da escala (média=4,97±3,326), com as respostas a apresentarem uma maior dispersão (Tabela 7).

Tabela 7: Análise de frequências da avaliação da utilidade da terapia familiar/conjugal

Como considera a utilidade da terapia familiar/conjugal?	n	%
0 – Bastante útil	5	15,6
1	1	3,1
2	1	3,1
3	4	12,5
4	4	12,5
5	5	15,6
6	1	3,1
7	1	3,1
8	4	12,5
9	2	6,3
10 – Nada útil	4	12,5

A diversidade de respostas obtidas, quanto à utilidade da terapia, poderá refletir as diferentes motivações dos jogadores para procurar ajuda. Contudo, não se verificou nenhuma relação entre a severidade do problema e a avaliação da utilidade da terapia ( $r = -0,181$ ;  $p = 0,321$ ), ou seja, não são os jogadores que obtiveram valores mais elevados no SOGS que consideram a terapia como sendo bastante útil. É sabido que, normalmente, os jogadores patológicos procuram ajuda numa fase tardia da adição e que, muitas vezes, essa ajuda é solicitada por outro familiar, particularmente o cônjuge

Em termos de ciclo vital da família (Relvas, 1996), a generalidade dos sujeitos vive numa família com filhos adultos, sendo a maioria pertencente ao subsistema filial (Tabela 8).

Tabela 8: Distribuição da amostra por agregado familiar

Agregado familiar	n	%
Família com filhos pequenos	1	3,1
Família com filhos na escola	3	9,4
Família com filhos adolescentes	3	9,4
Família com filhos adultos	15	46,9
Posição no agregado familiar	n	%
Mãe	3	9,4
Pai	9	28,1
Subsistema parental	12	46,2
Filha	5	15,6
Filho	9	28,1
Subsistema filial	14	53,8

O predomínio do subsistema filial confirma a ideia de que os jogadores patológicos são, cada vez mais, jovens que desenvolvem esta

Estudo de caracterização de uma amostra de jogadores patológicos em função de variáveis familiares

atividade em grupo, chamando a atenção para influência do grupo de pares (Gupta & Derevensky, 1997; Jiménez, 2002).

Relativamente ao funcionamento conjugal (EAM) constata-se que a amostra de jogadores patológicos apresenta valores médios relativamente superiores, tanto na escala global de ajustamento mútuo como nas suas quatro dimensões, aos resultados apresentados por Lourenço (2006) no estudo de validação para a população portuguesa (Tabela 9).

**Tabela 9: Análise comparativa do ajustamento mútuo (EAM)**

Dimensões	Amostra de jogadores patológicos		Estudo de validação	
	Média	DP	Média	DP
Consenso mútuo	49,86	3,532	47,30	8,392
Satisfação mútua	39,38	12,705	29,25	5,775
Coesão mútua	15,88	2,416	15,14	5,126
Expressão afetiva	9,00	2,070	8,60	2,333
Ajustamento mútuo	108,96	5,474	100,29	19,006

Podemos, assim, considerar que existe uma perceção de ajustamento conjugal adequado nos oito jogadores patológicos casados aqui analisados, pois como referem Burger & Jacobson (1979, citado por Lourenço, 2006), um valor médio de ajustamento mútuo inferior a 100 seria indicativo de pobre ajustamento diádico. A literatura é contraditória quanto ao ajustamento diádico de jogadores patológicos, enquanto alguns estudos apontam para a existência de ajustamento (Ferland et al., 2008; Fernández, Rincón & Domínguez Álvarez, 2002) outros estudos sugerem o oposto (Custer & Milt, 1985; Dowling et al., 2009; Lorenz & Yaffee, 1986). Não podemos, no entanto, deixar de considerar que este resultado poderá refletir a perceção dos sujeitos quanto ao que é desejável do ponto de vista social ou ainda ser uma consequência do baixo grau de severidade do jogo.

#### 4.1.4. Caracterização da qualidade de vida familiar

De um modo geral, a amostra de jogadores patológicos não se encontra satisfeita com a sua qualidade de vida (QUOL). Apesar da satisfação com as dimensões vizinhança e comunidade, casa, *mass media*, relações sociais e saúde, religião família, filhos e educação ser ligeiramente superior à da população geral do estudo de validação realizado por Simões (2008), a insatisfação com as dimensões bem-estar financeiro, tempo e

emprego é tão inferior à população que tem um efeito decisivo na escala global (Tabela 10).

**Tabela 10: Análise comparativa das dimensões da qualidade de vida (QUOL)**

Dimensões	Amostra de jogadores patológicos		Estudo de validação	
	Média	DP	Média	DP
Bem-estar Financeiro	16,70	5,856	26,62	7,779
Tempo	12,68	3,496	13,32	4,992
Vizinhança e Comunidade	19,75	4,015	17,84	4,754
Casa	19,37	3,102	17,75	4,399
<i>Mass Média</i>	8,54	2,027	7,79	2,133
Relações Sociais e Saúde	14,07	2,120	13,70	2,733
Emprego	6,78	1,888	9,72	2,016
Religião	6,67	1,494	6,48	1,994
Família	8,00	1,195	7,64	1,711
Filhos	8,55	1,368	7,06	2,386
Educação	6,62	1,660	5,71	2,254
QUOL-total	103,23	14,926	125,49	20,076

Estes resultados confirmam o que está descrito na literatura, na medida em que a investigação tem mostrado uma menor satisfação com a qualidade de vida por parte dos jogadores patológicos (Black, Moyer & Schlosser, 2003; Grant & Kim, 2005; Mythily, Edimansyah, Qiu & Munidasa, 2011; Scherrer et al., 2005). No entanto, ele não deixa de ser contraditório face aos resultados obtidos nas outras escalas, nomeadamente no SCORE e na EAM, que refletem uma avaliação positiva do funcionamento quer familiar quer conjugal.

Ora, o facto de serem as finanças, o tempo e o emprego as mais afetadas pela adição ao jogo corrobora o que está descrito na literatura (Dickson-Swift et al., 2005; Fernández-Montalvo, Báez & Echeburúa, 2000; Jiménez, 2002). Com efeito, o jogo altera a interação do jogador com o seu meio, de modo a que o tempo de trabalho e de estudo parece perder valor (Jiménez, 2002). O jogador retira tempo ao trabalho, à família e a outras atividades de lazer para dedicar cada vez mais tempo ao jogo (Dickson-Swift et al., 2005). O absentismo, as dificuldades de concentração, os frequentes conflitos laborais e as situações de furto no local de trabalho são as principais causas da diminuição do rendimento dos jogadores patológicos (Fernández-Montalvo et al., 2000). A leitura conjunta destes resultados com os obtidos no SCORE reforça a nossa ideia de que os jogadores aqui

estudados encontram-se numa fase inicial de adição, onde o jogo permanece como um fenómeno escondido da família e o jogador procura, por todos os meios, resolver sozinho os problemas que o jogo acarreta.

#### 4.1.5. Caraterização da atividade problema: o jogo patológico

A análise descritiva do jogo patológico permite-nos verificar que na presente amostra, o SOGS apresenta um valor médio de 8,13 com um desvio-padrão de 3,536 (Tabela 11).

**Tabela 11: Análise descritiva do SOGS**

SGOS	Mínimo	Máximo	Média	DP
	5,00	17,00	8,13	3,536

Uma análise mais detalhada permite-nos constatar que 34,4% da amostra pontuou 5 (critério de inclusão) e que somente 1 jogador obteve a pontuação máxima de 17 (Tabela 12).

**Tabela 12: Análise de frequências do SOGS**

Pontuação SOGS	n	%
5	11	34,4
6	4	12,5
7	2	6,3
8	4	12,5
9	2	6,3
10	2	6,3
11	1	3,1
13	2	6,3
14	2	6,3
15	1	3,1
17	1	3,1

A escassez de estudos nacionais sobre o jogo patológico não nos permite estabelecer um comparativo entre os valores médios aqui encontrados com os de outros estudos. No entanto, tendo em conta que a pontuação máxima do SOGS é de 20, podemos considerar que talvez não estejamos na presença de jogadores severos ou com elevado grau de adição.

O tipo de jogo mais comum nesta amostra de jogadores patológicos é o totoloto/euromilhões, jogado uma vez por semana e a raspadinha, com uma frequência de jogo inferior a uma vez por semana (Tabela 13).

Tabela 13: Análise de frequências do tipo e frequência de jogo (SOGS)

Tipo de Jogo	Feminino (n=11)			Masculino (n=21)		
	Nenhuma	Menos de 1 x por semana	1 x por semana	Nenhuma	Menos de 1 x por semana	1 x por semana
Raspadinha	2 (18,2%)	<b>6</b> ( <b>54,5%</b> )	3 (27,3%)	5 (23,8%)	<b>10</b> ( <b>47,6%</b> )	6 (28,6%)
Lotaria	8 (72,7%)	3 (27,3%)	---	12 (57,1%)	8 (38,1%)	1 (4,8%)
Totoloto/Euromilhões	1 (9,1%)	4 (36,4%)	<b>6</b> ( <b>54,5%</b> )	2 (9,5%)	9 (42,9%)	<b>10</b> ( <b>47,6%</b> )
Totobola/Totogolo	9 (81,8%)	2 (18,2%)	---	13 (61,9%)	5 (23,8%)	3 (14,3%)
Slots Machines	6 (54,5%)	3 (27,3%)	2 (18,2%)	11 (52,4%)	8 (38,1%)	2 (9,5%)
Bingo	5 (45,5%)	4 (36,4%)	2 (18,2%)	10 (47,6%)	<b>9</b> ( <b>42,9%</b> )	2 (9,5%)
Jogos de Casino	5 (45,5%)	5 (45,5%)	1 (9,1%)	10 (47,6%)	<b>9</b> ( <b>42,9%</b> )	2 (2,5%)
Jogos de cartas (a dinheiro)	7 (63,6%)	4 (36,4%)	---	7 (33,3%)	8 (38,1%)	6 (28,6%)
Jogos de dados (a dinheiro)	10 (90,9%)	1 (9,1%)	---	18 (85,7%)	3 (14,3%)	---
Rifas (angariação de fundos)	7 (63,6%)	4 (36,4%)	---	13 (61,9%)	8 (38,1%)	---
Jogos de perícia (a dinheiro)	7 (63,6%)	4 (36,4%)	---	11 (52,4%)	8 (38,1%)	2 (9,5%)
Jogos Desportivos	9 (81,8%)	2 (18,2%)	---	7 (33,3%)	7 (33,3%)	7 (33,3%)
Corridas de cavalos	11 (100%)	---	---	18 (85,7%)	2 (9,5%)	1 (4,8%)
Investimentos especulativos	10 (90,9%)	1 (9,1%)	---	16 (76,2%)	3 (14,3%)	2 (9,5%)

Este resultado é consistente com os encontrados noutros estudos (Becoña, 1991; Jimenez, 2002; Ladouceur, 2002) e aponta no sentido dos jogadores patológicos preferirem jogos que são menos estigmatizantes do ponto de vista social. A elevada disponibilidade deste tipo de jogo e a sua estrutura, que ao permitir que o jogador escolha o número em que vai apostar aumenta a sua ilusão de controlo (Ladouceur, 2002), poderá ser uma explicação.

A análise da Tabela 13 sugere que existe uma diferença entre os géneros no que se refere ao tipo de jogo, com uma maior concentração dos sujeitos

Estudo de caracterização de uma amostra de jogadores patológicos em função de variáveis familiares

do sexo feminino no jogo socialmente aceite e uma maior distribuição dos sujeitos do sexo masculino que tendem a envolver-se numa maior variedade de jogos. Nesse sentido, Echeburúa, González-Ortega, Corral e Polo-López (2010) referem que as mulheres jogam para aliviar sentimentos de depressão e ansiedade, escolhendo jogos que são mais aceitáveis do ponto de vista social.

Em termos do maior montante apostado num só dia, a generalidade da amostra situa-se entre os 10 e os 100 euros (43,8%), verificando-se uma maior proporção de jogadores femininos no limite inferior dos montantes apostados e uma maior concentração de jogadores masculinos nas apostas de valor superior a 100 euros (Tabela 14).

**Tabela 14: Análise de frequências do montante apostado por sexo (SGOS)**

Montante	Feminino		Masculino	
	n	%	n	%
Entre um e dez euros	3	27,3	1	4,8
Entre dez e cem euros	5	45,5	9	42,4
Entre cem e mil euros	2	18,2	6	28,6
Entre mil e dez mil euros	-	-	3	14,3
Mais de dez mil euros	1	9,1	2	9,5

Ora, de entre as diferenças sexuais encontradas entre os jogadores patológicos destaca-se o facto de os homens apostarem valores mais elevados do que as mulheres (Desai & Potenza, 2008; Echeburúa et al., 2010).

Ainda, se considerarmos simultaneamente o tipo de jogo e os montantes apostados, podemos afirmar que o jogo poderá ter, para a presente amostra, uma função sobretudo de entretenimento, pois são necessárias pequenas quantias de dinheiro para jogar e a possibilidade de vir a ganhar, de uma vez, uma quantia considerável mantém o entretenimento e o jogo (Gill, Grande & Taylor, 2006).

Como vimos, também se analisou a importância do tipo de reforço (imediate/tardio) no jogo patológico, comparando as preferências dos jogadores por jogos, como a rapsadinha, *slot machines*, bingo, jogos de casino, jogos de cartas a dinheiro, jogos de dados a dinheiro, jogos de perícia, de reforço imediato e jogos de reforço tardio, tais como a lotaria, o totoloto/euromilhões, totobola/totogolo, as rifas e os investimentos

especulativos (Tabela 16). Verifica-se que a grande maioria dos jogadores aposta em jogos de reforço imediato (Tabela 15).

**Tabela 15: Distribuição de frequências por tipo de reforço (SOGS)**

<b>Tipo de reforço</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Reforço imediato	23	71,9
Reforço tardio	6	18,8
Ambos	3	9,3

Na verdade, existem algumas evidências de que os jogos de reforço imediato têm uma maior capacidade viciante, na medida em que o conhecimento do resultado da aposta é mais breve (Clímaco, 2004). Os pequenos ganhos que o jogador recebe regularmente constituem um reforço positivo que contribui para a aquisição e manutenção do jogo (Sharpe, 2002).

Já para analisar as influências do contexto sociocultural, o SOGS inclui uma questão sobre as pessoas que o jogador conhece que têm ou tiveram problemas com o jogo. Aqui, observa-se que os sujeitos da amostra referem sobretudo os amigos (Tabela 16).

**Tabela 16: Distribuição de frequências das pessoas referidas como tendo problemas com o jogo (SOGS)**

<b>Pessoas com problemas com o jogo</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Pai	1	3,1
Avós	2	6,3
Filhos	1	3,1
Amigos	17	53,1

Ora, as teorias de aprendizagem social explicam a influência dos pares no contexto da modelação social, na medida em que os indivíduos tendem a replicar o comportamento das pessoas que lhes são significativas, incluindo o grupo de pares e os amigos (Gupta & Derevensky, 1997). Num estudo realizado em Espanha, Jiménez (2002) verificou que 20,0% dos jogadores sociais consideravam que os seus amigos jogavam em excesso, mas este valor aumentava entre os jogadores problemáticos para 39,4% e disparava entre os jogadores patológicos para 84,62%. No mesmo sentido, também a referência à influência familiar (pai, avós, filhos) está bem documentada (Abbott, 2001; Ladouceur, Vitaro & Côté, 2001). Para além disso, alguns

Estudo de caracterização de uma amostra de jogadores patológicos em função de variáveis familiares

estudos referem que o comportamento de jogar tende a aumentar na transição da adolescência para a idade adulta (King et al., 2010; Slutske, Jackson & Sher, 2003) e um dos fatores de risco que tem sido apontado é a influência parental, particularmente do pai (Gupta & Derevensky, 1997; Ladouceur et al., 2001).

A maioria dos jogadores da presente amostra reconhece que tem ou teve um problema com o jogo (53,1%), sendo que 46,9% declaram não ter problemas com o jogo, o que está de acordo com a literatura, na medida em que Jiménez (2002) afirma que os jogadores reconhecem-se como tal e sabem que o meio social envolvente os identifica como pessoas com um problema de jogo. De facto, 87,5% dos jogadores da nossa amostra comprova já ter apostado mais dinheiro do que pretendia, o que realça a falta de controlo dos jogadores face ao impulso de jogar (Ladouceur, 2005). Para além disso, 62,5% declara já ter sido criticado pelas apostas que faz ou lhe ter sido dito que tem problemas com o jogo, tendo a noção de que essas críticas/avisos têm um fundo de verdade. Neste sentido, 81,3% dos sujeitos afirma ter sentimentos de culpa relativos ao jogo. Porém, 53,1% dos inquiridos diz que não pretende parar de jogar.

#### 4.2. Influência das variáveis sociodemográficas, sintomatologia psicopatológica, funcionamento familiar, ajustamento conjugal e qualidade de vida nas características do jogo patológico

De seguida apresentam-se os resultados obtidos nas relações procuradas entre as variáveis estudadas e a gravidade do jogo.

##### 4.2.1. Influência das características sociodemográficas no jogo patológico

As características sociodemográficas parecem não influenciar o jogo patológico, pois não se observam correlações significativas entre as características sociodemográficas (sexo, classe etária, estado civil, escolaridade e categoria profissional) e a pontuação obtida no SOGS (Tabela 17).

**Tabela 17: Análise correlacional das características sociodemográficas e SOGS (Spearman)**

Caraterísticas Sociodemográficas	SOGS	
	<i>r</i>	<i>p</i>
Sexo	-0,077	0,674
Classe etária	0,179	0,328
Estado civil	0,202	0,266
Escolaridade	0,243	0,179
Categoria profissional	-0,204	0,264

Apesar da literatura não ser consensual no que se refere às caraterísticas sociodemográficas dos jogadores patológicos, este resultado vai ao encontro do que está descrito em alguns estudos (Brieva, 2006), na medida em que o jogo patológico parece ser transversal a todas as idades, estratos sociais, possibilidades económicas e sexo.

#### 4.2.2. Influência do funcionamento psicopatológico no jogo patológico

A análise correlacional permite-nos observar que existe uma relação positiva significativa entre a dimensão psicoticíssimo e a severidade do jogo, o mesmo acontecendo para o Índice de Sintomas Positivos (Tabela 18).

**Tabela 18: Análise correlacional do funcionamento psicopatológico e SOGS (Spearman)**

Funcionamento psicopatológico	SOGS	
	<i>r</i>	<i>p</i>
Somatização	0,019	0,918
Obsessões-Compulsões	0,213	0,242
Sensibilidade Interpessoal	0,108	0,557
Depressão	0,324	0,070
Ansiedade	0,303	0,091
Hostilidade	0,132	0,473
Ansiedade Fóbica	0,064	0,729
Ideação Paranoide	0,172	0,348
Psicoticíssimo	0,397	<b>0,024</b>
IGS	0,296	0,100
TSP	0,215	0,238
ISP	0,360	<b>0,043</b>

Os resultados obtidos não são totalmente consistentes com a literatura científica, na medida em que a dimensão psicoticíssimo não aparece, normalmente relacionada com a severidade do jogo. No entanto, Desai &

Potenza (2008) propuseram que o nível de perturbação psiquiátrica tende a aumentar com a severidade do jogo. Também Blanco et al. (2009) identificaram uma relação entre a severidade do jogo, a impulsividade e a obsessão/compulsão. Além disso, alguns estudos referem que a depressão (Blaszczynski & Nower, 2002; Desai & Potenza, 2008; O'Brien, 2011) e a ansiedade (Blaszczynski, McConaghy & Frankova, 1989; Echeburúa et al., 2010) desempenham um papel importante nesta patologia. No presente estudo não foi possível confirmar estas hipóteses, mas o aumento do ISP e a relação com o psicoticismo sugerem a existência de sintomatologia psicopatológica nos jogadores patológicos.

#### 4.2.3. Influência do funcionamento familiar e do ajustamento mútuo do casal no jogo patológico

Não se observam quaisquer correlações entre o funcionamento familiar e a severidade do jogo (Tabela 19).

**Tabela 19: Análise correlacional o funcionamento familiar e o SOGS (Spearman)**

Funcionamento familiar	SOGS	
	<i>r</i>	<i>p</i>
Competências Familiares	0,140	0,446
Dificuldades Familiares	0,000	0,997
Comunicação Familiar	0,169	0,355
SCORE Total	0,105	0,568

Ora, Martínez et al. (1993), salientam que os efeitos negativos do jogo se fazem sentir à medida que a severidade do jogo aumenta, devido à necessidade do jogador de disponibilizar quantias cada vez maiores. A amostra deste estudo caracteriza-se por apresentar um valor médio relativamente baixo no SOGS, o que sugere que estes jogadores se encontram ainda numa fase inicial da patologia e, daí não serem ainda visíveis os efeitos mais nefastos do jogo patológico.

No entanto, importa salientar que se verifica uma correlação próxima da significância estatística entre a dimensão consenso mútuo e a severidade do jogo patológico (Tabela 20).

Tabela 20: Análise correlacional entre o ajustamento mútuo e o SGOS (Spearman)

Ajustamento mútuo	SGOS	
	<i>r</i>	<i>p</i>
Consenso mútuo	0,736	<b>0,059</b>
Satisfação mútua	-0,012	0,977
Coesão mútua	-0,445	0,269
Expressão afectiva	-0,166	0,695
Ajustamento mútuo	0,682	0,092

Apesar da literatura específica sobre o jogo pressupor que existem problemas conjugais, também podemos pensar que o casal tem a capacidade de se ajustar às circunstâncias, encontrando novos pontos de equilíbrio (Relvas, 2003).

#### 4.2.4. Influência da qualidade de vida no jogo patológico

A avaliação subjetiva da qualidade de vida parece também não ter influência sobre o jogo patológico (Tabela 21).

Tabela 21: Análise correlacional entre a qualidade de vida SGOS (Spearman)

Qualidade de vida	SGOS	
	<i>r</i>	<i>P</i>
Bem-estar Financeiro	-0,169	0,401
Tempo	-0,168	0,383
Vizinhança e Comunidade	-0,304	0,116
Casa	-0,159	0,401
<i>Mass Media</i>	0,009	0,965
Relações Sociais e Saúde	-0,231	0,229
Emprego	-0,021	0,915
Religião	-0,367	0,060
Família	-0,259	0,536
Filhos	-0,389	0,237
Educação	0,168	0,584
QUOL-Total	-0,196	0,318

Neste sentido, a satisfação com a qualidade de vida dos jogadores patológicos da amostra parece não estar relacionada com a adição, o que nos parece ser justificável, pelo facto de, como referimos anteriormente, os jogadores estarem satisfeitos com algumas dimensões da qualidade de vida.

#### 4.3. Estudo comparativo da severidade do jogo patológico com recurso a dois grupos contrastantes

Para concretizar os restantes objetivos a que nos propusemos, comparámos o funcionamento psicopatológico, o funcionamento familiar e a qualidade de vida em dois grupos extremos em termos de severidade de jogo: baixa gravidade igual a 5 pontos no SOGS (n=11) e elevada gravidade igual a uma pontuação superior a 13 pontos no SOGS (n=6). O ajustamento mútuo não foi submetido a esta análise devido ao reduzido número de indivíduos casados na amostra (n=8).

Relativamente ao funcionamento psicopatológico não se observam diferenças significativas entre os dois grupos extremos (Tabela 22).

**Tabela 22: Análise comparativa do funcionamento psicopatológico nos grupos extremos (Mann-Whitney)**

Funcionamento Psicopatológico	SOGS		U	p
	Baixa Gravidade	Elevada Gravidade		
Somatização	9,91	7,33	23,000	0,302
Obsessões-Compulsões	8,14	10,58	23,500	0,338
Sensibilidade Interpessoal	9,32	8,42	29,500	0,717
Depressão	7,82	11,17	20,000	0,187
Ansiedade	7,86	11,08	20,500	0,203
Hostilidade	9,36	8,33	29,000	0,683
Ansiedade Fóbica	9,14	8,75	31,500	0,873
Ideação Paranóide	8,50	9,90	27,500	0,577
Psicoticismo	7,45	11,83	16,000	0,085
IGS	8,18	10,50	24,000	0,366
TSP	8,45	10,00	27,000	0,546
ISP	7,82	11,17	20,000	0,191

Com efeito, os dois grupos extremos não diferem suficientemente entre si nas dimensões analisadas. Não obstante, podemos observar que o grupo de baixa gravidade apresenta valores médios mais elevados nas dimensões somatização, sensibilidades interpessoal, hostilidade e ansiedade fóbica, o que sugere algum isolamento destes jogadores. Por outro lado, os jogadores de elevada gravidade apresentam valores médios mais elevados nas dimensões obsessões-compulsões, depressão, ansiedade, ideação

Estudo de caracterização de uma amostra de jogadores patológicos em função de variáveis familiares

paranóide, psicoticismo e nos três índices gerais o que é indicativo de uma maior sintomatologia psicopatológica.

Constata-se ainda que também não se verificam diferenças significativas no funcionamento familiar dos dois grupos extremos (Tabela 23).

**Tabela 23: Análise comparativa do funcionamento familiar nos grupos extremos (Mann-Whitney)**

Funcionamento familiar	SOGS		U	p
	Baixa Gravidade	Elevada Gravidade		
Competências Familiares	8,77	9,42	30,500	0,801
Dificuldades Familiares	8,82	9,33	31,000	0,839
Comunicação Familiar	7,86	11,08	20,500	0,191
Score Total	8,68	9,58	29,500	0,724

A mesma leitura pode ser feita aqui. Os jogadores patológicos com maior severidade da patologia apresentam valores médios mais elevados na escala total e em todas as dimensões estudadas. Apesar das diferenças não serem estatisticamente significativas elas são indicativas e sugerem uma degradação da funcionalidade familiar associada à severidade do jogo.

Relativamente à influência da qualidade de vida na gravidade do jogo, constata-se que não existem diferenças significativas entre os dois grupos extremos (Tabela 24).

**Tabela 24: Análise comparativa da qualidade de vida nos grupos extremos (Mann-Whitney)**

Qualidade de vida	SOGS		U	p
	Baixa Gravidade	Elevada Gravidade		
Bem-estar Financeiro	8,30	7,40	22,000	0,713
Tempo	8,70	6,60	18,000	0,388
Vizinhança e Comunidade	8,55	6,90	19,500	0,499
Casa	8,82	7,80	24,000	0,690
<i>Mass Media</i>	8,55	8,40	27,000	0,954
Relações Sociais e Saúde	9,36	6,60	18,000	0,273
Emprego	8,35	7,30	21,500	0,656
Religião	8,33	6,00	15,000	0,305
Família	3,00	3,00	3,000	1,000
Filhos	4,67	3,50	4,000	0,463
Educação	3,63	4,50	4,500	0,589
QUOL	9,41	6,50	17,500	0,257

Estudo de caracterização de uma amostra de jogadores patológicos em função de variáveis familiares

Ana Raquel Cardoso de Souza Rodrigues (e-mail: arcsrodrigues@gmail.com) 2012

Assim, pensamos que o impacto do jogo nas dimensões bem-estar financeiro, tempo e emprego é tão vasto que afeta todos os jogadores patológicos, daí não se observarem diferenças entre os grupos.

Se em vez de compararmos os grupos extremos assumirmos a média como valor de referência para estabelecer grupos comparáveis de jogadores patológicos, obtemos resultados ligeiramente diferentes em termos de funcionamento psicopatológico, observando-se diferenças significativas entre o grupo que se situa abaixo da média e o acima da média na dimensão psicoticíssimo (Tabela 25).

**Tabela 25: Análise comparativa do funcionamento psicopatológico em dois grupos, tendo a média como referência (Mann-Whitney)**

Funcionamento Psicopatológico	SOGS		U	p
	Baixa Gravidade	Elevada Gravidade		
Somatização	16,48	16,55	115,000	0,984
Obsessões-Compulsões	15,40	18,59	92,500	0,360
Sensibilidade Interpessoal	15,83	17,77	101,500	0,569
Depressão	14,76	19,82	79,000	0,146
Ansiedade	14,40	20,50	71,500	0,078
Hostilidade	15,38	18,64	92,000	0,349
Ansiedade Fóbica	15,86	17,73	102,000	0,578
Ideação Paranoide	15,52	18,36	95,000	0,412
Psicoticismo	14,07	21,14	64,500	<b>0,041</b>
IGS	14,64	20,05	76,500	0,122
TSP	15,24	18,91	89,000	0,292
ISP	14,31	20,68	69,500	0,068

Neste caso a dimensão psicoticismo apresenta diferenças significativas entre os dois grupos, com o grupo de gravidade elevada (acima da média) a apresentar valores superiores. Este resultado sugere que à medida que severidade do jogo patológico progride, aumenta esta dimensão de sintomatologia psicopatológica.

Observa-se que não existem diferenças significativas entre os dois grupos, no que se refere ao funcionamento familiar (Tabela 26).

**Tabela 26: Análise comparativa do funcionamento familiar em dois grupos, tendo a média como referência (Mann-Whitney)**

Funcionamento familiar	SOGS		U	p
	Baixa Gravidade	Elevada Gravidade		
Competências Familiares	15,95	17,55	106,000	0,623
Dificuldades Familiares	16,05	17,36	108,500	0,647
Comunicação Familiar	16,17	17,14	103,500	0,704
Score Total	15,93	17,59	104,000	0,780

Na verdade, tanto o grupo que se situa acima da média como o que pontua mais baixo apresentam valores médios muito baixos o que corresponde a uma avaliação positiva do funcionamento familiar.

Também a avaliação da qualidade de vida não difere significativamente nos dois grupos em estudo (Tabela 27).

**Tabela 27: Análise comparativa da qualidade de vida em dois grupos, tendo a média como referência (Mann-Whitney)**

Qualidade de vida	SOGS		U	p
	Baixa Gravidade	Elevada Gravidade		
Bem-estar Financeiro	14,55	12,69	65,500	0,576
Tempo	14,75	15,56	85,000	0,813
Vizinhança e Comunidade	15,95	10,88	51,000	0,137
Casa	16,21	13,83	79,500	0,494
<i>Mass Media</i>	14,35	14,88	77,000	0,876
Relações Sociais e Saúde	15,79	12,94	67,500	0,415
Emprego	15,11	11,78	61,000	0,295
Religião	14,89	11,88	59,000	0,355
Família	4,67	4,00	5,000	0,722
Filhos	7,58	4,10	5,500	0,072
Educação	6,39	8,38	12,500	0,384
QUOL	15,53	11,94	59,500	0,297

De um modo geral, os jogadores com jogo patológico de elevada gravidade avaliam como menos satisfatória a sua qualidade de vida, na escala total e em todas as dimensões, exceto nas dimensões tempo e educação, que são as únicas que apresentam valores médios mais elevados nos jogadores de baixa gravidade.

4.4. Analisar a estabilidade temporal dos resultados decorrentes de 4.1., com especial atenção a possíveis indicadores de remissão espontânea.

No sentido de estudar a estabilidade temporal da patologia, comparam-se os resultados relativos ao primeiro e segundo momento de avaliação dos jogadores, sendo que a recolha de dados foi intervalada por um período de três meses. Importa mencionar, que no segundo momento só nos foi possível contactar com 17 inquiridos, observando-se que existem diferenças significativas no jogo patológico (pontuação total do SOGS) nos dois momentos de avaliação (Tabela 28).

**Tabela 28: Análise comparativa do jogo patológico em dois momentos (Wilcoxon)**

Jogo patológico	SOGS				Z	p
	1.º Momento		2.º Momento			
	Média	DP	Média	DP		
SOGS	7,77	3,308	8,53	3,393	-1,968	<b>0,049</b>

Os resultados mostram uma evolução da severidade do problema que, provavelmente se encontra numa fase inicial. O aumento de severidade poderá, eventualmente estar relacionada com a atual situação de crise económica, reforçando a ideia de que estas são situações propícias a um aumento do jogo (Brieva, 2006; Clímaco, 2004; Domínguez Álvarez, 2009).

Tendo em conta a variável sexo, verifica-se que existem mais casos de aumento do jogo patológico entre as mulheres, o que sugere uma progressão mais rápida desta patologia no sexo feminino (Tabela 29).

**Tabela 29: Análise comparativa da progressão do jogo patológico nos dois sexos**

Sexo	n	Aumento	Manutenção	Diminuição
Feminino	10	8 (80,0%)	1 (10,0%)	1 (10,0%)
Masculino	7	2 (28,6%)	3 (42,8%)	2 (28,6%)

Existem algumas evidências de que o jogo patológico apresente características distintivas consoante o sexo, nomeadamente um início mais tardio e uma progressão mais rápida no sexo feminino (Echeburúa et al., 2010, Ibáñez et al., 2003; Martins et al., 2002; Tavares, et al., 2003).

Ora, sabemos que diferentes tipos de jogo exercem diferentes

Estudo de caracterização de uma amostra de jogadores patológicos em função de variáveis familiares

Ana Raquel Cardoso de Souza Rodrigues (e-mail: arcsrodrigues@gmail.com) 2012

estímulos sobre o jogador (Clímaco, 2004). No segundo momento de avaliação, verifica-se que se mantém a preferência dos jogadores patológicos por jogos socialmente aceites (Becoña, 1991; Jimenez, 2002; Ladouceur, 2002), com destaque para a raspadinha e totoloto/euromilhões (Tabela 30).

**Tabela 30: Análise de frequências do tipo e frequência de jogo no segundo momento (SOGS)**

Tipo de Jogo	Feminino (n=11)			Masculino (n=21)		
	Nenhuma	Menos de 1 x por semana	1 x por semana	Nenhuma	Menos de 1 x por semana	1 x por semana
Raspadinha	1 (10,0%)	<b>7</b> ( <b>70,0%</b> )	2 (20,0%)	1 (14,3%)	<b>4</b> ( <b>57,1%</b> )	2 (28,6%)
Lotaria	7 (70,0%)	2 (20,0%)	1 (10,0%)	4 (57,1%)	2 (28,6%)	1 (14,3%)
Totoloto/Euromilhões	---	3 (30,0%)	<b>7</b> ( <b>70,0%</b> )	1 (14,3%)	3 (42,9%)	3 (42,9%)
Totobola/Totogolo	8 (80,0%)	2 (20,0%)	---	4 (57,1%)	1 (14,3%)	2 (28,6%)
Slots Machines	6 (60,0%)	2 (20,0%)	2 (18,2%)	1 (14,3%)	<b>5</b> ( <b>71,4%</b> )	1 (14,3%)
Bingo	2 (20,0%)	4 (40,0%)	4 (40,0%)	2 (28,6%)	3 (42,9%)	2 (28,6%)
Jogos de Casino	4 (40,0%)	<b>5</b> ( <b>50,0%</b> )	1 (10,0%)	3 (42,9%)	<b>4</b> ( <b>57,1%</b> )	---
Jogos de cartas (a dinheiro)	6 (60,0%)	3 (30,0%)	1 (10,0%)	2 (28,6%)	2 (28,6%)	3 (42,9%)
Jogos de dados (a dinheiro)	9 (90,0%)	---	1 (10,0%)	5 (71,4%)	2 (28,6%)	---
Rifas (angariação de fundos)	6 (60,0%)	4 (40,0%)	---	5 (71,4%)	2 (28,6%)	---
Jogos de perícia (a dinheiro)	6 (60,0%)	3 (30,0%)	1 (10,0%)	3 (42,9%)	3 (42,9%)	1 (14,3%)
Jogos Desportivos	7 (70,0%)	3 (30,0%)	---	---	<b>4</b> ( <b>57,1%</b> )	7 (33,3%)
Corridas de cavalos	10 (100%)	---	---	5 (71,4%)	2 (28,6%)	---
Investimentos especulativos	8 (80,0%)	2 (20,0%)	---	7 (100%)	---	---

As diferenças de género também persistem, uma vez que os sujeitos do sexo masculino continuam a envolver-se numa maior variedade de jogos, combinando diferentes tipos de jogos. Na verdade, um estudo que analisou as justificações éticas de casais jogadores de jogos de casino chegou a

Estudo de caracterização de uma amostra de jogadores patológicos em função de variáveis familiares

resultados similares (Mascarenhas, 1991). Com efeito, os esposos apostavam mais nos jogos de apostas pouco frequentes (corridas de automóveis, futebol, cartas), não se observando diferenças nos jogos tradicionais de aposta frequente (lotaria, bingos, etc.).

Relativamente à maior quantia de dinheiro apostada num só dia, observa-se que os jogadores do sexo masculino continuam, no segundo momento, a apostar montantes mais elevados do que as jogadoras (Tabela 31).

**Tabela 31: Análise de frequências do montante apostado por sexo (SGOS)**

Montante	Feminino		Masculino	
	n	%	n	%
Entre um e dez euros	---	---	1	14,3
Entre dez e cem euros	7	70,0	2	28,6
Entre cem e mil euros	3	30,0	3	42,9
Entre mil e dez mil euros	---	---	1	14,3
Mais de dez mil euros	---	---	---	---

Ora, o desfasamento temporal entre o momento da aposta e o retorno do investimento pode ser determinante na progressão da adição (Clímaco, 2004). A Tabela 32 mostra um aumento da preferência por jogos de reforço imediato.

**Tabela 32: Distribuição de frequências por tipo de reforço (SOGS)**

Tipo de reforço	n	%
Reforço imediato	14	82,4
Reforço tardio	1	5,9
Ambos	2	11,8

O processo de reforço é apresentado por alguns autores como fundamental no processo de jogo (Climaco, 2004; Sharpe, 2002). Efetivamente, Sharpe (2002) chama a atenção para a importância da história individual de jogo, salientando que existem algumas evidências de que grandes ganhos iniciais têm implicações no desenvolvimento da patologia.

Ainda, no segundo momento continua-se a verificar uma maior influência dos amigos (41,2%), seguindo-se a influência dos avós (11,8%) e dos filhos (5,9%). Ora, se a influência do grupo de pares é, muitas vezes explicada pelas teorias de aprendizagem social (Gupta & Derevensky, 1997),

a influência de familiares remete-nos para explicações mais relacionadas com a história familiar de jogo.

Para além disso, a amostra do segundo momento de avaliação não reconhece que tem ou teve um problema com o jogo (52,9%), apesar de a grande maioria (94,1%) afirmar que já apostou mais dinheiro do que pretendia, de que é alvo de crítica pelo facto de jogar (76,5%), de sentir culpa pela forma como joga (88,2%) e de já ter sentido vontade de parar de apostar dinheiro ou de jogar e não ter sido capaz (52,9%). Esta discrepância entre o não reconhecimento do problema e a constatação de que não possui controlo sobre o jogo está bem patente na chamada trajetória do jogador patológico, na qual o jogador nem sempre tem consciência da escalada de consumo (Clímaco, 2004).

Também foram observadas diferenças na sintomatologia psicopatológica, nos dois momentos de avaliação como evidenciam o IGS e ISP. De facto, as dimensões sensibilidade interpessoal, depressão, hostilidade e ideação paranóide apresentam uma subida significativa (Tabela 33).

**Tabela 33: Análise da funcionalidade psicopatológica nos dois momentos (Wilcoxon para amostras emparelhadas)**

Funcionamento psicopatológico	1.º Momento		2.º Momento		Z	p
	Média	DP	Média	DP		
Somatização	3,98	5,082	4,06	5,226	-0,333	0,739
Obsessões-Compulsões	6,94	4,534	7,41	4,139	-1,990	<b>0,047</b>
Sensibilidade Interpessoal	3,00	2,739	3,24	2,773	-2,000	<b>0,046</b>
Depressão	5,35	4,769	5,82	4,799	-2,060	<b>0,039</b>
Ansiedade	5,00	3,953	5,24	3,882	-1,414	0,157
Hostilidade	5,24	4,409	6,06	4,750	-2,658	<b>0,008</b>
Ansiedade Fóbica	2,29	3,312	2,35	3,605	0,000	1,000
Ideação Paranoide	6,06	3,400	6,35	3,534	-2,236	<b>0,025</b>
Psicoticíssimo	3,29	3,077	4,12	3,806	-2,014	<b>0,044</b>
IGS	0,84	0,640	0,92	0,632	-3,447	<b>0,001</b>
TSP	27,76	14,635	28,53	13,707	-1,673	0,094
ISP	1,49	0,399	1,59	0,374	-2,864	<b>0,004</b>

A sintomatologia psicopatológica tornou-se mais evidente no segundo momento de avaliação, na medida em que se registou um aumento do IGS e

Estudo de caracterização de uma amostra de jogadores patológicos em função de variáveis familiares

do ISP que traduzem uma aumento das avaliações sumárias de perturbação emocional (Canavarro, 1999). Este aumento da sintomatologia psicopatológica fez-se sentir, sobretudo, nas dimensões: obsessão-compulsão que inclui os impulsos e os comportamentos que, embora ego-distónicos e de natureza indesejada, são experienciados de forma persistente; sensibilidade interpessoal que se centra nos sentimentos de inadequação pessoal e de inferioridade face aos outros; depressão que é constituída por sintomas de afeto e humor disfórico, falta de motivação, de energia vital e de interesse pela vida; hostilidade que inclui pensamentos, emoções e comportamentos típicos do afeto negativo da cólera; ideação paranóide que representa um modo perturbado de funcionamento cognitivo, incluindo o pensamento projetivo, a suspeição, o egocentrismo e os delírios e psicoticismo que inclui indicadores de isolamento e estilo de vida esquizoide, nomeadamente, sintomas primários de esquizofrenia (alucinações e controlo do pensamento).

Na generalidade, análise do SCORE-15 revela que os sujeitos avaliaram de forma mais negativa o funcionamento familiar no segundo momento, particularmente no que se refere às dificuldades familiares e à comunicação (Tabela 34).

**Tabela 34: Análise da funcionalidade familiar nos dois momentos (Wilcoxon para amostras emparelhadas)**

Funcionamento familiar	1.º Momento		2.º Momento		Z	P
	Média	DP	Média	DP		
Competências Familiares	10,41	4,360	10,47	4,259	-3,625	0,501
Dificuldades Familiares	12,29	3,478	27,71	4,254	-0,673	<b>0,000</b>
Comunicação Familiar	6,35	1,835	9,18	2,157	-3,623	<b>0,004</b>
Score Total	29,06	7,742	47,35	4,457	-2,858	<b>0,000</b>

Neste sentido, alguns estudos salientam os problemas comunicacionais das famílias de jogadores patológicos (Kalischuk et al., 2007) mostrando que as mentiras frequentes, a negligência das obrigações familiares e profissionais culminam em discussões frequentes e sofrimento.

Contudo, a análise das questões de resposta aberta do SCORE-15, no segundo momento, mostra que os indivíduos continuam a descrever de

forma positiva a sua família, surgindo novos termos. Os problemas financeiros continuam a ser os mais referidos (Tabela 35).

**Tabela 35: Análise de conteúdo das questões de resposta aberta no segundo momento**

<b>Quais as palavras que melhor descreveriam a sua família?</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
União, amor, harmonia	9	52,9
Conflito, problemática, falta de união	2	11,8
União, conflito	1	5,9
Boa, maravilhosa, única, origem, carinho	5	29,4
<b>Como descreveria o principal problema/dificuldade da sua família?</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Problemas financeiros	12	70,6
Problemas de emprego	2	11,8
Ausência/falta de tempo para estar juntos	3	17,6

A referência à questão financeira, com valor mais elevado neste momento (70.6%) que no anterior (62,5), confirma o pressuposto de que a esperança de ganhar uma grande quantia é uma forte motivação do jogo que tende a acentuar-se em situações de crise económica como a que atualmente se vive.

Também o problema familiar é percecionado como mais grave no segundo momento (média=6,65±2,290), mas a organização familiar (média=4,24±2,463) e a utilidade da terapia (média=4,94±2,926) continuam a apresentar valores médios que se situam na parte inferior da escala de gravidade.

Ora, é compreensível que os problemas financeiros e o desemprego sejam o principal alvo de preocupação, dado o maior impacto que têm sobre a vida das famílias (Dickson-Swift et al., 2005).

Ainda, mantém-se a maior percentagem de sujeitos que vive numa família com filhos adultos (64,7%), sendo predominante o subsistema filial (64,7%) o que vai ao encontro das características destes jogadores que são, essencialmente, jovens estudantes. Com efeito, são vários os estudos que mostram uma tendência crescente do jogo patológicos em estudantes (King et al., 2010; Stinchfield et al., 2006).

Importa referir que relativamente ao ajustamento mútuo não nos foi possível fazer esta comparação, pois a amostra do segundo momento tem somente dois indivíduos casados.

Em termos de qualidade de vida, verifica-se uma diminuição da

satisfação dos sujeitos nos dois momentos, sendo as dimensões bem-estar financeiro, tempo, casa, *mass media*, relações sociais e saúde e QUOL (total) as que são mais afetadas (Tabela 36).

**Tabela 36: Análise da qualidade de vida nos dois momentos (Wilcoxon para amostras emparelhadas)**

Qualidade de vida	1.º Momento		2.º Momento		Z	P
	Média	DP	Média	DP		
Bem-estar Financeiro	17,57	6,630	16,93	6,133	-2,265	<b>0,030</b>
Tempo	13,14	3,759	11,86	3,183	-2,694	<b>0,007</b>
Vizinhança e Comunidade	20,53	3,815	20,20	3,802	-1,115	0,265
Casa	19,29	2,197	18,43	2,980	-2,807	<b>0,005</b>
<i>Mass Media</i>	9,13	1,726	8,20	1,897	-3,274	<b>0,001</b>
Relações Sociais e Saúde	14,87	2,167	14,13	2,031	-2,500	<b>0,012</b>
Emprego	7,00	2,287	6,93	2,235	-0,577	0,564
Religião	6,77	1,129	6,29	1,686	-1,725	0,084
Família e Conjugalidade	8,00	1,00	8,00	1,00	-	-
Filhos	9,67	0,577	9,33	0,577	1,000	0,317
Educação	7,75	0,957	7,75	0,957	-	-
QUOL	106,84	16,828	102,38	15,867	-3,090	<b>0,002</b>

Ora, a diminuição da satisfação com a qualidade de vida surge, na literatura, associada ao jogo patológico (Grant & Kim, 2005; Mythily et al. 2011; Zimmermann et al., 2006). De facto, Grant & Kim (2005) afirmaram que os jogadores patológicos apresentam baixa satisfação com a vida. No mesmo sentido, resultados similares foram reportados por Mythily et al. (2011) que verificaram que os jogadores patológicos tinham menor controlo em todos os domínios da escala de qualidade de vida.

A diferença dos resultados obtidos no primeiro e no segundo momento levaram-nos a analisar novamente a influência da funcionalidade psicopatológica, da funcionalidade familiar e da qualidade de vida no jogo patológico, utilizando agora os valores relativos ao segundo momento. Constatou-se que existe uma relação positiva entre a severidade do jogo e a dimensão psicoticismo e o ISP da escala BSI e uma relação negativa entre o jogo e a escala QUOL, assim como com as dimensões tempo e relações sociais e saúde desta escala. A relação entre o jogo patológico e a dimensão relações sociais e saúde surge-nos pela primeira vez como significativa, mas

ela é referenciada por vários autores (Ferland et al., 2008; Kaare et al., 2009).

### **Conclusões**

De um modo geral, a amostra de jogadores patológicos deste estudo não difere em termos sociodemográficos das amostras de outros estudos sobre esta problemática. Assim, podemos afirmar que os jogadores patológicos que participaram nesta investigação são maioritariamente homens, com idade compreendida entre os 25 e os 35 anos e elevado nível educacional. No entanto, o facto de a amostra ter uma menor proporção de mulheres (2:1) poderá estar a camuflar uma realidade diferente, pois as mulheres parecem preferir jogos socialmente aceites, que não põem em causa a manutenção dos seus papéis de género. Os resultados obtidos com a análise dos dados recolhidos no primeiro momento de avaliação não nos permitiram confirmar uma série de pressupostos teóricos, que se tornaram evidentes na análise comparativa do primeiro e segundos momentos de avaliação. Assim, podemos concluir que os jogadores da presente amostra apresentam sintomatologia psicopatológica, maior disfuncionalidade familiar e menor satisfação com a qualidade de vida. A análise comparativa dos dois momentos de avaliação demonstrou que provavelmente não existe estabilidade temporal, verificando-se um aumento acentuado do jogo patológico que poderá dever-se a diversas razões. Primeiro, à maior aceitação social, pois a associação entre jogo, violência, ganância e corrupção tem vindo a alterar-se ao longo do tempo; segundo, não nos podemos esquecer que o jogo é uma atividade recreativa legalizada de fácil acesso, pois basta ter um computador para poder apostar numa série de jogos e ‘frequentar’ casinos *online*; por último, a atual situação de crise económica e de instabilidade emocional poderá constituir um fator adicional de aceleração do jogo (Abbott et al., 1995).

Em termos de tratamento, gostaríamos de salientar que a amostra de jogadores patológicos não é homogénea e que esta realidade deve ter implicações terapêuticas. Os programas de tratamento de jogadores patológicos não podem assim ser modelos únicos, com uma perspetiva

espartilhada das características dos jogadores, das suas famílias, dos problemas e dificuldades que enfrentam. Cada jogador patológico constitui um caso único e assim deve ser analisado, se queremos garantir o sucesso da intervenção.

A leitura dos resultados obtidos com esta investigação deve ser cautelosa e não se devem fazer generalizações ou extrapolações, pois várias limitações foram identificadas, nomeadamente a reduzida dimensão da amostra, assim como a dificuldade subjacente à recolha de dados. De facto existe ainda alguma dificuldade, por parte do jogador, em reconhecer que tem um problema relacionado com o jogo, como vergonha por parte da família que tende a ocultá-lo. Seria importante em futuras investigações conseguir um leque mais variado de sujeitos de forma a aumentar a heterogeneidade da amostra, pois no que se refere à idade, ao estado civil, à escolaridade e à área residencial, a amostra do presente estudo é muito homogénea, o que poderá provocar enviesamento nos resultados. Mas, existem algumas evidências que sugerem que os jogadores patológicos estão menos disponíveis para participar em estudos (Ellingson, Slutske & Martin, 2010; Black, Monahan, Temkit & Shaw, 2006).

Também consideramos que seria importante prestar maior atenção a este fenómeno em contexto académico, pois os resultados do presente estudo, assim como os dados epidemiológicos de diversos países sugerem um crescimento acentuado do jogo nesta população, devido à sua maior acessibilidade e disponibilidade. Afinal esta é a primeira geração que cresceu numa cultura de generalizado jogo legalizado, onde a promoção do jogo é massiva e constante (Shaffer, Hall, Vander & George, 2003).

O presente estudo contribui para a compreensão da problemática do jogo patológico, demonstrando sobretudo a complexidade do problema e as diversas esferas da vida do jogador que são postas em causa com a adição. Entendemos que futuras investigações devem perseguir uma visão mais holística do jogo patológico, de modo a aumentar a sua compreensibilidade através da análise dos diversos sistemas que o envolvem.

### Bibliografia

- Abbott, W. (2006). Do EGMs and problem gambling go together like a horse and carriage? *Gambling Research*, 18, 7-38.
- Abbott, W. (2001). What do we know about gambling and problem gambling in New Zealand? *Report number seven of the New Zealand gaming survey*. The Department of Internal Affairs, Wellington: New Jersey. Disponível em [http://www.dia.govt.nz/Pubforms.nsf/URL/GamblingReportAug.pdf/\\$file/GamblingReportAug.pdf](http://www.dia.govt.nz/Pubforms.nsf/URL/GamblingReportAug.pdf/$file/GamblingReportAug.pdf)
- Abbott, D., Cramer, S. & Sherrets, S. (1995). Pathological gamblers and the family: practice implications. *Families in Society: Journal of Contemporary Human Services*, 76(4), 213-219.
- American Psychiatric Association. (2010). *American Psychiatric Association: DSM-V development*. Disponível em <http://www.dsm5.org/Pages/Default.aspx>.
- American Psychological Association (2002). *Ethical principles of psychologists and code of conduct*. Washington, DC.
- Aymami, M., Ibáñez A. & Jiménez, S. (1999). Epidemiología del juego patológico en un programa de tratamiento profesional. *Anuário de Psicologia*, 3, 21-31.
- Becoña, E. (1999). Epidemiología del juego patológico en España. *Anuário de Psicologia*, 3, 7-19.
- Becoña, E. (1991). *La prevalencia del juego patológico en Galicia (España): estudio realizado para el Servicio de Saúde mental e Drogodependencias de la Subdirección Xeral de Atención Especializada del Servicio Galego de Saúde (SERGAS) de la Consellería de Sanidade de la Xunta de Galicia*. Universidad de Santiago de Compostela.
- Bergh, C. & Kuhlhorn, E. (1994). Social, psychological and physical consequences of pathological gambling in Sweden. *Journal of Gambling Studies*, 10(3), 275-285.
- Bertrand, K., Dufour, M., Wright, J. & Lasnier, B. (2008). Adapted couple therapy (ACT) for pathological gamblers: a promising avenue. *Journal of Gambling Studies*, 24, 393-409.
- Black, D., Monahan, P., Temkit, M. & Shaw, M. (2006). A family study of pathological gambling. *Psychiatric Research*, 141, 295-303.

Estudo de caracterização de uma amostra de jogadores patológicos em função de variáveis familiares

Ana Raquel Cardoso de Souza Rodrigues (e-mail:arcsrodrigues@gmail.com) 2012

- Black, D., Moyer, T., & Schlosser, S. (2003). Quality of life and family history in pathological gambling. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 191, 124-126
- Blanco, C., Potenza, M., Kim, M., Ibáñez, A., Zaninellie, R., Saiz-Ruiz, J. & Grant, J. (2009). A pilot study of impulsivity and compulsivity in pathological gambling. *Psychiatry Research*, 15, 161–168.
- Blaszczynski, A. & Nower, L. (2002). A pathways model of problem and pathological gambling. *Addiction*, 97, 487-499.
- Blaszczynski, A. & McConaghy, N. (1994). Criminal offences in gambling anonymous and hospital treated pathological gamblers. *Journal of Gambling Studies*, 10, 129-145.
- Blaszczynski, A., McConaghy, N. & Frankova, A. (1989). Crime, anti-social personality and pathological gambling. *Journal of Gambling Behavior*, 5, 137-152.
- Brieva, J. R. (2006). Ludopatía: el otro lado del juego. *Índice. Revista Estadística y Salud*, 19, 9-11.
- Canavarro, M. C. (1999). Inventário de Sintomas Psicopatológicos: BSI. In M. Simões, M. Gonçalves e L. Almeida (Eds.), *Testes e Provas Psicológicas em Portugal* (Vol. 2, pp. 95-109). Braga: APPORT/SHO.
- Ciarrocchi, J. & Hohmann, A. (1989). The family environment of married male pathological gamblers, alcoholics, and dually addicted gamblers. *Journal of Gambling Behavior*, 5, 283-291.
- Ciarrocchi, J. & Reinert, D. F. (1993). Family environment and length of recovery for married male members of Gamblers Anonymous and female members of GamAnon. *Journal of Gambling Studies*, 9(4), 341-352.
- Clímaco, M. I. (2004). O jogo patológico: a adição menos visível. *Revista Portuguesa de Clínica Geral*, 20, 121-134.
- Cunha, D. & Relvas, A. P. (2012). Jogo patológico e casal: Proposta de um modelo sistémico integrador. *Journal of Gambling Studies* (no prelo).
- Crespo, J. & Turón, V. (1999). Tratamiento farmacológico del juego patológico. *Anuário de Psicología*, 3, 137-146.
- Culleton, R. P. (1985). *A survey of pathological gamblers in the State of Ohio. Philadelphia*: Transition Planning Associates.

- Culleton, R. P., & Lang, M. H. (1985). *The prevalence rate of pathological gambling in the Delaware Valley*. In 1984 (Report to People Acting To Help, Philadelphia PA). Camden, NJ: Forum for Policy Research and Public Service, Rutgers University.
- Custer, R. L. & Milt, H. (1985). *When luck runs out: help for compulsive gamblers and their families*. New York: Facts on File Publications.
- Darbyshire, P., Oster, C. & Carrig, H. (2001). Children of parent(s) who have a gambling problem: a review of the literature and commentary on research approaches. *Health and Social Care in the Community*, 9, 185-193.
- Desai, R. & Potenza, M. (2008). Gender differences in the association between past-year gambling problems and psychiatric disorders. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 43, 173-183.
- Dickson, L., Derevensky, J. & Gupta, R. (2008). Youth gambling problems: an examination of risk and protective factors. *International Gambling Studies*, 8, 25-47.
- Dickson-Swift, A., James, E. & Kippen, S. (2005). The experience of living with a problem gambler: spouses and partners speaks out. *Journal of Gambling Issues*, 13. Doi: 10.4309/jgi.2005.13.6.
- Domínguez Álvarez, A. M. (2009). Epidemiología y factores implicados em el juego patológico. *Apuntes de Psicología*, 27, 3-20.
- Dowling, N., Smith, D. & Thomas, T. (2009). The family functioning of female pathological gamblers. *International Journal of Mental Health and Addiction*, 7, 29-44.
- Echeburúa, E., González-Ortega, I., Corral, P. & Polo-López, R. (2010). Clinical gender differences among adult pathological gamblers seeking treatment. *Journal of Gambling Studies*, 27(2), 215-27.
- Ellingson, J., Slutske, W. & Martin, N. (2010). The reliability and validity of the family history method for assessing pathological gambling and gambling involvement. *Psychology of Addictive Behaviors*, 24(2), 292-299.
- Ferland, F., Fournier, P., Ladouceur, R., Brochu, P., Bouchard, M. & Pâquet, L. (2008). Consequences of pathological gambling on the gambler and his spouse. *Journal of Gambling Issues*, 22, 219-229.
- Fernández, M., Rincón, P. & Domínguez Álvarez, A. (2002). Relaciones de

- pareja y juego patológico: un estudio descriptivo a través de la Escala de Ajuste Diádico (DAS). *Apuntes de Psicología*, 20(1), 33-48.
- Fernández-Montalvo, J., Báez, C. & Echeburúa, E. (2000). Ludopatía y trabajo: análisis de las repercusiones laborales de los jugadores patológicos de máquinas tragaperras. *Clinica y Salud*, 11(1), 5-14.
- Gill, T., Grande, E. & Taylor, A. (2006). Factors associated with gamblers: a population-based cross-sectional study of south australian adults. *Journal of Gambling Studies*, 22(2), 143-164.
- González, A. (1989). *Juego patológico: una nueva adicción*. Madrid: Canal Comunicaciones, S.A.
- Grant, J. & Kim, S. (2005). Quality of life in kleptomania and pathological gambling. *Comprehensive Psychiatry*, 46, 34-37.
- Griffiths, M. (2001). The biopsychosocial approach to gambling: contextual factors in research and clinical interventions. *eGambling: The Electronic Journal of Gambling Issues*, 5.
- Gupta, R. & Derevensky, J. (1997). Familial and social influences on juvenile gambling behavior. *Journal of Gambling Studies*, 13, 179-192.
- Hardoon, K., Derevensky, J. & Gupta, R. (2002). *An examination of the influence of familial, emotional, conduct and cognitive problems, and hyperactivity upon youth risk-taking and adolescent gambling problems*. Report prepared for The Ontario Problem Gambling Research Center.
- Heineman, C. (1989). Parents of male compulsive gamblers: clinical issues/treatment approaches. *Journal of Gambling Behavior*, 5(4), 321-333.
- Hudak, C. Varghese, R. & Politzer, R. (1989). Family, marital and occupational satisfaction for recovering pathological gamblers. *Journal of Gambling Behavior*, 5, 201-210.
- Ibáñez, A., Blanco, C., Perez de Castro, I., Fernandez-Piqueras, J. & Sáiz-Ruiz, J. (2003). Genetics of pathological gambling. *Journal of Gambling Studies*, 19, 11-22.
- Ibáñez, A., Blanco, C., Donahue, E., Lesieur, H., Perez de Castro, I., Fernandez-Piqueras, J. & Sáiz-Ruiz, J. (2001). Psychiatric comorbidity in pathological gamblers seeking treatment. *American*

- Journal of Psychiatry*, 158, 1733-1735.
- Ibáñez, A. (1994). *Caraterísticas psicológicas y conductuales de los jugadores patológicos de máquinas recreativas con premio*. Dissertação de doutoramento não publicada. Universidade de Barcelona, Espanha.
- Instituto Nacional de Estatística, I. P. (2011). *Classificação Portuguesa das Profissões 2010* (Ed. 2011). Lisboa: Instituto Nacional de Estatística, I.P.
- Jiménez, A. (2002). *Los juegos de azar. Juego social y ludopatía*. Zaragoza: Diputación General de Aragón, Universidad de Zaragoza.
- Kaare, P., Mõttus, R. & Konstabel, K. (2009). Pathological gambling in Estonia: relationships with personality, self-esteem, emotional states and cognitive ability. *Journal of Gambling Studies*, 25, 377-390.
- Kalischuk, R., Nowatzki, N., Cardwell, K., Klein, K. & Solowoniuk, J. (2007). Problem gambling and its impact on families: a literature review. *International Gambling Studies*, 6(1), 31-60
- Kessler, R., Hwang, I., La Brie, R., Petukhova, M., Sampson, N. & Winters, K. (2008). DSM-IV pathological gambling in the National comorbidity survey replication. *Psychological Medicine*, 38, 1351-1360.
- King, S., Abrams, K. & Wilkinson, T. (2010). Personality, gender, and family history in the prediction of college gambling. *Journal of Gambling Studies*, 26, 347-359.
- Krishnan, M. & Orford, J. (2002). Gambling and the family: from the stress-coping support perspective. *International Gambling Studies*, 2, 61-83.
- Korn, D. & Shaffer, H. (1999). *Gambling and the health of the public: adopting a public health perspective*. Boston: Harvard Medical School.
- Kusyszyn, I. (1978). Compulsive gambling: the problem of definition. *International Journal of Addictions*, 37, 1095-1101.
- Ladouceur, R. (2005). Controlled gambling for pathological gamblers. *Journal of Gambling Studies*, 21(1), 51-59.
- Ladouceur, R. (2002). Understanding gambling and problema gambling: a step in the right direction. *AGA Responsible Gaming, Lecture Series*, 1, 1-10.

- Ladouceur, R., Vitaro, F. & Côté, M. A. (2001). Parents attitudes, knowledge and behaviour toward youth gambling: a five year follow-up. *Journal of Gambling Studies*, 17, 101-116.
- Ladouceur, R., Bopisvert, J., Loranger, M. & Sylvain, C. (1994). Social costs of pathological gambling. *Journal of Gambling Studies*, 10, 401-410.
- Ladouceur, R. (1991). Prevalence of pathological gamblers in Quebec, Canada. *Canadian Journal of Psychiatry*, 36, 732-734.
- Ledgerwood, D. & Petry, N. (2010). Subtyping pathological gamblers based on impulsivity, depression, and anxiety. *Psychology of Addictive Behaviors*, 24, 680-688.
- Lee, B. (2002). *Well-being by choice not by chance: an integrative, system-based couple treatment model for problem gambling*. Final Report. Ontario: Problem Gambling Research Center.
- Legarda, J., Babio, R. & Abreu, J. (1992). Prevalence estimates for pathological gambling in Seville (Spain). *British Journal of Addictions*, 87, 767-770.
- Lesieur, H. (1996). Costs and treatment of pathological gambling. *Annals of the American Academy of Political and Social Science*, 556, 153-171.
- Lesieur, H. & Blume, S. (1987). The South Oaks Gambling Screen (The SOGS): a new instrument for screening pathological gamblers. *American Journal of Psychiatry*, 114, 1184-1188.
- Lopes, H. (2009). Epidemiologia de dependência do jogo a dinheiro em Portugal, disponível em: [http://ww3.scml.pt/media/arquivo/2009/outubro/conferencia\\_estudo.pdf](http://ww3.scml.pt/media/arquivo/2009/outubro/conferencia_estudo.pdf).
- Lorenz, V. & Yaffee, R. (1986). Pathological gambling: psychosomatic, emotional and marital difficulties as reported by the gambler. *Journal of Gambling Behavior*, 2(1), 40-49.
- Lourenço, M. (2006). *Casal: conjugalidade e ciclo evolutivo*. Dissertação de doutoramento não publicada. Universidade de Coimbra, Portugal.
- Malhotra, N. (2007). *Marketing Reserach an Applied Orientation*. (5.<sup>a</sup> Ed) Prentice Hall.
- Martínez, J., Navarro, C. & Romero, J. (1993). Transtornos associados al juego patológico. *Anales de Psicología*, 9(1), 83-92.
- Martins, S., Lobo, D., Tavares, H. & Gentil, V. (2002). Pathological  
Estudo de caracterização de uma amostra de jogadores patológicos em função de variáveis familiares

- gambling in women: a review. *Revista do Hospital das Clínica da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo*, 57, 235-242.
- Mascarenhas, O. (1991). Spousal ethical justifications of casino gambling: a psychometric analysis. *The Journal of Consumer Affairs*, 25(1), 122-143.
- Matoso, J. (2001). *Jogos sociais*. Dissertação de mestrado não publicada. Universidade Técnica de Lisboa, Portugal.
- Mazzoleni, M., Gorenstein, C., Fuentes, D. & Tavares, H. (2009). Wives of pathological gamblers: personality traits, depressive symptoms and social adjustment. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 31(4), 332-337.
- McCormick, R. & Ramírez, L. (1988). *Pathological gambling. Reprint from modern perspectives in psychosocial pathology*. New York: John G. Howells, Brunner/Mazel Inc.
- McCormick, R. & Taber, J. (1987). The pathological gamblers: salient personality variables. In T. Galski (Ed.) *The handbook of pathological gambling*. Springfield: Charles C. Thomas Publisher (9-39).
- McCormick, R., Russo, A., Ramírez, L. & Taber, J. (1984). Affective disorders among pathological gamblers seeking treatment. *American Journal of Psychiatry*, 141, 215-218.
- Mendes, A. R. (2011). *Impacto das variáveis sociodemográficas no SCORE-15, SCORE-28 e SCORE-29: Estudo exploratório numa amostra não-clínica*. Dissertação de mestrado não publicada. Universidade de Coimbra, Portugal.
- Moody, G. (1990). *Quit compulsive gambling*. Wellingborough: Thorsons Publications. Lda.
- Moody, G. (1989). Parents of young gamblers. *Journal of Gambling Behavior*, 5, 313-320.
- Morán, E. (1970). Varieties of pathological gambling. *The British Journal of Psychiatry*, 116, 593-597.
- Murteira, B., Ribeiro, C., Silva, J. & Pimenta, C. (2004). *Introdução à estatística*. Lisboa: McGraw-Hill.
- Mythily, S., Edimansyah, A., Qiu, S. & Munidasa, W. (2011). Quality of Life in Pathological Gamblers in a Multiethnic Asian Setting. *Annals Academy of Medicine*, 40(6), 265-268.
- Nower, L. & Blaszczynski, A. (2008). Recovery in pathological gambling: Estudo de caracterização de uma amostra de jogadores patológicos em função de variáveis familiares
- Ana Raquel Cardoso de Souza Rodrigues (e-mail:arcsrodrigues@gmail.com) 2012

- an imprecise concept. *Substance Use and Misuse*, 43, 1844-1864.
- O'Brien, C. (2011). Depression, cause or consequence of pathological gambling and its implications for treatment. *Counselling Psychology Review*, 26, 53-61.
- Ochoa, E. & Labrador, F. (1994). *Juego patológico*. Barcelona: Plaza e Janés.
- Oliveira, M. Silveira, D. & Silva, M. (2008). Jogo patológico e suas consequências para a saúde pública. *Revista Saúde Pública*, 42, 542-549.
- Orford, J., Templeton, L., Vellerman, R. & Copello, A. (2005). Family members of relatives with alcohol, drug and gambling problems: a set of standardized questionnaires for assessing stress, coping and strain. *Addiction*, 100, 1611-1624.
- Pestana, M. H. & Gageiro, J. M. (2008). *Análise de dados para ciências sociais. A complementaridade do SPSS (5.ª Ed)*. Lisboa: Edições Silabo.
- Piaget, J. (2003). *Play, dreams and imitation in childhood*. (Digital Printing) Londres: Routledge.
- Portugal, A., Cunha, D., Sotero, L., Vilaça, M., Alarcão, M. & Relvas, A. (2010). *SCORE-15: exploratory study of preliminary data in a sample of Portuguese families*. Comunicação apresentada no 7<sup>th</sup> European Family Therapy Association. Paris.
- Relvas, A. P. (2003). *Por detrás do espelho. Da teoria à prática com a família (2.ª Ed)*. Coimbra: Quarteto Editora.
- Relvas, A. P. (1996). *O ciclo vital da família. Perspectiva sistémica*. Porto: Edições Afrontamento.
- Roy, A., Custer, R., Lorenz, V. & Linnoila, M. (1988). Depressed pathological gamblers. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 77: 163-165.
- Sander, W. & Peters, A. (2009). Pathological gambling: influence of quality of life and psychological distress on abstinence after cognitive-behavioral inpatient treatment. *Journal of Gambling Studies*, 25, 253-262.
- Séguin, M., Boyer, R., Lesage, A., McGirr, A., Suissa, A., Tousignant, M. & Turecki, G. (2010). Suicide and gambling: Psychopathology and treatment seeking. *Psychology of Addictive Behaviours*, 24, 541-547.

- Scherrer, J., Xian, H., Shah, K., Volberg, R., Slutske, W. & Eisen, S. (2005). Effects of genes, environment, and lifetime co-occurring disorders on health-related quality of life in problem and pathological gambling. *Archives of General Psychiatry*, 62, 677-683.
- Shaffer, H.; Hall, M.; Vander, B. & George, E. (2003). *Youth, gambling & society: Futures at stake*. Reno: University of Nevada Press.
- Sharpe, L. (2002). A reformulated cognitive-behavioral model of problem gambling: a biopsychological perspective. *Clinical Psychology*, 22, 1-25.
- Shaw, M., Forbush, K., Schlinder, J., Rosenman, E. & Black, D. (2007). The effect of pathological gambling on families, marriages, and children. *CNS Spectrums*, 12, 615-622.
- Simões, J. (2008). Qualidade de vida: estudo da validação para a população portuguesa. Dissertação de mestrado não publicada. Universidade de Coimbra, Portugal.
- Simões, M. (1994). *Investigações no Âmbito da Aferição Nacional do Teste de Matrizes Progressivas de Raven (M.P.C.R.)*. Dissertação de doutoramento não publicada. Universidade de Coimbra, Portugal.
- Slutske, W.; Jackson, K. & Sher, K. (2003). The natural history of problem gambling from age 18 to 29. *Journal of Abnormal Psychology*, 111, 263-274.
- Slutske, W. S., Eisen, S., True, W. R., Lyons, M. J., Goldberg, J. & Tsuang, M. (2000). Common genetic vulnerability for pathological gambling and alcohol dependence in men. *Archives of General Psychiatry*, 57(7), 666-673.
- Stinchfield, R., Hanson, W. & Olson, D. (2006). Problem and pathological gambling among students. *New Directions for Student Services*, 113, 63-72.
- Stratton, P., Bland, J., Janes, E. & Lask, J. (2010). Developing an indicator of family function and a practicable outcome measure for systemic family and couple therapy: the SCORE. *Journal of Family Therapy*, 32, 232-258.
- Suurvali, H., Hodgins, D. & Cunningham, J. (2010). Motivators for resolving or seeking help for gambling problems: a review of the empirical literature. *Journal of Gambling Studies*, 26, 1-33.

- Taber, J., McCormick, R. & Ramírez, L. (1987). The prevalence and impact of major life stressors among pathological gamblers. *The International Journal of Addiction*, 22, 71-79.
- Tavares, H.; Martins, S., Lobo, D., Silveira, C., Gentil, V. & Hodgins, D. (2003). Factor at play in faster progression for female pathological gamblers: na exploratory analysis. *Journal of Clinical Psychiatry*, 64, 433-438.
- Tavares, H., Zilberman, M., Beites & Gentil, V. (2001). Gender differences in gambling progression. *Journal of Gambling Studies*, 17, 151-159.
- Toneatto, T., Cunningham, J., Hodgins, D., Adams, M., Turner, N. & Koski-Jannes, A. (2008). Recovery from problem gambling without formal treatment. *Addiction Research and Theory*, 16(2), 111-120.
- Volberg, R. & Steadman, H. (1989). Prevalence estimate of pathological gambling in New Jersey and Maryland. *American Journal of Psychiatry*, 146, 1618-1619.
- Whitman-Raymond, R. (1988). Pathological gambling as a defense against loss. *Journal of Gambling Behavior*, 4, 99-109.
- Zimmermann, M., Chelminski, I. & Young, D. (2006). Prevalence and diagnosis correlates of DSM\_IV pathological gambling in psychiatric outpatients. *Journal of Gambling Studies*, 22, 255-262.