



Diana Teresa Guimarães Lopes da Cunha

O JOGO PATOLÓGICO EM 3D: DIMENSÕES INDIVIDUAL, CONJUGAL E FAMILIAR

Tese de Doutoramento do Programa Inter-Universitário de Doutoramento em Psicologia, área de especialização em Psicologia Clínica - área temática: Psicologia da Família e Intervenção Familiar, orientada pela Professora Doutora Ana Paula Relvas e apresentada à Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade de Coimbra
Fevereiro de 2015



UNIVERSIDADE DE COIMBRA



Diana Teresa Guimarães Lopes da Cunha

O JOGO PATOLÓGICO EM 3D: DIMENSÕES INDIVIDUAL, CONJUGAL E FAMILIAR

Psicologia Clínica

Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra
Faculdade de Psicologia da Universidade de Lisboa

fevereiro 2015

Tese orientada pela Professora Doutora Ana Paula Pais Rodrigues da Fonseca Relvas, no âmbito do Programa Inter-universitário de Doutoramento em Psicologia, área de especialização Psicologia Clínica, temática: Psicologia da Família e Intervenção Familiar, da Universidade de Coimbra e da Universidade de Lisboa.

Imagem na capa: *Tsunami Bowl* de Jennifer McCurdy

AGRADECIMENTOS

Desta co-construção fizeram parte pessoas e entidades às quais expresso o meu mais profundo e sincero agradecimento.

A todos aqueles que altruistamente decidiram dar o seu contributo, respondendo a um conjunto, por vezes maçador, de questionários, agradeço a dedicação, o empenho e a paciência. Dedico-lhes este trabalho, em especial, aos que sofrem direta ou indiretamente com o problema jogo.

À Professora Doutora Ana Paula Relvas, orientadora científica deste trabalho, agradeço a dedicação, o empenho e o encorajamento constantes; o “treino” permanente para olhar “fora do quadro”, para flexibilizar o pensamento, no fundo, para aprender algo tão simples (mas para mim, algo “rígida”, nem tanto) como a existência de “muitos cinzentos”, com toda a complexidade que isso implica. Agradeço, ainda, a exigência crescente que me desafiou e ajudou a fazer mais e melhor, nesta caminhada pela ciência, bem como, a generosa e afetuosa partilha de conhecimentos e de *know-how*, muitas vezes, subtilmente transmitidos entre um ou outro cigarro.

Ao Professor Doutor Bruno de Sousa e ao Professor Doutor José Tomás Silva agradeço a ajuda para desbravar os caminhos sinuosos da estatística, a paciência que esse processo exigiu e as palavras de incentivo e apoio. Agradeço, ainda, o interesse e envolvimento manifestados, nomeadamente na realização dos artigos científicos/capítulos.

Ao Programa de Doutoramento Interuniversitário em Psicologia Clínica (FPCEUC-FPUL), agradeço a todos os professores e colegas, em especial: à Professora Doutora Madalena Carvalho pela disponibilidade, apoio e amizade permanentes e pela participação na terapia de casal, amparando os meus primeiros passos a este nível; à Professora Doutora

Isabel Narciso, pelas várias conversas, reuniões e esforços conjuntos para encontrar um novo rumo para este projeto; à Professora Doutora Madalena Alarcão por me ter despertado para a sistémica e pelos conhecimentos transmitidos que, sem dúvida, constituíram alicerces fundamentais para este percurso; e às “meninas” (Margarida, Luciana, Alda e mais recentemente Neide e Gabriela) que se tornaram amigas, parceiras e uma rede incrível de suporte emocional e instrumental ao longo deste percurso, agradeço a enorme evolução que me “obrigaram” a fazer no que respeita ao trabalho em equipa e toda a partilha e amparo (sem vocês tinha sido muito difícil e muito menos divertido!).

A todas as entidades e profissionais que participaram na recolha da amostra, agradeço o interesse e a divulgação do projeto. De outra forma esta investigação não teria sido exequível. Devo destacar: o IAJ, na pessoa do Doutor Pedro Hubert; o Jogo Responsável, na pessoa do Sr. Luís Rebordão; o SICAD, na pessoa do Dr. João Goulão; a Poker PT, na pessoa do Sr. João Nunes, os Jogadores e Famílias Anónimos de todo o país; a Aposta Ganha, o Professor Doutor Henrique Lopes; o Dr. António Alegria; e o Dr. João Alexandre Rodrigues.

Às minhas amigas de sempre (e para sempre) agradeço o apoio emocional, acreditem que foi o quentinho do vosso colo que, muitas vezes, me fez avançar (obrigada Ângela e à Aldara, sempre atentas!).

À minha irmã e à Matilde agradeço a forma atenta como vão cuidando de mim (e como me deixam cuidar de vocês) e o facto de não cobrarem as minhas ausências, sobretudo, na reta final deste trabalho. Obrigada por me fazerem sentir o orgulho que têm em mim e por estarem sempre aí, disponíveis para tudo.

Aos meus pais que mesmo longe fazem por se manter perto, vivendo todos os meus passos, avanços e retrocessos como se fossem seus. Agradeço-vos as palavras de incentivo

e de compreensão, os esforços que continuam a fazer para que me possa tornar numa profissional e, sobretudo, numa pessoa melhor. A maneira como olham para mim é única, acho que é do amor que espero conseguir retribuir.

Ao meu marido (acho que é a primeira vez que escrevo “meu marido”, Zé soa muito melhor) agradeço o “estar ao lado” incondicional e sem cobranças que admito que possa nem sempre ter sido fácil, sobretudo nesta fase final, de muitas ansiedades e preocupações em relação ao futuro. Obrigada por acreditares genuinamente nas minhas competências (acho que muitas vezes mais do que eu própria). Saíste-me o *jackpot*! Somos um par ímpar, por isso não posso deixar de agradecer ao Gil, companheiro em cada linha deste trabalho e à tua família, agora também minha, por me fazer sentir em casa e recarregar energias.

Esta investigação foi cofinanciada por fundos nacionais do Ministério da Ciência, Tecnologia e Ensino Superior e pelo Fundo Social Europeu, no âmbito do Programa Operacional do Potencial Humano (POPH) e do Quadro de Referência Estratégico Nacional (QREN), através da Bolsa de Investigação com a referência SFRH/BD/71001/2010, concedida pela Fundação para a Ciência e a Tecnologia (FCT).



DECLARAÇÃO

De acordo com o artigo 17 do Regulamento do Programa Interuniversitário de Doutoramento em Psicologia, especialidade em Psicologia Clínica, vertente temática, Psicologia da Família e Intervenção Familiar da Universidade de Coimbra e da Universidade de Lisboa (19 de setembro de 2008), esta dissertação engloba artigos científicos submetidos para publicação em revistas nacionais e internacionais indexadas. A autora declara que foi responsável pela recolha de dados, análise e interpretação dos resultados, assim como pela redação, submissão e revisão dos manuscritos dos artigos enviados para publicação.

Diana Teresa Guimarães Lopes da Cunha

fevereiro de 2015

Resumo

Os jogos de sorte ou azar, ou seja, jogos em que o ganho/perda (habitualmente de dinheiro) depende do acaso, têm despertado interesse nas pessoas desde os tempos mais remotos e de forma transversal às diferentes épocas históricas e aos mais diversos contextos socioculturais. Para a maioria dos jogadores, constituem uma atividade recreativa/ social e completamente inócua. No entanto, uma minoria sofre um conjunto de consequências nefastas, decorrentes da prática de jogos de sorte ou azar, desde problemas financeiros, de saúde mental e física, a dificuldades familiares, laborais, passando a sua vida a ser controlada pelo jogo, desta forma, patológico. Obviamente, aqueles que são próximos do jogador patológico (e.g., familiares, amigos) também sofrem com os problemas do jogo, podendo desempenhar um papel importante na recuperação do problema, mas também na sua manutenção e até agravamento. Apesar da reconhecida recursividade entre o problema jogo e a esfera relacional interna e externa do jogador, o jogo patológico tem vindo a ser estudado, sobretudo numa perspetiva individual, atendendo a pressupostos lineares. Assim, contrariando esta tendência, este projeto pretende contribuir para o aumento do conhecimento científico sobre o jogo patológico. Recorre a uma perspetiva sistémica, com um pensamento *navette* entre os níveis familiar, conjugal e individual, através de uma investigação inovadora do ponto de vista da conceptualização do problema jogo (integradora e sistémica), privilegiando variáveis de cariz relacional (e.g., funcionamento familiar), mesmo quando representativas da esfera individual dos participantes (e.g., diferenciação do *self*). Desta forma, esta investigação pretende acrescentar cinco contributos principais à área de investigação sobre o jogo patológico: 1) alargar o conhecimento sobre os jogadores patológicos, atendendo a variáveis individuais

(sintomatologia psicopatológica, congruência e diferenciação do *self*), conjugais (ajustamento diádico e satisfação conjugal) e familiares (qualidade de vida familiar e funcionamento familiar); 2) acrescentar as perspetivas de cônjuges de jogadores sobre os aspetos familiares e conjugais, confrontando-as e articulando-as com as perspetivas dos próprios jogadores; 3) promover uma leitura dos três níveis de variáveis referidos (individual, conjugal e familiar) em termos de risco/proteção; 4) desenvolver um modelo sistémico integrador compreensivo do jogo patológico, baseado na literatura e na evidência empírica decorrente dos estudos que integram esta investigação; e 5) disponibilizar pistas para a intervenção com os jogadores patológicos.

Para tal, desenvolveram-se sete estudos principais – uma revisão da literatura, cinco quantitativos ($N = 429$) e um qualitativo (estudo de caso) - e dois estudos preliminares. A primeira fase da investigação consistiu numa cuidada revisão da literatura que deu origem à definição do modelo sistémico compreensivo do jogo patológico. A segunda etapa passou pela adaptação portuguesa de instrumentos de autorrelato que viriam a fazer parte do protocolo de investigação administrado (Escala de Congruência, Inventário de Qualidade de Vida Familiar). Por fim, realizaram-se os estudos quantitativos e qualitativos. Os três primeiros estudos quantitativos permitiram caracterizar os jogadores patológicos (caracterização de jogadores patológicos numa amostra comunitária por comparação com uma amostra de jogadores não patológicos; caracterização dos jogadores ao longo de um *continuum* de severidade, desde o jogador sem problemas ao jogador patológico; estudo de jogadores auto intitulados profissionais, comparando dois subgrupos - com patologia e sem patologia associada ao jogo). O estudo qualitativo e o quarto estudo quantitativo cruzaram a perspetiva de jogadores patológicos com a de cônjuges de jogadores patológicos. O último

estudo quantitativo analisou os fatores de risco/proteção de novo ao longo do *continuum* de severidade distribuído por três grupos – jogadores sem problemas, jogadores com alguns problemas e jogadores patológicos. Posteriormente, com base nestes resultados, redefiniu-se o modelo sistémico integrador compreensivo do jogo patológico e retiraram-se implicações para a intervenção com esta população.

Para os estudos quantitativos, utilizou-se uma amostra probabilística de conveniência, recolhida através do método de recrutamento bola de neve (via *online* e presencial). Qualquer adulto (idade igual ou superior a 18 anos) podia participar, uma vez que a constituição dos diferentes subgrupos amostrais foi feita *a posteriori*. O casal que participou no estudo de caso qualitativo foi selecionado de forma diferente, a partir da sua participação num processo de terapia de casal, solicitado no âmbito do problema com o jogo. Na recolha da amostra foram respeitados os princípios e procedimentos éticos consignados pela *American Psychological Association* (2002).

Os resultados do primeiro estudo quantitativo foram bastante surpreendentes, atendendo aos referenciais teóricos sobre o tema. Verificou-se que os jogadores patológicos não apresentavam mais dificuldades familiares e conjugais do que o grupo de comparação. Os estudos seguintes permitiram compreender estes resultados (aparentemente) desintegrados da literatura sobre o tema. Percebeu-se que os jogadores patológicos constituem um grupo heterogéneo e que as dificuldades familiares, conjugais e individuais surgem sobretudo em níveis mais severos de patologia de jogo, respeitando um *continuum* de gravidade no que respeita ao jogo patológico e às dificuldades que lhe estão associadas. A diversidade de jogadores patológicos é ainda complexificada pela constatação empírica de que uma minoria dos jogadores profissionais apresenta níveis de relação patológica com o jogo. Para além desta diversidade intragrupal, verificou-se, ainda, que os jogadores

patológicos relatam menos dificuldades familiares e conjugais do que os cônjuges de jogadores patológicos. A diferenciação do *self* e a sintomatologia psicopatológica, o sexo e a escolaridade parecem ser as variáveis com maior probabilidade de se associarem ao jogo patológico enquanto fatores de risco/proteção. Percebendo-se que o risco/proteção deriva de uma interação dinâmica entre estes aspetos e a gravidade de jogo.

Com base na literatura sobre o tema e nestes resultados, desenvolveu-se o Modelo Sistémico Integrador do Jogo Patológico – Revisto (MSIJP-R) (uma vez que a primeira versão decorreu do estudo de revisão da literatura) que é composto por cinco níveis interdependentes. Mais especificamente, por dois níveis complementares, o contexto socioeconómico e o contexto relacional próximo com o problema jogo (que podem favorecer ou inibir as práticas de jogo a dinheiro e o envolvimento patológico na atividade), e três níveis principais, a família, o casal e o indivíduo. O nível da família remete para o funcionamento familiar, salientando aspetos como a gestão emocional, a confiança/segurança, a comunicação, o apoio e a nutrição emocional. Assim, o modelo sugere que as famílias com problemas de jogo tendem a apresentar algumas dificuldades relacionais. O nível da conjugalidade reúne um conjunto de problemas associados ao jogo patológico, nomeadamente em termos de ajustamento diádico e satisfação conjugal. Para além disso, destacam-se dificuldades de intimidade emocional (e.g., sofrimento psicológico, raiva, culpa, frustração, ressentimentos) e sexual (insatisfação sexual), de comunicação (e.g., mentiras, enganar, tentativas de ocultar ou reparar os danos causados pelo problema) e de exercício de controlo/poder (e.g., poder desequilibrado nas decisões familiares; tarefas domésticas pouco repartidas). A conjugalidade é marcada pela divergência de perspetivas entre jogadores patológicos (menos focados no défice) e cônjuges de jogadores patológicos (mais focados no défice). Por último, o nível individual

caracteriza-se por níveis inferiores de diferenciação do *self* e por níveis superiores de sintomatologia psicopatológica. O modelo integral apenas faz sentido ou é aplicável a jogadores que apresentam uma severidade de jogo superior/máxima. Portanto, pretende-se com este modelo fornecer uma ferramenta compreensiva, útil e flexível para os casos em que é aplicável. Ou seja, uma grelha de leitura possível, entre outras, com a possibilidade de ser utilizado de forma mais global, integrando todos os níveis, ou de forma mais parcial, focando apenas alguns deles.

Desta investigação também resultaram algumas pistas de intervenção a considerar, tais como, a importância de desenvolver técnicas interventivas que tenham em consideração as diferenças individuais evidenciadas na apresentação clínica do caso; a utilização criativa e flexível dos protocolos de intervenção standardizados; a aposta em intervenções individuais com uma elevada componente relacional, isto é, de natureza sistémica, considerando as especificidades do estágio de mudança em que o jogador se encontra. Nos casos em que a terapia de casal/familiar venha a ser a modalidade de apoio solicitada ou aconselhada, atendendo às diferenças de perspectiva entre jogador e cônjuge, pode ser muito importante dar especial atenção à neutralidade terapêutica e trabalhar a definição de objetivos terapêuticos comuns. Para além disso, dada a progressão silenciosa do problema, parece ser fundamental sensibilizar a população, em geral, e a comunidade jogadora, em particular, com especial atenção aos jogadores profissionais, apostando em campanhas de promoção de jogo responsável.

Esta investigação apresenta diversas limitações, sendo as mais importantes o reduzido tamanho da amostra em alguns subgrupos amostrais e o facto de a heterogeneidade dos jogadores patológicos, tal como é apresentada neste trabalho, ter resultado, sobretudo, de uma análise descritiva dos resultados dos diferentes estudos. Não

obstante, esta investigação produziu novos conhecimentos, nomeadamente no que respeita à caracterização integradora dos jogadores patológicos, incluindo a perspetiva dos cônjuges e uma compreensão dos fatores de risco/proteção. Permitiu, ainda, (re)conceptualizar uma grelha de leitura do problema jogo, o MSIJP-R, que contempla uma visão integradora e sistémica, também, por esse motivo, inovadora; e retirar implicações interventivas relevantes.

Abstract

Gambling, in other words, games in which the gain/loss (usually money) depends on the chance, has increasingly attracted attention since ancient times and throughout different historical eras and sociocultural contexts. For most gamblers, it represents a recreational/social activity that is totally innocuous. However, a minority is affected by a number of adverse consequences that result from gambling, from financial, mental and physical health problems to family and work difficulties, with their life becoming controlled by gambling, thus, pathological. Obviously, those closest to the pathological gambler (e.g., family, friends) also are affected by gambling problems, having an important role in the recovery but also in the problem maintenance and worsening. The pathological gambler has been studied mainly through an individual perspective and accordingly to linear assumptions, although recognized the recursiveness between the gambling problem and the gambler internal and external sphere. So, going against this trend, this project aims to contribute to the scientific knowledge about the pathological gamble. It is based on a systemic perspective, with a *navette* way of thinking between the family, marital and individual levels, through an innovator investigation from the gambling problem conceptualization (integrative and systemic) viewpoint, privileging relational variables (e.g., family functioning) even when these are representative of the participants individual sphere (e.g., self-differentiation). Thus, this study aims to add five essential contributes to the pathological gambling research: 1) expand the knowledge about pathological gamblers, according to their individual (psychopathological symptoms, congruence and self-differentiation), marital (dyadic adjustment and marital satisfaction) and family (family quality of life and family functioning) variables; 2) add the gamblers' spouses perspectives

about family and marital aspects, confronting and articulating these with the gamblers perspectives; 3) promote a comprehension of the referred variables' three levels (individual, marital and familiar) with respect to risk/protection; 4) develop a comprehensive integrative systemic model of pathological gambling, based on the literature and scientific evidence presented in research studies in this area; 5) provide tracks to intervene with pathological gamblers.

To that end, seven principal studies – a literature review, five quantitative studies ($N = 429$) and one qualitative study (case study) – and two preliminary studies were developed. The study first phase consisted on an accurate literature review that gave rise to the definition of the comprehensive systemic model of pathological gambling. The second stage was dedicated to the Portuguese validation of self-report measures that form the administered investigation protocol (Congruence Scale and Quality of Life). At last, quantitative and qualitative studies were developed. The first three quantitative studies allowed us to characterize the pathological gamblers (pathological gamblers characterization in a community sample, in comparison with a non-pathological gamblers sample; gamblers characterization across a severity *continuum*, from the gambler without problems to the pathological gambler; study of self-entitled professional gamblers comparing two subgroups: with and without gambling associated pathology). The qualitative study and fourth quantitative study crossed the pathological gamblers perspectives with the pathological gamblers spouse's perspectives. The last quantitative study analyzed the risk/protection factors across a severity *continuum*, distributed by three groups – non-problem gambler, some problem gambler and pathological gamblers. Subsequently, on the basis of these results, we redefined the comprehensive integrative and

systemic model of pathological gambling and withdrawn implications for intervening with this specific population.

For the quantitative studies, we used a probabilistic convenience sample, collected through snowball sampling (online and in person). Adults (aged 18 or over) were allowed to participate (quantitative studies) since the sample subgroups composition was prepared *a posteriori*. The couple that participated in the qualitative study was selected in a different way, specifically through their participation in couple systemic therapy, a therapeutic process centered in gambling problems. The sample collection considered the principles and ethical procedures of the American Psychological Association (2002).

The first quantitative study results were surprising, considering the theoretical framework on gambling. Results indicated that pathological gamblers did not presented more family and marital difficulties than the comparison group. The following studies helped us to better understand these results (apparently) disintegrated from the literature in this area. We conclude that pathological gamblers represent a heterogeneous group and that the family, marital and individual difficulties emerge especially in severe levels of gambling, in accordance to a *continuum* of severity regarding pathological gambling and the associated difficulties. The pathological gamblers diversity is even more complex when we empirically confirm that a minority of professional gamblers presents pathological relation levels with gamble. Besides this intragroup diversity, we also observed that the pathological gamblers identify less family and marital difficulties than the pathological gamblers spouses. The self-differentiation and psychopathological symptoms, sex and education seem to be the variables that most associate with pathological gambling as factors of risk/protection. We also understood that the risk/protection derives from a dynamic interaction between these aspects and the gambling severity.

Based on the literature about gambling and the presented results, we developed the Integrative Systemic Model of Pathological Gambling - Revised (ISMPG-R) (since the model first version emerged from the literature review), composed by five independent levels. Specifically, by two complementary levels, socioeconomic status and closest relational context with the gambling problem (that can promote or inhibit gambling actions and the pathological involvement in this activity), and three central levels, family, couple and individual. The family level refers to family functioning, highlighting aspects like emotional management, confidence/security, communication, support and emotional nutrition. Thus, this model suggests that families with gambling problems tend to present relational difficulties. The marital level gathers a range of problems associated with the pathological gambling, particularly regarding the dyadic adjustment and marital satisfaction. In addition, some emotional intimacy (e.g., psychological suffering, anger, guilt, frustration, resentments), sexual (sexual dissatisfaction) and communication difficulties (e.g., lies, cheating, attempts to conceal information or repair damages caused by the problem) are highlighted, as well as the exercise of power/control (e.g., unequal power in family decisions; household chores unbalanced division). The conjugality is marked by the disagreement between the pathological gamblers perspectives (less focused on the deficit) and the pathological gamblers perspectives (more focused on the deficit). Finally, the individual level is noticeable by lower levels of self-differentiation and higher levels of psychopathological symptoms. The complete model only makes sense or is applicable to gamblers that present a higher/maximum gambling severity. Therefore, with this model we intend to provide a comprehensive tool, useful and flexible for the applicable cases. That is, a possible reading grid, among others, that can be used more globally, including all levels, or more partially, focusing on particular levels.

This investigations also provides promising interventions tracks as the importance of developing intervention techniques that contemplate the individual differences highlighted in the clinical case study, a creative and flexible use of the standardized intervention protocols, the investment on individual interventions with a high relational component, in other words, systemic, considering the specificities of the gambler change stage. In cases were family/marital therapy is requested or suggested as a support modality, and attending to the differences between gamblers and gamblers' spouses perspectives, it may be very important to give special attention to the therapeutic neutrality and to work the common therapeutic goals definition. In addition, given the silent evolution of the problem, it seem to be essential to raise public awareness, in general, and the gamblers community, in particular, with special attention to the professional gamblers, focusing on responsible gambling campaigns.

This investigation presents several limitations, the most important being the small sample size regarding some sample subgroups and the fact that the pathological gamblers heterogeneity, presented in this work, resulted, mainly, in descriptive analyses of the different studies. Nevertheless, this research study provides new acknowledge, namely, regarding the integrative description of the pathological gamblers, including the spouses perspectives and a comprehension of the risk/protection factors. It also affords the (re)conceptualization of a gambling reading grid, the MSIJP-R, that contemplates an integrative and systemic vision, for this reason innovative, and withdraws relevant intervention implications.

ÍNDICE GERAL

Agradecimentos	iv
Resumo/ Abstract	x
Introdução	1
Enquadramento conceptual	6
Enquadramento metodológico	8
a) Questão de investigação	11
b) Objetivos	11
c) Desenho da investigação	12
d) Recolha de dados	14
d) 1. Consentimento informado	16
d) 2. Participação <i>online</i>	17
d) 3. Instrumentos	18
e) Análise de dados	19
Estrutura da dissertação	20
Referências	23
Capítulo I. Enquadramento teórico	31
<i>Pathological gambling and couple: Towards an integrative systemic model</i>	35
Capítulo II. Caracterização de jogadores patológicos	71
<i>Pathological gambling: Psychopathology and family variables in a non-clinical sample</i>	75
Nota de percurso desta etapa (1)	111
<i>Gambling behavior severity and psychological, family and contextual variables: A comparative analysis</i>	113
Nota de percurso desta etapa (2)	165
<i>Professional gamblers: Psychopathology, individual and family characteristics</i>	167
Nota conclusiva desta etapa	203

Capítulo III. Comparação das perspetivas de jogadores patológicos e de cônjuges	205
<i>The pathological gambler and his spouse: How do their narratives match?</i>	209
Nota de percurso desta etapa (1)	251
<i>Gambling and the couple: Comparing gamblers' and spouses' views on family, marital and individual levels</i>	243
Nota conclusiva desta etapa	287
Capítulo IV. Fatores de risco	289
<i>Fatores de risco para o jogo patológico num continuum de severidade. Variáveis individuais e relacionais</i>	293
Discussão Integradora	329
Sobre o jogo patológico visto como um <i>tsunami</i> ...Metaforizando	331
Sobre os jogadores patológicos: diversidade(s) individuais e relacionais	336
Sobre o par jogador patológico-cônjuge: dualidade(s) percetiva(s)	343
Sobre os fatores de risco: uma leitura aplicada	345
Sobre o MSIJP: revisitando a conceptualização teórica 5 estudos depois	348
a) O valor desenvolvimental do sintoma à luz do MSIJP-R	358
Sobre a intervenção psicológica: algumas implicações	360
a) Não à terapia (de casal)?	362
Limitações e vantagens	366
Com um pé no futuro	367
Referências	370
Apêndices	379
Apêndice A. Escala de Congruência (EC)	381
Apêndice B. Qualidade de Vida (QOL): Versão reduzida	409
Apêndice C. Protocolo de investigação	437

INTRODUÇÃO

*“There is no failure
except failure to serve one's purpose”*
(Henry Ford, 1923, p.2)

Começamos com uma breve viagem no tempo que pretende contextualizar um presente que começa, agora, a ganhar contornos de passado e, simultaneamente, de futuro. Nesta introdução recuarei no tempo, cerca de cinco anos, com o objetivo de tornar mais clara a evolução deste projeto de investigação, cujas vicissitudes foram determinantes para a forma como tudo se foi delineando.

Quando surgiu a oportunidade de começar esta longa jornada, em 2010, rapidamente o meu pensamento se organizou para encontrar no “baú das curiosidades” um tema que lhe servisse de mote. Neste processo cruzaram-se, naturalmente, aspetos pessoais e científicos, emergindo como pertinente, o “jogo patológico¹”: muito pouco estudado em Portugal, cujas leituras familiares sistémicas são escassas, mesmo na literatura internacional e que, pelas próprias características do problema e pela minha proximidade relacional a um jogador patológico, se tornava fascinante. Era a possibilidade de “desbravar terreno”, de contribuir, ainda que modestamente, para o aumento do conhecimento sobre um tema que começava, finalmente, a ganhar relevância social (por esta altura houve um *boom* de

¹ Ao longo deste trabalho, utilizar-se-ão os termos “jogo patológico” ou “problema jogo” (como sinónimos), em vez de “transtorno de jogo” (*gambling disorder*), como proposto no Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*), versão 5 (DSM-V) (American Psychiatric Association, 2013). Também utilizaremos o termo “jogador patológico”, em vez de outros menos patologizantes e mais relacionais, como por exemplo, “relação de subordinação integral com o jogo” (Cunha & Relvas, 2014). Estas opções prendem-se, essencialmente, com o facto das designações escolhidas se encontrarem fortemente disseminadas na comunidade científica e nos discursos científicos sobre tema, tornando, por esse motivo, a escrita deste trabalho mais fluente.

programas televisivos sobre o problema jogo) e científica (estavam em curso alguns dos primeiros trabalhos científicos sobre o jogo patológico), em Portugal. Sentia que por mais pequeno que fosse o contributo deste trabalho, acrescentaria algo interessante porque, de facto, havia muito por compreender nesta área. E essa pertinência, perceber que este estudo tinha um lugar, foi realmente um fator motivador importante.

Escolhido o tema, começaram as leituras. Procurei conhecer o problema, as questões etiológicas, as diferentes abordagens compreensivas e interventivas, até que me deparei com uma autora, Bonnie Lee, cujo trabalho constituiu uma grande inspiração para desenhar o primeiro projeto de investigação, tendo inclusivamente participado no *Online Congruence Workshop* (nove horas), ministrado pela própria autora, em julho de 2010. Lee (2009) desenvolveu a *Congruence Couple Therapy* (CCT), um modelo de terapia de casal que visa promover a congruência (relação adaptativa com o próprio, os outros e o contexto), específico para díades com um elemento jogador patológico. É inspirado na CCT, que surge o primeiro projeto de investigação de doutoramento que viria a ser financiado pela Fundação para a Ciência e a Tecnologia (FCT) e que tinha como principal objetivo estudar empiricamente um modelo de terapia de casal, específico para díades com um elemento jogador patológico. Para tal, o protocolo de terapia de casal desenvolvido (com base na CCT e no modelo de terapia de casal utilizado no Centro de Prestação de Serviços à Comunidade da Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra) teria de ser testado numa amostra de casais com um elemento jogador patológico, avaliando-se o funcionamento familiar, conjugal e individual de ambos os cônjuges antes, durante e após a intervenção. Realizaram-se muitos esforços para divulgar o projeto, desde a criação de um *site* (<https://sites.google.com/site/jogopatologicoterapiadecasal/>) e ativação das principais redes

sociais, passando pelo contacto pessoal com as entidades especializadas neste problema [Jogadores Anónimos, Famílias Anónimas, Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências (SICAD), Instituto de Apoio ao Jogador (IAJ) e Jogo Responsável], até à participação em programas de rádio. Apesar disso, volvidos dois anos, apenas um casal tinha solicitado a intervenção, coagidos pela entidade patronal do jogador e, acabando em *dropout*, após a quarta sessão, momento coincidente com o seu despedimento.

Perante a inexistência de amostra foi necessário pensar um projeto alternativo que enquadrasse os estudos já desenvolvidos, nomeadamente, o estudo de adaptação da *Congruence Scale* (CS) para a população portuguesa (Apêndice A) e o artigo *Pathological gambling and couple: Towards an integrative systemic model* (Capítulo I) à data já aceite para publicação. Nesse sentido, o objetivo geral da investigação passou a ser analisar o jogo patológico, numa perspetiva sistémica, com um pensamento *navette* entre os níveis familiar, conjugal e individual. Um dos caminhos metodológicos que nos pareceu adequado, porque exigiria um tamanho amostral relativamente pequeno, respondendo adequadamente ao objetivo geral do “novo” estudo, foi a investigação qualitativa. No entanto, também a este nível as tentativas foram frustradas. O contacto pessoal inerente a este tipo de abordagem “assustou” os jogadores, contactados por intermédio das entidades que os acompanhavam, que se recusaram, mais uma vez, a participar em estudos deste tipo. Portanto, o preenchimento de questionários seria a forma mais viável de recolher informação, preferencialmente *online* ou através das já referidas entidades. Resolvida a questão metodológica era tempo de redefinir os objetivos específicos, o protocolo de investigação... Enfim, desenvolver um “novo” projeto.

Mas não partíamos para este “novo” projeto da mesma maneira que partimos para o projeto original. Todo este processo de inexequibilidades tinha resultado em dúvidas que naturalmente seriam consideradas no trabalho futuro. O que levaria os jogadores patológicos e os seus cônjuges a não aderirem à terapia de casal? Seria por questões relativas à mentira/encobrimento do problema face ao cônjuge? Porque evitavam a exposição, ainda que num contexto de investigação (metodologias qualitativas)? Não reconheceriam a terapia de casal como uma intervenção útil para o jogo patológico? Seria por uma questão de estigma social? Portanto, foi neste contexto de muitas dúvidas que “nasceu” o presente trabalho e é com tantas outras (ou mais ainda) que ele termina, deixando abertas as portas para novos estudos.

Trata-se de um trabalho composto por um conjunto de estudos que visam compreender o funcionamento familiar, conjugal e individual dos jogadores patológicos. Para tal, o Modelo Sistémico Integrador do Jogo Patológico (MSIJP) (Cunha & Relvas, 2014), construído a partir de uma cuidada revisão da literatura, constitui-se como base teórica transversal a todos os estudos realizados (Capítulo I).

ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL

Os paradigmas orientam o nosso olhar para o mundo e permitem-nos identificar o que nele é importante para nós (Bogdan & Biklen, 1982). São modelos ou padrões partilhados que permitem explicar certos aspetos da realidade (Moraes, 1997). Os paradigmas de investigação podem ser vistos como um conjunto de asserções, conceitos ou proposições que orientam o pensamento do investigador e a própria investigação (Bogdan & Biklen, 1982). A definição de um

paradigma assenta em três domínios interdependentes (ontológico, epistemológico e metodológico) (Guba & Lincoln, 1994): 1) o que é a realidade? (ontológico); 2) como posso conhecer, interpretar, aproximar-me dessa realidade (relação objeto e sujeito de investigação) (epistemológico); e 3) como devo proceder para conhecer essa realidade? (metodológico). Quando tento responder a cada uma destas questões e, assim, definir o paradigma desta investigação, deparo-me com uma aparente “guerra de paradigmas” (Duarte, 2009). Por exemplo, considero a realidade uma construção intersubjetiva de significados desenvolvidos social e experiencialmente (paradigma construtivista), negando a existência de uma realidade única como postula o pós-positivismo (Lincoln & Guba, 1985). Apesar disso, entendo que a realidade nunca poderá ser totalmente compreendida, sendo apenas suscetível de uma apreensão imperfeita, probabilística e subjetiva, uma vez que “(...) Every researcher speaks from within a distinct interpretative community that configures, in its special way, the multicultural, gendered components of the research act” (Denzin & Lincoln, 2003, p. 29-30) (paradigma pós positivista) (Lincoln & Guba, 1985). Autores como Johnson e Onwuegbuzie (2004) (citado em Duarte, 2009, p. 8-9) têm desconstruído a incompatibilidade entre estes dois paradigmas, usando vários argumentos: independentemente de se considerar a realidade uma construção (construtivismo) ou algo que existe objetivamente (pós-positivismo), ambos os paradigmas aceitam que 1) a observação não constitui uma janela perfeita e direta para a realidade na medida em que é afetada por conhecimentos, teorias e experiências anteriores do investigador; 2) as hipóteses não podem ser testadas em completo isolamento porque estão sempre envolvidas num conjunto de crenças; 3) o que se obtém é apenas evidência probabilística e não uma prova concludente; e 4) os investigadores estão integrados em comunidades e são afetados por atitudes, valores e crenças, pelo que nunca pode existir uma separação entre factos e

valores (ao nível do objeto a investigar, da observação realizada e da interpretação do observado).

Portanto, atendendo aos aspetos supramencionados, este trabalho enquadra-se, fundamentalmente, no paradigma pós-positivista. Foi pensado, estruturado e desenvolvido, tendo como principal orientação epistemológica os modelos sistémicos, incorrendo numa leitura marcada pela complexidade sistémica. Subjacentes a este trabalho, estiveram teorias como a Teoria Geral dos Sistemas (Von Bertalanffy, 1950), a Pragmática da Comunicação Humana (Watzlawick, Beavin, & Jackson, 1967), a Teoria Cibernética (Wiener, 1948) e o Construcionismo Social (Gergen, 1985).

Desta forma, as opções metodológicas deste trabalho decorrem de uma tentativa de integração do paradigma (pós positivista) e do posicionamento epistemológico (modelos sistémicos) subjacentes à nossa abordagem de investigação em Psicologia Familiar Sistémica.

ENQUADRAMENTO METODOLÓGICO

Alguns autores fazem uma correspondência direta entre o paradigma de investigação e os aspetos metodológicos, fazendo coincidir o paradigma (pós-)positivista com a investigação quantitativa e o paradigma construtivista com a investigação qualitativa, considerando estas abordagens de investigação (quantitativa e qualitativa) paradigmas em si mesmas (Fernandes, 1991). Outros autores consideram que a distinção qualitativo/ quantitativo se localiza apenas ao nível dos métodos não constituindo uma questão paradigmática (Guba, 1990; Guba & Lincoln, 1988). De qualquer forma, o posicionamento paradigmático

determina a forma como o problema de investigação é formulado e metodologicamente abordado (Hussén, 1988). Nesta investigação, seguem-se predominantemente métodos quantitativos. No entanto, um dos estudos realizados obedece a métodos qualitativos (ainda que pouco “ortodoxos”) e, mesmo nos estudos essencialmente quantitativos coexistem algumas *nuances* metodológicas “próprias” da investigação qualitativa, assinaladas na Figura 1. Esta conciliação de métodos de investigação deve-se provavelmente à influência de um posicionamento epistemológico sistémico, com algumas afinidades com o paradigma construtivista e, partilhando o posicionamento de Cohen, Manion e Morrisson (2000), obedece, sobretudo, ao princípio da “adequação ao propósito” (*fitness of purpose*).

De facto, Minayo (1994) refere que as duas metodologias são compatíveis e complementares, podendo integrar um mesmo projeto e que, para além disso, a investigação quantitativa (numa lógica paradigmática) pode recorrer a métodos qualitativos e vice-versa. Para esta combinação de métodos quantitativos e qualitativos (Fielding & Schreier, 2001; Flick, 2005), existem diversas designações, como por exemplo: “triangulação metodológica” (Cox & Hassard, 2005; Morse, 1991), triangulação intermétodos (Denzin, 1989), investigação combinada (Creswell, 1994), metodologia mista (Tashakkori & Teddlie, 1998) ou, mais recentemente, métodos mistos (Tashakkori & Teddlie, 2003).

Apesar de esta investigação seguir uma linha metodológica predominantemente quantitativa, podemos considerar que recorre a métodos de investigação mistos (desenho “múltiplos estudos”) (Creswell, 2006). Na base desta afirmação encontra-se o exemplo dado por Creswell (2006), a propósito da clarificação do conceito “métodos mistos”, no qual uma investigação que, à semelhança desta, inclui um estudo qualitativo com o objetivo

(entre outros) de averiguar se diferentes tipos de dados produzem resultados semelhantes, é classificada como mista.

Paradigma Pós-Positivista Inv. Quantitativa	Paradigma Construtivista Inv. Qualitativa
<p>O investigador parte do conhecimento teórico existente ou de resultados empíricos anteriores</p> <p>As hipóteses são derivadas da teoria, são formuladas com a maior independência possível, são operacionalizadas e testadas face a novas condições empíricas</p> <p>Os instrumentos de recolha de dados são predefinidos</p> <p>Idealmente pretende-se uma amostra representativa da população</p> <p>Os fenómenos observados são classificados em termos de frequência e distribuição</p> <p>Da análise de dados regressa-se às hipóteses procedendo-se à sua corroboração ou infirmação</p> <p>Um dos fins consiste na generalização dos resultados para a população</p>	<p>*Os pressupostos teóricos vão sendo descobertos e formulados à medida que se vão analisando os dados</p> <p>*Mais do que testar teorias, procura-se descobrir novas teorias</p> <p>*As hipóteses vão sendo reformuladas e, mesmo, elaboradas ao longo do processo de investigação</p> <p>O principal instrumento de pesquisa é o próprio investigador</p> <p>A seleção dos casos privilegia a sua importância para o tema em estudo ao invés da sua representatividade</p> <p>*A generalização tem aqui um estatuto diferente, mais no sentido da replicação dos resultados noutros casos similares ou conjuntos de condições</p> <p>* Princípios compatíveis com a presente investigação</p>

Figura 1. Esquema resumo dos princípios metodológicos gerais utilizados (Duarte, 2009).

Segundo Tomm (1983), a metodologia quantitativa não serve os propósitos da investigação integrada numa epistemologia sistémica. No entanto, Pinosof (1989) rejeita esta ideia, considerando que a investigação experimental e quantitativa é consistente com uma perspectiva sistémica. Neste sentido, este trabalho teve em consideração, sempre que possível e aplicável, as seguintes indicações de Pinosof (1989) para uma melhor adequação

dos métodos quantitativos de investigação à nossa lente de observação: 1) colocar o foco nos sistemas e subsistemas; 2) enfatizar a interação/ relação; 3) privilegiar o processo de mudança em detrimento dos resultados terapêuticos e 4) utilizar dados comportamentais e experienciais, recorrendo a instrumentos observacionais e de autorrelato.

Portanto, é com a consciência das dificuldades no que respeita ao recrutamento de participantes e procurando respeitar este contexto conceptual e metodológico que surge a questão de investigação, orientadora do projeto.

a) Questão de investigação

Como se caracterizam os jogadores patológicos em termos familiares, conjugais e individuais e de que forma se relacionam estas características com o problema jogo?

b) Objetivos

Com este projeto, pretende-se, contribuir para o aumento do conhecimento científico sobre o jogo patológico, numa perspetiva sistémica, com um pensamento *navette* entre os níveis familiar, conjugal e individual, através de uma investigação inovadora do ponto de vista da conceptualização do problema jogo (integradora e sistémica), onde se privilegiam variáveis de cariz relacional (e.g., funcionamento familiar), mesmo quando representativas da esfera individual dos participantes (e.g., diferenciação do *self*), procurando respeitar a complexidade inerente ao tema.

Para tal, desenvolveu-se um plano de trabalhos que respeitasse as seguintes metas (objetivos principais):

- 1) Desenvolver um modelo teórico, compreensivo, sistémico e integrador do jogo patológico com pelo menos três níveis de leitura – familiar, conjugal e individual – e que servisse de base teórica para a investigação.

- 2) Caracterizar os jogadores patológicos, atendendo aos níveis referidos (familiar, conjugal e individual), por comparação com:
 - 2.1) jogadores não patológicos;
 - 2.2) jogadores com diferentes graus de severidade do problema jogo;
 - 2.3) jogadores profissionais.
- 3) Analisar os níveis familiar, conjugal e individual, cruzando a perspetiva de jogadores patológicos com a de cônjuges de jogadores patológicos e estudando um caso específico.
- 4) Estudar fatores de risco/proteção para o jogo patológico, atendendo, mais uma vez, aos níveis de análise referidos anteriormente.
- 5) Avaliar se o modelo desenvolvido em 1) é congruente com a evidência empírica decorrente dos passos 2), 3) e 4), averiguando a necessidade da sua reformulação.
- 6) Retirar implicações para a intervenção (preventiva e remediativa) com jogadores patológicos;
 - 6.1) perceber a indisponibilidade dos jogadores patológicos face à terapia de casal como forma de intervenção no problema jogo.
- 7) Preliminarmente, estipularam-se os objetivos relativos à adaptação de instrumentos psicométricos:
 - 7.1) adaptar para a população portuguesa a *Congruence Scale* (CS) (Lee, 2002);
 - 7.2) desenvolver uma versão reduzida do *Quality of Life* (QOL) (Olson & Barnes, 1982).

c) Desenho da investigação

Como já foi referido, esta investigação enquadra-se num desenho “múltiplos estudos” (Creswell, 2006) e contempla sete estudos principais – uma revisão da literatura,

cinco quantitativos e um qualitativo – e dois estudos preparatórios de adaptação de instrumentos psicométricos (Figura 2).

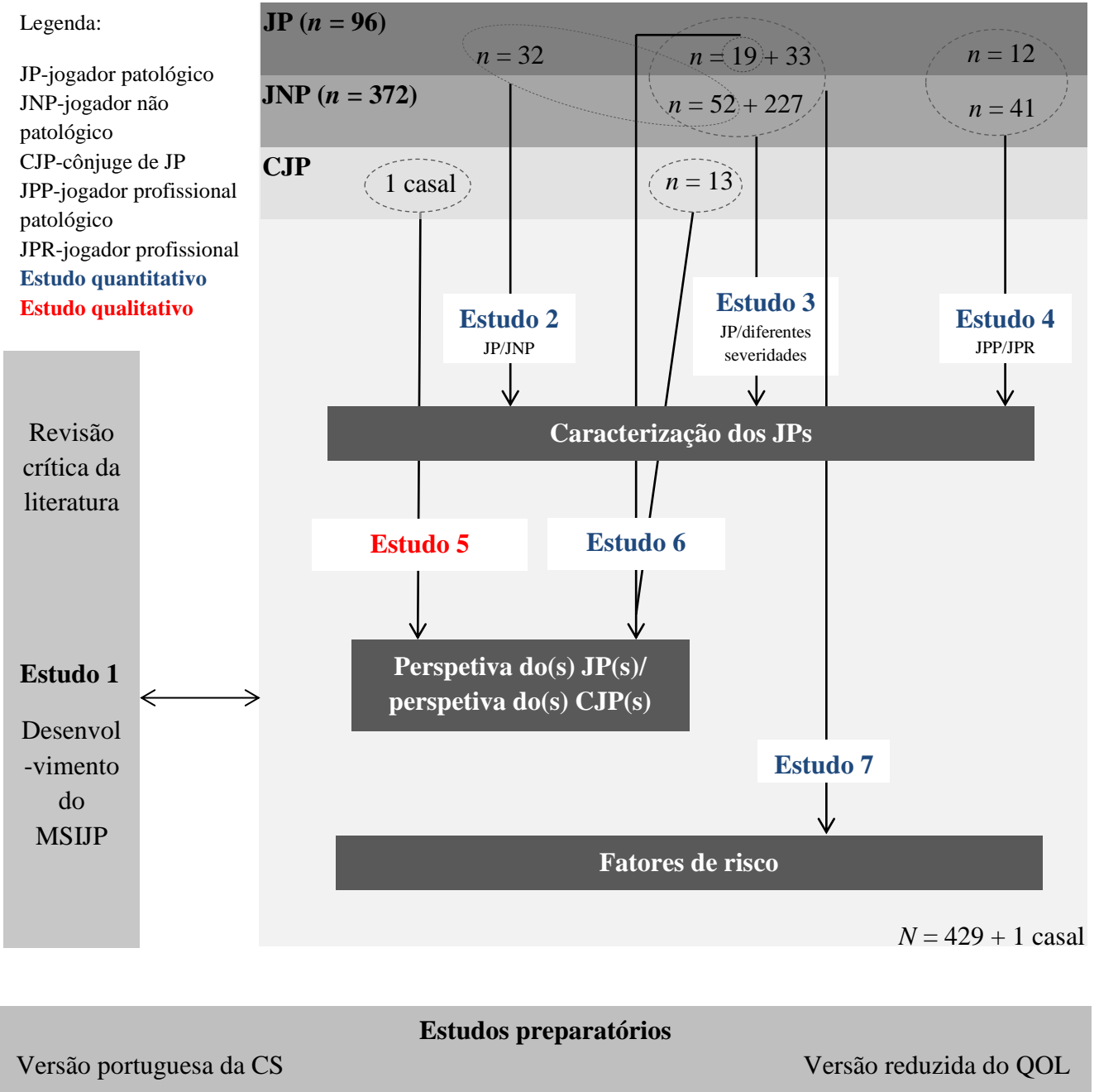


Figura 2. Desenho da investigação.

A primeira fase da investigação consistiu numa cuidada revisão da literatura e, a partir desta, no desenvolvimento do MSIJP, modelo que constitui o quadro teórico orientador de todos os estudos. A segunda etapa passou pela adaptação portuguesa de instrumentos de autorrelato que viriam a constituir o protocolo de investigação administrado. Por fim, realizaram-se os estudos quantitativos e qualitativos.

O estudo 1 permite responder ao primeiro objetivo (desenvolver um modelo teórico), os estudos 2, 3 e 4 debruçaram-se sobre o segundo objetivo (caracterizar os jogadores patológicos), os estudos 5 e 6 focam-se no terceiro objetivo (cruzar a perspetiva de jogadores patológicos com a de cônjuges de jogadores patológicos) e o estudo 7 satisfaz o quarto objetivo (identificar fatores de risco). Todos os estudos empíricos realizados (do 2 ao 7) contribuem para a concretização do quinto e sexto objetivos (avaliar o modelo desenvolvido e retirar implicações para a intervenção, respetivamente). Os estudos preparatórios correspondem ao sétimo objetivo (adaptar instrumentos psicométricos).

d) Recolha de dados

Utilizou-se uma amostra probabilística de conveniência, recolhida através do método de recrutamento bola de neve (Goodman, 1961). A divulgação do projeto foi realizada da seguinte forma: 1) criação de um *site* com a) informação relativa ao estudo (contexto, objetivos, condições de participação), b) plataforma de participação automática, c) apresentação da equipa de investigação, d) secção de novidades sobre o estudo, e) contactos úteis; 2) envio de *emails*-convite e repetivo *link* de participação para diversas *mailing lists* e via *facebook*; 4) contacto pessoal e telefónico permanente com entidades relacionadas com o jogo a dinheiro em geral (Jogos Santa Casa, rede nacional de Casinos, Aposta Ganha, Poker PT, Serviço de Inspeção de Jogos, salas de jogo ilegais) e com o jogo patológico em particular (Jogadores Anónimos, Famílias Anónimas, SICAD, IAJ, Jogo

Responsável, clínicas de recuperação de comportamentos aditivos), solicitando a divulgação do *site* e do *link* de participação e, numa fase posterior, a distribuição de protocolos de investigação impressos; e 5) entrega de folhetos em pontos estratégicos (por exemplo, junto dos casinos de Espinho e da Figueira da Foz). Convidava-se qualquer adulto (idade igual ou superior a 18 anos) a participar, uma vez que a constituição dos diferentes subgrupos amostrais foi feita *a posteriori*.

Neste processo de recolha da amostra foi de enorme utilidade a apresentação do estudo e distribuição dos protocolos de investigação impressos pelas entidades especializadas no jogo patológico supramencionadas. Permitiu que cada participante recebesse um envelope com o protocolo de investigação e respetiva informação convite, podendo, assim, escolher o melhor local e momento para responder aos questionários. Solicitava-se que depois de preenchido, o protocolo de investigação fosse entregue, no envelope fechado, à entidade que o havia distribuído ou colocado no correio. Aparentemente, a participação *online* teria o mesmo efeito (ausência de contacto cara a cara entre investigador e participante), mas, no que respeita aos jogadores patológicos e cônjuges de jogadores patológicos, o preenchimento dos questionários em papel reuniu uma maior adesão. Este facto pode dever-se à possibilidade de preenchimento faseado, proporcionada pelo questionário impresso e/ou ao impacto/responsabilização superior associada a um protocolo de investigação físico, aspetos que podem ser especialmente relevantes nestes participantes, mais vulnerabilizados pelo problema jogo.

O casal que participou no estudo de caso qualitativo foi selecionado de forma diferente. Trata-se do único casal que aderiu ao protocolo de terapia de casal para díades com um elemento jogador patológico, referido na primeira parte desta introdução, tendo sido esta a via para o seu recrutamento.

Do processo anteriormente descrito resultou uma amostra total de 429 participantes independentes e um casal. Os dados obtidos são de natureza quantitativa, decorrentes de questionários de autorresposta. No caso do estudo 5, utilizaram-se tanto dados de natureza quantitativa, resultantes dos questionários de autorresposta (que foram analisados qualitativamente), como dados de natureza qualitativa, decorrentes das sessões terapêuticas.

d) 1. Consentimento informado

Todos os participantes foram devidamente informados, através da carta convite que acompanhava o protocolo de investigação, acerca das condições gerais da investigação: objetivo principal, equipa de investigação, instituição de acolhimento, anonimato, confidencialidade, carácter voluntário da participação, direitos dos sujeitos durante a participação e serviço de apoio disponível, como o Centro de Prestação de Serviços à Comunidade da Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra. Não foi assinado qualquer consentimento informado, atendendo ao carácter anónimo e confidencial dos dados (American Psychological Association, 2002). A informação recolhida que mereceu especial cuidado prende-se com o pedido de um contacto pessoal, caso desejasse participar em investigações futuras sobre o tema. A maior parte dos participantes não deixou qualquer contacto, mas nos poucos casos em que tal aconteceu, apesar dos aspetos associados ao anonimato poderem estar comprometidos, continuaram a assegurar-se as condições de confidencialidade.

No caso do casal, para além da informação transmitida através da carta convite, a investigação foi apresentada presencialmente, nomeadamente os aspetos relativos à vídeo-gravação das sessões (American Psychological Association, 2002), obtendo-se o consentimento informado dos dois participantes. Como referido anteriormente o projeto foi

financiado pela FCT (incluindo o “novo”/reformulado, submetido em janeiro de 2014 e aprovado em maio do mesmo ano), passando a sua aprovação também pelos aspetos éticos.

d) 2. Participação online

A recolha de dados *online*, veio “democratizar” este processo, tornando-o mais fácil, no que respeita à divulgação do estudo (mais pessoas em menos tempo) e mais económico (tanto em termos temporais, como de recursos materiais) (Hewson & Laurent, 2008; Kraut et al., 2004; Reips, 2000). Para além disso, o ambiente *online* apresenta outros potenciais benefícios como por exemplo, redução dos efeitos de estigmatização social, maior liberdade de expressão, relações de poder equilibradas, entre outros (Hewson & Laurent, 2008). Nesta investigação, a divulgação e participação *online* visaram, essencialmente, divulgar o projeto pelo maior número possível de pessoas em tempo útil, aumentando, assim, a probabilidade de constituir os diferentes subgrupos amostrais.

Apesar destas vantagens, existem alguns desafios associados a esta forma de recolha de dados (Hewson & Laurent, 2008; Kraut et al., 2004; Reips, 2000): obtenção de dados não representativos (nem todas as pessoas têm acesso à *internet*, apesar de em Portugal esta estar fortemente disseminada); impossibilidade de controlar o contexto da participação, bem como, as intenções dos participantes (participação múltipla/ abusiva); e proteção dos participantes (por exemplo dano emocional decorrente da participação, confidencialidade dos dados). Estes aspetos, apesar de apontados na literatura como desafios da recolha de dados *online*, no presente estudo, dadas as características do processo de recolha presencial, revelam-se significativos em ambos os modos de recolha.

Quanto à não representatividade dos dados, esta deve-se, não só ao facto de grande parte da amostra ter sido recolhida *online*, mas também à sua pequena dimensão e à sua natureza não probabilística de conveniência. No entanto, tal como referido no início deste

enquadramento metodológico, a generalização dos resultados para a população não constitui um objetivo desta investigação, pretendendo-se sobretudo que estes tenham utilidade compreensiva e interventiva. A questão das respostas múltiplas foi apaziguada pelo facto do protocolo de investigação consumir um tempo médio de resposta de quarenta e cinco minutos, tornando pouco provável a ocorrência de participações múltiplas. De facto, esta é uma preocupação mais comum em questionários de rápida resposta (Hewson & Laurent, 2008). Ainda com o objetivo de proteger os participantes foi disponibilizado o contacto de um serviço de apoio, como referido anteriormente, e todos os dados foram tratados anonimamente, assegurando-se as condições de confidencialidade.

d) 3. Instrumentos

O protocolo de investigação final era constituído pelos seguintes instrumentos, na ordem que se segue: questionário de dados sociodemográficos com algumas questões complementares importantes para a distribuição dos participantes pelas subamostras (por exemplo, se joga profissionalmente, se o cônjuge é jogador patológico); *Systemic Clinical Outcome and Routine Evaluation–15* (SCORE-15) (Stratton, Bland, Janes, & Lask, 2010; versão portuguesa de Vilaça, Silva, & Relvas, 2014); seis questões independentes desenvolvidas para estudar alguns aspetos específicos do MSIJP (contexto e transgeracionalidade direta e indireta); Qualidade de Vida – Versão Reduzida (QOL-VR) (Cunha & Relvas, 2015; desenvolvida a partir da versão original de Olson & Barnes, 1982); *Dyadic Adjustment Scale* (DAS) (Spanier, 1976; versão portuguesa de Lourenço, 2006); Escala de Avaliação da Satisfação em Áreas da Vida Conjugal (EASAVIC) (Narciso & Costa, 1996); *Congruence Scale* (CS) (Lee, 2002; versão portuguesa de Cunha, Silva, Vilaça, Gonçalves, & Relvas, 2014); *Differentiation of Self Inventory - Revised* (DSI-R) (Skowron & Schmitt, 2003; versão portuguesa de Major, Rodríguez-González, Miranda,

Rousselot, & Relvas, 2014); *Brief Symptom Inventory* (BSI) (Derogatis & Spencer, 1982; versão portuguesa de Canavarro, 1999); e *South Oaks Gambling Screen* (SOGS) (Lesieur & Blume, 1987; versão portuguesa de Lopes, 2009).

Importa esclarecer que os 32 participantes do estudo 2 (estudo de caracterização de uma amostra não clínica de jogadores patológicos) e o casal preencheram o protocolo experimental ainda relativo ao projeto “original” (SCORE-15, QOL-VR, DAS, CS, BSI e SOGS). Após a reformulação desse projeto (que resultou no projeto que aqui se apresenta), acrescentaram-se mais algumas medidas, supramencionadas, necessárias para satisfazer os objetivos propostos. A EC, apesar de ser um instrumento que integrou ambos os protocolos de investigação não foi utilizada no estudo 2, por apresentar más características psicométricas nessa amostra. Os estudos 2 e 6 (estudo quantitativo de comparação da perspectiva de jogadores patológicos com a de cônjuges de jogadores patológicos) não utilizaram as subamostras completas, mais concretamente a de jogadores não patológicos e a de jogadores patológicos, respetivamente (cf. Figura 2), porque no momento da sua realização, estas ainda se encontravam em fase de recolha. No entanto, por questões relativas ao cumprimento dos limites temporais optou-se por avançar, ainda que com menos participantes.

No estudo 5 (estudo de caso de comparação da perspectiva de um jogador patológico com a do seu cônjuge), utilizaram-se, ainda, as vídeo-gravações das quatro sessões de terapia de casal como forma de recolha de dados, alternativa à habitual entrevista.

e) Análise de dados

A maior parte da análise quantitativa dos dados processou-se com base no *software Statistical Package for Social Sciences* (SPSS, versão 21). Realizaram-se análises descritivas e inferenciais, recorrendo-se sobretudo a testes não paramétricos, dadas as

dimensões da amostra (Pallant, 2002). Os testes utilizados são indicados nos respetivos artigos que constituem os diferentes capítulos desta dissertação. Para além disso, utilizaram-se ainda os *software* BayesX (Belitz, Brezger, Kneib, Lang, & Umlauf, 2012) e R (R Core Team, 2014) para estimar modelos multinomiais. Esta análise foi realizada a partir dos modelos de regressão aditivos estruturados (STAR, Structured Additive Regression Models), de forma a permitir a modelação de efeitos lineares e não lineares (Brezger, Kneib, & Lang, 2005), permitindo, assim, obter resultados mais completos.

Para a análise qualitativa não se utilizou qualquer *software* de análise. Esta passou pela análise dos itens que compõem os próprios questionários do protocolo experimental e pela análise de conteúdo temático-categorial (Oliveira, 2008) das quatro sessões de terapia de casal. No respetivo artigo, explica-se com mais detalhe esta análise de dados.

ESTRUTURA DA DISSERTAÇÃO

A presente dissertação é composta por uma introdução, onde se contextualiza o “nascimento” da investigação e se clarificam o posicionamento paradigmático adotado e consequentes opções metodológicas. Para além disso, é composta por quatro capítulos, uma discussão integradora e apêndices.

O primeiro capítulo é composto pelo artigo intitulado *Pathological gambling and couple: Towards an integrative systemic model* (estudo 1). Este capítulo apresenta a base teórica subjacente a toda a investigação, enquadrando conceptual e cientificamente o tema em estudo. Constitui uma leitura sistémica e integradora, sugerindo um modelo compreensivo do problema jogo, o MSIJP e marcando, assim, a postura epistemológica

adotada neste trabalho. O segundo capítulo integra três artigos: *Pathological gambling: Psychopathology and family variables in a non-clinical sample* (estudo 2), *Gambling behavior severity and psychological, family and contextual variables: A comparative analysis* (estudo 3), e *Professional gamblers: Psychopathology, individual and family characteristics* (estudo 4). Estes três estudos permitem caracterizar os jogadores patológicos no que respeita às variáveis contempladas no MSIJP, por comparação com outros jogadores com diferentes níveis de severidade associada à prática de jogos a dinheiro. Os artigos *The pathological gambler and his spouse: How do their narratives match?* (estudo 5) e *Gambling and the couple: Comparing gamblers' and spouses' views on family, marital and individual levels* (estudo 6) compõem o terceiro capítulo. Este capítulo acrescenta a perspetiva dos cônjuges de jogadores patológicos, permitindo cruzá-la com a dos próprios jogadores. Acrescenta complexidade sistémica ao trabalho, enriquecendo a compreensão geral do problema jogo. O quarto e último capítulo corresponde ao artigo *Fatores de risco para o jogo patológico num continuum de severidade. Variáveis individuais e relacionais* (estudo 7), onde se averigua, entre as variáveis que têm vindo a ser analisadas, quais representam os fatores de risco mais prováveis, associados ao problema jogo.

Por fim, a discussão integradora apresenta uma reflexão articulada sobre os principais contributos desta investigação, integrando-os no MSIJP. Foca, ainda, as suas principais limitações e considera questões pertinentes, orientadoras de estudos futuros sobre o problema jogo, numa perspetiva familiar sistémica.

O apêndice A corresponde ao trabalho de adaptação da CS para a população portuguesa, Escala de Congruência (EC) [capítulo do livro *Avaliação familiar: Funcionamento e intervenção* (Vol. D)]. Apesar do mesmo trabalho de adaptação da CS

também se encontrar publicado no artigo intitulado Escala de Congruência (EC): Estudos de adaptação para a população portuguesa (Cunha et al., 2014), optou-se por disponibilizar o capítulo, uma vez que contempla, para além do estudo principal, outros estudos complementares. No apêndice B apresenta-se o estudo relativo ao desenvolvimento da versão reduzida do QOL, Qualidade de Vida (QOL): Versão reduzida [capítulo do livro Instrumentos de avaliação familiar: Vulnerabilidade, stress e adaptação (Vol. II) (submetido para publicação)]. O protocolo de investigação utilizado está disponível no apêndice C.

REFERÊNCIAS

- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). Washington, DC, USA: Author.
- American Psychological Association. (2002). *Ethical principles of psychologists and code of conduct*. Washington, DC, USA: Author.
- Belitz, C., Brezger, A., Kneib, T., Lang, S., & Umlauf, N. (2012). BayesX: Software for Bayesian Inference in Structured Additive Regression Models. Version 2.1. Retirado de <http://www.BayesX.org/>.
- Bertalanffy, L. Von. (1950). An outline of general system theory. *The British Journal for the Philosophy of Science*, *1*, 134–165.
- Bogdan, R. C., & Biklen, S. K. (1982). *Qualitative research for education: An introduction to theory and methods*. Boston, MA, USA: Allyn and Bacon.
- Brezger, A., Kneib, T., & Lang, S. (2005). BayesX: Analyzing bayesian structured additive regression models. *Journal of Statistical Software*, *14*, 1–22.
- Canavarro, M. C. (1999). Inventário de Sintomas Psicopatológicos: BSI. In M. Simões, M. Gonçalves & L. Almeida (Eds.), *Testes e provas psicológicas em Portugal* (Vol. 2, pp. 95-109). Braga, Portugal: APPORT/SHO.
- Cohen, L., Manion, L., & Morrison, K. (2000). *Research methods in education*. London, England: Routledge.
- Cox, J. W., & Hassard, J. (2005). Triangulation in organizational research: A representation. *Organization*, *12*(1), 109-133.
- Creswell, J. W. (1994). *Research design: Qualitative and quantitative approaches*. Thousand Oaks, CA, USA: SAGE.

- Creswell, J. W. (2006). Understanding mixed methods research. In Creswell, J.W. & Plano-Clark, V. (Eds.), *Designing and conducting mixed methods research* (pp. 1-19). Thousand Oaks, CA, USA: Sage.
- Cunha, D., & Relvas, A. (2014). Pathological gambling and couple: Towards an integrative systemic model. *Journal of Gambling Studies*, 30(2), 213-228. doi:10.1007/s10899-013-9366-9
- Cunha, D., & Relvas, A. P. (2015). Qualidade de Vida (QOL): Versão reduzida. In A. P. Relvas & S. Major (Eds.), *Instrumentos de avaliação familiar: Vulnerabilidade, stress e adaptação* (Vol. II). Livro em execução.
- Cunha, D., Silva, J., Vilaça, A., Gonçalves, S., & Relvas, A. P. (2014). Escala de Congruência (EC): Estudos de adaptação para a população portuguesa. *Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación – e Avaliação Psicológica*, 38(2), 181-198.
- Denzin, N. K. (1989). *The research act*. Englewood Cliffs, NJ, US: Prentice Hall.
- Denzin, N. K., & Lincoln, Y. S. (2003). Introduction: The discipline and practice of qualitative research. In N. K. Denzin & Y. S. Lincoln (Eds.), *The landscape of qualitative research: Theories and issues* (pp. 1-45). Thousand Oaks, CA, USA: Sage.
- Derogatis, L.R., & Spencer, P.M. (1982). *Administration and procedures: BSI. Manual I*. Baltimore, MD, USA: Clinical Psychometric Research.
- Duarte, T. (2009). A possibilidade da investigação a três: Reflexões sobre triangulação (metodológica). *CIES e-Working Paper*, 60. Retirado de http://www.cies.iscte.pt/destaques/documents/CIES-WP60_Duarte_003.pdf
- Fernandes, D. (1991). Notas sobre os paradigmas da educação em Portugal. *Noesis*, 18, 64-66.

- Fielding, N., & Schreier, M. (2001). Introduction: On the compatibility between qualitative and quantitative research methods. *Forum: Qualitative Social Research*, 2(1), 87-105.
- Flick, U. (2005). *Métodos qualitativos na investigação científica*. Lisboa, Portugal: Monitor.
- Ford, H. (1923, março 15). Sem título. *Ford News*, pp.2.
- Gergen, K. J. (1985). The social constructionist movement in modern psychology. *American Psychologist*, 40, 266–275.
- Goodman, L. A. (1961). Snowball sampling. *Annals of Mathematical Statistics*, 32(1), 148–170. doi:10.1214/aoms/1177705148
- Guba, E. G. (1990). The alternative paradigm dialog. In E. G. Guba (Ed.), *The paradigm dialog* (pp. 17-27). California, CA, USA: Sage.
- Guba, E. G., & Lincoln, Y. S. (1988). Do inquiry paradigms imply inquiry methodologies?. In D. M. Fettermen (Ed.), *Qualitative approaches to evaluation in education: The silent scientific revolution* (pp.89-115). New York, USA: Praeger.
- Guba, E. G., & Lincoln, Y. S. (1994). Competing paradigms in qualitative research. In N. K. Denzin & Y. S. Lincoln (Eds.), *Handbook of qualitative research* (pp. 105-117). London, England: Sage.
- Hewson, C., & Laurent, D. (2008). Research design and tools for internet research. In N. Fielding, R. Lee & G. Blank (Eds.), *The sage handbook of online research methods* (pp. 58-78). London, England: Sage.
- Hussén, T. (1988). Research paradigms in education. In J. P. Keeves (Ed.), *Educational research, methodology and measurement – An international handbook* (pp. 17-20). Oxford, England: Pergamon.

- Kraut, R., Olson, J., Banaji, M., Bruckman, A., Cohen, J., & Couper, M. (2004). Psychological research online: Report of board of Scientific Affairs' Advisory Group on the conduct of research on the internet. *American Psychologist*, 59(2), 105-117.
- Lee, B. (2002). Development of a Congruence Scale based on the Satir Model. *Contemporary Family Therapy: An International Journal*, 24, 217-239. doi:1014390009534
- Lee, B. (2009). Congruence Couple Therapy for pathological gambling. *International Journal of Mental Health & Addiction*, 7(1), 45-67. doi:10.1007/s11469-007-9137-x
- Lesieur, H. R., & Blume, S. B. (1987). The South Oaks Gambling Screen (SOGS): A new instrument for the identification of pathological gamblers. *American Journal of Psychiatry*, 144, 1184-1188.
- Lincoln, Y. S., & Guba, E. G. (1985). *Naturalistic inquiry*. Beverly Hills, CA, USA: Sage.
- Lopes, H. (2009). *Epidemiologia de dependência do jogo a dinheiro em Portugal*. Retirado de http://ww3.scml.pt/media/arquivo/2009/outubro/conferencia_estudo.pdf.
- Lourenço, M. (2006). *Casal: Conjugalidade e ciclo evolutivo* (Dissertação de doutoramento não publicada). Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra, Coimbra, Portugal.
- Major, S., Rodríguez-González, M., Miranda, C., Rousselot, M., & Relvas, A. P. (2014). Inventário de Diferenciação do Self – Revisto. In A. P. Relvas & S. Major (Eds.), *Avaliação familiar: Funcionamento e intervenção* (Vol. I, pp. 81-111). Coimbra, Portugal: Imprensa da Universidade de Coimbra.
- Minayo, M. C. S. (1994). Ciência, técnica e arte: O desafio da pesquisa social. In M. C. S. Minayo (Ed.), *Pesquisa Social: Teoria, método e criatividade* (pp. 9-29). Petrópolis, Brasil: Vozes.

- Moraes, M. C. (1997). *O paradigma educacional emergente*. Campinas, Brasil: Papirus.
- Morse, J. (1994). Designing funded qualitative research. In N. K. Denzin & Y. S. Lincoln (Eds.), *Handbook of qualitative research* (pp. 220-235). Thousand Oaks, CA, USA: Sage.
- Narciso, I., & Costa, M. E. (1996). Amores satisfeitos, mas não perfeitos. *Cadernos de Consulta Psicológica*, 12, 115-130.
- Oliveira, D. C. (2008). Análise de conteúdo temático-categorial: Uma proposta de sistematização. *Enfermagem*, 16(4), 569-576.
- Olson, D. H., & Barnes, H. (1982). Quality of Life. In D. Olson et al. (Eds.), *Family inventories* (pp.137-148). St-Paul, Minnesota, USA: University of Minnesota, Family Social Science.
- Pallant, J. (2002). *SPSS survival manual: A step by step guide to data analysis using SPSS*. Auckland, New Zealand: Allen & Unwind.
- Pinsof, W. (1989) A conceptual framework and methodological criteria for family therapy process research. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 57, 5340.
- R Core Team (2014). *R: A Language and Environment for Statistical Computing*. Vienna, Austria: R Foundation for Statistical Computing.
- Reips, U. (2000). The web experiment method: Advantages, disadvantages, and solutions. In M. H. Birnbaum (Ed.), *Psychological experiments on the Internet* (pp. 89-117). San Diego, CA, USA: Academic Press. doi:10.1016/B978-012099980-4/50005-8
- Skowron, E. A., & Schmitt, T. A. (2003). Assessing interpersonal fusion: Reliability and validity of a new DSI fusion with others subscale. *Journal of Marital and Family Therapy*, 29(2), 209-222.

- Spanier, G. B. (1976). Measuring dyadic adjustment: New scales for assessing the quality of marriage and similar dyads. *Journal of Marriage and the Family*, 38, 15–28.
- Stratton, P, Bland, J., Janes, E., & Lask, J. (2010). Developing a practicable outcome measure for systemic family therapy: The SCORE. *Journal of Family Therapy*, 32, 232-258.
- Tashakkori, A., & Teddlie, C. (1998). *Mixed methodology. Combining qualitative and quantitative approaches*. London, England: Sage.
- Tashakkori, A., & Teddlie, C. (2003). Major issues and controversies in the use of mixed methods in the social and behavioral sciences. In A. Tashakkori & C. Teddlie (Eds.), *Handbook of mixed methods in social and behavioural research* (pp. 3–50). London, England: Sage.
- Tomm, K. (1983). The old hat doesn't fit. *Family Therapy Networker*, 7, 39-59.
- Vilaça, M., Silva, J., & Relvas, A. P. (2014). Systemic Clinical Outcome Routine Evaluation (SCORE-15). In A. P. Relvas & S. Major (Eds.), *Avaliação familiar: Funcionamento e intervenção* (Vol. I, pp. 25-47). Coimbra, Portugal: Imprensa da Universidade de Coimbra.
- Watzlawick, P., Beavin, J. H., & Jackson, D. D. (1967). *Pragmatics of human communication*. New York, NY, USA: W.W. Norton & Company.
- Wiener, N. (1948). *Cybernetics: Or control and communication in the animal and the machine*. Oxford, England: John Wiley.

CAPÍTULO I

ENQUADRAMENTO TEÓRICO

Este capítulo constitui o enquadramento teórico da investigação, demarcando a postura epistemológica adotada. Trata-se de uma revisão da literatura e consequente desenvolvimento de um modelo sistémico integrador do jogo patológico, o MSIJP, cujo artigo foi desenvolvido e aceite para publicação ainda durante a fase de recolha de amostra (ou tentativa de) do projeto inicial. Por esse motivo, é um trabalho que enfatiza a conjugalidade, privilegiando este subsistema e as suas dinâmicas para compreender o jogo patológico. Apesar disso, mantem-se atual e útil para este novo projeto, se o nível da conjugalidade for entendido como um de três níveis principais (família, casal e indivíduo) [cf. Discussão Integradora (Sobre o MSIJP: revisitando a conceptualização teórica 5 estudos depois)]. Foi considerando esta mudança de ênfase conceptual que este trabalho serviu tanto de base científica orientadora da formulação dos estudos seguintes, como de grelha de leitura para os resultados obtidos (Figura 3).

Delimitação concetual e científica do objeto de estudo, o jogo patológico. Compreensão integradora e sistémica, atendendo a aspetos contextuais, familiares, conjugais e individuais.

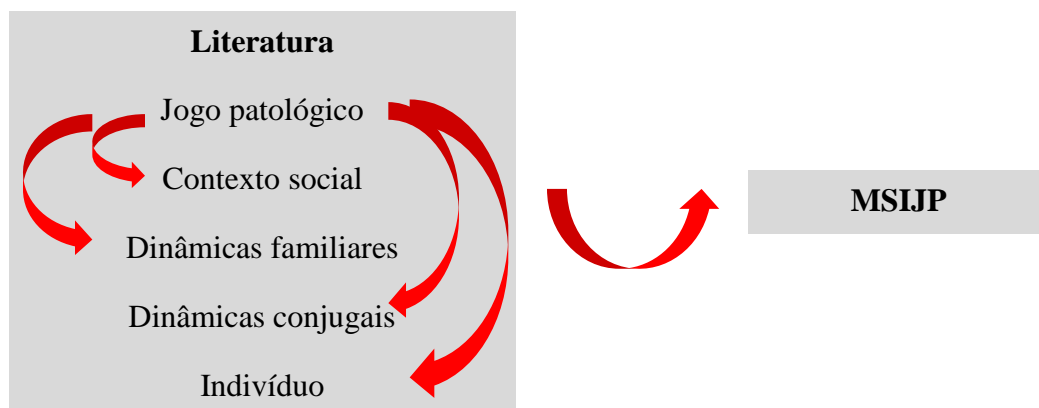


Figura 3. Esquema resumo dos conteúdos do capítulo I.

**PATHOLOGICAL GAMBLING AND COUPLE:
TOWARDS AN INTEGRATIVE SYSTEMIC MODEL**

Diana Cunha*

Ana Paula Relvas*

*Faculty of Psychology and Educational Sciences - University of Coimbra, Portugal

Cunha, D., & Relvas, A. P. (2014). Pathological gambling and couple: Towards an integrative systemic model. *Journal of Gambling Studies*, 30(2), 213-228. doi:10.1007/s10899-013-9366-9

Nota: as referências bibliográficas são apresentadas de acordo com as normas específicas do *Journal of Gambling Studies* (JGS) que apenas permite a utilização das normas da *American Psychological Association* (APA) na listagem final.

Abstract

This article is a critical literature review of pathological gambling focused in the family factors, particularly in the couple dynamics. Its main goal is to develop an explicative integrative systemic model of pathological gambling, based in these couple dynamics. To achieve that aim, a bibliography search was made, using on-line data bases (e.g., EBSCO Host) and recognized books in pathological gambling subject, as well as in the systemic approach in general. This process privileged the recent works (about 70% of the reviewed literature was published in the last decade), however, also considered some classic works (the oldest one dates back to 1970). The guiding focus of this literature search evolves according to the following steps: 1) search of general comprehension of pathological gambling (19 references), 2) search specification to the subject “pathological gambling and family” (24 references), 3) search specification to the subject “pathological gambling and couple” (11 references), 4) search of systemic information which integrates the evidence resulted in the previous steps (4 references). The developed model is constituted by different levels of systemic complexity (social context, family of origin, couple and individual) and explains the problem as a signal of perturbation in the marital subsystem vital functions (e.g., power and control) though the regularities of marital dynamics of pathological gamblers. Furthermore, it gives theoretical evidence of the systemic familiar intervention in the pathological gambling.

Keywords: pathological gambling, family, couple, regularities, reciprocity.

Introduction

Pathological gambling (PG) has been widely studied on an individual basis (Toneatto and Ladouceur 2003; Toneatto and Millar 2004), however, systemic explanatory and interventional approaches to the problem are relatively scarce (Garrido, Jaén and Domínguez 2004; Oei and Raylu 2004). The literature has recognized the important role of family and, in particular, of couple dynamics in pathological gambling since the nineties and has strongly underlined these ideas in the last decade (Bertrand, Dufour, Wright and Lasnier 2008; Garrido et al. 2004; Lee 2009; McComb, Lee and Sprenkle 2009; Steinberg 1993). In addition, to justifying the emphasis of this work on the couple, it is important to note that this subsystem (marital) is generally the first to suffer the impact of PG (Montero and Megías-Lizancos 2011). The marital subsystem is regarded as having the most effect on individual life (Relvas 1996) and any changes in it (marital subsystem) have a huge influence on the other family systems (Garrido et al. 2004; Lee 2009). The present work arises from the need to clarify, organize and integrate the evidence from the literature on family dynamics and, in particular, on marital dynamics and their relationship to PG. This paper therefore aims to provide an explanatory, integrative, systemic model of pathological gambling, based on couple dynamics, through the evidence collected from a thorough literature review, focused on a systemic understanding of PG.

Review Approach

To satisfy the main aim of this work – to develop an explanatory, integrative, systemic model of pathological gambling - the literature search became more complex and specific as it progressed. Initially, the objective was to gain a broad understanding of pathological gambling (e.g. definition and historical development, degrees of severity,

associated factors). Then, considering the importance that the literature on gambling ascribed to the family, the review focused on ‘PG and Family’. After this, and once more thanks to the relevance given to it by the literature, the topic was again narrowed and the focus was on ‘PG and Couple’. The last stage of the search involved coordinating the evidence garnered from the earlier stages, in a systematic comprehension of pathological gambling. This process concentrated on the recent works (about 70% of the reviewed literature was published in the last decade), but it also considered some classic ones (the oldest dates back to 1970) (Table 1).

Table 1
Brief characterization of the analyzed literature references

References characteristics <i>Research steps</i>	Frequencies (n/ %)	Type of work	Frequencies (n/ %)
General comprehension of pathological gambling	21/35	Empirical study	7/33.3
		Literature review	5/23.8
		Other (e.g., theoretical model; diagnosis manual)	9/42.9
Pathological gambling and family	24/40	Empirical study	14/58.3
		Literature review	7/29.2
		Other (e.g., theoretical model; diagnosis manual)	3/12.5
Pathological gambling and couple	11/18.3	Empirical study	8/72.7
		Literature review	1/9.1
		Other (e.g., theoretical model; diagnosis manual)	2/18.2
Systemic information which integrates the evidence resulted in the previous steps Publication date	4/6.7	Empirical study	0/0
		Literature review	0/0
		Other (e.g., theoretical model; diagnosis manual)	4/100
<i>Publication date</i>			
Before 2000	17/28.3		
After 2000	43/71.7		

Online databases were accessed (e.g., EBSCO Host) and recognized books on pathological gambling were consulted, as well as on the systemic approach. As result of this search process 19 references about the general comprehension of pathological gambling were selected, along with 24 references about “pathological gambling and family”, 11 relating to “pathological gambling and couple” and, finally, 4 with systemic information which incorporates the evidence supplied by the previous steps (Table 1). Obviously, some of these references provided important information on more than one subject (for example, references about family, very often also clarify some aspects about the couple), however to simplify the categorization, it followed the central theme.

The structure of the paper reflects this methodological approach: 1) conceptual delimitation of PG (types and psychopathological status); 2) family relations of the pathological gambler and their reciprocal interaction with the problem, highlighting the marital subsystem; 3) development of a systemic model to account for PG, focusing on the couple.

Earlier Systemic Models for PG

Hammond (1997) proposed a systemic model based on Bateson’s theory of relationships and particularly in his description of symmetrical systems. This model presents three concurrent planes: the beliefs and assumptions that underpin the model, the formulation of problem gambling patterns and some qualifications that augment the formulations within the model. In the first aspect, it is important to note that gambling is viewed as intentional and assumed to have a life enhancing meaning that becomes evident from the current and historical contextual factors. For the second point, the author (Hammond 1997) distinguished three underlying dynamics to explain problem gambling:

problem gambling arising from a worldview that is overly competitive, problem gambling as a statement or protest and problem gambling as a way of avoiding pain and distress. The last aspect gives a more complete picture of problem gambling, drawing attention to the dynamic nature of the model, the intergenerational patterns, the life cycle and the contextual issues.

Although this model presents a systemic approach to gambling, its formulations appear poorly integrated and often too focused on the individual angle (the gambler). In this regard, although this model offers added value to the systemic thinking about gambling it still lacks an integrated and systemic approach that concentrates more on relationships to explain this problem.

Conceptual Delimitation of Pathological Gambling

Gambling can be a *continuum* of growing psychopathological severity (Ladouceur 2002). Based on this assumption we shall take a fresh look at the various types of gambler and then define the concept of pathological gambling and its evolution, particularly in terms of diagnostic classification.

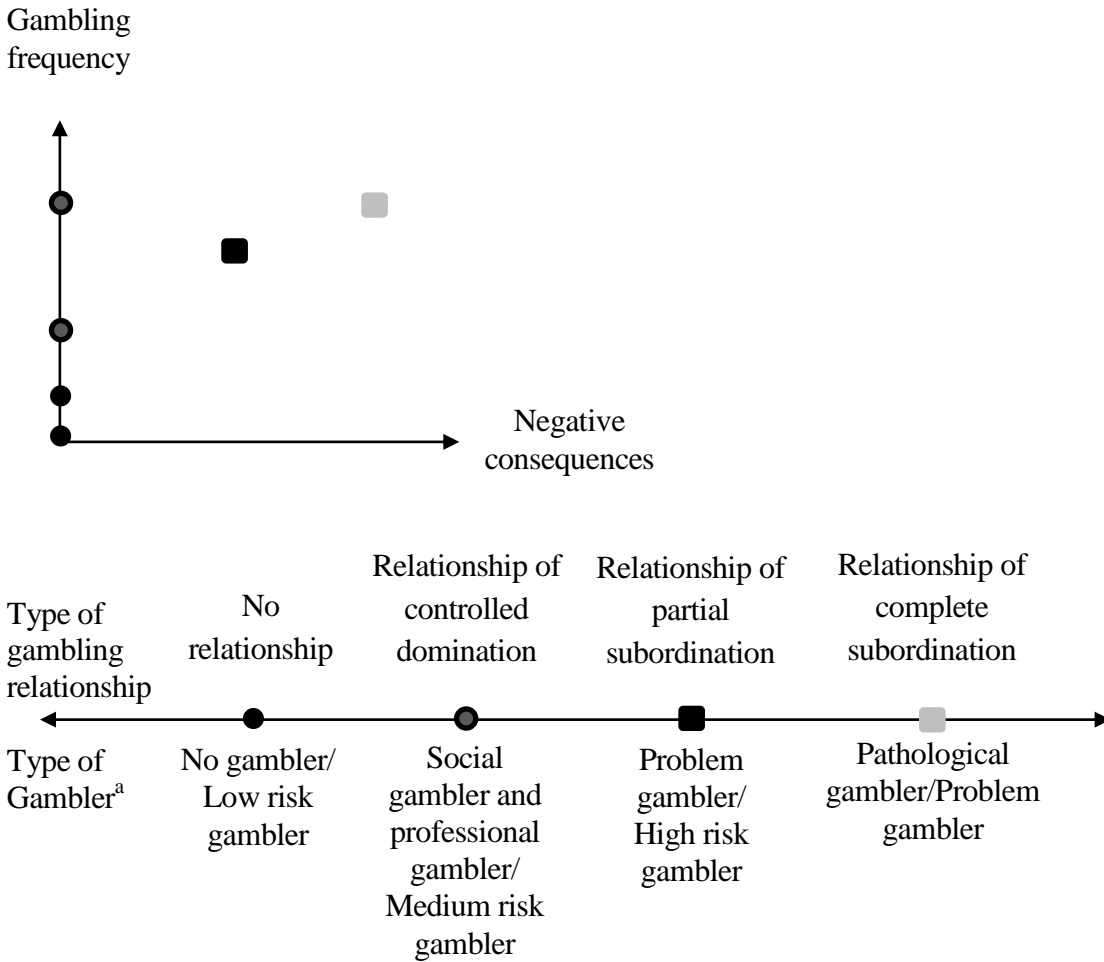
Gambler Typologies

Depending on the criteria (e.g. motivations, psychological and social traits, consequences), the literature establishes various typologies for people who gamble (Custer and Milt 1985; Darbyshire, Oster and Carrig 2001; González 1989; Kusyszyn 1978; Morán 1970; Ochoa and Labrador 1994). They are concerned with the individual, ascribing the problem (or its absence) to individual characteristics and/or motivations.

Of particular interest in this analysis are the typology described by Ochoa and Labrador (1994) (social gambler, professional gambler, problem gambler and pathological gambler) and that proposed by Ladouceur (2002) (low-risk gambler, medium-risk gambler, high-risk gambler and problem gambler) because: (a) they are the most recent and strongly referenced in the

literature on PG; (b) they express the continuing nature of the development of the problem, and (c) they are complementary. In the first typology (Ochoa & Labrador 1994), the social gambler gambles for entertainment and spends only small amounts of leisure time and money to the activity; the professional gambler makes a living through gambling and he is characterized by limited risks and discipline; the problem gambler dedicates more time, thoughts, and money to gambling and it also causes problems in his life; the pathological gambler has an uncontrollable preoccupation with and urge to gamble, gambling is the most important thing in his life, leading to severe problems. As regards the second typology (Ladouceur 2002), people in the low-risk category do not develop gambling problems; medium-risk gamblers are individuals who are regular gamblers and may at times gamble more than they should, but their overall gambling pattern is within the no-problem spectrum; high-risk gamblers are at risk of crossing the line and becoming problem gamblers; and problem gamblers are a minority of gamblers who have developed problems. Reconciling these two typologies (Ladouceur 2002; Ochoa and Labrador 1994) and shifting the thrust from the gambler to the relationship with gambling, we built up a new typology of relationships with gambling. This typology is based on the two axes: 1) gambling frequency and 2) the negative consequences of gambling, which together indicate the type of relationship with gambling (Figure 1).

It is underpinned by the presumption that gambling in itself is a recreational activity, such that the degree of pathology that can be linked to it stems from the type of relationship that is built up with it. The behaviours of the subject in each relationship type are associated with her/his personal, family, professional and social traits in the relation with gambling and not associated with these traits *per se*.



^a Based on Ladouceur (2002) and Ochoa and Labrador (1994)

Figure 1. Relationship Typology with Gambling.

Consequently, we emphasize the development and reversibility of these relations through a *continuum* of (de)(in)creasing severity. This typology is intended to contribute to a more depathologised view of gamblers, thereby encouraging the involvement of their family members and significant others in the process of therapeutic intervention. There are four relationship types: 1) absence of relationship, that is, the person does not gamble or only does so sporadically, with no associated negative consequences; 2) relationship of controlled domination from which the gambler gains recreationally or professionally (e.g.

they can stop the activity when they want; gambling has no negative impact on their personal or family life); 3) relationship of partial subordination, established through the domination exerted by gambling on a considerable part of the subject's life, especially in terms of financial matters; 4) finally, relationship of complete subordination where gambling wholly dominates the person, whereby they play a role of total submission that results in a variety of serious problems (family, marital, work related, financial, physical and mental health, and others). This last relationship type coincides with what the literature tends to designate PG [American Psychiatric Association (APA) 2002].

Pathological Gambling and its Diagnosis

PG is taken as an inadequate behaviour with respect to recurrent and persistent gambling (APA 2002), characterised by a progressive failure to control the gambling impulse and a gradual deterioration in the personal, family, social and work related domains (Fernández, Rincón and Álvarez 2002; Martínez, Navarro and Romero 1993), and in the economic and legal ones, too (Oei and Gordon 2008).

Gambling frequency and the amount of money and time spent on it are important indicators of the degree of severity/pathology associated with gambling (Garrido et al. 2004). It is worth summarising the criteria listed in DSM-IV-TR (APA 2002) to clarify the diagnosis of PG, of which at least five must be observed: 1) concern with gambling (e.g. reliving previous gambling experiences); 2) needing to stake larger amounts of money to achieve the desired level of excitement; 3) failed attempts to control, cut down or stop gambling; 4) anxiety or irritability when trying to cut down or stop gambling; 5) gambling can be a form of escape from problems or a way of alleviating a dysphoric mood; 6) repeatedly losing and “hostage” behaviour to try and recover losses; 7) lying to the family,

therapist or others about the extent of and involvement in gambling; 8) committing crimes to fund gambling; 9) putting at risk or actually losing significant relationship, jobs or career or academic opportunities because of gambling; 10) relying on others to get money to settle a desperate financial situation brought about by gambling.

Although PG is now accepted by the scientific community as a psychopathological condition it has not always been so. Indeed, this view is relatively recent and still developing. PG only achieved this status in 1980, being classified as an impulse control disorder under DSM-III (APA 1980). Insofar as the diagnostic criteria for PG were revised in subsequent editions of the DSM [up to DSM-IV-TR (APA 2002)], the parallels between PG and drug addiction have become obvious. For example, criteria 2), 4) and 9) in DSM-IV-TR (APA 2002), listed above, relate to three important characteristics of addictive behaviour in general - tolerance, dependence and subordination, respectively. Martínez et al. (1993) define tolerance as a need to increase the amount bet and the frequency of gambling to achieve the desired excitement; dependence is the subjective need to gamble to maintain a state of equilibrium, and subordination is satisfying the overriding need to gamble to the detriment of any other need (e.g. eating, accommodation) for themselves or their family. But there are also some differences: Abbott, Cramer and Sherrets (1995) believe that in other addictions they are identifiable growing warning signs over a long period as the problem develops. In gambling, until the problem has become well established, there are almost no warning signs and the shift from recreational to pathological gambler may only take a short time.

At any rate, today the similarities between PG and other addictions (e.g., alcoholism) seem to be generally agreed and accepted (Fabionsson 2006; Krishnan and Orford 2002). Even though there is empirical evidence for the association between

gambling and impulsive behaviour (Pagani, Derevensky and Japel 2010), which bears out the conceptualisation of PG as an impulse control disorder, in the latest classification PG moves from the category Impulse Control Disorder [DSM-IV-TR (APA 2002)] to a new category called Substance-Related Disorders (APA 2010) – DSM-V (due to be published in 2013). This is due to the inclusion of “dependence without substance” Disorders through Substance Use in DSM-IV-TR (APA 2002), whose designation has been changed in response to the expansion of the category and to the international recommendations of participants involved in revising the diagnostics (APA 2010).

Because of its recent sojourn in the area of mental health, PG is still in the process of having its psychopathological status defined. This can be explained by the explanatory complementarity afforded by the two perspectives – impulse control disorder and dependence). But this last development, which is more conceptual, appears to be generally agreed.

Pathological Gambling and Family

PG is strongly associated with contextual factors (Griffiths and Delfabbro 2001), and the family is naturally on the list. So family factors are addressed under this point, inasmuch as they are involved in the combination of risk and protection factors with respect to the development of PG (Dickson, Derevensky and Gupta 2008; Hardoon, Derevensky and Gupta 2002). The association of family and PG is specifically analysed from two angles: first we look at the issue of transgenerationality, and then we consider the relationship dynamics of families, in particular of couples, with PG problems.

Transgenerationality

‘Transgenerationality’ has two meanings in this work: 1) transmission of “family

rules, beliefs and myths (...) from generation to generation”(Gameiro 2007), which can be related to the development of PG. For example, the significance that the family ascribes to money can be a “predisposing factor” for PG (APA 2002). In this case there is no need for a history of gambling in the family; 2) direct relationship with gambling behaviour (which is not to say that it is more important), particularly through role-model learning. In this case we have to consider the presence of gambling behaviours within the family. The two components can interact and occur simultaneously. Meanwhile, Magoon and Ingersoll (2006) assessed parental influence using three variables – modelling, attachment and monitoring – and concluded that the first is positively related to gambling behaviour, while the opposite is true of the other two.

So we looked at the studies that support the first meaning of transgenerationality. By examining the influence of the parental factors on behaviours associated with their children’s gambling in a hundred and eighty families, Oei and Raylu (2004), found that the cognitions of parents linked to gambling indirectly (through the cognitions of the children linked to gambling) influenced the gambling behaviour of the children. On the whole, parents did not pay attention to the gambling habits of their children and saw them as socially acceptable (Ladouceur, Jacques, Ferland and Giroux 1998). Between 1995 and 2000, however, the knowledge and concern behaviour of parents with respect to their children’s gambling evolved in that they paid more heed and took greater care, even though some mistaken conceptions were unchanged or had worsened (Ladouceur, Vitaro and Côté 2001).

Some studies reported that the life history of gamblers is often marked by neglect and ill-treatment (e.g. physical, psychological, sexual) in childhood by parents and other carers (Lee 2002; Shaw, Forbush, Schlinder, Rosenman, Black 2007), and by important

losses, rejection and deprivation, which would have led to feelings of powerlessness, with them seeing life as insecure, unpredictable and uncontrollable (Whitman-Raymond 1988). Hardoon et al. (2002) took a sample of two thousand three hundred and thirty-six adolescents and, using the Gambling Activities Questionnaire (GAQ), divided the participants into four groups: non-gamblers (who had not gambled in the past year); social gamblers (who scored 0-1); at-risk gamblers (who scored 2-3), and probable pathological gamblers (who scored 4 or more). The authors' main purpose was to study the relationship between risk and protection factors and the severity of gambling behaviours in adolescence. In terms of family factors they found that adolescent at-risk gamblers and probable pathological gamblers tended to perceive their parents and relatives as “uncaring”, “harsh” or over-critical and to feel emotionally detached from them.

In terms of the second meaning of transgenerationality, directly related to gambling, there seems to be plenty of empirical evidence that family history of PG is linked to an increased risk of developing the problem (APA 2002; Felsher, Derevensky and Gupta 2003; King, Abrams and Wilkinson 2010; Shaw et al. 2007). Teo, Mythily, Anantha and Winslow (2007) studied a sample of a hundred and fifty pathological gamblers to try and describe their demographic and clinical characteristics: 26.7% of the participants reported a family history of gambling. Desai, Potenza, Krishnan-Sarin and Cavallo (2007) studied gambling behaviours in young people ($N = 4523$ students) and found that around 23% of pathological gamblers either had had or still had a close relative whose gambling behaviour was worrying or made them afraid, and that 14% of frequent gamblers had had or still had a close relative with a potential gambling problem. The start of gambling behaviours very often started with relatives. This was shown in a quantitative study ($N = 477$ children aged

9 to 14) on social and family factors in which around 81% of children who gambled reported having started this behaviour with relatives (Gupta and Derevensky 1997). Consistent with these findings, Felsher et al. (2003) reported that around 70% of one thousand and seventy-two young people who took part in their study, which aimed to assess the relationship between parental involvement in lottery games and its relationship to the young people's learning gambling behaviour, had received a lottery ticket as a gift from parents and friends. Oei and Raylu (2004), in their study (mentioned above), perceived that the gambling behaviour of parents had a direct influence on their children's gambling behaviour. Other authors support these results (Felsher et al. 2003; Lee 2002).

The powerful empirical evidence (APA 2002; Desai et al. 2007; Felsher et al. 2003; Fernández et al. 2002; Gupta and Derevensky 1997; Hardoon et al. 2002; King et al. 2010; Magoon and Ingersoll 2006; Oei and Raylu 2004; Shaw et al. 2007; Teo et al. 2007), thus enables us to say that gambling behaviours are a part of the transgenerational legacy. It can be related to behaviours, beliefs, thinking, or feelings that may or may not be directly related to PG in the family. Not brushing aside the genetic perspective supported by some authors (Ibáñez, Blanco, Perez de Castro, Fernandez-Piqueras and Sáiz-Ruiz 2003), this article focuses essentially on the assumptions underlying the dynamic relationships of families. We therefore concentrated on the role of the parents (1) as an agent in the learning process by providing a role model for gambling behaviours, and (2) as a transmitter of significances (e.g. the significance ascribed to money) or (3) as a developmental context of risk (e.g. an agent of traumatic early experiences). In sum as a context that nurtures the development of the individual, and gambling can be one of the emerging problems.

Family functioning and pathological gambling

Two aspects should be underscored before focusing on understanding the family

functioning of pathological gamblers: 1) it is very hard to be precise about the chronological order of the characteristics of family functioning, before or after the problem, given the transverse nature of the studies in question; 2) gamblers belong to the family with all their facets, which is not made clear in the literature, since they are often portrayed as an external agent of consequences for the family. These considerations do not mean that, as with other addiction problems (e.g. alcoholism), PG may not destroy the whole family system (Krishnan and Orford 2002). This problem is associated with a series of negative effects (e.g. frequent lying, financial problems and desertion of work and family responsibilities) that seriously affect the family, especially the members closest to the gambler (Shaw et al. 2007), as is the case of the nuclear family (marital and filial subsystems) (Darbyshire et al. 2001; Fernández et al. 2002; McComb et al. 2009).

The works that set out to analyse the relationship between PG and gamblers' families came to pretty much the same conclusions. This agreement holds not only for the results of those in which actual gamblers participated (Ladouceur et al. 2004; Suurvali, Hodgins and Cunningham 2010) and for those whose results are yielded by the participation of gamblers' relatives (Kalischuk, Nowatzki, Cardwell, Klein and Solowoniuk 2006), and, indeed, for both. PG appears to be associated with relationship issues (Suurvali et al. 2010), specifically family and marital ones (Ladouceur et al. 2004), such as arguments, anger, violence, lies, deception, neglect of the family by the gambler, poor communication and muddled family roles and rules (Kalischuk et al. 2006). Alongside these problems, which top the list of difficulties linked to PG, we find financial problems (Kalischuk et al. 2006; Suurvali et al. 2010), followed by negative emotions, problems at work or legal difficulties, and worries about physical health (Suurvali et al. 2010).

Gamblers feeling dissatisfied with the family environment is also obvious (Ciarrocchi and Hohmann 1989), in particular with respect to relationship variables such as family support (Ciarrocchi and Hohmann 1989; Dowling, Smith and Thomas 2009; Hardoon et al. 2002), degree of expressiveness within the family, open expression of anger (Ciarrocchi and Hohmann 1989) and emotional responsiveness (Hardoon et al. 2002). Furthermore, gamblers themselves often display various comorbid psychopathologies (e.g. depression, anxiety) (Teo et al. 2007), and physical (e.g. gastrointestinal disorders, high blood pressure, back and neck pain) or emotional (e.g. desperate need for money, severe depression, guilt, loneliness) health problems (Lorenz and Yaffee 1986).

The experience of the sundry effects of gambling extends, as we have seen, to their significant others, especially to the people who live with gamblers, who also report difficulties ranging from meaningful levels of emotional suffering (e.g. depression) (Dickson-Swift, James and Kippen 2005) to various physical symptoms (e.g. muscular tension, headaches, stomach ache) (Dickson-Swift et al. 2005). With respect to the filial subsystem, risk to health and well-being in general are described, along with symptoms of depression and behavioural problems (Darbyshire et al. 2001). In the parental subsystem (the gambler's parents) emotional problems emerge in exactly the same way (e.g. fear, guilt, anger) (Moody 1989). But it is at the level of the marital subsystem that these effects are exhibited most abundantly (Lee 2002), so this issue is addressed separately.

The specificity of the Couple

When pathological gamblers live with a partner, the marital subsystem is usually the first to notice the effects of the problem (Montero and Megías-Lizancos 2011). Obviously the way the situation-problem is felt by the partner changes with time and, according to Dowling et al. (2009), it goes through specific phases: denial, characterised by lack of

awareness of the extent of the problem and attempt to rationalise gambling behaviours; stress, represented by deficient interpersonal communication, greater efforts to repair and “cover up” the damage caused by gambling, social isolation, feelings of frustration and resentment; and the exhaustion phase, when the problem gives rise to somatic illnesses, intense psychological suffering, unsuitable behaviours, unsatisfactory sexual relationship and greater likelihood of seeking professional help.

But the perceptions of pathological gamblers and their spouses or partners about the consequences of the gambling problem do not seem to be the same. This is indicated in an exploratory study (Ferland et al. 2008) ($n = 7$ couples with one pathological gambler partner) which found that couples only agreed about the problems caused by gambling with respect to financial issues. Gamblers’ partners tend to mention the consequences of gambling on the gambler’s social life more often, while gamblers tend to place more emphasis on the consequences of gambling on their psychological well-being. The outcome of this divergence of views could often lead to married pathological gamblers feeling a lack of help and support, and the absence of a sense of personal independence in the marital relationship (Ciarrocchi and Hohmann 1989).

It is perceived, therefore, that the marital relationship of pathological gamblers is often rocked by a huge, self-reinforced set of problems: fear of the future, dwindling responsibilities of the gambler (Fernández et al. 2002; Lee 2002), unsatisfactory sexual relationship, anger and resentment (Fernández et al. 2002; Lee 2002; Lorenz and Yaffee 1986), feelings of guilt, isolation, lack of confidence, loss of respect (Dickson-Swift et al. 2005; Fernández et al. 2002; Lee 2002) and financial problems (Dickson-Swift et al. 2005). Communication tends to break down and separation and divorce are common (Dickson-

Swift et al. 2005; Fernández et al. 2002; Lorenz and Yaffee 1986; Shaw et al. 2007). Other areas of difficulty of particular importance to couples where one of them is a pathological gambler, are emotional and sexual intimacy, the expression of emotions (Lorenz and Yaffee 1986; Steinberg 1993) and control and power (Steinberg 1993).

Lying and deceit are always factors (Dickson-Swift et al. 2005), engaged in by both the gambler who tries to hide the extent of the problem and the partner who tries to conceal the gambling losses from the rest of the family (Shaw et al. 2007). Bertrand et al. (2008) believe that some behaviours exhibited by spouses and partners in terms of hiding or downplaying the problem (e.g. finding excuses for gamblers missing work, paying debts, avoiding discussions about gambling, taking over the gambler's responsibilities in dealings with creditors or within the family) can contribute to gambling behaviour. We thus get a vicious circle within the marital relationship of pathological gamblers: gamblers feel a growing need to gamble as a reaction to the controlling behaviour of significant others, who, for their part, then try to exert greater control to deal with the gambling problems, and so it goes on (Bertrand et al. 2008). This is how, according to Garrido et al. (2004), gamblers' behaviour turns into one of the vertices of the triangle around which the couple relates, and so the communication about all sorts of other topics (e.g. children's education, sexual relationship, relationship with parents) ends up by be mediated by the presence or absence of gambling. In addition to these realms of marital difficulty some studies indicate the occurrence of violence within couples affected by gambling, with an incidence significantly higher than that for the public in general (Liao 2008).

It seems obvious that, given the complexity of the problems experienced by a couple where one is a pathological gambler, marital contentment would be affected. And a study that analyses the social adjustment, personality and negative emotions of partners of

pathological gamblers does suggest that (Mazzoleni, Gorenstein, Fuentes and Tavares 2009). The results of this study show that the wives of pathological gamblers ($N = 25$) exhibit considerable marital dissatisfaction compared with control participants, although they do not show signs of personality disorders or negative affectivity. Dowling et al. (2009) corroborated these data in a study with fifty-three pathological gamblers, twenty-nine spouses and forty children, with the aim of assessing the dyadic and family adjustment of pathological gamblers. They found that both the spouse or partner and the gambler showed poor dyadic adjustment compared with the standardised sample.

Finally, with respect to Portugal, there is a striking dearth of empirical studies on PG, which is even more noticeable when it comes to issues related to the family effects associated with it. But a study by Lopes (2009) found that 22% of gambling addicts ($N = 571$) got divorced because of the problem. This agrees with what is reported in the international literature on the topic, albeit with a lower percentage. Lorenz and Yaffee (1986), in fact, report a divorce rate of 59% for couples with gambling problems.

Integrative Systemic Model of Pathological Gambling

Following the organisation and coordination of the above literature review, a systemic model is now presented that explains and integrates PG, with particular emphasis on the marital subsystem, which makes it possible to understand the development and maintenance of PG (Figure 2). It sets off from a macro-perspective and heads to a micro-perspective in which all levels of understanding influence one another.

The first level considered is the social context. Aspects such as the social acceptance of gambling behaviours and its availability will naturally influence the development of PG. At this level we would draw attention to the growing accessibility to legal gambling, motivated to a

great extent by economic development interests, such as the expansion of legal gambling as a way of stabilising government revenues (Honoré, Simões, Moonesinghe, Wang and Brown 2007), for instance. This can be seen in the geographic spread and diversification, even online, of gambling locations and products and publicity for them, for example (Hing 2002) and Dickson-Swift et al. (2005) reported this in a study that showed that most participants thought that access to legal gambling had a direct bearing on the development of the problem.

On a second level the spotlight falls on the family and the two aspects explained above: transgenerational and relationships. Transgenerationality can be positively or negatively related to PG, directly or indirectly. The first instance involves the transmission of behaviours, thinking, beliefs (etc.), directly related to gambling [e.g. gambling habits within the family (Desai et al. 2007) or downplayed credence of the psychopathological potential of gambling (Ladouceur et al. 1998)]. In the second, the literature review revealed some factors for the development of PG, including ill-treatment in childhood (Lee 2002) and the significance ascribed to money by a gambler's parents (Fernández et al. 2002). In terms of the relationship aspect, i.e. the functioning of the gambler's family, some patterns are associated with the maintenance of PG, inasmuch as, as noted with families with a drug addict member, these families "are not special or unique kinds of family, though they may have features in common" (Relvas 2003). Three major areas of difficulty are noted here: 1) management of emotions and affections, particularly with respect to expressing and communicating them (Ciarrocchi and Hohmann 1989; Kalischuk et al. 2006); 2) unclear family rules and roles (Kalischuk et al. 2006); and 3) communicational poverty, often governed by arguments and lies (Kalischuk et al. 2006). This matrix is associated with the self-perception of these families as being not very supportive and not very emotionally nurturing, which results in strong family dissatisfaction (Dowling et al. 2009; Hardoon et al. 2002).

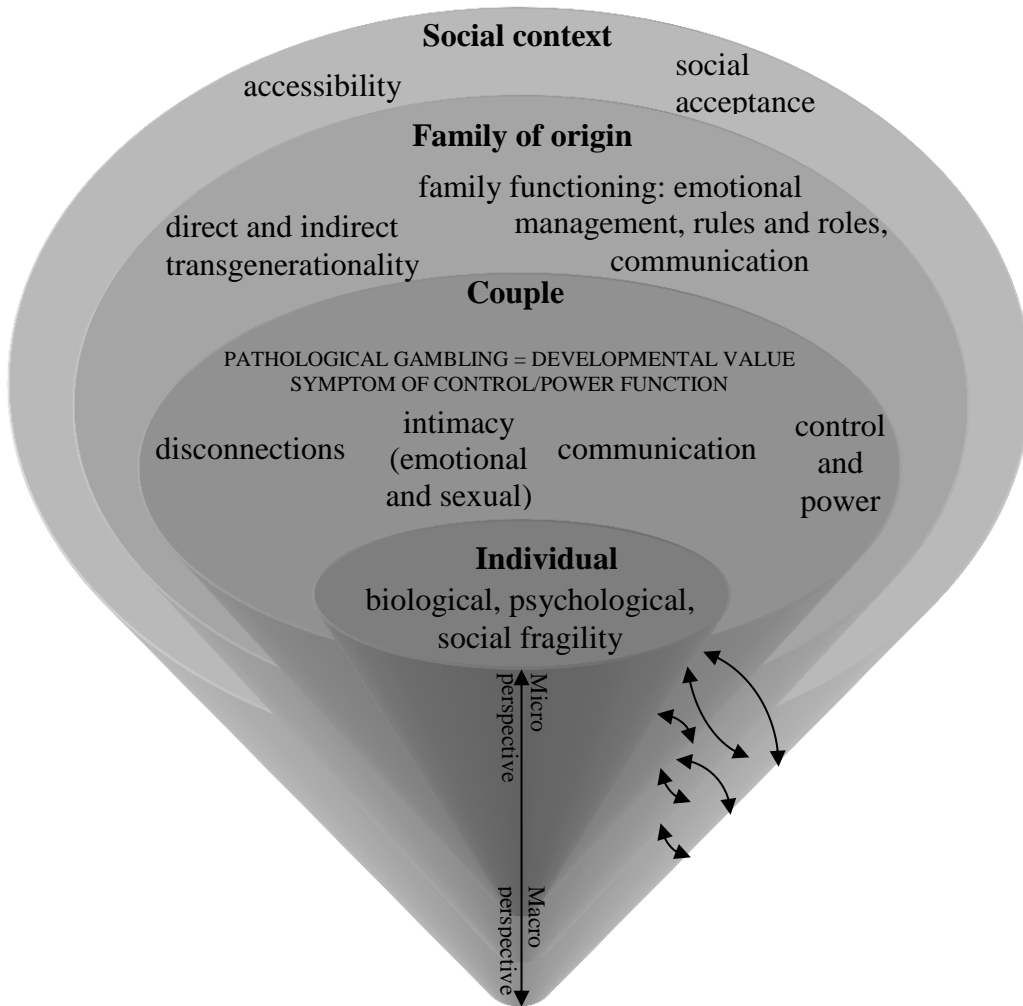


Figure 2. Integrative Systemic Model of Pathological Gambling.

On a third level, heading in the micro direction, we have the (sub)system on which this model focuses: the couple. The reasons for this emphasis should be explained: 1) the marital subsystem is usually the first to feel the effects of PG (Montero and Megías-Lizancos 2011), and 2) it is held to be the subsystem that most affects people over their lives (Relvas, 1996), so that any changes in it have a strong influence on the other family subsystems (Garrido et al. 2004; Lee 2009). These couples' problems with marital functioning are seen in the continuity of the difficulties of their parents. In addition to high marital discontent (Mazzoleni et al. 2009) the literature somewhat redundantly indicates

four major areas of difficulty: 1) emotional intimacy (e.g. psychological suffering, anger, guilt, frustration, resentment) (Lorenz and Yaffee 1986; Steinberg 1993) and sexual intimacy (sexual dissatisfaction) (Lorenz and Yaffee 1986); 2) communication (e.g. lying, deceit, attempts to hide or repair damage caused by the problem) (Dickson-Swift et al. 2005); 3) control and power (e.g. violent behaviour, financial matters as the main focus of power struggles) (Steinberg 1993), and 4) detachment, that is, lack of awareness, recognition, acceptance and engagement of the experiences of one partner with the experiences of the other (Lee 2002).

These traits of marital functioning and PG are fed repeatedly. If we develop this idea then a reading of the formation of the PG symptom can be made, focused on the marital subsystem. Assuming (1) that it is not the system that indicates the symptom, but that one behaviour, from an infinite set of other possible ones, will have an impact that it would not have if the system had not already been in difficulties, and (2) the notion of developmental value of the symptom (Ausloos 2003), gambling would be a sign of something wrong in one or more vital functions of the marital subsystem. Bearing in mind the characteristics of a marital relationship listed earlier (which, as we mentioned, are linked in a bond of continuity with those of the families), the exercise of control and power in the relationship can be indicated as one of those functions. This conceptualisation makes sense when the feeling of personal independence is missing from the marital relationship, as the gamblers report (Ciarrocchi and Hohmann 1989), and the importance of “detachment” in these couples (Lee 2002). In other words, gamblers feel that their “Self” is worthless, scarcely understood within the relationship, and so they can find in gambling an activity that engenders an illusory sensation of power. However, since the spouse or partner also sees this behaviour as a relevant item in defining the power relationship within the

partnership/marriage, this activity tends to be repeated and extended and the two parties focus on it (*selection-extension* process). The fears, anxieties and dreads often transmitted transgenerationally (e.g. the dread that, as happened with other family members, gambling will turn out to be a problem, or the anxiety caused by the value the couple places on money) and the crises and high levels of stress within the system (Lee 2002) reinforce this recursive, dyadic process. Gambling behaviour then becomes a habit and, as it crystallises (Ausloos 2003), becomes pathological by replacing/triangulating one of the functions of the system (the exercise of control/power in the relationship).

In brief, gambling lets gamblers to rediscover their own space to satisfy their need for control and power, and enables their spouse or partner to do exactly the same. So the latter will activate a series of strategies to minimise the consequences of the problem (trying to conceal it from the rest of the family, taking over the gambler's family and work responsibilities, getting money for the couple, and so forth). This underscores the power imbalance, however, and leads the gambler to extend his/her behaviour in response to the control exerted. So we have a hidden symmetry based on gaining power in the relationship, and this becomes a self-reinforcing vicious cycle that keeps the problem going. By this reasoning it is assumed that most of the marital problems reported in the literature as consequences of PG (e.g. difficulties in communicating and expressing affection; unsatisfactory sexual relationship) can precede it (Lee 2002). But of course this fact does not invalidate the possibility of it worsening after *crystallisation* (Ausloos 2003) of the gambling behaviour.

Finally, the last level of the analysis, and the most “micro” is the individual,

where factors ranging from personality traits (impulsiveness, lack of control, etc.) – DSM-IV-TR (APA 2002) – to aspect such as neuro-cerebral function are considered (Ibáñez et al. 2003). Furthermore, it should also be considered that some studies (Lee 2002) indicate that the start of a gambling problem may coincide with highly stressful landmarks in a gambler's life, such as emigration/immigration, loss, change of job or demotion, financial setback, health problems, transitions in the life-cycle (marriage, birth of first child, retirement) that leave the person in a more psycho-socially fragile state.

Personal disposition and traits can enhance or reduce the impact of family relationship patterns and vice-versa, such as social influences (e.g. positive or negative assessment of gambling), accessibility of gambling (e.g. geographical) and biological factors (e.g. neural transmissions) play an important part in the multi-dimensional functioning of gambling. In fact, all these levels interact with one another, repeatedly. It is easy to see how, in a social context of acceptance and geographic facility, for example, personal weakness may interact with difficulties of defining the power relationship in a partnership/marriage and with transgenerational aspects favourable to the development of PG and thus facilitate the symptom selection process explained above.

Conclusion

We have proposed in this article that the degree of psychopathology associated with gambling depends on the relationship that gamblers establish with the activity. This is strongly related to the quality of the gambler's marital relationship (Lee 2002), as the explanatory integrative model of gambling, presented above, makes clear. It thus seems essential that the family, particularly the couple, are included in both the comprehensive and therapeutic approaches to PG (Steinberg 1993).

Limitations

The model presented proposes an integrative approach based on a variety of works (Table 1), including theoretical models, literature reviews, empirical studies (with different experimental designs). Although, on the one hand, this enriches the conclusions drawn, on the other hand it makes it harder to accurately compare the results/evidence, hindering a choice, for example, between two incompatible/contradictory results. It is also felt that PG and the family/couple is an “immature” topic in the literature, with few studies and small samples (not representative). In addition, even those studies that do consider aspects of family functioning, they are mostly based on uni- or bi-directional relationships, ignoring the idea of circularity. Furthermore, the transversal character of PG is not compatible with the cause-effect logic presented in some studies. We believe that the idea of a relationship/association between the variables (gambling and family/couple) is more appropriate.

Future Directions

It seems essential that future studies should continue examining PG from a systemic familiar perspective. The empirical validation of the systemic models (comprehensive/explanatory and interventional) relating to PG is therefore a matter of urgency, especially with respect to the marital subsystem. This is, moreover, a tendency which is currently beginning to attract attention in some countries such as Canada, by developing couple therapy models adapted to pathological gamblers (Bertrand et al. 2008; Lee 2009). In terms of their efficiency, the few studies that are available (using very small samples and of an exploratory nature), have yielded quite favourable results (Lee 2009), showing the need for empirical validation.

References

- Abbott, D., Cramer, S., & Sherrets, S. (1995). Pathological gambling and the family: Practice implications. *Families in Society*, 76(4), 213-219.
- American Psychiatric Association. (1980). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (3rd ed.). Washington, DC, USA: Author.
- American Psychiatric Association. (2002). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed., text rev.). Washington, DC, USA: Author.
- American Psychiatric Association. (2010). *American Psychology Association: DSM-V development*. Retrieved from <http://www.dsm5.org/Pages/Default.aspx>.
- Ausloos, G. (2003). *A competência das famílias: Tempo, caos, processo* [The competence of the family: Time, chaos, process] (2nd ed.). Lisboa, Portugal: Climepsi.
- 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.
- Ciarrocchi, J., & Hohmann, A. (1989). The family environment of married male pathological gamblers, alcoholics, and dually addicted gamblers. *Journal of Gambling Behavior*, 5(4), 283-291.
- Custer, R., & Milt, H. (1985). *When luck runs out. Help for compulsive gamblers and their families*. New York, NY, USA: Facts on File.
- 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(4), 185-193.
- Desai, R., Potenza, M., Krishnan-Sarin, S., & Cavallo, D. (2007). *Gambling behavior among high school students in the state of Connecticut* (Report to CT Department of

- Mental Health and Addiction Services and CT Department of Education). Retrieved from <http://www.ct.gov/dmhas/lib/dmhas/pgs/yalereport.pdf>
- Dickson, L., Derevensky, J., & Gupta, R. (2008). Youth gambling problems: An examination of risk and protective factors. *International Gambling Studies*, 8(1), 25-47.
- Dickson-Swift, A., James, E., & Kippen, S. (2005). The experience of living with a problem gambler: Spouses and partners speak out. *Journal of Gambling Issues*, 13, doi: 10.4309/jgi.2005.13.6
- Dowling, N., Smith, D., & Thomas, T. (2009). The family functioning of female pathological gamblers. *International Journal of Mental Health and Addiction*, 7, 29-44.
- Fabionsson, C. (2006). Recreational gambling . Young people's gambling participation in rural Australia. *Journal of Youth Studies*, 9(3), 345-360.
- Felsher, J., Derevensky, J., & Gupta, R. (2003). Parental influences and social modeling of youth lottery participation. *Journal of Community and Applied Social Psychology*, 13, 361-377.
- 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., & Álvarez, A. (2002). Relaciones de pareja y juego patológico: Um estudio descriptivo a través de la Escala de Ajuste Diádico (DAS) [Marital relationships and pathological gambling: A descriptive study through the Dyadic Adjustment Scale (DAS)]. *Apuntes de Psicología*, 20(1), 33-48.

- Gameiro, J. (2007). *Entre marido e mulher...Terapia de casal* [Between husband and wife ... Couple therapy]. Lisboa, Portugal: Trilhos.
- Garrido, M., Jaén, P., & Domínguez, A. (2004). *Ludopatía y relaciones familiares: Clínica y tratamiento* [Pathological gambling and family relationships: Clinical and treatment]. Barcelona, Spain: Paidós.
- González, A. (1989). *Juego patológico: Una nueva adicción* [Pathological gambling: A new addiction]. Madrid, Spain: Canal Comunicaciones.
- Griffiths, M., & Delfabbro, P. (2001). The biopsychosocial approach to gambling: Contextual factors in research and clinical interventions. *Journal of Gambling Issues*, 5, 1-33.
- Gupta, R., & Derevensky, J. (1997). Familial and social influences on juvenile gambling behavior. *Journal of Gambling Studies*, 13(3), 179-192.
- Hammond, G. (1997). Problematic gambling patterns: Approaching a systemic view. *Australian and New Zealand Journal of Family Therapy*, 18(4), 203-209.
- 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 to the Ontario Problem Gambling Research Centre). Retrieved from <http://youthgambling.mcgill.ca/en/PDF/OPGRC.pdf>
- Hing, N. (2002). The emergence of problem gambling as a corporate social issue in Australia. *International Gambling Studies*, 2(1), 101-122.
- Honoré, P., Simões, E., Moonesinghe, R., Wang, X., & Brown, L. (2007). Evaluating the ecological association of casino industry economic development on community health status: A natural experiment in the Mississippi Delta Region. *Journal of Public*

- Health Management & Practice*, 13(2), 214-222.
- 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.
- Kalischuk, R., Nowatzki, N., Cardwell, K., Klein, K., & Solowoniuk, J. (2006). Problem gambling and its impact on families: A literature review. *International Gambling Studies*, 6(1), 31-60.
- 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.
- Kusyszyn, I. (1978). "Compulsive" gambling: The problem of definition. *International Journal of Addictions*, 37, 1095-1101.
- Ladouceur, R. (2002). Understanding gambling and problem gambling: A step in the right direction. *Lecture Series*, 1(1), 1-10.
- Ladouceur, R., Jacques, C., Ferland, F., & Giroux, I. (1998). Parents' attitudes and knowledge regarding gambling among youths. *Journal of Gambling Studies*, 14, 83-90.
- Ladouceur, R., Sylvain, C., Sévigny, S., Poirier, L., Brisson, L., Dias, C., Dufour, C., & Pilote, P. (2004). *Caractéristiques des joueurs excessifs selon le mode de traitement* [Characteristics of problem gamblers according to the method of treatment]. Québec, Canada: Université Laval.
- Ladouceur, R., Vitaro, F., & Côté, M-A. (2001). Parents' attitudes, knowledge, and behavior toward youth gambling: A five-year follow-up. *Journal of Gambling*

Studies, 17, 101-116.

Lee, B. (2002). *Well-being by choice not by chance: An integrative system based couple treatment model for problem gambling* (Report to Ontario Problem Gambling Research Center). Retrieved from https://www.uleth.ca/dspace/bitstream/handle/10133/568/Well_Being_Lee.pdf%3Fsequence%3D1

Lee, B. (2009). Congruence couple therapy for pathological gambling. *Mental Health Addiction*, 7, 45-67.

Liao, M. (2008). Intimate partner violence within the chinese community in San Francisco: Problem gambling as risk factor. *Journal of Family Violence*, 26, 671-678.

Lopes, H. (2009). *Epidemiologia de dependência do jogo a dinheiro em Portugal* [Epidemiology of gambling dependence in Portugal]. Retrieved from http://ww3.scml.pt/media/arquivo/2009/outubro/conferencia_estudo.pdf.

Lorenz, V. C., & Yaffee, R. A. (1986). Pathological gambling: Psychosomatic, emotional and marital difficulties as reported by the gambler. *Journal of Gambling Behavior*, 2(1), 40-49.

Magoon, M., & Ingersoll, G. (2006). Parental, modeling, attachment, and supervision as moderators of adolescent gambling. *Journal of Gambling Studies*, 22, 1-22.

Martínez, J., Navarro, C., & Romero, J. (1993). Trastornos asociados al juego patológico [Disorders associated with pathological gambling]. *Anales de Psicología*, 9(1), 83-92.

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.

- McComb, J. L., Lee, B. K., & Sprenkle, D. H. (2009). Conceptualizing and treating problem gambling as a family issue. *Journal of Marital and Family Therapy*, 35(4), 415-431.
- Montero, J., & Megías-Lizancos, F. (2011). *El paciente ludópata: Dificultades em la família y su entorno social* [The patient with ludopathy: Family and social difficulties]. Paper presented at the XII Congresso Virtual de Psiquiatria Interpsiquis. Retrieved from <http://www.psiquiatria.com/bibliopsiquis/handle/10401/2399>
- Moody, G. (1989). Parents of young gamblers. *Journal of Gambling Behavior*, 5(4), 313-320.
- Moran, E. (1970). Varieties of pathological gambling. *The British Journal of Psychiatry*, 116(535), 593-597. doi:10.1192/bjp.116.535.593
- Ochoa, E., & Labrador, F. J. (1994). *Juego patológico* [Pathological gambling]. Barcelona, Spain: Plaza & Janés.
- Oei, T., & Gordon, L. (2008). Psychosocial factors related to gambling abstinence and relapse in members of Gamblers Anonyms. *Journal of Gambling Studies*, 24, 91-105.
- Oei, T., & Raylu, N. (2004). Family influence in offspring gambling: A cognitive mechanism for transmission of gambling behavior in families. *Psychological Medicine*, 34, 1278-1288.
- Pagani, L., Derevensky, J., & Japel, C. (2010). Does early emotional distress predict later child involvement in gambling?. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 55(8), 507-513.
- Relvas, A. P. (1996). *O ciclo vital da família. Perspetiva sistémica* [The life cycle of the

- family. Systemic perspective]. Porto, Portugal: Afrontamento.
- Relvas, A. P. (2003). *Por detrás do espelho. Da teoria à prática com a família* [Behind the mirror. From theory to practice with family] (2nd ed.). Coimbra, Portugal: Quarteto.
- Shaw, M., Forbush, K., Schlinder, J., Rosenman, E, & Black, D. (2007). The effect of pathological gambling on families, marriages and children. *CNS Spectrums*, *12*(8), 615-622.
- Steinberg, M. A. (1993). Couples treatment issues for recovering male compulsive gamblers and their partners. *Journal of Gambling Studies*, *9*(2), 153–167.
- 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.
- Teo, P., Mythily, S., Anantha, S., & Winslow, M. (2007). Demographic and clinical features of 150 pathological gamblers referred to a community addictions program. *Annals Academy of Medicine*, *36*(3), 165-168.
- Toneatto, T., & Ladouceur, R. (2003) Treatment of pathological gambling: A critical review of the literature. *Psychology of Addictive Behaviors*, *17*, 284–292.
- Toneatto, T., & Millar, G. (2004). Assessing and treating problem gambling: Empirical status and promising trends. *Canadian Journal of Psychiatry*, *49*, 517–525.
- Whitman-Raymond, R. (1988). Pathological gambling as a defense against loss. *Journal of Gambling Behavior*, *4*(2), 99–109.

CAPÍTULO II

CARACTERIZAÇÃO DE JOGADORES PATOLÓGICOS

Uma vez desenvolvido o referencial teórico da investigação, revelou-se oportuno analisar se, nas nossas (sub)amostras, os jogadores patológicos apresentavam características consonantes com o previsto pelo MSIJP.

Assim, neste capítulo, apresentam-se três estudos que visam caracterizar os jogadores patológicos no que respeita às principais variáveis contempladas no MSIJP, por comparação com outros tipos de jogadores. Num primeiro estudo (estudo 2), comparam-se jogadores patológicos (amostra comunitária/não clínica) com jogadores sem patologia de jogo associada. Num segundo estudo (estudo 3), utilizando uma amostra diferente e com dimensões superiores, consideram-se três grupos de comparação, representativos do *continuum* de gravidade associado ao jogo. Complementarmente, estudou-se uma amostra de jogadores que se (auto) consideram profissionais, visando perceber em que medida a patologia de jogo está presente no jogo profissional (Figura 4).

Como se caracterizam os jogadores patológicos atendendo às variáveis em estudo (comparativamente com outros jogadores)? Constituem um grupo homogêneo no que respeita às dificuldades associadas ao jogo patológico?

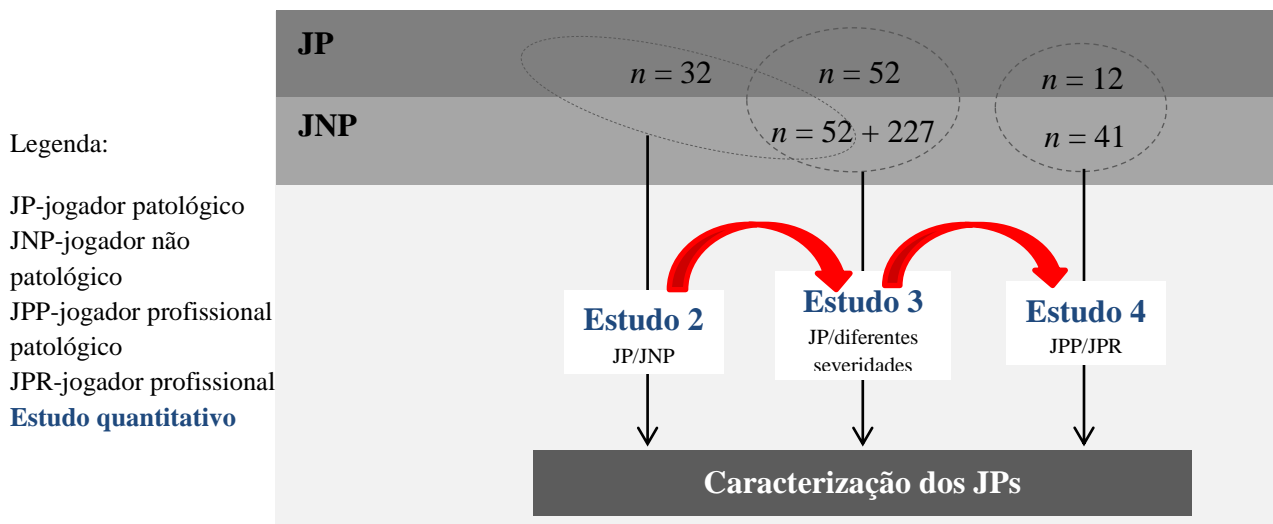


Figura 4. Desenho da investigação: excerto relativo ao capítulo II.

**PATHOLOGICAL GAMBLING: PSYCHOPATHOLOGY AND FAMILY
VARIABLES IN A NON-CLINICAL SAMPLE**

Diana Cunha*

Ana Paula Relvas***

*Faculty of Psychology and Educational Sciences - University of Coimbra, Portugal

** Centre for Social Studies (CES) - University of Coimbra, Portugal

Cunha, D., & Relvas, A. P. (2014). *Pathological gambling: Psychology and family variables in a non-clinical sample*. Manuscript submitted for publication.

Data de submissão: 22 de dezembro de 2014.

Abstract

The main goal of the present study is to compare pathological gamblers from a community/non clinical sample with control participants (non-pathological gamblers) as regard relevant individual and psychosocial variables (psychopathological symptomatology, marital/dyadic adjustment, family functioning and family quality of life). The following instruments were administrated to 32 pathological gamblers and 52 non pathological gamblers: a sociodemographic data questionnaire, Systemic Clinical Outcome and Routine Evaluation – 15 (SCORE-15), Quality of Life (QOL), Dyadic Adjustment Scale (DAS), Psychopathological Symptom Inventory (BSI) and South Oaks Gambling Screen (SOGS). The results showed that pathological gamblers do not perceive their family reality (family functioning, family quality of life, marital adjustment) negatively from non-pathological gamblers. Family Difficulties, Family Communication (difficulties) are lower in the pathological gamblers group and Dyadic Consensus is higher comparing with non-pathological gamblers group. The two groups also differ as regards to psychopathological symptoms, but in this case, with higher levels of disturbance for pathological gamblers. The results suggest that pathological gamblers do not constitute a homogeneous group, presenting different psychosocial problems with several intensities of negative consequences (e.g. family and marital difficulties) accordingly to the severity of the gambling problem. Future studies are needed to find more evidence on this hypothesis.

Keywords: pathological gambling, family, couple, individual, non-clinical sample.

Introduction

Pathological gambling, recently renamed in DSM-V [American Psychiatric Association (APA), 2013] as gambling disorder, is an addictive behavior (APA, 2013; Brieva, 2006). According to the DSM-V (APA, 2013), it is diagnosed when at least four of the following criteria are confirmed in a 12-month period: 1) the subject needs to gamble with increasing amounts of money in order to achieve the desired excitement.; 2) he/she is restless or irritable when attempting to cut down or stop gambling; 3) he/she has made repeated unsuccessful efforts to control, cut back, or stop gambling; 4) he/she is often preoccupied with gambling; 5) he/she often gambles when feeling distressed; 6) after losing money gambling, he/she often returns another day to get even; 7) he/she lies to conceal the extent of involvement with gambling.; 8) he/she has jeopardized or lost a significant relationship, job, or educational or career opportunity because of gambling; 9) he/she relies on others to provide money to relieve desperate financial situations caused by gambling. Matching these criteria, pathological gamblers, as classified by Cunha and Relvas (2014), establish a relationship of complete subordination with gambling, this is, they are completely dominated by the activity that occupies most of their time and entails a number of serious consequences personal, family, social and working life. The scientific literature suggests that psychosocial and relational variables, in particular family ones, are closely related with pathological gambling, as for its development and maintenance (Ciarrocchi & Hohmann, 1989; Dowling, Smith, & Thomas, 2009; Hardoon, Derevensky, & Gupta, 2002; Kalischuk, Nowatzki, Cardwell, Klein, & Solowoniuk, 2007), as regarding its' negative effects (Fernández, Rincon, & Álvarez 2002; McComb, Lee, & Sprenkle, 2009; Shaw, Forbush, Schlinder, Rosenman, & Black, 2007). In a recent systematic literature review

(Kourgiantakis, Saint-Jacques, & Tremblay, 2013), families with a pathological gambler showed several problems on their family functioning and marital life. Some examples reported in literature are: the relational problems (Suurvali, Hodgins, & Cunningham, 2010), as discussions, anger, violence, lies, disappointment, negligence on the family by the gambler, poor communication and family confused rules and roles (Kalischuk et al., 2007); negative emotions; gamblers' dissatisfaction with their family environment, particularly in terms of family support (Ciarrocchi & Hohmann, 1989; Dowling et al., 2009; Hardoon et al., 2002), high degree of expressiveness in the family, open expression of anger (Ciarrocchi & Hohmann, 1989) and emotional responsiveness (Hardoon et al., 2002). Probably, these family's difficulties also reflect lower levels of family quality of life in pathological gamblers, since family functioning and family quality of life are positively associated (Vilaça, Sousa, Stratton, & Relvas, 2015). In fact, an empirical study measuring quality of life (although the individual one) in pathological gamblers' samples reported lower quality of life comparing with control participants (Scherrer et al., 2005).

Nevertheless, "it is very hard to be precise about the chronological order of the characteristics of family functioning, before or after the problem, given the transverse nature of the studies in question" (Cunha & Relvas, 2014, p. 8). This aspect increases the utility of systemic approaches (highlighting relations in detriment of direct causes or effects) in the psychosocial gambling studies. The Integrative Systemic Model of Pathological Gambling (ISMPG) (Cunha & Relvas, 2014) organizes the evidence from the literature on the subject and interprets it as a coherent whole. The model includes four levels of understanding that influence one another. The first is the social context, referring to the social acceptance and availability or accessibility of gambling as contributing factors. The second level highlights the family's role in two ways: transgenerational and relational.

The first one may be related to the problem, either positively or negatively; by direct routes [transmission of behaviour, thoughts, beliefs directly related to gambling (e.g. gambling habits in the family)] or indirect ones (e.g. significance of money in the families of origin). The relational way focuses on the functioning of the gambler's family (e.g. difficulties with communication and the management of emotions and affections). On the third level is the couple. In light of this model, gambling would be a sign of the existence of disturbance in one or more vital functions of the marital subsystem, with the exercise of control and power in the relationship being indicated as one of these functions. Finally, the last level of analysis (the micro level) is the individual, where factors ranging from personality traits (impulsiveness, poor control, between others) to aspects such as neurocerebral function, or embracing high stress milestones in the gambler's life (e.g. migration), are considered to account for an individual's greater psychosocial fragility. Personal disposition and traits may enhance or reduce the impact of family relationship and marital patterns, and vice versa, as much as social influences.

Thus, pathological gambling is related with diverse gamblers and their families' problems, from physical and psychological well-being ones (e.g. stomach pain, cardiovascular disorders or anxiety, depression) to the inevitable psychosocial impact (more divorces, more suicides, unlawful activities developed in order to keep on gambling, increased spending by the National Health Service on gamblers and their families, increased number of indebted households, and so) (Korn & Shaffer, 1999; Lesieur, 1996; Oliveira, Silveira, & Silva, 2008). This last topic has led some authors to regard problem gambling as a public health issue (Korn & Shaffer, 1999; Lesieur, 1996; Oliveira et al., 2008).

Despite the diversity and severity of the consequences associated with it, pathological gambling remains a phenomenon that is underestimated and under-researched in Portugal (Clímaco, 2004). This fact is hard to understand given its prevalence in our country, similar to other European countries (Lopes, 2009), or if we look at the current socio-economic crisis, which, bearing international patterns in mind, could be contributing to this phenomenon's tendency to grow (Brieva, 2006; Clímaco, 2004). Furthermore, the few Portuguese studies are essentially epidemiological (e.g. Lopes, 2009), reiterating the international trend to favour studies focused on the individual (gambler) and lacking a systemic and family interpretation of the problem (Custer & Milt, 1985; Griffiths & Delfabbro, 2001; Lesieur, 1996). Furthermore, the literature is mainly focused on studies conducted with pathological gamblers' clinical samples (e.g., Beaudoin & Cox, 1999; Ciarrocchi & Hohmann, 1989; Griffiths, Scarfe, & Bellringer, 1999; Ladoucer et al., 2004; Lorenz & Yaffee, 1989; Potenza et al., 2001). This may led to a one-way direction comprehension of gambling, that is to say, to a partial approach, since most studies are focused on that population's slice clearly identified as a disturbed one in a very severe degree. Considered this, it seems important to develop some research with gamblers' community samples in order (1) avoiding any bias associated with therapeutic intervention; and (2) not restricting the findings to cases of extreme severity supposedly present in the clinical population. Hence, the main goal of the present study is to compare pathological gamblers from a community/ non clinical sample with control participants (non-pathological gamblers) as regard relevant individual and psychosocial variables (psychopathological symptomatology, marital/dyadic adjustment, family functioning and family quality of life). The added value of this study can then be the study of individual, family and marital variables in an integrated basis and in a community sample. Even so,

considering all the information mentioned above, it is expected that pathological gamblers show more difficulties at all variables than controls.

Methods and Materials

Participants

The sample consists of 84 participants, 52 non pathological gamblers (NGs) and 32 pathological gamblers (PGs). The PG group comprises 20 male participants (62.50%) and 12 female participants (37.50%). The average age is 32.30 years ($SD = 11.20$), most subjects are not married ($n = 25$, 78.12%), have completed upper secondary education or bachelor's degree ($n = 21$, 65.62%) [United Nations Educational Scientific and Cultural Organization (UNESCO) Institute for Statistics, 2012], the majority are students ($n = 13$, 40.62%) or belong to a medium socioeconomic status ($n = 7$, 21.88%) and live in mainly urban areas [Statistics Portugal (INE), 2009] ($n = 26$, 81.25%). The group of NGs is composed of 24 women (46.15%) and 28 man (53.85%), with an average age of 29.33 years ($SD = 9.07$). Most are not married ($n = 33$, 63.46%), have completed upper secondary education [United Nations Educational Scientific and Cultural Organization (UNESCO) Institute for Statistics, 2012] ($n = 30$, 57.69%), belong to a medium socioeconomic status ($n = 29$, 55.77%) or are students ($n = 15$, 28.85%) and live in mainly urban areas ($n = 44$, 84.62%) (INE, 2009) (Table 1).

The two groups are not statistically different in terms of sex, marital status, residence (chi square test/ Fisher's test) and age (t Student test) ($.16 < p < .69$), but they are statistically different in terms of education ($p = .013$) (higher in NGs group) (Fisher's test; residual 3.0) and socioeconomic status ($p = .003$) (NGs group has a higher percentage of participants belonging to a medium socioeconomic status) (Fisher's test; residual 3.0).

Table 1
Demographic Characteristics of Participants

	Group PGs		Group NGs		Comparison of groups (Chi-Square Test/ Fisher Test)
Sex	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>p</i>
Female	12	37.50	24	46.15	.436
Male	20	62.50	28	53.85	
Age	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>p</i>
	32.30	11.20	29.33	9.07	.194
Age classes	<i>n</i>	%	<i>N</i>	%	<i>p</i>
Under 25 years	11	34.38	18	34.62	.209
25-34 years	10	31.25	23	44.23	
35-44 years	4	12.50	7	13.46	
Over 45 years	7	21.88	4	7.69	
Marital status	<i>N</i>	%	<i>N</i>	%	<i>p</i>
Married/marital union	7	21.88	19	36.54	.158
Not-married (single + divorced)	25 (23+2)	78.12	33 (32+1)	63.46	
Education	<i>n</i>	%	<i>N</i>	%	<i>p</i>
Primary	1	3.13	0	0.00	.013
Lower secondary education	6	18.75	1	1.92	
Upper secondary education	15	46.88	30	57.69	
Bachelor's degree	9	28.13	19	36.54	
PhD	1	3.13	2	3.85	
Socioeconomic status	<i>n</i>	%	<i>N</i>	%	<i>p</i>
Low	3	9.38	0	0.00	.003
Medium	7	21.87	29	55.77	
High	3	9.38	3	5.77	
Students	13	40.63	15	28.85	
Unemployed	6	18.75	5	9.62	
Residence	<i>n</i>	%	<i>N</i>	%	<i>p</i>
Mainly urban area	26	81.25	44	84.62	.688
Medium urban area	6	18.75	8	15.38	

Sample Recruitment Procedure

Before introduce the sample recruitment procedure, it is important to clarify that control participants were selected from a larger community sample ($N = 234$) (collected under a bigger project that comprises the present study) in order to match the maximum possible characteristics with experimental group.

Participants were recruited through the snowball recruitment method. Two recruitment methods were used in the PG group, most were recruited in person ($n = 22$, 68.75%) and twelve (37.50%) were recruited online. There were no statistically significant differences between the two collection methods for the five variables under study - family functioning, quality of life, marital adjustment, psychopathological symptoms and severity of gambling ($.07 < p < .90$). In NG group only the online collection procedure was used. In the case of in-person recruitment (PG group), the invitation to participate in the study was made in places known for accommodating gambling (e.g. cafes, sports facilities). The people in charge of these places were asked to distribute the experimental protocol to gamblers. The form was filled out in the same place and took on 45 minutes to complete. In the case of online form-filling (PG and NG groups) the invitation was made via email. Both online and in-person participation cooperation was contingent on the provision of prior information (study objectives, respect for confidentiality and anonymity, voluntary participation, free specialist clinical support and service's contacts of the host institution of the authors). The participants did not sign any informed consent form, given the voluntary, anonymous and confidential nature of the information (American Psychological Association, 2002). The study was approved by an external agency – Foundation for Science and Technology (FCT) - which sponsored the project as well.

We considered the following criteria for inclusion / exclusion in the PG group: 1) ability to read and write; 2) age over 18 years; 3) having a diagnosis of pathological gambling (this criterion was ensured afterwards by screening enabled by SOGS - score of 5 or more), and 4) being free from any kind of specialized support related to pathological gambling (this criterion was ensured afterwards by a question inserted in socio-demographic information questionnaire). The first two criteria for inclusion/ exclusion in the NG group are the same as for the PG group, the third means a score of less than 5 in SOGS, and the fourth is not applicable.

Measures

Socio-demographic questionnaire. A socio-demographic questionnaire was administered for characterization purposes (gender, marital status, nationality, residence, age, education and occupation). The anonymity of the participants was guaranteed. It also contained a question that enabled the operationalization of the fourth criterion of inclusion/exclusion in the PG sample (not having a specialized clinical support for gambling problems).

Systemic Clinical Outcome and Routine Evaluation – 15 (SCORE-15) (Stratton, Bland, Janes, & Lask, 2010; Portuguese version by Vilaça, Silva, & Relvas, 2014). Self-report instrument that assesses family functioning; it consists of 15 items spread over three dimensions - Family Strengths, Family Communication and Family Difficulties - and five additional questions that relate to the family routine, the nature and impact of family problems and possible therapeutic needs. The subject evaluates how each item describes their family via a 5-point Likert scale, where 1 represents “describes us very well” and 5 “describes us very badly”. A higher score corresponds to a more problematic

family functioning. SCORE-15 has a good internal consistency both overall and dimensionally ($.82 < \alpha < .85$).

Quality of Life – brief version (QOL-VR) (Olson & Barnes, 1982; Portuguese version by Cunha & Relvas, 2015). This instrument was used to assess the perception of the quality of family life. It is a self-report questionnaire, composed of 20 items, representing four dimensions: Family, Friends and Health; Time; Media and Community; and Financial Wellbeing. The subject responds to the items according to a 5-point Likert scale, where 1 corresponds to “dissatisfied” and 5 to “extremely satisfied”, with a higher score corresponding to a better quality of life. The tool has a reasonable/good internal consistency in the global scale and all its dimensions ($.72 < \alpha < .89$).

Dyadic Adjustment Scale (DAS) (Spanier, 1976; Portuguese version by Lourenço, 2006). The DAS aims to assess dyadic adjustment through 32 items grouped into four dimensions: Dyadic Consensus, Dyadic Satisfaction, Affectional Expression and Dyadic Cohesion. The response options lay on a Likert scale range from 5 or 6 points for most items, and only 2 (item 29 and item 30) have a dichotomous response scale. The higher the dimensional and global results, the better the dyadic adjustment. The global scale has a good internal consistency ($\alpha = .93$), and the subscales vary between .65 and .88.

Psychopathological Symptom Inventory (BSI) (Derogatis & Spencer, 1982; Portuguese version by Canavarro, 1999). This instrument is a self-report inventory consisting of 53 items, whose response options are on a Likert scale ranging from “never” (0) to “very often” (4). It should be noted that these items are spread over nine dimensions: Somatization, Obsessions-Compulsions, Interpersonal Sensitivity, Depression, Anxiety, Hostility, Phobic Anxiety, Paranoid Ideation and Psychoticism. It also provides scores on

three global indices: the General Symptom Index (GSI), Positive Symptom Total (PST) and Positive Symptom Index (PSI), summarily rating emotional disorders. Based on PSI it was established the cut-off point at which individuals are considered emotionally disturbed ($PSI \geq 1.70$). The instrument has an internal consistency between reasonable and good for all subscales and global indices ($.62 < \alpha < .80$).

South Oaks Gambling Screen (SOGS) (Lesieur & Blume, 1987; Portuguese version by Lopes, 2009). The SOGS is referred to in literature as the most widely used instrument for assessing pathological gambling (Shaffer, 1997). Composed of 20 items, based on the DSM-III, it allows the evaluation of the impact of gambling on various fields of the gambler's life: family, social, professional, financial and emotional aspects. The gambler is considered pathological when he/she scores 5 or more points out of a possible 20, and the more severe, the higher is the final score. The SOGS also provides additional data (via informational items that are not included in the calculation of the overall score) on the type and frequency of gambling, the amounts involved in the bet and the existence of family and friends with problems related to gambling. In this study it shows good internal consistency ($\alpha = .89$). It allowed us to operationalize the third criterion of exclusion/inclusion in the sample (diagnosis of pathological gambling).

Results

Characteristics of Pathological Gambling (SOGS)

The scores obtained in SOGS by the PGs make an average of 8.44 ($SD = 3.70$). The minimum score (5) was achieved by 11 subjects (34.40%) and the maximum (17) by 1 (3.10%). Most scored between 5 and 8 ($n = 19, 59.39\%$). By comparison, the NG group had an average score of 0.52 ($SD = 0.83$). The majority ($n = 28, 53.85\%$) scored 0 and the maximum value (2) was reached by 5 participants (9.62%). The mean difference between

the two groups, based on the independent samples t-test was statistically significant [$t(82) = 12.78, p < .001$]. The magnitude of these differences is large (eta squared = .67)¹. The most common type of gambling varies between groups (PGs and NGs) (Table 2).

Table 2
Type and Frequency of Gambling

Type of gambling	Frequency	Group			
		PGs		NGs	
		<i>n</i>	%	<i>N</i>	%
Pull tabs	Less than once per week	17	53.13	20	38.46
	One or more times a week	9	28.13	0	0.00
Lottery (<i>lotaria</i>)	Less than once per week	12	37.50	4	7.68
	One or more times a week	1	3.13	0	0.00
Lottery (<i>totoloto</i>)/ euromillions	Less than once per week	14	43.75	20	38.46
	One or more times a week	16	50.00	4	7.68
<i>Totogolo</i> / <i>totobola</i>	Less than once per week	8	25.00	2	3.85
	One or more times a week	3	9.38	0	0.00
Slots Machines	Less than once per week	12	37.50	7	13.46
	One or more times a week	4	12.50	0	0.00
Bingo	Less than once per week	14	43.75	7	13.46
	One or more times a week	4	12.50	0	0.00
Casino games	Less than once per week	15	46.88	5	9.62
	One or more times a week	3	9.38	0	0.00

¹ Effect sizes were calculated for all of the comparisons that were performed, and the results were categorized according to the following reference values: *r* and *phi* [.1-small effect; .3-medium effect; .5-large effect (Cohen, 1992)]; and eta square [.01-small effect; .06- medium effect; .14-large effect (Cohen, 1988)].

Cards games	Less than once per week	13	40.63	3	5.77
	One or more times a week	6	18.75	0	0.00
Dice games	Less than once per week	5	15.63	2	3.85
	One or more times a week	0	0.00	0	0.00
Raffle games*	Less than once per week	13	40.63	22	42.31
	One or more times a week	0	0.00	0	0.00
Skill games	Less than once per week	13	40.63	2	3.85
	One or more times a week	2	6.25	0	0.00
Sports games	Less than once per week	10	31.25	5	9.62
	One or more times a week	7	21.88	0	0.00
Bet on horses*	Less than once per week	3	9.38	0	0.00
	One or more times a week	1	3.13	0	0.00
Investments*	Less than once per week	5	15.63	0	0.00
	One or more times a week	2	6.25	2	3.85

*Differences between groups are not statistically significant ($p < .05$) (Fisher Test)

Thus, the gambling most practised by the PG group is the lottery/ euromillions ($n = 30$, 93.75%), followed by pull tabs ($n = 26$, 81.25%) and bingo and casino games, both in third place ($n = 18$, 56.25%). In the NG group, the most played game is also lottery / euromillions ($n = 24$, 46.15%), followed by raffle games ($n = 22$, 42.31%) and pull tabs ($n = 20$, 38.46%). The PGs play a wider range of games than the NGs. The PGs practice more frequently all types of gambling than NGs with exception to raffle games, horses and investments. Those differences are statistically significant ($.07 < p < .77$) (Fisher Test). A residual analysis present values between $|2.6|$ e $|4.2|$, showing that the differences observed were essentially because the PG

group answered more often “one or more times a week” than would be expected if the variables were independent and the NG group answered “less than once per week” more often than would be expected if the variables were independent. The effect size was medium ($.3 < phi < .34$).

Considering the biggest amount staked in one day, most PGs fall between 10 and 100 euros ($n = 14, 43.75\%$) and between 100 and 1000 euros ($n = 8, 25.00\%$). In the NG group, most ($n = 32, 61.54\%$) indicate that the largest stake in any one day is between 1 and 10 euros; three (5.77%) reported having gambled between 100 and 1000 euros and 10 say they do not bet money (19.23%). These differences are statistically significant ($p < .001$) ($phi = .77$) (Fisher Test) and the residual analysis (between $|2.2|$ and $|3.9|$) confirm that they are due to the fact that PGs stake bigger amounts while NGs stake inferior amounts. Most PGs ($n = 21, 65.63\%$) reported having a significant other [father ($n = 1, 3.13\%$), children ($n = 1, 3.13\%$), grandparents ($n = 2, 6.25\%$) or friends ($n = 17, 53.13\%$)] with gambling-related problems. In the NG group the number drops to less than half ($n = 16, 30.77\%$), pinpointing the large difference in friends [father ($n = 2, 3.85\%$), spouse ($n = 2, 3.85\%$) and friends ($n = 12, 23.08\%$)]. The PGs ($n = 21, 65.63\%$) and the NGs ($n = 16, 30.80\%$) who reported having a significant other with gambling problems were compared using the chi-square test for independence (applied to determine whether two categorical variables are related); we confirm that this difference was a significant one [$X^2(2, N = 37) = 7.39, p < .001$], its magnitude being moderate ($phi = .40$). Residuals show that these differences are due to the fact that PGs have more friends who have gambling problems (4.3) and less “no one” (-2.9), while the NGPs have less friends who have gambling problems (-4.3) and more “no one” (2.9), than would be expected if the variables were independent. About half of the PGs ($n = 17, 53.13\%$) acknowledge that they have or have had a

gambling problem; 28 (87.50%) report they have staked more money than intended and 20 (62.50%) said they had already been criticized for the bets they made or have been told they have problems with gambling, and they feel that these criticisms / warnings have a grain of truth. Furthermore, 26 PGs (81.25%) claim to feel guilty about gambling. The differences between the groups (PGs and NGs), looking at the chi-square test for independence again, are statistically significant for all variables: [$X^2(82, N = 84) = 19.37, p < .001$; $X^2(82, N = 84) = 34.50, p < .001$; $X^2(82, N = 84) = 23.59, p < .001$; $X^2(82, N = 84) = 35.13, p < .001$]. The magnitude of these differences is large ($.6 < phi < .8$). Residuals (between |4.2| and |6.1|) confirm the direction of the differences (it was observed no counting in NG group).

Family and Marital Adjustment Variables

In terms of family functioning (SCORE-15) (Table 3) global scale score, the PGs score lower ($M = 2.02, SD = 0.49$) (lower difficulties) than the NGs ($M = 2.19, SD = 0.51$). The mean differences between the two groups were statistically significant just for Family Difficulties and Family Communication areas.

Analysis of the open response questions shows that: 1) PGs and NGs both choose more positive words (e.g. union, love, harmony) to describe their family [$n = 27, 84.38\%$; $n = 46, 88.46\%$, respectively]; 2) financial problems are mentioned as the main family issue in both groups [PG ($n = 21, 65.63\%$); NG ($n = 7, 13.46\%$)], but more significantly in PGs [$X^2(1, N = 84) = 14.24, p < .001$; the magnitude of the difference is large ($phi = .50$)]; 3) both groups are close to the mid-range scale considering the severity of the family problem (ten points scale - 0/no problem to 10/very severe) [PG ($M = 5.60, SD = 2.70$), NG ($M = 5.10, SD = 1.60$), $t(82) = .79, p = .43$]; 4) when asked how they are organized as a family to face that problem, on a scale of 0 (very good) to 10 (very bad), the majority of subjects in both groups answered positively [PG ($M = 3.10, SD = 2.70$), NG ($M = 3.30, SD = 1.40$), $t(82) = -.42, p = .68$]; 5) regarding the

usefulness of family or couple therapy to solve the problem, on a scale from 0 (very useful) to 10 (not at all useful), both groups scores are close to the mid-range scale [PG ($M = 5.00$, $SD = 3.30$), NG ($M = 5.80$, $SD = 2.80$), $t(82) = -1.02$, $p = .32$].

Group PGs	Group NGs	Comparison of groups (T Student Test/ Mann-Whitney Tests)
-----------	-----------	---

Table 3
Family and Marital Adjustment Variables

		<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>p</i>
Family Functioning (SCORE-15)	Global	2.02	0.49	2.19	0.51	.06
	F. Communication	2.02	0.46	2.45	0.65	<i>t</i>(82) = -3.32, <i>p</i> = .001 (eta squared = .12)
	F. Strengths	2.09	0.72	1.96	0.63	.38
	F. Difficulties	1.84	0.51	2.17	0.67	<i>t</i>(60) = -2.19, <i>p</i> = .02 (eta squared = .06)
Quality of Life (QOL)	Global	70.86	11.17	62.74	7.58	.09
	Financial Well- being	13.96	5.09	13.06	3.53	.50
	Time	16.59	3.87	15.42	4.21	.30
	Family, Health and Friends	17.88	2.59	18.36	2.09	.56
	Media and Community	15.93	2.79	15.02	2.92	.14
Dyadic Adjustment Scale (DAS)	Global	115.50	17.70	115.10	8.00	.85
	Dyadic Consensus	58.67	4.46	52.50	7.36	<i>U</i>(22) = -2.17, <i>p</i> = .03 (<i>r</i> = .24)
	Dyadic Satisfaction	39.14	13.80	37.70	3,59	.24
	Affectional Expression	8.86	2.19	9,17	1.75	.66
	Dyadic Cohesion	15.29	1.89	17.45	4.46	.36

Concerning the quality of family life (QOL) (Table 3), total score and by dimensions (financial well-being; time; family, health and friends; media and community), differences between groups are not statistically significant ($.09 < p < .56$).

PGs and NGs do not show statistically significant differences as to marital adjustment (DAS) (Table 3), wither global score or by dimension ($.2 < p < .9$), except for the dyadic consensus, higher in PGs.

Psychopathological Symptoms

The PSI (cut-off: 1.7) shows that the PGs are very close of emotionally disturbed groups ($M = 1.66$, $SD = 0.49$) (Canavarro, 1999). The average's differences between the

two groups (PG and NG) are statistically significant ($p < .05$), higher in PGs, for all the indexes and areas, except for interpersonal sensitivity. For somatization and PSI the differences are marginally significant (Table 4).

Influence of Socio-Demographic Variables

Two-way between-groups analysis of variance (two-way ANOVAs) were conducted to explore the influence of socio-demographic variables (sex, socioeconomic status, marital status, education, and area of residence) and group (PG and NG) on dependent variables (instruments global scores). We considered an adjusted alpha level ($p \leq .10$) to compensate the small sample size (Stevens, 1996).

The interaction effects sex*group, marital status*group, education*group and area of residence*group did not reach statistical significance for any independent variable and the interaction effect. The interaction effects socioeconomic status*group were statistically significant for SCORE-15 [$F(2,77)=4.22$, $p=.02$, partial eta square=.10], QOL [$F(2,77)=2.96$, $p=.06$, partial eta square=.07] and DAS [$F(2,15)=2.83$, $p=.09$, partial eta square=.27], showing that the effect of the group is influenced by NSE in these variables. The participants with a high NSE and the students present more Family Difficulties (SCORE-15) in NG group (controls) than in PG group. This trend reverts slightly when the NSE level is medium. As for the quality of family life (QOL) participants from a high NSE

Table 4
Psychopathological Symptoms

Psychopathological symptoms (BSI)	Group PGs		Group NGs		Comparison of groups (T Student Test)
	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>p</i>
General Symptom Index (GSI)	1.03	0.64	0.66	0.49	<i>t</i>(76) = 2.84, <i>p</i> = .01] (eta squared = .09)
Positive Symptom Total (PST)	31.41	13.39	21.50	12.40	<i>t</i>(82) = 3.45, <i>p</i> = .001] (eta squared = .13)
Positive Symptom Index (PSI)	1.66	0.49	1.46	0.42	.055
Obsession-compulsion	1.34	0.71	0.85	0.60	<i>t</i>(82) = 3.39, <i>p</i> = .001] (eta squared = .12)
Depression	7.56	6.44	4.92	4.38	<i>t</i>(82) = 2.24, <i>p</i> = .028] (eta squared = .06)
Paranoid Ideation	1.39	0.74	0.91	0.71	<i>t</i>(81) = 2.95, <i>p</i> = .004] (eta squared = .10)
Anxiety	1.03	0.66	0.69	0.59	<i>t</i>(82) = 2.47, <i>p</i> = .016] (eta squared = .07)
Hostility	1.18	0.85	0.73	0.58	<i>t</i>(82) = 2.88, <i>p</i> = .005] (eta squared = .09)
Phobic Anxiety	0.54	0.64	0.18	0.29	<i>t</i>(82) = 3.59, <i>p</i> = .001] (eta squared = .14)
Psychoticism	1.01	0.73	0.52	0.57	<i>t</i>(82) = 3.46, <i>p</i> = .001] (eta squared = .13)
Somatization	0.57	0.62	0.34	0.44	.057
Interpersonal Sensitivity	0.98	0.87	0.75	0.83	.239

level reveal higher scores in PG group than NGs. Dyadic adjustment (DAS) is higher for PGs belonging to the high NSE level and for students; this tendency reverts to subjects belonging to the medium NSE level, NGs presenting higher DAS scores. In sum, it can be stressed that high NSE level influence positively PGs scores in SCORE, QOL and DAS, comparing with

NGs; PGs students present higher scores in DAS and NGs students expressed more difficulties in SCORE (both comparing with the other group).

The main effect for sex was statistically significant for QOL, showing higher scores for men [$F(1,80)=3.29$, $p=.07$, partial eta square=.04]. Regarding economic status, the main effect was statistically significant for QOL, showing higher scores for high status and students than in average [$F(3,77)=3.10$, $p=.03$, partial eta square=.11]. And main effect for education was statistically significant for SCORE-15, showing higher scores (higher difficulties) for lower secondary education than upper secondary education [$F(2,78)=2.85$, $p=.06$, partial eta square=.07]. Main effects for marital status and area of residence were not statistically significant.

The main effect for group was statistically significant for SCORE-15 [e.g., $F(1,80)=3.67$, $p=.06$, partial eta square=.04] and BSI [e.g., $F(1,74)=7.79$, $p=.01$, partial eta square=.10], showing higher scores (higher difficulties) for NGs in SCORE-15 and higher scores for PGs in BSI (at all variables analysed).

Discussion

The main goal of the present study is to compare pathological gamblers (community/non clinical sample) with control participants (non-pathological gamblers) as regard relevant individual and psychosocial variables (psychopathological symptomatology, marital/dyadic adjustment, family functioning and family quality of life).

Firstly we should note that the two groups are actually different considering gambling variables. Besides SOGS global rate, they also differentiated significantly in what concerns the frequency, the diversity of gambling, as well as the amount of money involved in these activities. These significant differences point to the fact that PGs show higher values in all these

aspects. Further, they also report (with differences statistically significant to NGs) more guilt feelings regarding gambling activities, more significant others (relatives, friends and so) who also have gambling behaviours, and they recognize that they have been criticized on what concerns these activities by people who are close to them. So, with some assurance degree it can be assumed that one group (PG) is clearly characterized by gambling problems and related pathological behaviours, somehow according to DSM-V criteria for gambling disorder diagnosis, while the other group (NG) is in the opposed situation.

This assertion becomes really important, as the two groups did not show the expected differences in what concerns most dependent variables, namely the family and marital ones. We can recall, considering the literature on the subject, that it was probable that PGs would exhibit less adaptive levels of family and marital functioning (Abbott, 2001; Beaudoin & Cox, 1999; Ciarrocchi & Hohmann, 1989; Cunha & Relvas, 2014; Dowling et al., 2009; Griffiths et al., 1999; Krishnan & Orford, 2002; Ladouceur et al., 2004; Lorenz & Yaffee, 1989; Potenza et al., 2001). So, one can conclude that these subjects (PGs) can in fact be considered pathological gamblers when compared with controls (NGs), but they don't express the hypothetical family and marital difficulties, as shown by former findings' studies and as supposed by ISMPG. Indeed, they showed fewer Family Difficulties and Communication Difficulties (SCORE-15) and higher levels of Dyadic Consensus (DAS) than the NG group.

Considering the second level of ISMPG, that is, the family one, it should be considered two different topics: the transgenerational and the relational aspects (Cunha & Relvas, 2014). Connected with family behaviours and believes transmission (e.g. gambling habits in the family), the transgenerational aspect also shows no negative signs in our study, as we found that most of the significant others with gambling problems are friends of the PG (53.13% vs 12.51% relatives). The higher percentage of friends (53%) could be attributed to the age of the

participants ($M = 32.30$ years, $SD = 11.20$). However, a study conducted in Spain (Jiménez, 2002) with a more representative sample in terms of age, gives similar results: 20% of social gamblers feel that their friends play too much, but this figure rises for problem gamblers to 39% and shoots up to 85% for pathological gamblers. This result suggests that future studies should assess this influence of the peer group, and may consider the possibility of extending the social context (the macro level of ISMPG) to the influence of such peer groups. Returning to the analysis of family level, as it concerns to the relational aspect, that is, focusing on the functioning of the gambler's family, SCORE-15's results referred above (the two groups don't differentiate in SCORE-15 global score, but dimensionally PG group showed fewer Family Difficulties and Family Communication difficulties) are coherent with the data retrieved from the open questions about family climate. In fact, PGs don't differentiate from controls on this topic, showing a most confident perception when describing their families with very positive words (84.40%), or when reporting that they are organized as a family in a good way to face their main problem (3.10 average on a 0-10 points scale, where 0 corresponds to "very good"). So, it seems that PGs, contrary to the expected (Ciarrocchi & Hohmann, 1989; Dowling et al., 2009; Haroon et al., 2002), saw their family as supportive and reassuring. Also contrary to what is indicated by the literature (Scherrer et al., 2005) the PGs do not see family quality of life (QOL) as less satisfactory. The findings meeting the third level of ISMPG, the marital one, go in the same direction, the only significant difference between gamblers and controls being higher levels of Dyadic Consensus (DAS) in PG group.

These results may lead directly to the hypothesis of social desirability. Still, the usual guilt felt by gamblers (Bertrand, Dufour, Wright, & Lasnier, 2008), also found in the PGs in our sample (81%), could lead to an overestimation of family/marital functioning, in an

idealized rationale – “my family / marriage is great and everything bad happening in it is due to me (and to gambling)”. So, those results may express an idealization/guilt relief effect (as if his own guilt does not allow him/her to recognize any “flaws” in his/her family whose suffering is something he/she has caused). In fact, some studies indicate that gamblers relatives, specifically their spouses, have a worse perception on family functioning and marital adjustment than PGs (Ferland et al., 2008).

Even so, other hypotheses linked to the sample composition may emerge from this data. We should remind at this moment that one of this search’s novelty was the study of PGs drawn from a community sample and free from any clinical or psychosocial intervention (e.g. anonymous gamblers), because most of the referred studies in literature were developed with clinical samples or so. To the best of our knowledge, besides some studies with adolescents (Black, Monahan, Temkit, & Shaw, 2006; Casey et al., 2011; Dickson, Derevensky, & Gupta, 2008; Langhinrichsen-Rohling, Rohde, Seeley, & Rohling, 2004), community samples were just used so far to analyse the spontaneous remission of gambling problems. Those studies reveal that formally treated recovered gamblers (clinical sample) appear to have a more severe gambling problem than do untreated recovered gamblers (community sample), as indicated by a longer problem gambling career and more gambling-related negative consequences (e.g., family, health) (Toneatto et al., 2008). This last literature’s link leads this discussion into two possible levels of analysis to understand our findings: the first one is the degree of the severity of the problem and the related psychosocial negative consequences; the second one is the long gambling career of clinical sample gamblers. In our study, the PGs score an average of 8.44 ($SD = 3.70$) in SOGS, and the majority of them scored between 5 and 8 (59.40%). Therefore, it will be possible to infer that our sample does not present a level of extreme pathology severity (the cut-off point in SOGS for having a pathological condition is 5 in a possible maximum of

20). This fact can match the fact that the problem being recognizable by the individual (53% in our sample recognize they have a gambling problem and 87% admit to lose control over gambling), its implications would be almost narrowed to individual sphere (e.g. financial, mental health). Indeed, the two groups of this study just differentiate significantly on individual level, the micro and inner level of ISMPG, specifically on psychopathological symptomatology [PGs score significantly higher in almost indexes and dimensions of BSI than NGs, and they nearly reach the cut-off point for emotionally disturbed populations (cut-off 1.7/PG group score $M = 1.66$, $SD = 0.49$)]. This finding is consistent with the literature that argues that pathological gamblers have a higher incidence of affective disorders (Martínez, Navarro, & Romero, 1993). But it may also corroborate the idea of Martínez et al. (1993), according to which the negative effects of gambling are felt to the extent that the problem's severity increases. This said, it is worthy to note that in our study financial problems are the main family problem mentioned (differing statistically from the NG group). As suggested by the literature, the financial problem is what is felt soonest in the development of pathological gambling (Ochoa & Labrador, 1994). Notwithstanding the above, the PGs (63%) recognize that they have 'attracted the attention' of others because of their gambling problem, even we cannot know by the questionnaire to whom they are specifically referring to (relatives? friends? colleagues at work?). Anyway, we can suppose that pathological gamblers do not constitute a homogeneous group, presenting different psychosocial problems with several intensities of negative consequences (e.g. family and marital difficulties) accordingly to the severity of the gambling problem. This last hypothesis and its further study may become even more relevant, since in our study there is no evidence of statistically significant interaction effects between socio-demographics variables and pathological gambler/non-social gambler's individual and

family characteristics (with an exception to NSE). Briefly, this means that the two groups' results are not influenced by the demographic variables. So, in our study being man or woman, married or not married (50% of the participants) don't interact significantly with the PGs and NGs psychosocial variables' results. In the case of NSE, the only socio-demographic variable that interacts with the group as said before, the results don't contradict the former assumption. Basically, those differences, widely connected with high NSE level, favour more positive levels of family (SCORE-15, QOL) and marital functioning (DAS) in PGs. So, this data as well as significant group effects go in same direction that other main results from the study.

Still considering the study of Toneatto et al., 2008 and our second trend of thinking, the existence of a long gambling career associated with the most severe cases (clinical samples), may lead to the hypothesis that non clinical pathological gamblers possibly will constitute a younger group when compared with them. So, also considering the average age of our PG's community sample (32.30 years, $SD = 11.20$), it can be presumed that younger ages, along with important adverse individual psychological effects but non-impressive negative family/marital consequences may characterize non clinical pathological gamblers. This way, age becomes a most important co-variable in future studies on different types of gambling severity. A recent study (Granero et al., 2014) indicates that age influences psychopathological and clinical aspects associated to PG, that is, the older the patient the more comorbid health problems were visible.

Conclusion

In present study the PGs don't express family and marital difficulties as supposed by ISMPG. They showed fewer Family Difficulties and Communication Difficulties (SCORE-15) and higher levels of Dyadic Consensus (DAS) than the control group. Some explanatory hypotheses were prompted by these findings: idealization/guilt relief effect; low level of

gambling severity and younger ages of the sample, and mostly its non-clinical nature. According to the ISMPG, PGs score significantly higher in almost indexes and dimensions of BSI than NGs, and they nearly reach the cut-off point for emotionally disturbed populations.

Note that the results apply to this particular sample and cannot be generalized to the population of pathological gamblers, given the sample recruitment method (non-probabilistic convenience), its small size and its specificity (non-clinical gamblers). This last aspect is simultaneously a gain of this study, unusual in studies on the subject. Another added value of this study can be the study of individual, family and marital variables in an integrated basis and in a community sample.

The results of this study suggest that pathological gamblers do not constitute a homogeneous group, presenting different psychosocial problems with several intensities of negative consequences (e.g. family and marital difficulties) accordingly to the severity of the gambling problem. In order to obtain some more evidence on this hypothesis, future studies comparing gamblers with different degrees of gambling severity considering the same individual, family and marital dependent variables are needed. Age also becomes an important co-variable to consider in future research on different types of gambling severity. The assessment of the influence of the peer group, in order to consider the possibility of extending the social context (the macro level of the ISMPG) to this particular variable, is also an important future research direction on the subject.

Declaration of interests

The authors declare that there isn't any conflict of interests.

References

- Abbott, W. (2001). *What do we know about gambling and problem gambling in New Zealand?* (Report number seven of the New Zealand gaming survey). New Jersey, USA: The Department of Internal Affairs.
- American Psychiatric Association (APA). (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). Washington, DC, USA: Author.
- American Psychological Association (2002). *Ethical principles of psychologists and code of conduct*. Washington, DC, USA: Author.
- Beaudoin, C. M., & Cox, B. J. (1999). Characteristics of problem gambling in a canadian context: A preliminary study using a DSM-IV–based questionnaire. *Canadian Journal of Psychiatry, 44*, 483–487.
- 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. W., Monahan P. O., Temkit, M., & Shaw, M. (2006). A family study of pathological gambling. *Psychiatry Research, 141*, 295-303. doi:10.1016/j.psychres.2005.12.005
- Brieva, J.R. (2006). Ludopatía: El otro lado del juego [Pathological gambling: The other side of gambling]. *Índice. Revista Estadística y Salud, 19*, 9-11.
- Canavarro, M. C. (1999). Inventário de Sintomas Psicopatológicos: BSI [Brief Symptom Inventory: BSI]. In M. Simões, M. Gonçalves & L. Almeida (Eds.), *Testes e provas psicológicas em Portugal* [Psychological tests and trials in Portugal] (Vol. 2, pp. 95-109). Braga, Portugal: APPORT/SHO.
- Casey, D. M., Williams R. J., Mossière, A. M., Schopflocher, D. P., el Guebaly, N.,

- Hodgins, D. C., Smith, G. J., & Wood, R. T. (2011). The role of family, religiosity, and behavior in adolescent gambling. *Journal of Adolescence*, *34*, 841-851. doi:10.1016/j.adolescence.2011.02.002
- 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.
- Clímaco, M. I. (2004). O jogo patológico: A adição menos visível [Pathological gambling: The less visible addiction]. *Revista Portuguesa de Clínica Geral*, *20*, 121-134.
- Cohen, J. W. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences* (2nd ed.). Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates.
- Cunha, D., & Relvas, A. P. (2014). Pathological gambling and couple: Towards an integrative systemic model. *Journal of Gambling Studies*, *30*(2), 213-228. doi:10.1007/s10899-013-9366-9
- Cunha, D., & Relvas, A. P. (2015). Qualidade de Vida (QOL): Versão reduzida. In A. P. Relvas & S. Major (Eds.), *Instrumentos de avaliação familiar: Vulnerabilidade, stress e adaptação* [Family assessment measures: Vulnerability, stress and adaptation] (Vol. II). Book in preparation.
- Custer, R., & Milt, H. (1985). *When luck runs out. Help for compulsive gamblers and their families*. New York: Facts on File Publications.
- Derogatis, L. R., & Spencer, P. M. (1982). *Administration and procedures: BSI. Manual I*. Baltimore, MD, USA: Clinical Psychometric Research.
- Dickson, L., Derevensky, J. L., & Gupta, R. (2008). Youth gambling problems: Examining risk and protective factors. *International Gambling Studies*, *8*(1), 25-47.

doi:10.1080/14459790701870118

- Dowling, N., Smith, D., & Thomas, T. (2009). The family functioning of female pathological gamblers. *International Journal of Mental Health and Addiction*, 7, 29-44.
- 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., & Álvarez, A. (2002). Relaciones de pareja y juego patológico: Um estudo descritivo através de la Escala de Ajuste Diádico (DAS) [Marital relationships and pathological gambling: A descriptive study using the Dyadic Adjustment Scale (DAS)]. *Apuntes de Psicología*, 20(1), 33-48.
- Granero, R., Penelo, E., Stinchfield, R., Fernandez-Aranda, F., Savvidou, L. G., Fröberg, F., & ... Jiménez-Murcia, S. (2014). Is pathological gambling moderated by age? *Journal of Gambling Studies*, 30(2), 475-492.
- Griffiths, M., & Delfabbro, P. (2001). The biopsychosocial approach to gambling: Contextual factors in research and clinical interventions. *Journal of Gambling Issues*, 5, 1-33.
- Griffiths, M., Scarfe, A., & Bellringer, P. (1999). The UK national telephone gambling helpline: Results on the first year of operation. *Journal of Gambling Studies*, 15(1), 83-90. doi:10.1023/A:1023071113879
- 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 to the Ontario Problem Gambling Research Centre). Retrieved from <http://youthgambling.mcgill.ca/en/PDF/OPGRC.pdf>
- Instituto Nacional de Estatística [Statistics Portugal] (INE). (2009). *Tipologia de áreas*

- urbanas* [Typology of Urban Areas]. Retrieved from <http://smi.ine.pt/Versao/Detalhes/1961>
- Jiménez, A. (2002). *Los juegos de azar. Juego social y ludopatía* [Gambling: Social gambling and pathological gambling]. Zaragoza, Spain: Diputación General de Aragón, Universidad de Zaragoza.
- 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.
- Korn, D. A., & Shaffer, H. J. (1999). Gambling and the health of the public: Adopting a public health perspective. *Journal of Gambling Studies*, 15(4), 289 – 365.
- Kourgiantakis, T., Saint-Jacques, M. C., & Tremblay, J. (2013). Problem gambling and families: A systematic review. *Journal of Social Work Practice in the Addictions*, 13(4), 353-372.
- Krishnan, M., & Orford, J. (2002). Gambling and the family: From the stress coping support perspective. *International Gambling Studies*, 2, 61-83.
- Ladouceur, R., Sylvain, C., Sévigny, S., Poirier, L., Brisson, L., Dias, C., & Pilote, P. (2004). *Caractéristiques des joueurs excessifs selon le mode de traitement* [Characteristics of problem gamblers according to the method of treatment]. Québec, Canada: Université Laval.
- Langhinrichsen-Rohling, J., Rohde, P., Seeley, J. R., & Rohling, M. L. (2004). Individual, family, and peer correlates of adolescent gambling. *Journal of Gambling Studies*, 20(1), 23-46.
- Lesieur, H. (1996). Costs and treatment of pathological gambling. *Annals of the American*

- Academy of Political and Social Science*, 556, 153-171.
- Lesieur, H. R., & Blume, S. B. (1987). The South Oaks Gambling Screen (SOGS): A new instrument for the identification of pathological gamblers. *American Journal of Psychiatry*, 144, 1184-1188.
- Lopes, H. (2009). *Epidemiologia de dependência do jogo a dinheiro em Portugal* [Gambling addiction epidemiology in Portugal]. Retrieved from http://ww3.scml.pt/media/arquivo/2009/outubro/conferencia_estudo.pdf.
- Lorenz, V. C., & Yaffee, R. A. (1989). Pathological gamblers and their spouses: Problems in interaction. *Journal of Gambling Behavior*, 5(2), 113-126.
- Lourenço, M. (2006). *Casal: Conjugalidade e ciclo evolutivo* [The couple: Conjugalinity and evolutionary cycle] (Unpublished doctoral thesis). Faculty of Psychology and Educational Sciences of University of Coimbra, Coimbra, Portugal.
- Martínez, J., Navarro, C., Romero, J. (1993). Transtornos asociados al juego patológico [Associated disorders to pathological gambling]. *Anales de Psicología*, 9(1), 83-92.
- McComb, J. L., Lee, B., & Sprenkle, D. H. (2009). Conceptualizing and treating problem gambling as a family issue. *Journal of Marital & Family Therapy*, 35(4), 415-431.
- Ochoa, E., & Labrador, F. (1994). *Juego patológico* [Pathological gambling]. Barcelona, Spain: Plaza & Janés.
- Oliveira, M. P., Silveira, D., & Silva, M. T. (2008). Jogo patológico e suas consequências para a saúde pública [Pathological gambling and its consequences for public health]. *Revista de Saúde Pública*, 42(3), 542-549.
- Olson, D. H., & Barnes, H. (1982). Quality of life. In D. Olson et al. (Eds.), *Family inventories* (pp.137-148). St-Paul, Minnesota, USA: University of Minnesota, Family Social Science.

- Potenza, M. N., Steinberg, M. A., McLaughlin, S. D., Wu, R., Rounsaville, B. J., & O'Malley, S. S. (2001). Gender-related differences in the characteristics of problem gamblers using a gambling helpline. *The American Journal of Psychiatry*, *158*(9), 1500-1505.
- 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. J. (1997). The most important unresolved issue in the addictions: Conceptual chaos. *Substance Use & Misuse*, *32*(11), 1573-1580. doi:10.3109/10826089709055879
- Shaw, M. C., Forbush, K. T., Schlinder, J., Rosenman, E., & Black, D. W. (2007). The effect of pathological gambling on families, marriages, and children. *CNS Spectrums*, *12*, 615-622.
- Spanier, G. B. (1976). Measuring dyadic adjustment: New scales for assessing the quality of marriage and similar dyads. *Journal of Marriage and the Family*, *38*, 15-28.
- Stevens, J. (1996). *Applied multivariate statistics for the social sciences* (3rd ed.). Mahway, NJ, USA: Lawrence Erlbaum.
- Stratton, P, Bland, J., Janes, E., & Lask, J. (2010) Developing a practicable outcome measure for systemic family 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.
- Toneatto, T. A., Cunningham, J., Hodgins, D., Adams, M., Turner, N., & Koski-Jannes, A.

(2008). Recovery from problem gambling without formal treatment. *Addiction Research & Theory*, 16(2), 111-120.

United Nations Educational Scientific and Cultural Organization (UNESCO) Institute for Statistics. (2012). *International Standard Classification of Education – ISCED 2011*. Quebec, Canada: Author.

Vilaça, M., Silva, J., & Relvas, A. P. (2014). Systemic Clinical Outcome Routine Evaluation (SCORE-15). In A. P. Relvas & S. Major (Eds.), *Avaliação familiar: Funcionamento e intervenção* [Family evaluation: Functioning and intervention] (Vol. I, pp. 25-47). Coimbra, Portugal: Imprensa da Universidade de Coimbra.

Vilaça, M., Sousa, B., Stratton, P., & Relvas, A. P. (2015). *The 15-item Systemic Clinical Outcome and Routine Evaluation (SCORE-15) scale: Validation studies*. Manuscript submitted for publication.

Nota de percurso desta etapa (1)

Os resultados deste estudo foram surpreendentes na medida em que, contrariamente ao sugerido pelo MSIJP, os jogadores patológicos não apresentaram mais dificuldades familiares e conjugais do que o grupo de comparação. Como tal, colocaram-se algumas questões (cf. Capítulo 3): será que as dificuldades familiares e conjugais associadas ao problema jogo só se manifestam em níveis mais severos de patologia (eventualmente melhor representados em amostras clínicas)? Ou será que aumentam gradualmente, acompanhando o *continuum* de gravidade associado ao jogo? Foi com base nestas questões que se desenvolveu o estudo que se apresenta de seguida.

**GAMBLING BEHAVIOR SEVERITY AND PSYCHOLOGICAL, FAMILY AND
CONTEXTUAL VARIABLES: A COMPARATIVE ANALYSIS**

Diana Cunha*

Bruno de Sousa*

Gabriela Fonseca*

Ana Paula Relvas***

*Faculty of Psychology and Educational Sciences - University of Coimbra, Portugal

** Centre for Social Studies (CES) - University of Coimbra, Portugal

Cunha, D., de Sousa, B., Fonseca, G., & Relvas, A. P. (2015). *Gambling behavior severity and psychological, family and contextual variables: A comparative analysis study*. Manuscript submitted for publication.

Data de submissão: 26 de fevereiro de 2015.

Abstract

The present study compares three groups consisting of individuals with no gambling problem, those with some problem, and pathological gamblers, according to the following four levels of analysis: social context (i.e., accessibility and social acceptance), family context (i.e., family of origin issues, family functioning, and family quality of life), marital issues (i.e., marital satisfaction and adjustment) and individual issues (i.e., congruence, differentiation of self and psychopathological symptoms). In addition, the presence of clusters within the group of pathological gamblers was empirically investigated. The study protocol (i.e., Systemic Clinical Outcome and Routine Evaluation–15, Quality of Life–Short Version, Dyadic Adjustment Scale, Marital Satisfaction Assessment Scale, Congruence Scale, Differentiation of Self - Inventory-Revised, Brief Symptom Inventory, South Oaks Gambling Screen, a sociodemographic questionnaire and six independent questions) was administered to 331 adults. The main results indicate that although the two groups of non-pathological gamblers exhibited differing levels of gambling severity, they did not differ from one from another, suggesting that gambling-related problems were only evident when a pathological level was attained. The pathological gamblers exhibited a greater number of family, marital and individual difficulties compared to the other two groups. Moreover, the pathological gambling group consisted of a heterogeneous group with two clusters that differed with regard to the severity of the gambling-related problems.

Keywords: gambling severity, context, family, couple, individual.

1. Introduction

Games of chance, or gambling, involve betting something of value (often money) with the hope of obtaining an even more valuable result (Ferentzy & Turner, 2013; Petry, 2005; Potenza, 2013). These games are not a recent phenomenon; they have been quite common across a number of societies worldwide since the remotest of times (Kalischuk, Nowatzki, Cardwell, Klein, & Solowoniuk, 2006; Korn, 2000; Ladouceur, 2002). References to gambling are even found in the Egyptian pyramids and the Bible (Ferentzy & Turner, 2013). Recently, these games have increased in popularity (Kalischuk et al., 2006) due to the appearance and acceptance of TV shows devoted to games of chance [e.g., “European Poker Tour”, “The Big Game”, “Tudo sobre Poker” (All About Poker), and “Euromilhões” (Euromillions)]. This popularity is also evident in the increasingly strong advertising that these shows receive.

In Portugal, this trend toward gambling acceptance has become particularly accentuated in recent years. A number of social communication outlets [e.g., *Diário de Notícias* - January 2, 2013 (Cabral, 2013); *Económico* - May 21, 2012 (Madeira, 2012)] have discussed the significant increases in profits generated by entities that explore gambling, such as “Jogos Santa Casa” (Holy House of Mercy Games). In addition, authors (Brieva, 2006; Clímaco, 2004; Domínguez-Álvarez, 2009) have argued that the current context of socioeconomic crisis may contribute to increases in the appeal of gambling.

Although most people engage in gambling as a form of entertainment with no adverse consequences, gambling is a serious problem for some individuals (Ashley & Boehlke, 2012; Dickson-Swift, James, & Kippen, 2005; Weinstock, Massura, & Petry, 2013). Previous literature references various typologies of gamblers (Custer & Milt, 1985; González, 1989; Kusyszyn, 1978; McCormick & Taber, 1987; Moody, 1990; Morán,

1970), many of which are based on the severity of the gambling problem. For example, Shaffer, Bilt and Hall (1999) posited that there are three levels of gamblers: individuals for whom gambling is not a problem or who have never gambled; individuals who exhibit a moderate gambling problem; and individuals with a serious gambling problem. In contrast, Ochoa and Labrador (1994) categorized gamblers into the following four types: social, professional, problematic and pathological gamblers. Finally, Ladouceur (2002) categorized gamblers according to the categories of low, medium, high risk and problem gambler. Based on the latter two systems, Cunha and Relvas (2014) formulated a typology that combined two criteria, which were the frequency and negative consequences of gambling, which resulted in the following four types of relationships: 1) *no relationship*, in which there is no relationship between an individual and engaging in games of chance, or when such a relationship does exist, it is sporadic and does not result in adverse consequences; 2) *relationship of controlled domination*, in which the individual has full control with regard to his/her gambling activity; 3) *relationship of partial subordination*, in which gambling influences a significant part of the individual's life, particularly the financial aspects; and 4) *relationship of complete subordination*, in which the individual is fully under the spell of gambling and has adopted a submissive behavior in this regard, which causes a number of serious problems.

These four aforementioned typologies include one further condition in which the consequences of the gambling are magnified and exert a negative impact on the gamblers. This condition is consistent with the concept of a gambling disorder as described in previous literature (American Psychiatric Association, 2013).

The number of individuals who are developing serious gambling problems is increasing (Darbyshire, Oster, & Carrig, 2001; Phillips, Ogeil, Chow, & Blaszczynski, 2013), which is reflected in the increasing prevalence rates of pathological gambling in the past decades (Jiménez-Murcia et al., 2010; Weinstock et al., 2013). One open question is whether gambling-related problems manifest gradually across a *continuum* of severity (Brieva, 2006; Darbyshire et al., 2001; Desai & Potenza, 2008; Ladouceur, 2002) or whether only the most severe expressions of this problem are perceived.

The aim of the present study is to compare three types of gamblers, who were categorized according to the South Oaks Gambling Screen (SOGS) (Ciarrocchi, 2001) as having no problem with gambling (NP), some problems with gambling (SP) and pathological gamblers (PG). This comparison will be made considering the following four levels of analysis: social context (i.e., accessibility and social acceptance), family context (i.e., family of origin issues, family functioning and family quality of life), marital issues (i.e., marital satisfaction and adjustment) and individual issues (i.e., congruence, differentiation of self and psychopathological symptoms). These levels of analysis and the corresponding variables were examined according to the Integrative Systemic Model of Pathological Gambling (ISMPG) (Cunha & Relvas, 2014), which provided the theoretical framework for the present study. This model predicts that the PG group will show high accessibility and social acceptance of gambling and will have more problems with regard to the family context (i.e., family functioning and family quality of life), marital issues (i.e., satisfaction and adjustment) and individual issues (i.e., congruence, differentiation of self and psychopathological symptoms) compared to the non-pathological groups. With regard to the family of origin, the PG group has higher probability of may consist of a high number of members with pathological gambling. Theoretically, the family of origin of PG

group has higher probability of perceive games of chance as non-problematic and money as highly relevant. Besides, they may promote a negative family environment that is characterized by a high frequency of violent behaviors.

2. Method

2.1. Participants

The sample consisted of 331 participants who were categorized as follows: 162 NP, 117 SP and 52 PG (Table 1). The NP group primarily consisted of females ($n = 118$, 72.84%), and members had an average age of 33.58 years (standard deviation - $SD = 10.90$). Most members of this group were single ($n = 86$, 53.08%), had at least a bachelor's degree level of education ($n = 131$, 80.86%) [United Nations Educational Scientific and Cultural Organization (UNESCO) Institute for Statistics, 2012], resided in primarily urban areas ($n = 140$, 86.42%) [Statistics Portugal (INE), 2009] and had a mid-level socioeconomic status (SES) ($n = 89$, 54.94%) (Simões, 1994). The SP group also consisted primarily of females ($n = 49$, 63.64%) and members had an average age of 29.03 years ($SD = 8.35$). Most members of this group were single ($n = 79$, 67.50%), had at least a bachelor's degree level of education ($n = 84$, 71.8%) (UNESCO Institute for Statistics, 2012), resided in primarily urban areas ($n = 98$, 83.80%) (INE, 2009) and had a mid-level SES ($n = 49$, 41.90%) (Simões, 1994) or were students ($n = 31$, 26.50%). The PG group primarily consisted of males ($n = 43$, 82.70%) and members had an average age of 36.66 years ($SD = 12.66$). Most members of this group were single ($n = 21$, 40.38%) or married/had a stable union ($n = 20$, 38.46%), had achieved up to an upper secondary education ($n = 20$, 38.46%) or earned a bachelor's degree ($n = 19$, 36.54%) (UNESCO Institute for Statistics, 2012),

resided in predominantly urban areas ($n = 41, 78.85\%$) (INE, 2009) and had a mid-level SES ($n = 20, 38.46\%$) (Simões, 1994) or were students ($n = 11, 21.15\%$).

Table 1
Sample characterization

Variables	Groups					
	NP		SP		PG	
Sex	<i>n</i>	%	<i>N</i>	%	<i>n</i>	%
Female	118	72.84	66	56.40	9	17.30
Male	44	27.16	51	43.60	43	82.70
Age	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>
	33.58	10.90	29.03	8.35	36.66	12.66
Marital status	<i>n</i>	%	<i>N</i>	%	<i>n</i>	%
Single	86	53.08	79	67.50	21	40.38
Married/Marital union	63	38.89	34	29.10	20	38.46
Divorced	9	5.56	4	3.40	11	21.15
Widower	4	2.47	0	0.00	0	0.00
Education	<i>n</i>	%	<i>N</i>	%	<i>n</i>	%
Primary school	0	0.00	1	0.90	1	1.92
Lower Secondary Education	7	4.32	7	6.00	8	15.38
Upper Secondary Education	24	14.81	25	21.40	20	38.46
Bachelor	62	38.27	42	35.90	19	36.54
Master	57	35.19	35	29.90	4	7.69
PhD	12	7.41	7	6.00	0	0.00
Residence area	<i>n</i>	%	<i>N</i>	%	<i>n</i>	%
Primarily urban area	140	86.42	98	83.80	41	78.85
Medium urban area	10	6.17	13	11.10	3	5.77
Primarily rural area	5	3.09	4	3.40	3	5.77
Missing values	7	4.32	2	1.70	5	9.62
Socioeconomic status	<i>n</i>	%	<i>N</i>	%	<i>n</i>	%
Low	5	3.09	7	6.00	7	3.64
Medium	89	54.94	49	41.90	20	38.46
High	30	18.52	21	17.90	9	17.31
Students	30	18.52	31	26.50	11	21.15
Retired	2	1.23	1	0.90	1	1.92
Unemployed	6	3.70	8	6.80	4	7.69

A one-way ANOVA indicated that there was a significant difference among the groups with regard to age [$F(2, 331) = 11.353, p < .001, \eta^2 = .07$]. A Tukey's post hoc

test (Tukey's HSD) comparing SP versus NP and SP versus PG revealed that the members of the SP group were younger than those in the other two groups. A chi-square test showed that the groups also differed with regard to gender [$\chi^2(2, N = 331) = 50.203, p < .001, V = .39$]. The Fisher's exact test demonstrated that there were statistically significant differences in the groups' educational levels [$\chi^2(2, N = 331) = 37.818, p < .001, V = .24$] and marital status [$\chi^2(2, N = 331) = 22.990, p < .001, V = .21$]. A residual analysis revealed that the intergroup gender differences were due to a higher number of females than males (residual 2.4/-2.9) in the NP group and the higher number of males than females (residual -3.9/4.6) in the PG group as compared to the expected ratios if the variables were independent. Regarding educational levels, the intergroup difference was due to the greater number of individuals with upper secondary education levels (residual 3.6) and the lower number of individuals with a master's degree (residual -2.9) in the PG group than expected if the variables were independent. Finally, the differences in marital status were due to the greater number of divorced participants (residual 3.7) in the PG group than expected if the variables were independent.

2.2. Sample collection procedure

The participants in this study were recruited as follows: 1) gamblers' associations (e.g., Gamblers Anonymous, Families Anonymous) were asked to distribute information regarding this study to their members and invite them to participate. Several copies of the study protocol were provided for distribution among potential participants. 2) The study protocol was available online (via online gaming platforms, social networks and email) such that any individual of legal age was invited

to participate. This method represented the virtual equivalent of the snowball recruiting technique (Goodman, 1961). The participants in the PG group were invited to participate either in person or online, whereas participant in the other two groups only participated online. The invitation to participate included the following information: the study aims, information about compliance with confidentiality and anonymity, details about the voluntary nature of their participation and contact information regarding the family and couple's therapy services that were available at the investigators' institution that provide free specialized help for pathological gambling. Due to the voluntary nature of individuals' participation and the guarantee of confidentiality and anonymity, the participants were not asked to sign an informed consent form (American Psychological Association, 2002). The only inclusion/exclusion criterion was that participants had to be 18 years or older. The participants were allocated to the study groups based on their scores on the SOGS (cf., Instruments), as follows: 0 = NP, 1-4 = SP and 5 or more = PG.

2.3. Measures

The study protocol (Table 2) consisted of a sociodemographic questionnaire, eight self-report instruments (i.e., Likert scales) adapted for the Portuguese population who exhibited satisfactory psychometric properties, and six independent questions (i.e., Likert scales). The instruments queried for information regarding sociodemographic data, family functioning (Systemic Clinical Outcome and Routine Evaluation-15; SCORE-15), quality of life (Quality of Life-Short Version; QOL-VR), dyadic adjustment (Dyadic Adjustment Scale; DAS), marital satisfaction (Escala de Avaliação da Satisfação em Áreas Conjugais/Marital Satisfaction Assessment Scale; EASAVIC), congruence (Congruence Scale; CS), differentiation of self (Differentiation of Self

Inventory-Revised; DSI-R), psychopathological symptoms (Brief Symptom Inventory; BSI) and gambling behaviors with associated problems (South Oaks Gambling Screen; SOGS). In addition, individuals' access to and social acceptance of gambling were evaluated, as well as family of origin issues (with six independent questions).

2.4. Statistical analysis

Parametric [one-way ANOVA (F)] and nonparametric [Mann-Whitney (U) and chi-square test (χ^2)/Fisher's exact test and corresponding residual analysis)] tests were utilized to compare the groups using the Statistical Package for Social Sciences (SPSS) software, version 21. Regarding marital status, the PG group exhibited an n under 30. Given that the assumptions regarding the homogeneity of variances and normality were satisfied, conducting an ANOVA was preferred to conducting the Kruskal-Wallis test (Pallant, 2001).

In addition, the PG group was analyzed using a two-step cluster analysis to discriminate the natural groups based on a set of variables, which stabilizes the proximity criterion with a hierarchical agglomerative clustering, the centers of which are distant. A measure of likelihood resulted from the analysis of the selected distances, which defined the normal densities for the continuous variables and the multinomial probability mass functions for the categorical variables (Fraley & Raftery, 1998). The average silhouette coefficient (which measures how well objects lie within their cluster) was utilized to measure the goodness-of-fit (Rousseeuw, 1998). This index combines cohesion (based on the arithmetic mean of the distances between all of the objects in a cluster) and separation (based on the average distance between any one object and the remainder of the objects that were not included in the same cluster). The values for this

index range from -1 to 1, with values close to 0 (zero) indicating inadequate fits, 0 to .2 indicating poor fits, .2 to .5 indicating reasonable fits, and greater than .5 indicating good fits (Rousseeuw, 1998).

Table 2
Descriptions of the Instruments

Instruments (Authors)	Evaluated aspects/dimensions (total α adaptation study, total α present study)	Cut-off Point
Questionnaire examining sociodemographic characteristics	Sociodemographic characteristics 2 complementary questions: current resource to some modality of specialized help for gambling; most useful interventions.	-
SCORE-15 (Stratton, Bland, Janes, & Lask, 2010; Portuguese version by Vilaça, Silva, & Relvas, 2014)	Family functioning ($\alpha = .84$, $\alpha = .84$): Family Strengths/Family Communication/Family Difficulties (4 complementary questions-family descriptions and family problems/therapy)	-
QOL-VR (Olson & Barnes, 1982; Versão reduzida de Cunha & Relvas, 2015)	Family quality of life ($\alpha = .92$, $\alpha = .86$): Family, Friends and Health/Time/Media and Community/Financial Wellbeing	-
DAS (Spanier, 1976; Portuguese version by Lourenço, 2006)	Dyadic adjustment ($\alpha = .93$, $\alpha = .92$): Dyadic Consensus/Dyadic Satisfaction/Affectional Expression/Dyadic Cohesion	Poor dyadic adjustment Total score < 100
EASAVIC (Narciso & Costa, 1996)	Marital satisfaction ($\alpha > .90$, $\alpha = .94$): Love (Feelings and Expression of Feelings, Sexuality, Emotional Intimacy, Continuity of Relationship, Physical and Psychological Traits)/Functioning (Functions, Free-time, Autonomy/Privacy, Communication and Conflicts, Relationships outside the Family)	-
CS (Lee, 2002; Portuguese version by Cunha, Silva, Vilaça, Gonçalves, & Relvas, 2014)	Congruence (relation with self, others and context) ($\alpha > .75$, $\alpha = .79$): Spiritual/Universal/Intra/Interpersonal	-

<p>DSI-R (Skowron & Schmitt, 2003; Portuguese version by Major, Rodríguez-González, Miranda, Rousselot, & Relvas, 2014)</p>	<p>Self-differentiation ($\alpha = .86$, $\alpha = .89$): Emotional Reactivity/ Emotional Cut-Off/ I Position/Fusion with Others</p>	<p>-</p>
<p>BSI (Derogatis & Spencer, 1982; Portuguese version by Canavarro, 1999)</p>	<p>Psychopathological symptoms ($\alpha > .80$, $\alpha = .97$): Somatization/Obsessions Compulsions/Interpersonal Sensitivity/Depression/Anxiety/Hostility/ Phobic Anxiety/Paranoid Ideation/ Psychoticism/General Symptom Index (GSI)/ Positive Symptom Total (PST)/Positive Symptom Index (PSI)</p>	<p>Populations emotionally vulnerable PSI ≥ 1.7</p>
<p>SOGS (Lesieur & Blume, 1987; Portuguese version by Lopes, 2009)</p>	<p>Gamblers' behaviors and pathology (unknown, $\alpha = .91$)</p>	<p>No problem, total score = 0 Some problems, total score = 1-4 Probable pathological gambler, total score \geq 5</p>
<p>6 independent scales</p>	<p>1) social acceptance; 2) accessibility; 3) meaning attributed to gambling by the individuals who the participants lived with during their childhood and adolescence/youth; 4) the importance that these individuals attributed to money and material goods; 5) the family environment that they provided to the participants; 6) their tendency to resort to violence</p>	<p>-</p>

Effect sizes were calculated for all of the comparisons that were performed, and the results were categorized according to the following reference values: V and r [.1-small effect; .3-medium effect; .5-large effect (Cohen, 1992)] and η^2 [.01-small effect; .06-medium effect; .14-large effect (Cohen, 1988)].

The significance level was set to 5% for all of the analyses.

3. Results

3.1. Comparisons among the groups

3.1.2. Social context: accessibility and social acceptance

The response distribution according to the scale for this measure was balanced across all three groups, although the number of responses indicated that there was a high level of poor social acceptance. A chi-square test did not detect differences among the groups for this measure ($p = .273$) (Figure 1), and there were no residuals greater than ± 1.96 .

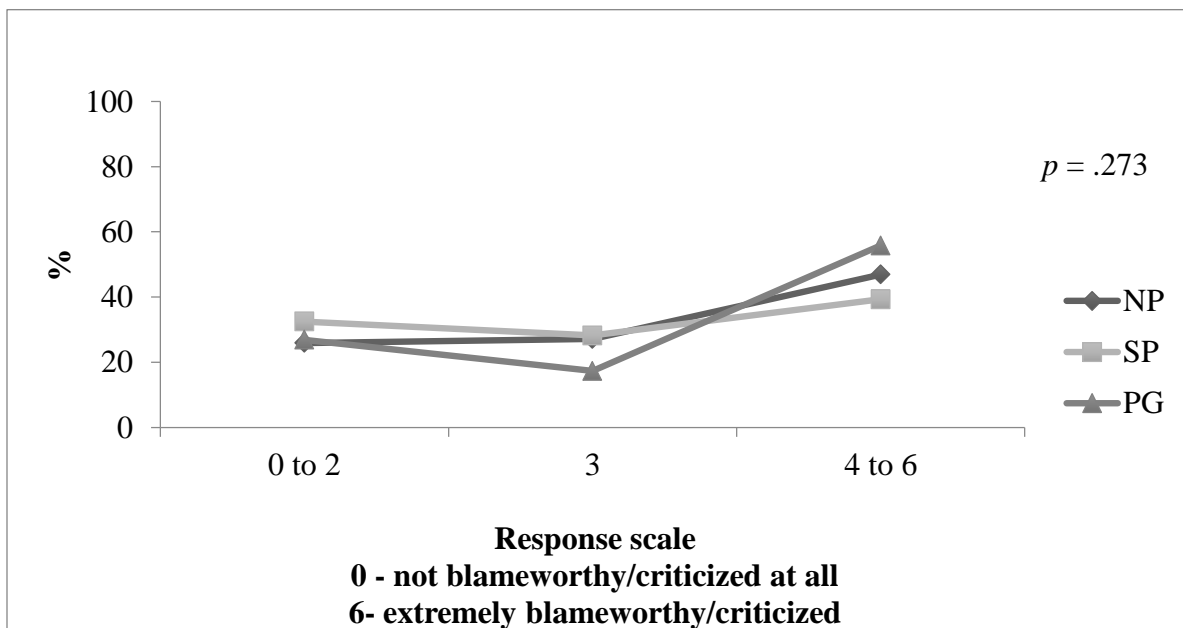


Figure 1. Comparison graph of the groups' responses to the prompt, "You believe that in the society in which you live, games of chance are..."

Across the three groups, most participants responded that accessibility was "easy" (Figure 2). A chi-square test did not detect differences among the groups ($p = .784$) and there were no residuals greater than ± 1.96 .

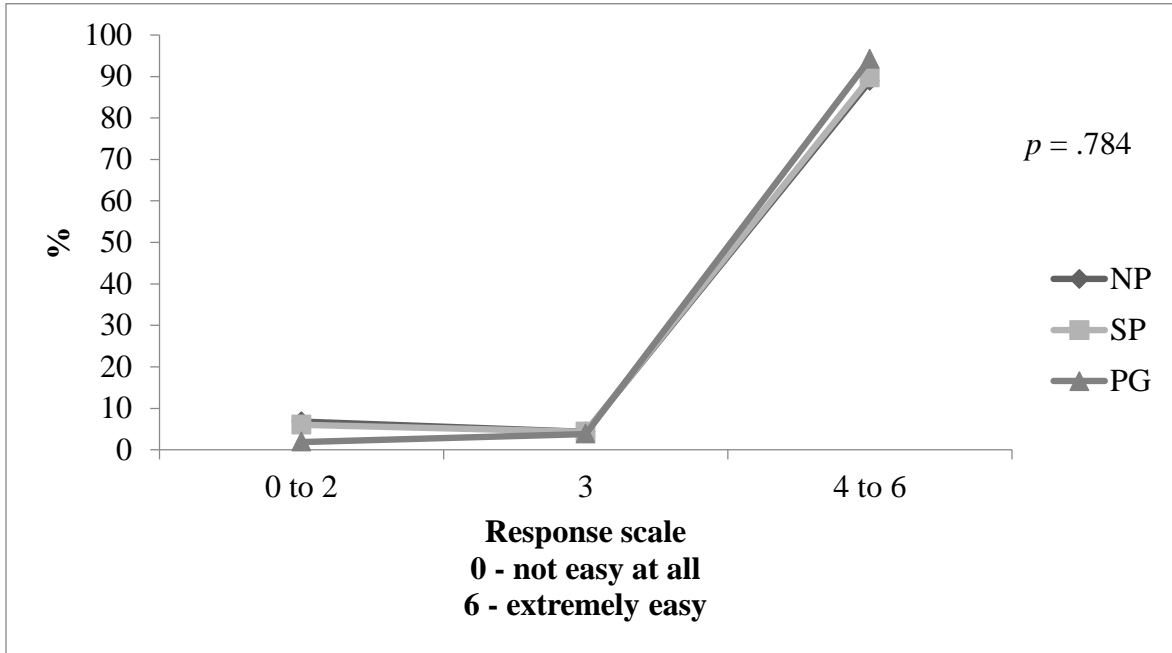


Figure 2. Comparison graph of the groups' responses to the prompt, "If you want to gamble, finding or having access to games of chance is..."

3.1.3. Family of origin

A Fisher's exact test revealed that there was a statistically significant difference among the groups ($p = .028$, $V = .16$) with regard to the third question on the SOGS (i.e., "Check which of the following people in your life has (or had) gambling problems"). A residual analysis showed that this difference was due to a greater number of responses of "More than one of the previous options" in the PG group (residual 2.8) than expected if the variables were independent (Figure 3).

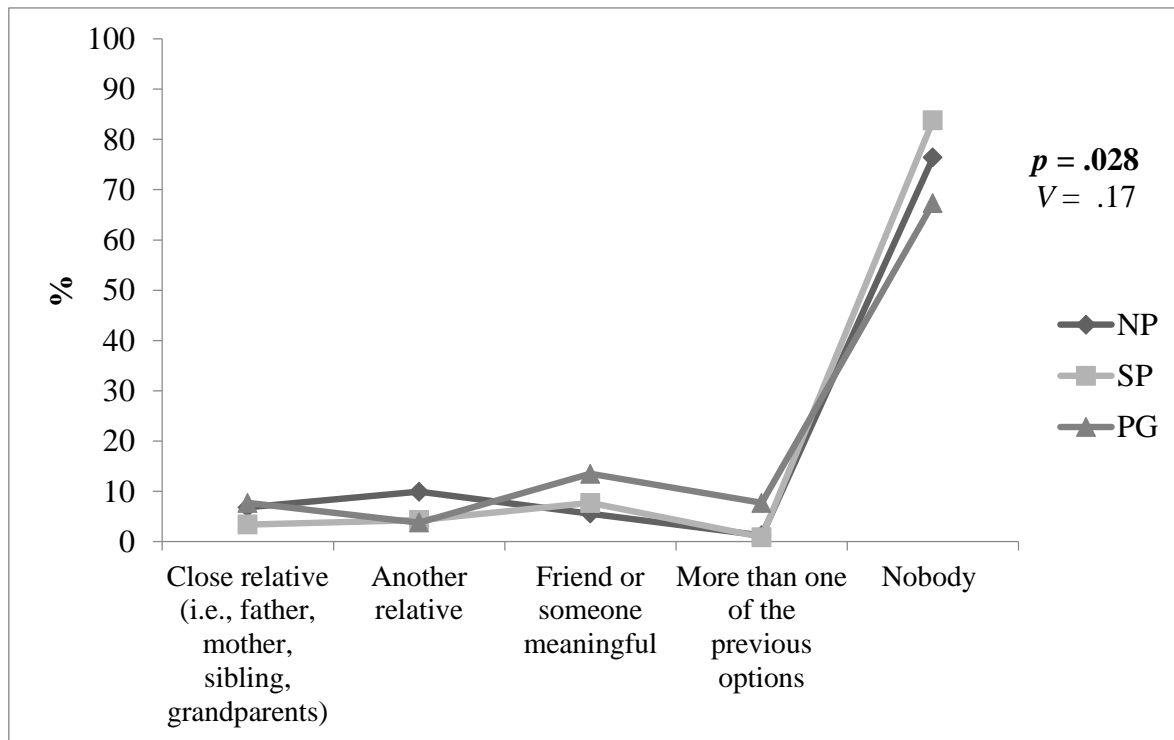


Figure 3. Comparison Graph of the groups' responses to the third question on the SOGS, "Check which of the following people in your life has (or had) a gambling problem..."

For the question, "The people you lived with during your childhood and adolescence/youth viewed games of chance as (...)", most responses indicated that perceptions were negative (Figure 4). A chi-square test did not detect statistically significant differences among the groups for this measure ($p = .122$), and all of the residuals were less than ± 1.96 .

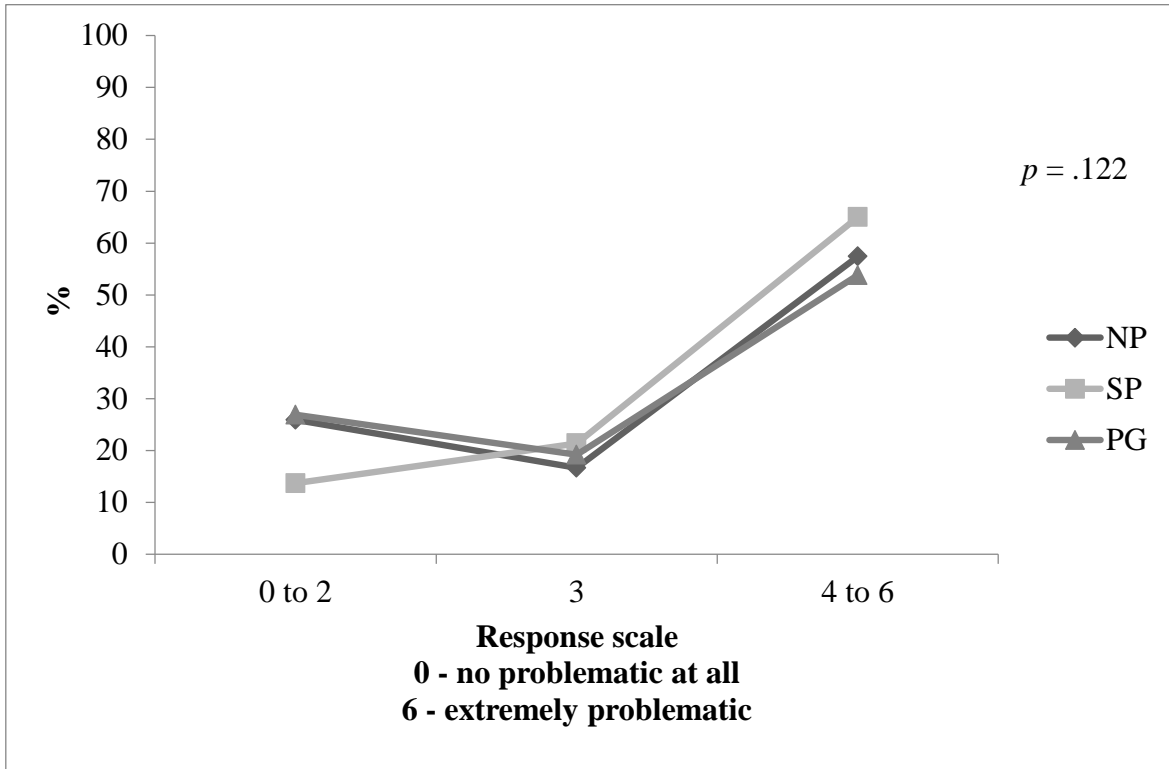


Figure 4. Comparison graph of the groups' responses to the prompt, "The people you lived with during your childhood and adolescence/youth viewed games of chance as..."

Most of the responses to the question, "The people you lived with during your childhood and adolescence/youth considered money and material goods as (...)", were between 4 and 6 points of the scale (i.e., relevant) for all three groups (Figure 5). A chi-square test did not detect statistically significant differences among the groups ($p = .937$), and none of the residuals were greater than ± 1.96 .

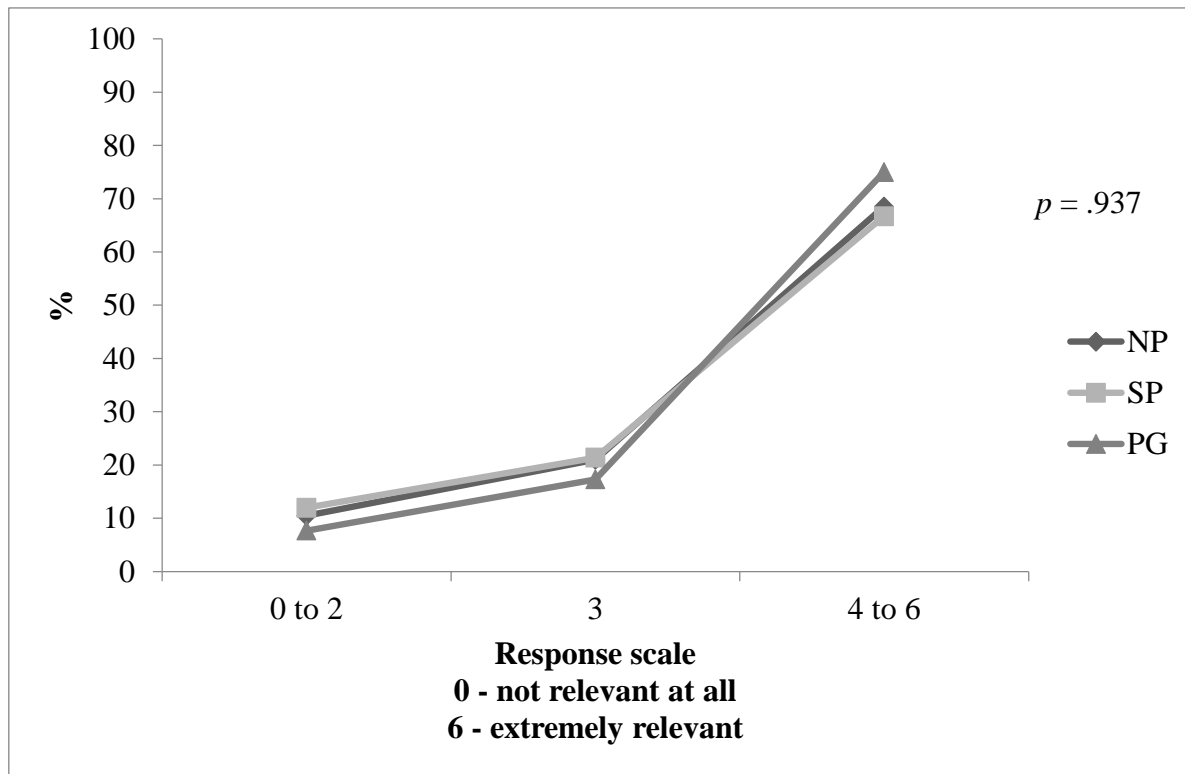


Figure 5. Comparison graph of the groups' responses to the prompt "The people you lived with during your childhood and adolescence/youth considered money and material goods as..."

For the question, "The home environment during your childhood and adolescence/youth was (...)", most responses were between 4 and 6 points of the scale (i.e., good) for all three groups (Figure 6). A chi-square test did not detect statistically significant differences among the groups ($p = .185$), and all of the residuals were less than ± 1.96 .

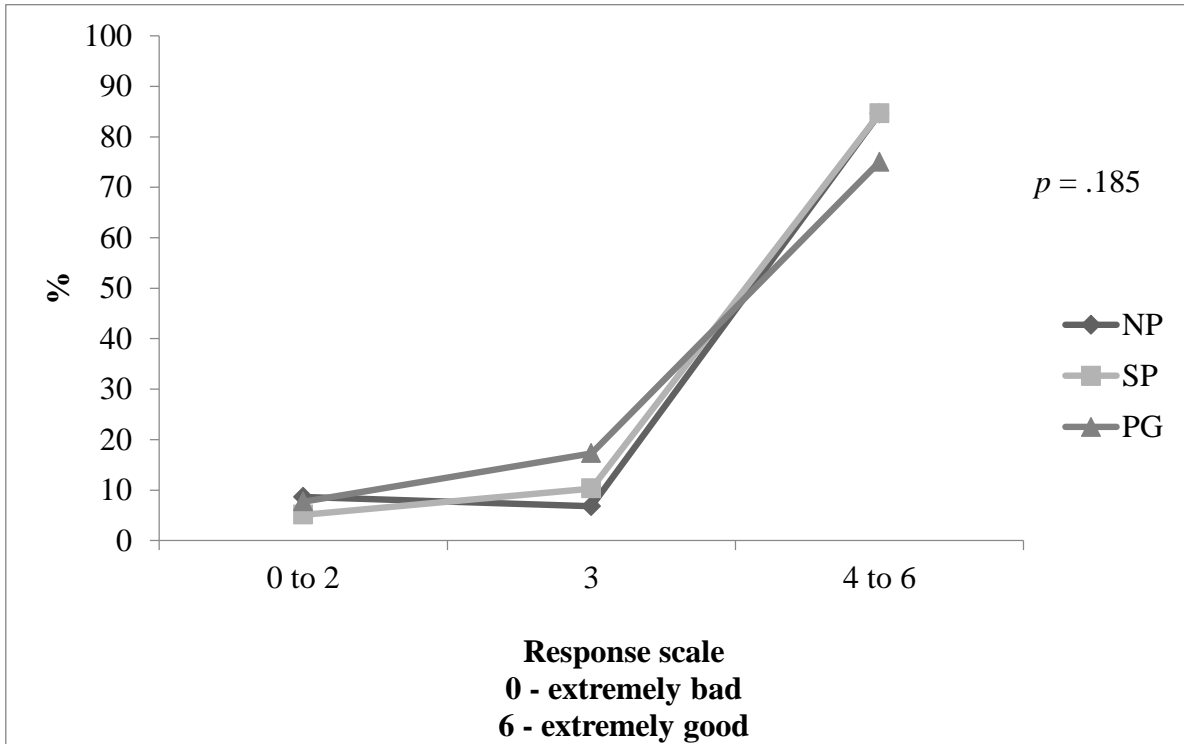


Figure 6. Comparison graph of the groups' responses to the prompt, "The home environment during your childhood and adolescence/youth was..."

The question, "Did the people you lived with during your childhood and adolescence/youth perform violent actions?", revealed that most of the participants' families of origin across all three groups did not perform violent actions (Figure 7). A chi-square test did not detect statistically significant differences among the groups ($p = .354$), and all of the residuals were less than ± 1.96 .

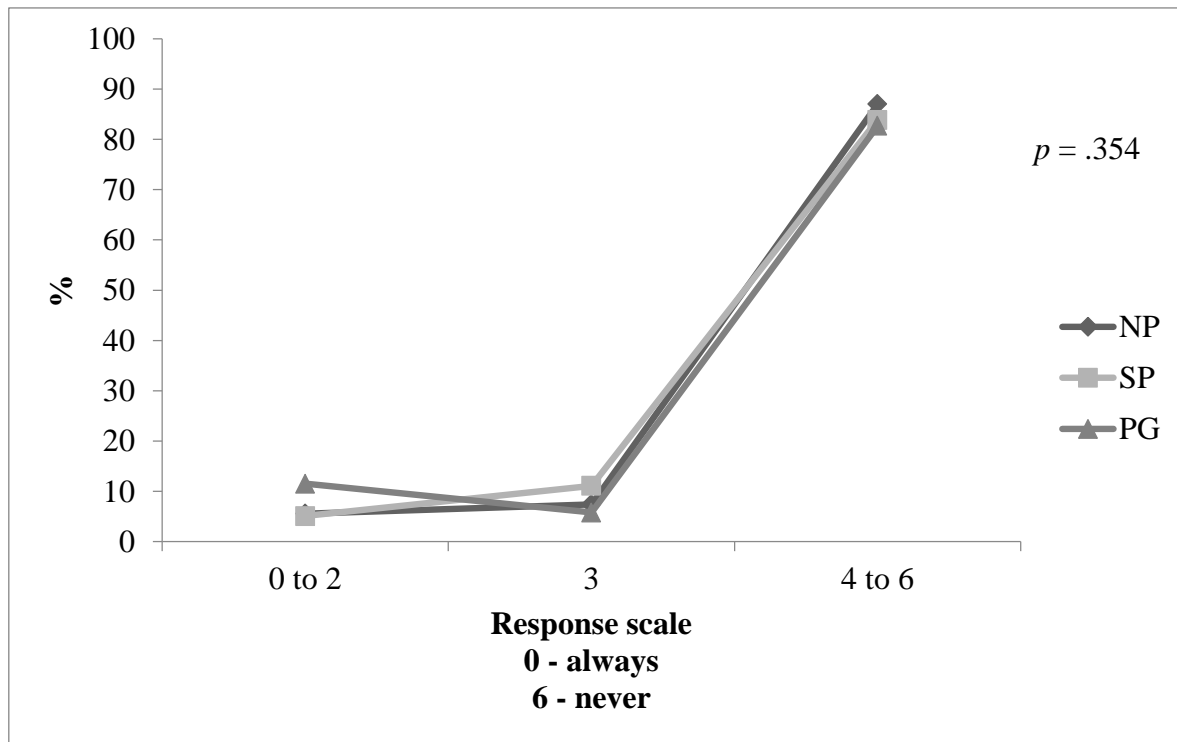


Figure 7. Comparison graph of the groups' responses to the question, "Did the people you lived with during your childhood and adolescence/youth perform violent actions?"

3.1.4. Family functioning

A one-way ANOVA and Tukey's HSD test revealed that there was a significant difference between the PG and NP group and between the PG and SP group with regard to the SCORE-15 (Table 3), with the total and individual dimensions scores indicating greater levels of family dysfunction in the PG group. The three groups had average total scores ($2.01 \leq M \leq 2.41$) that were similar to the general population ($M = 2.02$, $SD = 0.58$) (Pereira, 2011), when the range was calculated using the difference between the mean and the standard deviation.

Table 3
ANOVA results: SCORE-15, QOL-VR, EASAVIC, DAS, CS, DSI-R and BSI

Variables	Group comparisons	Effect size (η^2)
SCORE-15 total	$F(2, 331) = 7.198, p = .001$	.04
Family Communication	$F(2, 331) = 6.095, p = .003$	.04
Family Difficulties	$F(2, 331) = 5.455, p = .005$	.03
Family Strengths	$F(2, 331) = 4.111, p = .017$	.02
QOL-VR total	$p = .175$	-
Family, Friends and Health	$F(2, 117) = 10.761, p < .001$	.14
Time	$p = .372$	-
Media and Community	$p = .417$	-
Financial Well-being	$F(2, 117) = 3.375, p = .035$	.03
EASAVIC total	$F(2, 117) = 3.616, p = .030$	.06
Love	$p = .073$	-
Functioning	$F(2, 117) = 5.247, p = .007$	.08
DAS total	$F(2, 117) = 6.726, p = .002$	.11
Dyadic Consensus	$F(2, 117) = 5.186, p = .007$	.08
Dyadic Satisfaction	$F(2, 117) = 5.555, p = .005$	.09
Affectional Expression	$p = .171$	-
Dyadic Cohesion	$F(2, 117) = 4.840, p = .010$	.08
CS total	$p = .086$	-
Intra/Interpersonal	$F(2, 331) = 8.152, p < .001$	.05
Spiritual/Universal	$p = .847$	-
DSI-R total	$F(2, 331) = 9.420, p < .001$	.05
Emotional Reactivity	$F(2, 331) = 4.824, p = .009$	.03
I Position	$p = .160$	-
Emotional Cut-off	$F(2, 331) = 12.238, p < .001$	.07
Fusion with Others	$F(2, 331) = 5.308, p = .005$	.03
PSI	$F(2, 331) = 16.198, p < .001$	.10
GSI	$F(2, 331) = 25.458, p < .001$	.15
PST	$F(2, 331) = 19.943, p < .001$	.11
Somatization	$F(2, 331) = 13.250, p < .001$	.08
Obsessions-compulsions	$F(2, 331) = 21.000, p < .001$	.11
Interpersonal sensitivity	$F(2, 331) = 11.537, p < .001$	.06
Depression	$F(2, 331) = 19.091, p < .001$	.11
Anxiety	$F(2, 331) = 16.493, p < .001$	.09
Hostility	$F(2, 331) = 22.648, p < .001$	.12
Phobic anxiety	$F(2, 331) = 17.285, p < .001$	.10
Paranoid ideation	$F(2, 331) = 18.162, p < .001$	.10
Psychoticism	$F(2, 331) = 37.796, p < .001$	.19

The words that participants used to describe their families (i.e., "What words best describe your family?"; SCORE-15) were categorized into the following three groups: positive (e.g., union, love, respect, support, and harmony), negative (e.g., secretive, distant, jealous, and complex) and neutral (e.g., normal and family). In the NP group, 80.90% of the participants used positive words (with 3 missing values). In the SP group, this number decreased to 76.10%, and the PG group had the lowest percentage of positive words with 59.60% (with 3 missing values) (Figure 8). The differences among the groups (as determined by a chi-square test) were statistically significant [$\chi^2(4, N = 331) = 12.386, p = .015, V = .14$], and a residual analysis revealed that this difference was primarily due to the PG group using the greatest number of negative words (residual 2.7).

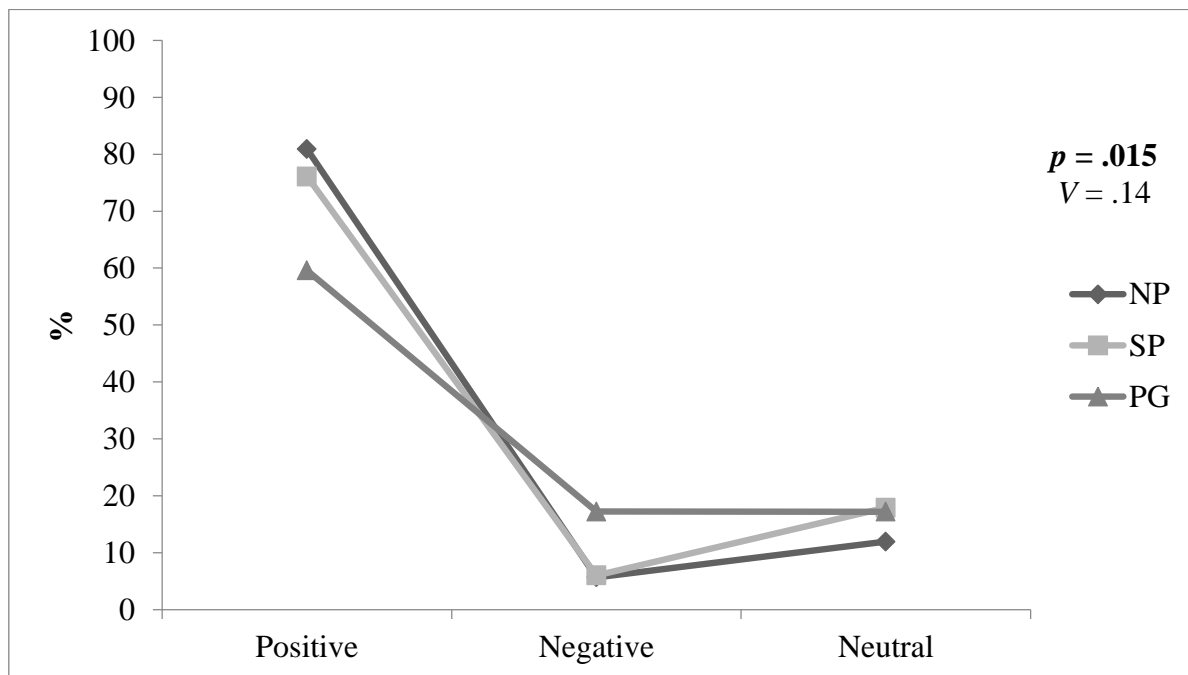


Figure 8. Comparison graph of the groups' responses to the complementary question on the SCORE-15, "What words would best describe your family?"

The participants' responses to the question, "How would you describe the main problem/difficulty that your family is dealing with currently?", were categorized as follows: relational (e.g., communication), financial (e.g., economic crisis), developmental (e.g., aging), health-related (e.g., disease), me (e.g., "it's me"), gambling (e.g., "my gambling addiction"), time-related (e.g., lack of free time), other (not included in any of the aforementioned categories) and none. The difference between the groups was statistically significant (Fisher's exact test, $p < .001$) and was primarily due to the greater number of me (residual 6) and gambling (residual 5.7) responses and the low number of none (-2.3) responses in the PG group than expected if the variables were independent (Figure 9).

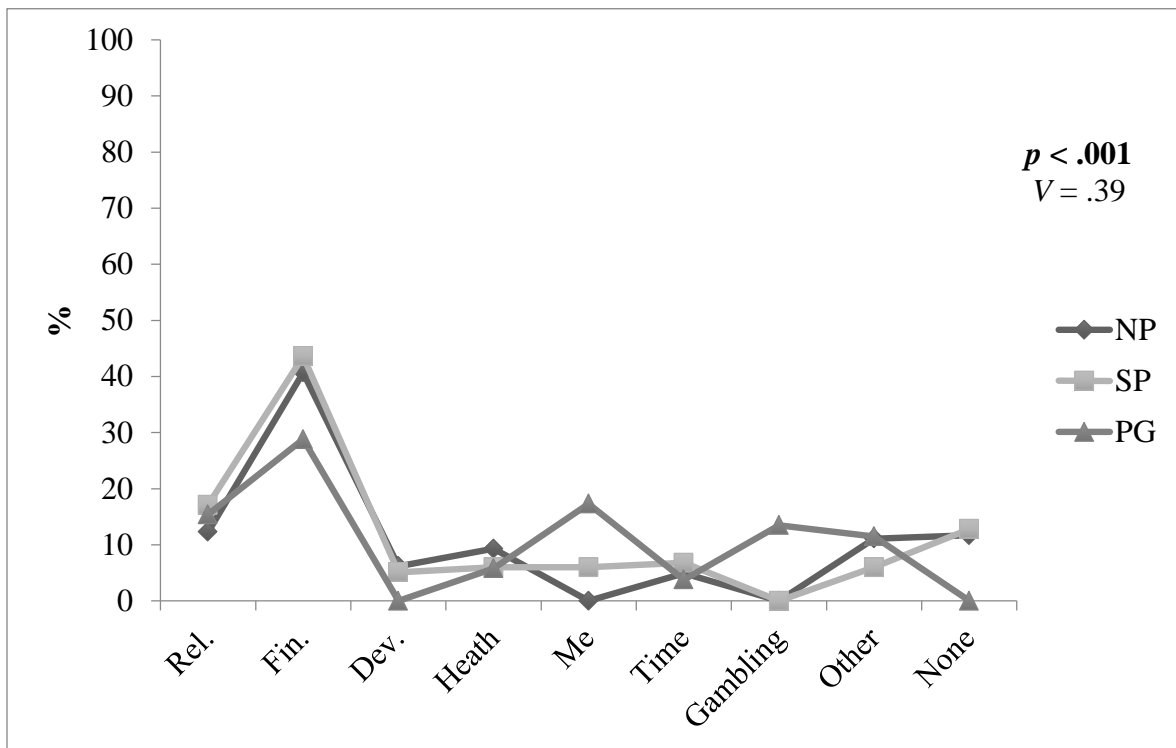


Figure 9. Comparison graph of the groups' responses to the complementary question on the SCORE-15, "How would you describe the main problem/difficulty that your family is dealing with currently?"

The participants' responses to the question regarding the current severity of the main family problem did not exhibit statistically significant differences between the groups (chi-square test, $p = .152$), and a residual analysis did not detect any values greater than ± 1.96 (Figure 10).

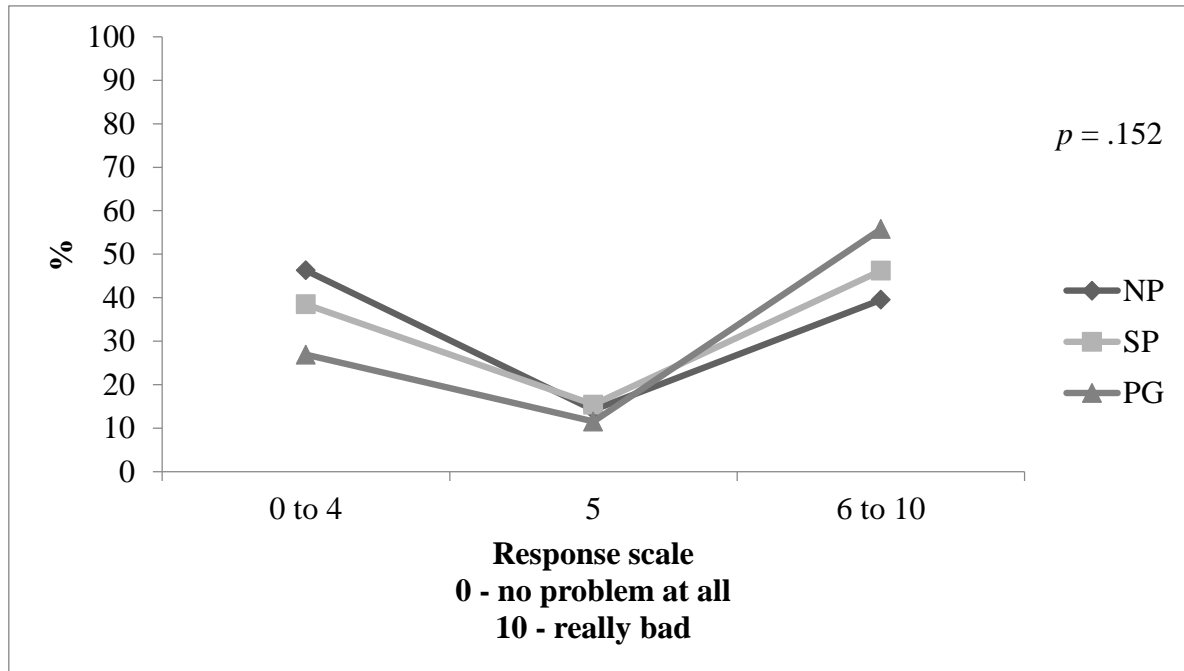


Figure 10. Comparison graph of the groups' responses to the complementary question on the SCORE-15, "On a scale from 0 to 10, in which 0 corresponds to 'no problem at all' and 10 to 'really bad', what is the severity of the problem?"

A chi-square test revealed that there were no statistically significant differences among the groups ($p = .139$) with regard to the question, "How are you managing as a family?", and a residual analysis did not detect values greater than ± 1.96 (Figure 11).

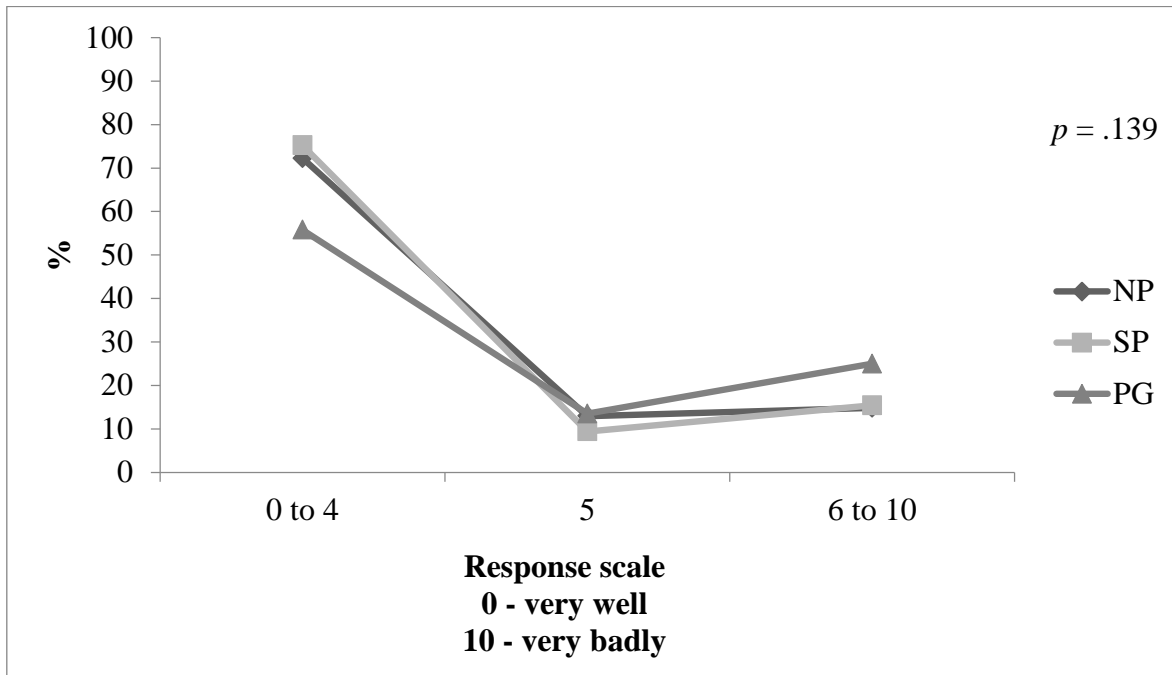


Figure 11. Comparison graph of the groups' responses to the complementary question on the SCORE-15, "On a scale from 0 to 10, in which 0 corresponds to 'very well' and 10 to 'very badly', how are you managing as a family?"

A chi-square test also failed to find statistically significant differences in participants' responses to the question, "How do you think family/couple's therapy might be useful for your family?", between the groups ($p = .290$), and a residual analysis did not detect any values greater than ± 1.96 (Figure 12).

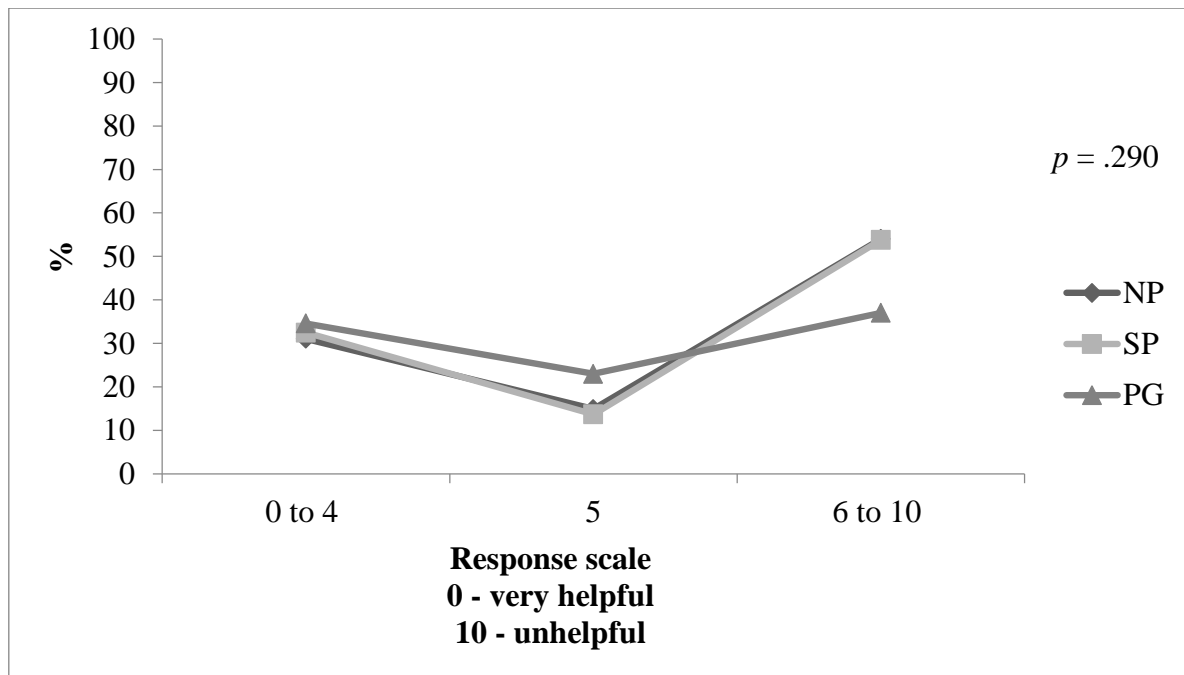


Figure 12. Comparison graph of the groups' responses to the complementary question on the SCORE-15, "On a scale from 0 to 10, in which 0 corresponds to 'very helpful' and 10 to 'unhelpful', do you think family/couple's therapy could be helpful for your family?"

When asked to consider the best possible intervention for pathological gambling (i.e., one question on the sociodemographic questionnaire), most participants (58-64%) from all three groups responded with individual therapy, followed by couple's therapy (Figure 13). The differences between the groups were not statistically significant, and a residual analysis did not detect any values greater than ± 1.96 (Fisher's exact test, $p = .304$).

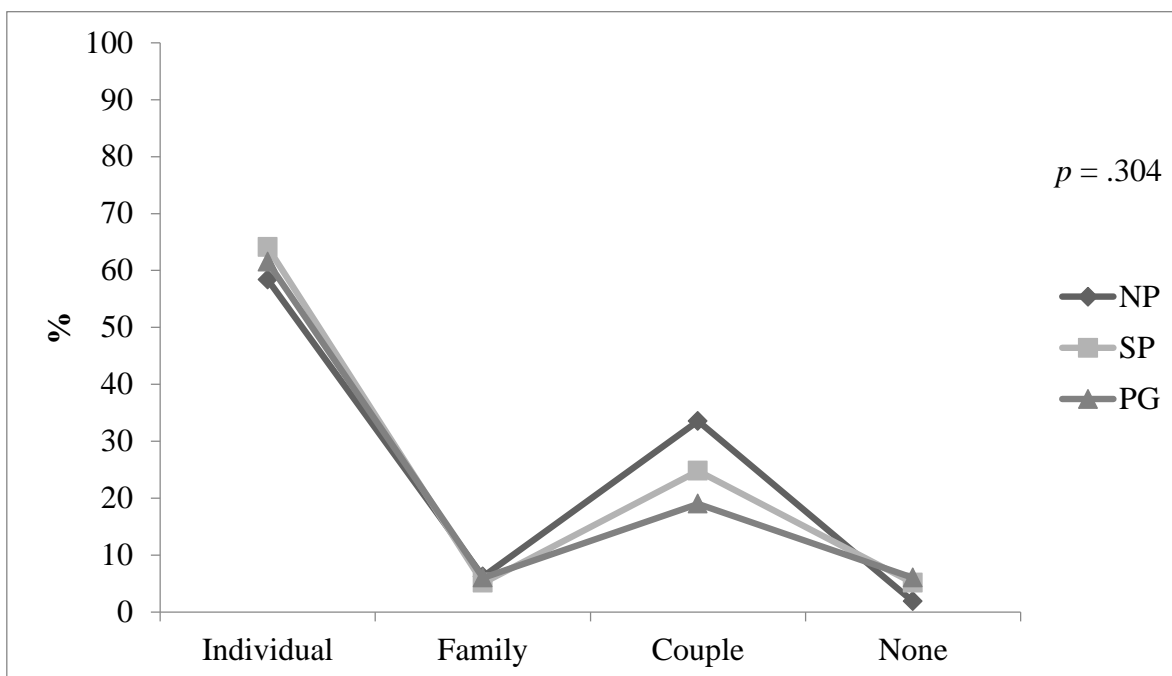


Figure 13. Comparison graph of the groups' responses to the question from the sociodemographic questionnaire, "In your opinion, what treatment might be most useful for gambling problems?"

3.1.5. Family quality of life

The ANOVA results (Table 3) revealed that the PG group scored lower with regard to satisfaction with family, friends and health than the NP and SP groups, and these differences were statistically significant. In addition, financial well-being scores were lower for the PG group compared to the NP group, and this difference was statistically significant. The groups had average total scores ($58.93 \leq M \leq 63.06$) that were similar to the general population ($M = 61.13$, $SD = 10.53$), when the range was calculated using the difference between the mean and the standard deviation (Cunha & Relvas, 2015).

3.1.6. Marital satisfaction and dyadic adjustment

Regarding marital satisfaction (EASAVIC) (Table 3), the total scores for this factor and for the functioning dimension were lower for the PG group than for the other two

groups, and this difference was statistically significant. The PG group ($M = 160.14$, $SD = 31.81$) had average marital satisfaction values that were lower than the general population ($M = 208.11$, $SD = 31.10$) (Pires, 2008), when the range was calculated using the difference between the mean and the standard deviation.

The PG group also had lower scores on marital adjustment (DAS) (Table 3) than the NP and SP groups for the total score and for the dyadic satisfaction, dyadic consensus and dyadic cohesion dimensions (these differences were statistically significant). The total score was not lower than 100 in any of the groups ($103.49 \leq M \leq 116.16$), as this is the cut-off point for considering a poor dyadic adjustment (Spanier, 1976).

3.1.7. Individual functioning

The PG group showed lower scores on congruence (CS) (Table 3), specifically the intra/interpersonal dimension, than the NP and SP groups. The PG group ($M = 68.02$, $SD = 15.03$) had lower total scores on congruence than the general population ($M = 78.41$, $SD = 10.36$), when the range was calculated using the difference between the mean and the standard deviation (Cunha, Silva, & Relvas, 2014).

The DSI revealed that there were statistically significant results (Table 3), with the PG group having lower scores than the NP and SP groups for the total scale and for emotional cut-off. Moreover, the PG group had lower scores on the fusion with others than the NP group. The total mean scores exhibited by all three groups ($3.94 \leq M \leq 3.54$) were similar to the general population ($M = 3.88$, $SD = 0.52$), when the range was calculated using the difference between the mean and the standard deviation (Major et al., 2014).

The BSI results (Table 3) revealed that there were statistically significant differences in the global indices and across all of the dimensions, with the PG group showing higher levels of symptoms compared to the NP and SP groups.

Based on the PSI cut-off for emotionally disturbed populations (> 1.7) (Canavarro, 1999), the PG group ($M = 1.88$, $SD = 0.62$) had the highest probability of experiencing emotional disturbance across the groups.

3.2. Cluster analysis

A two-step cluster analysis was performed to investigate the presence of empirical groups of pathological gamblers, i.e., whether these gamblers constituted a homogeneous group. Sociodemographic [i.e., gender, age, marital status, educational level, place of residence, SES, and type of pathological gambling (i.e., clinical vs. non-clinical)], family (i.e., total SCORE-15 and total QOL-RV scores), marital (i.e., total DAS and total EASAVIC scores) and individual (i.e., total CS, total DSI, BSI-IGS and total SOGS scores) variables were examined. During the second stage, the same analysis was performed after excluding the variables related to marital status to analyze the data from all of the members in the PG group, rather than just the 20 married participants.

The first cluster analysis included 17 participants (i.e., corresponding to 85% of married participants of the PG group) who responded to all of the instruments and were considered to have contributed valid data for analysis. The analysis resulted in two clusters with sample sizes of eight (47.10%) and nine (52.90%) (the ratio of the larger to the smaller cluster was equal to 1.12). A goodness-of-fit was achieved with an average silhouette coefficient of 0.5. The clusters differed from each other with regard to their levels of difficulty associated with psychopathological symptoms (i.e., BSI-PSI), family functioning

(i.e., total SCORE-15), differentiation of self (i.e., total DSI-R), pathological gambling type (i.e., clinical vs. non-clinical) and dyadic adjustment (i.e., total DAS). These variables represented the main predictors with average silhouette coefficients of 1, .49, .40, .31 and .27, respectively. Comparisons between the clusters (a Mann-Whitney test for the quantitative variables and a chi-square test for the pathological gambling type) revealed that the differences with regard to these variables were statistically significant ($p < .05$; $.56 < r < .79$; $V = .61$) (i.e., large effects). One cluster (designated as the married/severe PG cluster) exhibited higher scores on the BSI and SCORE-15 and lower scores on the DSI-R and DAS, i.e., this cluster had greater difficulties compared to the other cluster (designated as the married/mild PG cluster). The married/severe PG cluster consisted of both clinical (55.60%) and non-clinical (44.40%) pathological gamblers, whereas the married/mild PG cluster consisted of only non-clinical gamblers. The married/severe PG cluster had average scores on the BSI, SCORE-15, DSI-R and DAS that were indicative of greater difficulties compared to the normative population (when the range was calculated using the difference between the mean and the standard deviation), whereas the married/mild PG cluster had scores that fell within the normative range. Figure 14 presents the results for the remaining variables (these variables represented weaker predictors and the differences between the clusters were statistically non-significant).

The second analysis removed any constraints from the variables related to married individuals to include 47 participants (90.38% of the PG group). Similarly, two clusters were obtained with sample sizes of 16 (34.04%) and 31 (65.96%) (the ratio of the larger to the smaller cluster was equal to 1.94). A goodness-of-fit was achieved with an average silhouette coefficient of 0.5, consistent with the first analysis.

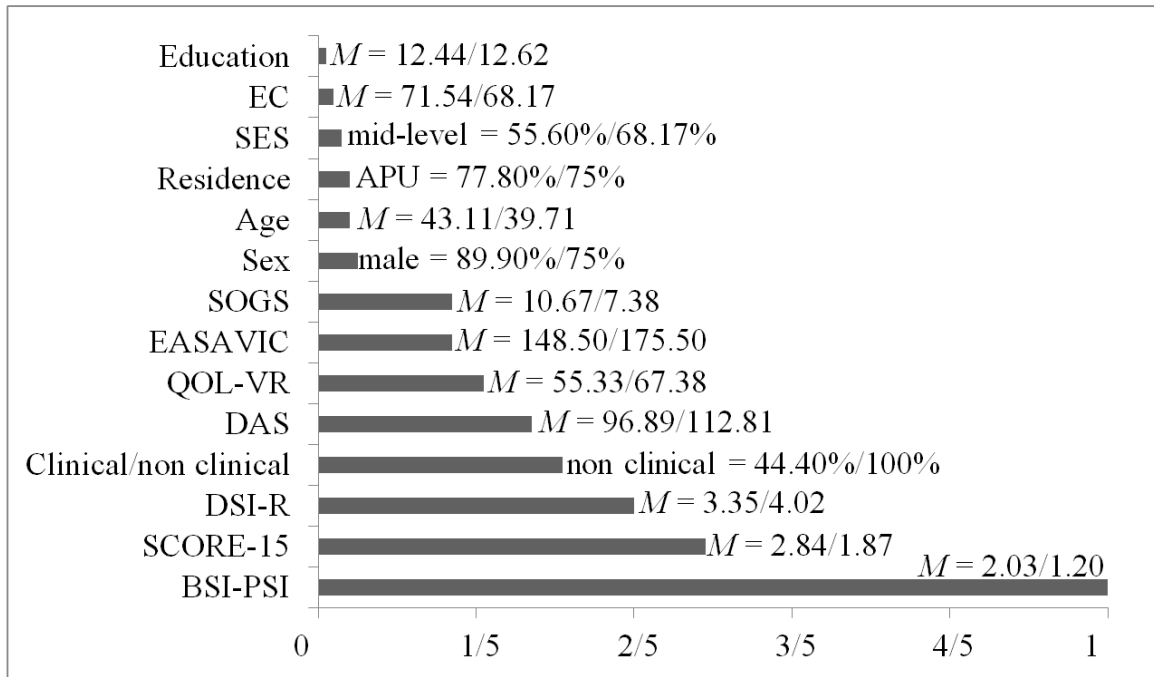


Figure 14. Results of the two-step analysis on PG group (including the variables of couple)

The clusters differed each other with regard to their levels of psychopathological symptoms (i.e., BSI-ISP), differentiation of self (i.e., total DSI-R), family functioning (i.e., total SCORE-15), and pathological gambling type (i.e., clinical vs. non-clinical). These variables represented the main predictors with average silhouette coefficients of 1, .71, .58 and .28, respectively. Comparisons between the clusters (a Mann-Whitney test for the quantitative variables and a chi-square test for the pathological gambling type) revealed that the differences regarding the variables identified as the main predictors and the total SOGS were statistically significant ($p < .05$; $.39 < r < .80$; $V = .45$). One cluster (designated as the severe PG cluster) had higher scores on the BSI, SCORE-15 and SOGS and lower scores on the DSI-R, and thus greater difficulties, compared to the second cluster (designated as the mild PG cluster). The severe PG cluster consisted of both clinical (58.10%) and non-clinical (41.90%) pathological gamblers, whereas the mild PG cluster primarily consisted

of non-clinical gamblers (87.50%). The severe PG cluster had average scores on the BSI, SCORE-15 and DSI-R that were indicative of greater difficulties compared to the normative population (when the range was calculated using the difference between the mean and the standard deviation), whereas the mild PG cluster had average scores that fell within the normative range. Consistent with the first analysis, the remaining variables represented weaker predictors, and the differences between the clusters were not statistically significant.

4. Discussion

This discussion section will focus on the concerns regarding the total scores for the instruments used in the current study as a function of the small number of participants in the PG group.

The present study aimed to compare three groups of individuals with increasing levels of gambling problem severity. A global analysis revealed that the PG group differed from the non-pathological gambling groups problems (i.e., the NP and SP groups), particularly with regard to family functioning (i.e., SCORE-15), quality of life (i.e., QOL-VR: Family, Friends and Health), marital satisfaction (i.e., EASAVIC), dyadic adjustment (i.e., DAS), differentiation of self (i.e., DES-R) and psychopathological symptoms (i.e., BSI: total score and psychoticism scale). The PG group was not homogeneous, as it consisted of two clusters: One cluster (with both clinical and non-clinical pathological gamblers) showed more psychopathological difficulties (i.e., BSI) and problems with family (i.e., SCORE-15), differentiation of self (i.e., DSI-R) and marital status (i.e., DAS) compared to the other cluster (with only non-clinical pathological gamblers). The results of the present study suggest that gambling-related problems don't manifest gradually along a *continuum* of severity, as suggested by some authors (Brieva, 2006; Darbyshire et al., 2001;

Desai & Potenza, 2008; Ladouceur, 2002) (alternatively, when problems manifest, their expression is not sufficiently detected as differences among the groups included in the current study). Manifestation may be at its peak when gambling problems reach high levels of severity (i.e., PG). This direction within the *continuum* may only be manifested within the PG group.

Based on the aforementioned global considerations, the results of the current study will be discussed in the order and layout in which they were described. Beginning at the level of analysis corresponding to context, the results indicated that both accessibility to games of chance and the participants' perceptions regarding the social acceptance of gambling did not differ across the groups. All of the participants, i.e., both the non-pathological and pathological gamblers, responded that it was easy to access games of chance. Regarding the social acceptance of these games, the opinions were divided within each group, suggesting that although gambling is not entirely accepted by society, it has lost some of the negative connotations that it has had in the past.

In the present study, the PG group differed from the other two groups in that more than one individual within their sphere of relationships (e.g., close relatives, relatives, and friends) also had gambling problems. According to previous literature examining the transmission of gambling behaviors in families, the PG group should have numerous relatives with gambling problems (e.g., Desai, Potenza, Krishnan-Sarin, & Cavallo, 2007; Felsher, Derevensky, & Gupta, 2003). In addition, research has shown the strength of peer influence (Cunha & Relvas, 2014b), which suggests the need to include this variable in broad-scoped models of pathological gambling, such as ISMPG (Cunha & Relvas, 2014). International studies conducted with adolescents (Gupta & Derevensky, 1997) and adults

(Jiménez, 2002) have found that there are gambling problems among the acquaintances of pathological gamblers, meaning that there may be a transverse influence of age on gambling.

The remaining variables related to family of origin (e.g., the meaning attributed to gambling, the importance of money, family environment, violence and education) did not exhibit statistically significant differences among the groups. These results are not consistent with previous literature, which has argued that these factors are highly relevant for the development of pathological gambling (e.g., King, Abrams, & Wilkinson, 2010). Moreover, the current findings suggest the importance of the following property of the systems: equifinality⁴. This property reduces the weight of the past/origin as a determinant of vulnerabilities and shows that, in addition to the characteristics of the origins, the following factors are highly significant: psychopathological vulnerability, differentiation of self (see the current results regarding the DSI-R) and on-going family and marital functioning (see the current results regarding the SCORE-15, and the EASAVIC and DAS, respectively).

The PG group exhibited more family functioning difficulties (i.e., SCORE-15) compared to the NP and SP groups. Indeed, pathological gamblers' family functioning has a broad scope of difficulties, including issues related to the expression of feelings, family rules, roles and communication, among others (Ciarrocchi & Hohmann, 1989; Dowling, Smith, & Thomas, 2009; Hardoon, Derevensky, & Gupta, 2002; Kalischuk et al., 2006). Consistent with this finding, the participants in the PG group used more negative words to

⁴ This property alludes to the idea that the functioning of living beings is directed by the principle that an identical end-state can be reached from different initial conditions, whereas similar initial conditions may lead to different end-states (Alarcão, 2006).

describe their families. Nevertheless, the participants from all three groups considered individual therapy to be the most useful intervention for pathological gambling. This finding is consistent with the results from previous studies (Cunha, Sotero, & Relvas, in press; Cunha & Relvas, in press b) showing that pathological gamblers tend to consider pathological gambling as an individual-, rather than a family-, related issue. Therefore, individual therapy makes more sense to these gamblers. It is important to note that approximately 17% of the PG group indicated that they were the main ongoing family problem (e.g., “it’s me”), supporting their tendency to circumscribe pathological gambling to the individual level, i.e., themselves. This conviction was shared by participants in the NP and SP groups, suggesting that pathological gambling may be globally perceived as an individual problem.

The quality of life dimensions with regard to family, friends and health (i.e., QOL-VR) are included in the present discussion because, despite their dimensionality, they exhibited large effect sizes. According to previous literature (Berger, 2012; Grant & Kim, 2001; Mythily, Edimansyah, Qiu, & Munidasa, 2011), the quality of life should be lower in the PG group compared to the groups with the non-pathological gamblers. This prediction is consistent with the following findings: 1) the PG group had more family difficulties (i.e., SCORE-15) and 2) higher levels of psychopathological symptoms (i.e., mental health), which often manifest as physical health problems, particularly problems related to stress-influenced conditions (Ciarrocchi, 1987). In addition, previous literature shows that relationships with friends are affected by pathological gambling (Ciarrocchi, 2001).

Previous literature examining marital issues, specifically the studies that used the DAS (Harvey, Trudel, Poirier-Arbour, & Boyer, 2007; Lee, 2002b), shows that

pathological gamblers have poor dyadic adjustment. As such, the differences evident among the groups in the current study with regard to marital satisfaction were expected, as the couple may be the first family subsystem to be affected in the case of married pathological gamblers (Montero & Megías-Lizancos, 2011).

A number of authors (Bowen, 1978; Kerr & Bowen, 1988; Patrick, Sells, Giordano, & Tollerud, 2007) have posited that the differentiation of the self is associated with individuals' ability to maintain intimate relationships. In addition, the differentiation of the self positively correlates with marital satisfaction (Peleg, 2008; Skowron, 2000). Therefore, the finding that the PG group had exhibited low levels of differentiation of the self was not surprising. The PG group also had the highest proportion of divorced participants, which suggests that pathological gamblers have difficulty maintaining intimate relationships. The high percentage of divorce among pathological gamblers is widely reported in previous literature (Ciarrocchi, 2001; Lorenz & Yaffee, 1986). Consistent with the concept of the differentiation of the self (Major et al., 2014), pathological gamblers seem to exhibit greater dependence on other people to reaffirm their beliefs, convictions and decisions. They are also less emotional and show behavioral detachment from others, which manifests as fear of intimacy or of being suffocated in their relationships. Pathological gamblers also have greater difficulty when establishing their own pondered convictions and show greater tendencies to react to environmental stimuli based on automatic emotional responses.

Psychopathological symptoms were the most significant factor from a statistical perspective. All of the dimensions and global scores indicated that the PG group had higher levels of psychopathological symptoms. These findings are consistent with previous literature showing that emotional disorders are frequently associated with pathological gambling (Barrault & Varescon, 2012; Jiménez-Murcia et al., 2010; Teo, Mythily,

Anantha, & Winslow, 2007). In addition, psycho-emotional vulnerability is one factor associated with the occurrence of pathological gambling (Blaszczynski & Nower, 2002).

A cluster analysis revealed that the PG group was significantly heterogeneous (i.e., a married/mild PG subgroup and a married/severe PG subgroup), suggesting that it represented a *continuum* of severity. This heterogeneity was stronger with regard to the individual (i.e., psychopathological symptoms and the differentiation of the self), family (i.e., family functioning) and marital (i.e., dyadic adjustment) variables, whereas the sociodemographic factors included in the current study did not play a relevant role in distinguishing between the clusters. Thus, some pathological gamblers are able to live in a fairly adaptive manner, as they exhibit less family (i.e., SCORE-15), marital (i.e., DAS) and individual (i.e., BSI and DSI-R) difficulties and do not seek specialized help (i.e., non-clinical pathological gambling). However, other pathological gamblers exhibit more severe family, marital and individual difficulties (including the degree of the pathological gambling severity), for which they may or may not seek specialized help. Empirical evidence increasingly supports the notion that the nature of the population of pathological gamblers is heterogeneous. For example, Toneatto et al. (2008) investigated the occurrence of spontaneous remission and found that the pathological gambling severity was higher among gamblers who had engaged in formal treatment (i.e., clinical samples). Moreover, these gamblers exhibited more negative consequences compared to individuals with non-clinical pathological gambling (i.e., a community sample). A recent study (Jiménez-Murcia et al., 2013) has identified the following three clusters of young pathological gamblers: individuals with less psychopathological problems and more functional personality traits;

individuals with more emotional problems; and individuals with more severe psychopathological disorders.

5. Conclusion

In sum, pathological gamblers exhibited more family, marital and individual difficulties compared to non-pathological gamblers (i.e., the NP and SP groups) but were a heterogeneous population, which consisted of two groups with differing levels of severity with regard to those difficulties. Although the non-pathological gamblers (i.e., the NP and SP groups) exhibited differing levels of pathological gambling severity, they did not differ from each other, suggesting that the difficulties associated with gambling are only evident at the pathological level, albeit to different degrees (Figure 15).

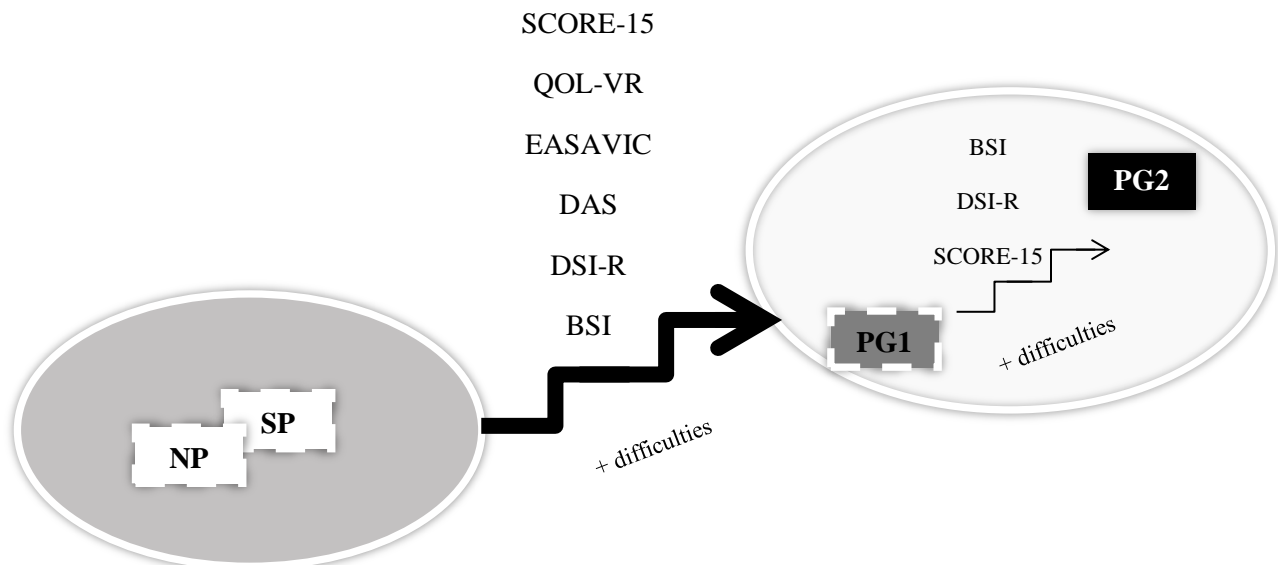


Figure 15. Diagram summarizing the differences between the groups regarding the total scores on the study instruments.

The results with regard to context (i.e., social acceptance and accessibility) and family of origin (except for the larger number of relatives with gambling problems) were not consistent with the predictions of the ISMPG, as no differences were evident among the groups.

The present study has a number of limitations, with the small sample size across groups and specifically for the PG group being the most notable. In addition, the non-probabilistic nature of the study population, which was recruited through convenience sampling, does not allow for the generalization of the current results. Nevertheless, the present study contributes to current knowledge regarding pathological gamblers by emphasizing the heterogeneity of this group and the relevance of family, marital and individual variables to pathological gambling. Future studies should focus on the various types of pathological gamblers and recruit more diversified and representative samples, particularly with regard to gender, as this will represent a valuable contribution.

Acknowledgements

Thanks to the Foundation for Science and Technology (FCT) that finances the PhD research that integrates this work.

References

- Alarcão, M. (2006). *(Des)Equilíbrios familiares: Uma visão sistémica* [Family (in)balances: A systemic view] (6th ed.). Coimbra, Portugal: Quarteto.
- American Psychiatric Association (APA). (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). Washington, DC, USA: Author.
- American Psychological Association (APA). (2002). *Ethical principles of psychologists and code of conduct*. Washington, DC, USA: Author.
- Ashley, L. L., & Boehlke, K. K. (2012). Pathological gambling: A general overview. *Journal of Psychoactive Drugs*, 44(1), 27-37. doi:10.1080/02791072.2012.662078
- Barrault, S. S., & Varescon, I. I. (2012). Psychopathology in online pathological gamblers: A preliminary study. *L'encéphale: Revue De Psychiatrie Clinique Biologique et Thérapeutique*, 38(2), 156-163. doi:10.1016/j.encep.2011.01.009
- Berger, P. (2012). Quality of life in pathological gambling. *European Psychiatry*, 27(1), 1-1. doi:10.1016/S0924-9338(12)74178-0
- Blaszczynski, A., & Nower, L. (2002). A pathways model of problem and pathological gambling. *Addiction*, 97(5), 487-499. doi:10.1046/j.13600443.2002.00015.x
- Bowen, M. (1978). *Family therapy in clinical practice*. New York, NY, USA: Jason Aronson.
- Brieva, J. R. (2006). Ludopatía: El otro lado del juego [Ludopathy: The other side of playing]. *Índice. Revista Estadística y Salud*, 19, 9-11.

- Cabral, L. M. (2013, January 2). Santa Casa com receita recorde nos jogos sociais [Holy House of Mercy gets record income from social games]. *Diário de Notícias*. Retrieved from http://www.dn.pt/especiais/interior.aspx?content_id=2972288&especial=Revistas%20de%20Imprensa&seccao=TV%20e%20MEDIA
- Canavarro, M. C. (1999). Inventário de Sintomas Psicopatológicos: BSI [Inventory of Psychopathological Symptoms: BSI]. In M. Simões, M. Gonçalves, & L. Almeida (Eds.), *Testes e provas psicológicas em Portugal* [Psychological tests and exams in Portugal] (Vol. 2, pp. 95-109). Braga, Portugal: APPORT/SHO.
- Ciarrocchi, J. W. (1987). Severity of impairment in dually addicted gamblers. *Journal of Gambling Behavior*, 3(1), 16–26.
- Ciarrocchi, J. W. (2001). *Counseling problem gamblers: A self-regulation manual for individual and family therapy*. San Diego, CA, USA: Academic Press.
- Ciarrocchi, J., & Hohmann, A. (1989). The family environment of married male pathological gamblers, alcoholics, and dually addicted gamblers. *Journal of Gambling Behavior*, 5(4), 283-291.
- Clímaco, M. I. (2004). O jogo patológico: A adição menos visível [Pathological gambling: The least visible addiction]. *Revista Portuguesa de Clínica Geral*, 20, 121-134.
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences*. Hillsdale, NJ, England: Erlbaum.
- Cohen, J. (1992). Power primer. *Psychological Bulletin*, 112(1), 155-159.

- Cunha, D., & Relvas, A. P. (2014). Pathological gambling and couple: Towards an integrative systemic model. *Journal of Gambling Studies*, 30(2), 213-228. doi:10.1007/s10899-013-9366-9
- Cunha, D., & Relvas., A. P. (2014b). *Pathological gambling, psychopathology and family variables in a non-clinical sample*. Manuscript submitted for publication.
- Cunha, D., & Relvas, A. P. (2015). Qualidade de Vida (QOL): Versão reduzida [Quality of Life (QOL): Short version]. In A. P. Relvas & S. Major (Eds.), *Instrumentos de avaliação familiar: Vulnerabilidade, stress e adaptação* [Family assessment measures: Vulnerability, stress and adaptation] (Vol. II). Book in preparation.
- Cunha, D., & Relvas, A. P. (in press b). Gambling and the couple: Comparing gamblers' and spouses' views on family, marital and individual levels. *Journal of Gambling Issues*.
- Cunha, D., Silva, J. T., Vilaça, A., Gonçalves, S., & Relvas, A. P. (2014). Escala de Congruência (EC): Estudos de adaptação para a população portuguesa [Congruence Scale (CS): Studies for adaptation to the Portuguese population]. *Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación – e Avaliação Psicológica*, 38(2), 181-198.
- Cunha, D., Silva, J., Relvas, A. P. (2014). Escala de Congruência (EC) [Congruence Scale (CS)]. In A. P. Relvas & S. Major (Eds.), *Avaliação familiar: Funcionamento e intervenção* [Family evaluation: Functioning and intervention] (Vol. I, pp. 113-139). Coimbra, Portugal: Imprensa da Universidade de Coimbra.
- Cunha, D., Sotero, L., & Relvas, A. P. (in press). The pathological gambler and his spouse: How do their narratives match?. *Journal of Gambling Issues*.

- Custer, R. L., & Milt, H. (1985). *When luck runs out: Help for compulsive gamblers and their families*. New York, NY, USA: 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(4), 185-193.
- Derogatis, L. R., & Spencer, P. M. (1982). *Administration and procedures: BSI. Manual I*. Baltimore, MD, USA: Clinical Psychometric Research.
- Desai, R., & Potenza, M. (2008). Gender differences in the association between past-year gambling problems and psychiatric disorders. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 43(3), 173-183. doi:10.1007/s00127-007-0283-z
- Desai R., Potenza, M., Krishnan-Sarin, S., & Cavallo, D. (2007). *Gambling behavior among high school students in the state of Connecticut* (Report to CT Department of Mental Health and Addiction Services and CT Department of Education). Retrieved from <http://www.ct.gov/dmhas/lib/dmhas/pgs/yalereport.pdf>
- 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(13). doi:10.4309/jgi.2005.13.6
- Domínguez-Álvarez, A. M. (2009). Epidemiología y factores implicados en el juego patológico [Epidemiology and factors involved in pathological gambling]. *Apuntes de Psicología*, 27(1), 3-20.
- Dowling, N., Smith, D., & Thomas, T. (2009). The family functioning of female pathological gamblers. *International Journal of Mental Health and Addiction*, 7(1), 29-44.

- Felsher, J. R., Derevensky, J. L., & Gupta, R. (2003). Parental influences and social modelling of youth lottery participation. *Journal of Community & Applied Social Psychology, 13*(5), 361-377. doi:10.1002/casp.738
- Ferentzy, P., & Turner, N. E. (2013). *The history of problem gambling: Temperance, substance abuse, medicine, and metaphors*. New York, NY, USA: Springer Science + Business Media. doi:10.1007/978-1-4614-6699-4
- Fraley, C., & Raftery, A. E. (1998). How many clusters? Which clustering method? Answers via model-based cluster analysis. *The Computer Journal, 41*(8), 578-88.
- González, A. (1989). *Juego patológico: Una nueva adicción* [Pathological gambling: A new addiction]. Madrid, Spain: Canal Comunicaciones.
- Goodman, L. A. (1961). Snowball sampling. *Annals of Mathematical Statistics, 32*(1), 148–170. doi:10.1214/aoms/1177705148
- Grant, J. E., & Kim, S. W. (2001). Demographic and clinical features of 131 adult pathological gamblers. *Journal of Clinical Psychiatry, 62*(12), 957-962. doi:10.4088/JCP.v62n1207
- Gupta, R., & Derevensky, J. L. (1997). Familial and social influences on juvenile gambling behavior. *Journal of Gambling Studies, 13*(3), 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 to the Ontario Problem Gambling Research Centre). Retrieved from <http://youthgambling.mcgill.ca/en/PDF/OPGRC.pdf>
- Harvey, P., Trudel, G., Poirier-Arbour, A., & Boyer, R. (2007). *Le jeu pathologique et l'expression de la colère au sein du couple* [Pathological gambling and expression of

anger within the couple]. Paper presented at the XXIX^{ème} congrès annuel de la Société Québécoise pour la Recherche en Psychologie, Sherbrooke, Canada.

Instituto Nacional de Estatística (INE) [Statistics Portugal]. (2009). *Tipologia de áreas urbanas* [Typology of urban areas]. Retrieved from <http://smi.ine.pt/Versao/Detalhes/1961>

Jiménez, A. (2002). *Los juegos de azar. Juego social y ludopatía* [Games of chance. Social games and ludopathy]. Zaragoza, Spain: Diputación General de Aragón, Universidad de Zaragoza.

Jiménez-Murcia, S., Álvarez-Moya, E. M., Stinchfield, R., Fernández-Aranda, F., Granero, R., Aymamí, N., & ... Menchón, J. (2010). Age of onset in pathological gambling: Clinical, therapeutic and personality correlates. *Journal of Gambling Studies*, 26(2), 235-248. doi:10.1007/s10899-009-9175-3

Jiménez-Murcia, S., Granero, R., Stinchfield, R., Fernández-Aranda, F., Penelo, E., Savvidou, L. G., & ... Menchón, J. M. (2013). Typologies of young pathological gamblers based on sociodemographic and clinical characteristics. *Comprehensive Psychiatry*, 54(8), 1153-1160. doi:10.1016/j.comppsy.2013.05.017

Kalischuk, R., Nowatzki, N., Cardwell, K., Klein, K., & Solowoniuk, J. (2006). Problem gambling and its impact on families: A literature review. *International Gambling Studies*, 6(1), 31-60. doi:10.1080/14459790600644176

Kerr, M. E., & Bowen, M. (1988). *Family evaluation: An approach based on Bowen theory*. New York, NY, USA: WW Norton & Co.

- King, S. M., Abrams, K., & Wilkinson, T. (2010). Personality, gender, and family history in the prediction of college gambling. *Journal of Gambling Studies*, 26(3), 347-359. doi:10.1007/s10899-009-9163-7
- Korn, D. A. (2000). Expansion of gambling in Canada: Implications for health and social policy. *Canadian Medical Association*, 163(1), 61-64.
- Kusyszyn, I. (1978). Compulsive gambling: The problem of definition. *International Journal of Addictions*, 13(7), 1095-1101.
- Ladouceur, R. (2002). Understanding gambling and problem gambling: A step in the right direction. *Lecture Series*, 1(1), 1-10.
- Lee, B. (2002). Development of a Congruence Scale based on the Satir Model. *Contemporary Family Therapy: An International Journal*, 24(1), 217-239. doi:1014390009534
- Lee, B. (2002b). *Well-being by choice not by chance: An integrative system based couple treatment model for problem gambling* (Report to Ontario Problem Gambling Research Center). Retrieved from https://www.uleth.ca/dspace/bitstream/handle/10133/568/Well_Being_Lee.pdf%3Fsequence%3D1
- Lesieur, H. R., & Blume, S. B. (1987). The South Oaks Gambling Screen (SOGS): A new instrument for the identification of pathological gamblers. *American Journal of Psychiatry*, 144(9), 1184-1188.
- Lopes, H. (2009). *Epidemiologia de dependência do jogo a dinheiro em Portugal* [Epidemiology of gambling dependence in Portugal]. Retrieved from 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* [The couple: Conjugalinity and evolutionary cycle] (Unpublished doctoral thesis). Faculty of Psychology and Educational Sciences of University of Coimbra, Coimbra, Portugal.
- Madeira, C. (2012, maio 21). Lucros dos jogos Santa Casa crescem 20% [The Holy House of Mercy profit increases by 20%]. *Económico*. Retrieved from http://economico.sapo.pt/noticias/lucros-dos-jogos-santa-casa-crescem-20_14491
- Major, S., Rodríguez-González, M., Miranda, C., Rousselot, M., & Relvas, A. P. (2014). Inventário de Diferenciação do Self – Revisto [Inventory of Self-Differentiation – Revised]. In A. P. Relvas & S. Major (Eds.), *Avaliação familiar: Funcionamento e intervenção* [Family evaluation: Functioning and intervention] (Vol. I, pp. 81-111). Coimbra, Portugal: Imprensa da Universidade de Coimbra.
- McCormick, R. A., & Taber, J. I. (1987). The pathological gambler: Salient personality variables. In T. Galski (Ed.), *The handbook of pathological gambling* (pp. 9-39). Springfield, IL, England: Charles C Thomas.
- Montero, J., & Megías-Lizancos, F. (2011). *El paciente ludópata: Dificultades em la família y su entorno social* [The patient with ludopathy: Family and social difficulties]. Paper presented at the XII Congresso Virtual de Psiquiatria Interpsiquis. Retrieved from <http://www.psiquiatria.com/bibliopsiquis/handle/10401/2399>
- Moody, G. (1990). *Quit compulsive gambling*. Wellingborough, England: Thorsons Publishers.

- Moran, E. (1970). Varieties of pathological gambling. *The British Journal of Psychiatry*, *116*(535), 593-597. doi:10.1192/bjp.116.535.593
- 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.
- Narciso, I., & Costa, M. E. (1996). Amores satisfeitos, mas não perfeitos [Love: Satisfied but not perfect]. *Cadernos de Consulta Psicológica*, *12*, 115-130.
- Ochoa, E., & Labrador, F. J. (1994). *Juego patológico* [Pathological gambling]. Barcelona, Spain: Plaza & Janés.
- Olson, D. H., & Barnes, H. (1982). Quality of life. In D. Olson et al. (Eds.), *Family inventories* (pp.137-148). St-Paul, Minnesota, USA: University of Minnesota, Family Social Science.
- Pallant, J. (2001). *SPSS survival manual: A step by step guide to data analysis using SPSS for Windows*. Buckingham, England: Open University Press.
- Patrick, S., Sells, J. N., Giordano, F. G., & Tollerud, T. R. (2007). Intimacy, differentiation, and personality variables as predictors of marital satisfaction. *The Family Journal*, *15*(4), 359-367. doi:10.1177/1066480707303754
- Peleg, O. (2009). The relation between differentiation of self and marital satisfaction: What can be learned from married people over the course of life? *Academic Medicine*, *84*(10), 388-401.
- Pereira, F. (2011). *Estudo de validação da versão portuguesa do SCORE-28 e 15 numa amostra não-clínica* [Validation study of the Portuguese version of SCORE-28 and 15 in a non-clinical sample] (Unpublished master thesis). Faculty of Psychology and Educational Sciences of University of Coimbra, Coimbra, Portugal.

- Petry, N. M. (2005). *Pathological gambling: Etiology, comorbidity, and treatment*. Washington, DC, USA: American Psychological Association. doi:10.1037/10894-000
- Phillips, J. G., Ogeil, R., Chow, Y., & Blaszczynski, A. (2013). Gambling involvement and increased risk of gambling problems. *Journal of Gambling Studies*, 29(4), 601-611. doi:10.1007/s10899-012-9325-x
- Pires, A. (2008). *Estudo da conjugalidade e da parentalidade através da satisfação conjugal e da aliança parental* [Study of marital life and parenthood through marital satisfaction and parental alliance] (Unpublished master thesis). Faculty of Psychology of University of Lisbon, Lisbon, Portugal.
- Potenza, M. N. (2013). Neurobiology of gambling behaviors. *Current Opinion in Neurobiology*, 23(4), 660-667. doi: 10.1016/j.conb.2013.03.004
- Rousseeuw, P. J. (1998). Silhouettes: A graphical aid to the interpretation and validation of cluster analysis. *Journal of Computation and Applied Mathematics*, 20, 53-65.
- Shaffer, H. J., Bilt, J. V., & Hall, M. N. (1999). Gambling, drinking, smoking and other health risk activities among casino employees. *American Journal of Industrial Medicine*, 36(3), 365-378. doi:10.1002/(SICI)1097-0274(199909)36:3<365::AID-AJIM4>3.0.CO;2-I
- Simões, M. (1994). *Investigações no âmbito da aferição nacional do Teste de Matrizes Progressivas de Raven (M.P.C.R.)* [Studies on the national assessment of Raven's Progressive Matrices (M.P.C.R.)] (Unpublished doctoral thesis). Faculty of Psychology and Educational Sciences of University of Coimbra, Coimbra, Portugal.
- Skowron, E. A. (2000). The role of differentiation of self in marital adjustment. *Journal of Counseling Psychology*, 47(2), 229-237. doi:10.1037/0022-0167.47.2.229

- Skowron, E. A., & Schmitt, T. A. (2003). Assessing interpersonal fusion: Reliability and validity of a new DSI fusion with others subscale. *Journal of Marital and Family Therapy*, 29(2), 209-222.
- Spanier, G. B. (1976). Measuring dyadic adjustment: New scales for assessing the quality of marriage and similar dyads. *Journal of Marriage and the Family*, 38(1), 15–28.
- 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.
<http://dx.doi.org/10.1111/j.1467-6427.2010.00507.x>
- Teo, P., Mythily, S., Anantha, S., & Winslow, M. (2007). Demographic and clinical features of 150 pathological gamblers referred to a community addictions program. *Annals Academy of Medicine*, 36(3), 165–168.
- Toneatto, T., Cunningham, J. A., Hodgins, D. C., Adams, M., Turner, N. E., & Koski-Jannes, A. (2008). Recovery from problem gambling without formal treatment. *Addiction Research & Theory*, 16(2), 111–120.
- United Nations Educational Scientific and Cultural Organization (UNESCO) Institute for Statistics. (2012). *International Standard Classification of Education – ISCED 2011*. Quebec, Canada: Author.
- Vilaça, M., Silva, J., & Relvas, A. P. (2014). Systemic Clinical Outcome Routine Evaluation (SCORE-15). In A. P. Relvas & S. Major (Eds.), *Avaliação familiar: Funcionamento e intervenção* [Family evaluation: Functioning and intervention] (Vol. I, pp. 25-47). Coimbra, Portugal: Imprensa da Universidade de Coimbra.

Weinstock, J., Massura, C. E., & Petry, N. M. (2013). Professional and pathological gamblers: Similarities and differences. *Journal of Gambling Studies*, 29(2), 205-216.
doi:10.1007/s10899-012-9308-y

Nota de percurso desta etapa (2)

Os resultados sugeriram que os jogadores patológicos constituem um grupo heterogéneo, parecendo que, de facto, as dificuldades familiares, conjugais e, também, as individuais surgem em níveis mais severos de patologia de jogo, apesar de esta não ser a principal variável de distinção entre os subgrupos. O facto de os jogadores patológicos pertencerem a amostras clínicas parece relacionar-se com níveis de patologia de jogo e dificuldades associadas superiores, no entanto, os jogadores patológicos não clínicos tanto podem apresentar estas dificuldades em menor como em maior escala. As dificuldades familiares, conjugais e individuais não parecem aumentar gradualmente, acompanhando o *continuum* de gravidade associado ao jogo, uma vez que apenas se manifestam, de forma estatisticamente significativa, no grupo de jogadores patológicos.

Atendendo a esta heterogeneidade, poderão os jogadores profissionais constituir mais um subgrupo de jogadores patológicos? O estudo que se segue visa responder a esta questão.

**PROFESSIONAL GAMBLERS: PSYCHOPATHOLOGY, INDIVIDUAL AND
FAMILY CHARACTERISTICS**

Diana Cunha*

Ana Paula Relvas***

*Faculty of Psychology and Educational Sciences - University of Coimbra, Portugal

** Centre for Social Studies (CES) - University of Coimbra, Portugal

Cunha, D., & Relvas, A. P. (2014). *Professional gamblers: Psychopathology, individual and family characteristics*. Manuscript submitted for publication.

Data de submissão: 29 de novembro de 2014

Nota: as referências bibliográficas são apresentadas de acordo com as normas específicas da revista onde o presente artigo se encontra submetido.

Abstract

seen a significant increase in gambling activities. Despite its increasing popularity, professional gambling continues to be under-investigated, as pathological gambling remains the most studied type of involvement/relationship that can be established with gambling. The present study aims to characterize a sample of individuals who consider themselves to be professional gamblers; they are characterized in terms of both their gambling activities and family, marital and individual variables. An online research protocol that was composed of a set of self-report instruments was administered to a sample of 41 professional gamblers, of which 12 were rated as pathological gamblers. Individuals who see themselves as professional gamblers and who are not associated with pathological gambling showed normative values regarding family functioning and quality of life, marital satisfaction and adjustment, psychopathological symptomatology, congruence and self-differentiation. In this group, gamblers were more-selective/"specialized", and they gambled smaller amounts of money. In contrast, pathological professional gamblers exhibited more problems in their marital relationships, more psychopathological symptomatology and lower self-differentiation (fusion with others) than the normative population and non-pathological professional gamblers. To

sum up, in the present study, most of the professional gamblers exhibited normal family, marital and individual functioning; however, it is also find that this sample is not exempt from gambling problems. These results raise the possibility that professional gamblers constitute a heterogeneous population. Further studies are needed to evaluate this hypothesis and better understand professional gamblers, particularly in terms of the degree of pathology associated with gambling behavior and individual, marital and family problems.

nbler, pathological gambling, family, couple, individual.

Introduction

gambling has increased significantly in terms of both availability (e.g., online gambling) and popularity (e.g., TV poker programs) [1]. These factors in combination with others (e.g., economic crisis) have resulted in an increased number of people who maintain a relationship with gambling [2]. According to Cunha and Relvas [3], there are four types of gambling relationship: (1) an absence of a relationship, i.e., the person does not gamble or only does so sporadically, with no associated negative consequences; (2) a relationship of controlled domination from which the gambler gains recreationally or professionally (e.g., the subject can stop the activity when he/she wishes, and gambling has no negative impact on his/her personal or family life); (3) a relationship of partial subordination, which is established through the domination exerted by gambling on a considerable part of the subject's life, especially in terms of financial matters; (4) a relationship of complete subordination in which gambling wholly dominates the person; they suffer from total submission that results in a variety of serious problems (including family, marital, work-related, financial, physical and mental health, and other problems). This last relationship type coincides with pathological gambling [4] or gambling disorder [5] and corresponds to a persistent and

recurrent problematic gambling behavior leading to clinically significant impairment or distress, as indicated, for example, by: a) a need to gamble with increasing amounts of money, b) the subject is often preoccupied with gambling, c) he often gambles when feeling distressed, d) the gambler lies to conceal the extent of involvement with gambling [5]. The gambling literature is largely dominated by studies focused on pathological gambling; these studies consider both comprehensive (e.g., [6]) and interventional approaches (e.g., [7]). The other relationship types [3] are poorly studied, and they are typically addressed only when they are compared with the relationship of complete subordination/pathological gambling.

Professional gamblers, in theory, establish a relationship of controlled domination with gambling [3]. They can be defined as “those who seek to carve out livelihoods from participation in gambling” [8], i.e., they gamble to win money, and their bets are the result of a probabilistic calculation, betting only on games that have a higher probability of winning [9]. There are important personal characteristics that are necessary to be a successful professional gambler, including commitment, discipline, and an ability to address ambiguity [8]. There are limited risks in this type of gambling relationship where subject’s self-discipline is crucial [10]. Professional gamblers tend to be very skilled in the games they choose to play, they are able to control the time and the amount of money they spend and, usually, they are not addicted to gambling [11]. Nevertheless, they can lose control and become problem or pathological gamblers [12].

A recent quantitative comparison study [1] analyzed twenty-two professional gamblers (individuals who reported earning at least half their annual income from gambling in past year, gambling at least twice per month for the past two months, and

risking at least one hundred dollars per month for the past two months) and thirteen pathological gamblers (individuals from the community who met DSM-IV diagnostic criteria for pathological gambling). The two groups of gamblers were compared in terms of participant's demographics, gambling behaviors and problems, other psychiatric disorders, current psychological functioning, recent stressful events, personality characteristics and intelligence. The results show that the two groups reported similar rates of gambling frequency and intensity and types of games played. However, the groups were distinguishable in terms of psychosocial functioning, which was poor in the pathological gamblers; gambling self-efficacy, which was lower in the pathological gamblers; impulsivity, which was greater in the pathological gamblers; and past-year DSM-IV Axis I disorders, which were also more present in the pathological gamblers.

Empirically, much remains unknown about professional gamblers, including their background, gambling behaviors and psychosocial functioning [1]. The current study sought to address this gap in the literature, aiming to characterize a sample of individuals who consider themselves to be professional gamblers. For that we take into account family variables (family quality of life; family functioning including families of origin; and marital adjustment and satisfaction), individual variables (psychopathological symptomatology, congruence and self-differentiation) and gambling related characteristics (types of games and expended amounts, for example). Considering gambling behaviors' variables [as measured by SOGS (South Oaks Gambling Screen)], two groups of professional gamblers emerge within the whole sample, one including the subjects who situate below the standard value to be considered pathological gamblers (professional gamblers – PG) and the other one in the

opposite situation (professional and pathological gamblers - PPG). So, the aim of this study is to characterize the self-called professional gamblers by comparing these two-groups and taking into account the normative values for Portuguese population of the instruments used in the investigation.

Methods

Participants

The present study was carried out with 41 subjects who consider themselves to be professional gamblers (as assessed via an independent question). All of the participants are Portuguese nationals. Two groups were formed for comparison – individuals who consider themselves to be professional gamblers and who exhibit no associated problems (professional gamblers – PG) and individuals who consider themselves to be professional gamblers and who exhibit associated problems (pathological professional gamblers – PPG). In the PG group ($n = 29$), the mean age of the participants was 29.59 years ($SD = 6.04$), and most were male ($n = 26, 89.7\%$), single ($n = 19, 65.5\%$) and had a bachelor's ($n = 11, 37.9\%$) or master's ($n = 8, 27.6\%$) degree (ISCED 2011 [13]). Most lived in Predominantly Urban Areas (Áreas Predominantemente Urbanas – APU) ($n = 24, 82.8\%$), as classified by the Statistics Portugal [14], and most possessed a medium ($n = 11, 37.9\%$) to high ($n = 7, 24.1\%$) socioeconomic status (SES) [15]. In the PPG group ($n = 12$), the mean age of the participants was 34.73 years ($SD = 14.54$), and most were male ($n = 11, 91.7\%$), married ($n = 6, 50.0\%$) and had a bachelor's degree ($n = 4, 33.3\%$), upper secondary

education ($n = 3, 25.0\%$), or lower secondary education ($n = 3, 25.0\%$) (ISCED 2011[13]). All lived in APUs ($n = 12, 100.0\%$), as classified by the Statistics Portugal [14]. A fraction were students ($n = 4, 33.3\%$); therefore, the SES typology did not apply [15]. The others were classified as medium SES ($n = 3, 25.0\%$). There was no statistically significant difference between the groups regarding these sociodemographic variables (Table 1).

Table 1
Sample characterization

	Group PG		Group PPG		Comparison of groups
	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>p</i>
Age	29.59	6.04	34.73	14.54	.419
Gender	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>p</i>
Male	26	89.7	11	91.7	1.000
Female	3	10.3	1	8.3	
Marital status	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>p</i>
Married/marital union	10	34.5	6	50.0	.187
Single	19	65.5	4	33.3	
Divorced	0	0.0	2	16.7	
Education	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>p</i>
Upper secondary education	2	6.9	3	25.0	.634
Lower secondary education	7	24.1	3	25.0	
Bachelor	11	37.9	4	33.3	
Master	8	27.6	2	16.7	
PhD	1	3.4	0	0.0	

Residence	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>p</i>
Predominantly urban area	24	82.8	12	100.0	
Medium urban area	2	6.9	0	0.0	1.000
Predominantly rural area	1	3.4	0	0.0	
Missing values	2	6.9	0	0.0	

Socioeconomic status	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>p</i>
Low	0	0.0	1	8.3	
Medium	11	37.9	3	25.0	
High	7	24.1	2	16.7	.228
Students	6	20.7	4	33.3	
Unemployed	4	13.8	1	8.3	
Missing values	1	3.4	1	8.3	

Procedures

Entities (individual or organizational) that are related with professional gambling in Portugal (e.g., Pokerpt) were asked to present the study and request participation from their members or acquaintances through online research protocol dissemination. In addition, we used social networks and email to spread the online research protocol, thereby using the virtual equivalent to the snowball method of recruitment [16]. The collaboration was framed by a set of preconditions (study objectives, respect for confidentiality and anonymity, voluntary participation, and contact details of the free and specialized clinical support services for pathological gambling at the authors' host institution), which were described on the cover page of the protocol. The participants did not sign any informed consent form because they were providing voluntary, anonymous and confidential

information [17]. The study was performed in accordance with the ethical standards laid down in Declaration of Helsinki and it was approved by an external agency – Foundation for Science and Technology (FCT) - which sponsored the project as well. The following criteria had to be met for inclusion in the study: the individual had to 1) be over 18 years old and 2) consider himself/herself as a professional gambler.

Measures

The research protocol was composed of a questionnaire about socio-demographic characteristics and self-report instruments (Likert scale answers) that were adapted for the Portuguese population; these instruments had good psychometric properties. The protocol (Table 2) evaluated the participants' demographics, current family functioning and quality of life [SCORE-15 (Systemic Clinical Outcome and Routine Evaluation – 15 [18]; Portuguese version by Vilaça, Silva, and Relvas [19]), QOL (Quality of Life [20]; Portuguese version by Almeida [21]), marital adjustment and satisfaction [DAS (Dyadic Adjustment Scale [22]; Portuguese version by Lourenço [23]), EASAVIC (Escala de Avaliação da Satisfação em Áreas Conjugais/Marital Satisfaction Assessment Scale [24]), gambling behaviors and problems [SOGS (South Oaks Gambling Screen [25]; Portuguese version by Lopes [26]), psychopathological symptomatology [BSI (Brief Symptom Inventory [27]; Portuguese version by Canavarro [28]), congruence [CS (Congruence Scale [29] - Portuguese version by Cunha, Silva and Relvas [30])] and self-differentiation [DSI-R (a revised form of the Differentiation of Self Inventory [31]; Portuguese version by Major, Rodríguez-González, Miranda, Rousselot, and Relvas [32])]. Furthermore, we created five independent questions to assess some aspects of the participants' families of origin and another to operationalize the second criterion for inclusion.

Table 2
Instruments

Instruments	Evaluated aspects/ dimensions	α (adaption study - global scale and dimensions)	α (present study – global scale)	Cutoff point
Questionnaire on socio-demographic characteristics	socio-demographic characteristics	-	-	-
SCORE-15	Family functioning: Family strengths Family communication Family difficulties (5 complementary- family description and family problem)	.82< α <.85	.91	-
QOL	Family quality of life: Family, friends and health Time Media and community Financial wellbeing	.72< α <.89	.93	-
DAS	Dyadic adjustment: Dyadic consensus Dyadic satisfaction Affectional expression Dyadic cohesion	.65< α <.93	.95	Poor dyadic adjustment Global score < 100
EASAVIC	Marital satisfaction: Love (Feelings and expression of feelings, Sexuality, Emotional intimacy, Continuity of relationship, Physical and psychological traits) Functioning (Functions, Free-time, Autonomy/Privacy, Communication and conflicts, Relationships outside the family)	.90< α <.97	.98	-
DSI-R	Self- differentiation: Emotional reactivity Emotional cut-off I position Fusion with Others	.51< α <.86	.90	-
CS	Congruence/relation with self, others and context: Spiritual/Universal Intra/Interpersonal	.75< α <.93	.82	-
BSI	Psychological/emotional functioning: Somatization Obsessions-compulsions Interpersonal sensitivity Depression	.62< α <.80	.98	Populations emotionally vulnerable PSI \geq 1.7

	Anxiety Hostility Phobic anxiety Paranoid ideation Psychoticism General Symptom Index (GSI) Positive Symptom Total (PST) Positive Symptom Index (PSI)			
SOGS	Gamblers' behaviors and pathology	-	.88	Probable pathological gambler Global score ≥ 5
5 independent scales about family of origin	1) meaning attributed to gambling by the individuals who the participants lived with during their childhood and adolescence/youth; 2) the importance that these individuals attributed to money and material goods; 3) the family environment that they provided to the participants; 4) their tendency to resort to violence; and 5) the type of education (more or less repressive) that was experienced during the participants' childhood and adolescence/youth.	-	-	-
1 independent question (2 nd criteria for inclusion/ exclusion)	consider himself/herself as a professional gambler	-	-	-

Results

The results are subdivided into the following topics: gambling (SOGS), family (SCORE-15, QOL and independent questions), marital (DAS and EASAVIC) and individual (CS, DSI-R and BSI) variables.

Gambling variables: SOGS (Table 3)

Twenty nine participants (70.7 %), the PG, had a total score (SOGS) of less than 5, which is the cut-off score for pathological gamblers and 12 of the 41 participants (29.3 %) scored above that cut-off point, so they were classified as PPG. Indeed, the mean gambling

severity of the PPG group ($M = 9.25$, $SD = 4.16$) was greater than the cut-off point (≥ 5) for pathological gambling, whereas the PG group exhibited lower mean gambling severity ($M = 1.79$, $SD = 1.50$). This difference between the groups was statistically significant [$U(39) = -5.039$, $p < .001$, $r = .79$].

Within the PPG group, 7 participants (53.8 %) had a family member or friend with gambling problems, whereas this number was only 4 (13.8 %) for the PG group. The differences between the groups were statistically significant, as determined by Fisher's exact test ($p = .007$, $V = .56$) (this value indicates a large effect), and the residual analysis indicated that these differences originated essentially because there were more spouses with gambling problems in the PPG group than would be expected if the variables were independent (2.3 residual) and less spouses with gambling problems in the PG group than would be expected if the variables were independent (-2.3 residual).

Table 3
SOGS results

Type of game	Frequency	Groups comparison			
		%		X^2 / Fisher Test (p)	V^*
		PG	PPG		
Pull tabs	Not at all	69.00	25.00	.080	.21
	Less than once per week	24.10	66.70		
	One or more times a week	6.90	8.30		
Lottery (lotaria)	Not at all	89.30	58.30	.068	.24
	Less than once per week	10.70	41.70		
	One or more times a week	0.00	0.00		
Totoloto/Euromillions (lottery games)	Not at all	48.30	8.30	.152	-
	Less than once per week	31.00	50.00		
	One or more times a week	20.70	41.70		
Totobola/totogolo (lottery games)	Not at all	72.40	50.00	.147	-
	Less than once per week	24.10	33.30		
	One or more times a week	3.40	16.70		
Slot machines	Not at all	89.70	16.70	<.001	.34

	Less than once per week	10.30	50.00		
	One or more times a week	0.00	33.30		
Bingo	Not at all	86.20	33.30		
	Less than once per week	13.80	58.30	.003	.28
	One or more times a week	0.00	8.30		
Casino games	Not at all	69.00	33.30		
	Less than once per week	27.60	41.70	.106	-
	One or more times a week	3.40	25.00		
Card games	Not at all	41.40	16.70		
	Less than once per week	13.80	33.30	.266	-
	One or more times a week	44.80	50.00		
Dice games	Not at all	96.60	75.00		
	Less than once per week	3.40	25.00	.023	.21
	One or more times a week	0.00	0.00		
Raffle games	Not at all	72.40	50.00		
	Less than once per week	27.60	41.70	.477	-
	One or more times a week	0.00	8.30		
Skill games	Not at all	75.90	33.30		
	Less than once per week	10.30	50.00	.074	.22
	One or more times a week	13.80	16.70		
Sports bets	Not at all	41.40	33.30		
	Less than once per week	17.20	58.30	.075	.22
	One or more times a week	41.40	8.30		
Horses bets	Not at all	75.90	66.70		
	Less than once per week	13.80	33.30	.608	-
	One or more times a week	10.30	0.00		
Investments	Not at all	79.30	75.00		
	Less than once per week	10.30	25.00	.747	-
	One or more times a week	10.30	0.00		

*V: .1 – small effect; .3 – medium effect; .5 – large effect [53]

The largest amount of money gambled in one day was higher in the PPG group, in which 8 participants (66.7 %) had bet a maximum of between 1,000 and 10,000 euros. In the PG group, 14 (48.3 %) participants had bet maximum amounts of between 100 and 1000 euros, and 10 (34.5 %) had bet maximum amounts of less 100 euros. The differences between the groups were statistically significant ($p = .015$, Fisher's exact test, $V = .51$) (this value indicates a large effect) and according to residual analysis, originated primarily

because there were more maximum bets between 1,000 and 10,000 euros in the PPG group than would be expected if the variables were independent (3.3 residual) and less maximum bets between 1,000 and 10,000 euros in the PG group than would be expected if the variables were independent (-3.3 residual).

As for the most common types of gambling, PPG more frequently played all types of games than did PG. However, statistically significant differences between the groups were observed only for slot machines ($p = < .001$, Fisher's exact test, $V = .34$) (a medium effect), bingo ($p = .003$, Fisher's exact test, $V = 0.28$) (a medium effect) and dice games ($p = .023$, Fisher's exact test, $V = .21$) (a small-to-medium effect). A residual analysis indicated that the differences observed for slot machines were essentially because the PPG group answered more often "less than once a week" and "more than once a week" than would be expected if the variables were independent (residuals of 2.8 and 3.3, respectively) and the PG group answered "not at all" more often than would be expected if the variables were independent (4.6 residual). As for bingo and dice games, the differences observed were primarily because there were more "less than once a week" answers in the PPG group than would be expected if the variables were independent (residuals of 2.9 and 2.8, respectively) and more "not at all" answers in the PG group than would be expected if the variables were independent (residuals of 3.4 and 2.1, respectively). The differences between both groups were marginally significant for the following types of gambling: pull tabs, lottery, skill games and sports, and the residual analysis outcome was in the same direction as for bingo and dice games (residuals between 2.2 and 2.8).

Family variables: SCORE-15, QOL and independent questions (Table 4)

The PPG group exhibited more problems regarding family functioning (SCORE-15) and were less satisfied with their quality of life (QOL) than those of the PG group. This difference between the groups was not statistically significant, neither at the global nor dimensional level ($p > .05$). The global results of both groups were within the mean reference interval for the general population [QOL ($M = 61.13$, $SD = 10.53$) [15], SCORE ($M = 2.02$, $SD = 0.58$)] [33]. The SCORE-15 also contains five complementary questions: words that better described the participant's family, the main family problem, severity of that problem, family organization in relation to that problem and utility of family/couple therapy to solve that problem. There were no statistically significant differences between the groups for any question (Fisher's exact test, $p > .05$). Descriptively, it was found that in the PPG group, 7 (58.3%) of the participants used positive words, 1 negative word (8.3%) and another 3 (25.0%), neutral words (1 missing value). In the PG group it was found that 22 (75.9%) subjects used positive words to describe their family, 3 (10.3%) negative words and 3 (10.3%) neutral words (1 missing value). Note that words used by participants to describe their family were divided into three groups: positive (e.g., "union", "love", "respect", "support", "harmony"), negative (e.g. "many secrets", "distant", "jealous", "complex") and neutral (e.g., "normal", "family"). Regarding main family problem, problems were grouped into two categories: financial problems (e.g. "financial difficulties", "economic crisis") and various (diverse problems - "health", "death in the family", "birth of a child", "excessive domestic responsibilities", "marriage", among others). In the PPG group, 4 (33.3%) consider financial problems their main family problem and 7 (58.3%) mentioned various problems (1 missing value). In the PG group, financial problems were mentioned by 13 (44.8%) participants and 14 (48.3) participants mentioned various

problems (2 missing values). Concerning the severity of the problem, measured in a 0 (no severity) to 10 (very severe) points scale, 5 (41.6%) PPG and 17 (58.6%) PG consider a problem's severity equal or below 5. In a 0 (very well) to 10 points scale (very badly), 7 (58.3%) PPG and 25 (86.2%) PG participants believe they are well organized as a family to face the problem (equal or below 5 scores). Seven (58.3%) PPG and 8 PG (27.6%) think that family's/couple's therapy could be useful to solve that problem [0 (very useful) to 10 (no useful) points scale] (equal or below 5 scores).

Table 4
Family and marital results

SCORE, QOL, DAS and EASAVIC	<i>M (SD)</i>		Groups comparison (<i>p</i>)	
	PG	PPG	Mann-Whitney	<i>r</i> *
SCORE total	2.05 (0.70)	2.33 (0.66)	$U(39) = -1.420, p = .158$	-
Family strengths	1.92 (0.88)	2.21 (0.88)	$U(39) = -1.152, p = .262$	-
Family communication	2.12 (0.79)	2.28 (0.65)	$U(39) = -0.963, p = .342$	-
Family difficulties	2.09 (0.83)	2.48 (0.83)	$U(39) = -1.510, p = .134$	-
QOL total	67.80 (14.27)	59.00 (13.66)	$U(39) = 0.857, p = .440$	-
Family, friends and health	20.10 (2.42)	16.40 (4.83)	$U(39) = 1.541, p = .129$	-
Time	18.14 (5.10)	15.75 (4.10)	$U(39) = 1.395, p = .167$	-
Media and community	15.86 (3.20)	15.36 (3.75)	$U(39) = 0.398, p = .698$	-
Financial wellbeing	15.28 (4.28)	12.50 (5.68)	$U(39) = 1.453, p = .150$	-
DAS total	123.17 (17.37)	103.50 (19.15)	$U(14) = 2.062, p = .042$	.52
Dyadic consensus	57.57 (7.80)	44.33 (7.89)	$U(14) = 1.954, p = .056$	.49
Dyadic satisfaction	42.30	34.33	$U(14) = 2.118, p = .031$	.53

	(5.33)	(6.53)		
Affectional expression	9.30 (2.21)	8.83 (2.79)	$U(14) = 0.495, p = .635$	-
Dyadic cohesion	19.00 (4.14)	16.00 (5.48)	$U(14) = 1.036, p = .313$	-
EASAVIC total	195.50 (33.83)	159.26 (32.62)	$U(14) = 1.055, p = .056$	.26
Love	134.02 (22.28)	107.76 (23.25)	$U(14) = 2.061, p = .042$	.52
Feelings and expression of feelings	31.60 (5.56)	27.33 (5.05)	$U(14) = 1.645, p = .118$	-
Sexuality	30.30 (5.72)	24.17 (7.68)	$U(14) = 1.690, p = .093$	-
Emotional intimacy	35.60 (6.15)	30.10 (7.61)	$U(14) = 1.690, p = .093$	-
Continuity of relationship	16.10 (2.23)	10.83 (3.60)	$U(14) = 2.646, p = .007$	.66
Physical and psychological traits	20.42 (3.41)	15.33 (4.23)	$U(14) = 2.129, p = .031$	.53
Functioning	81.90 (15.78)	66.83 (15.57)	$U(14) = 1.685, p = .093$	-
Functions	81.90 (15.79)	66.83 (15.57)	$U(14) = 2.019, p = .042$	.50
Free-time	7.70 (2.83)	6.50 (2.59)	$U(14) = 0.713, p = .492$	-
Autonomy/Privacy	9.40 (2.17)	7.83 (2.04)	$U(14) = 1.422, p = .181$	-
Communication and conflicts	23.20 (4.98)	17.83 (6.85)	$U(14) = 1.638, p = .118$	-
Relationships outside the family	22.80 (3.79)	19.83 (4.02)	$U(14) = 1.530, p = .147$	-

* r : .1 – small effect; .3 – medium effect; .5 – large effect [53]

For the independent questions, there were no statistically significant differences between the groups (Fisher's exact test, $p > .05$). Specifically, 23 (79.7%) PG and 9 (75%) PPG thought that gambling is seen as problematic by their family of origin (they assigned scores at or above the midpoint of the scale, in which 0 = not problematic and

6 = highly problematic). Twenty-five (86.2%) PG and 12 (100%) PPG recognized that money and material goods were important for their families of origin (they assigned scores at or above the midpoint of the scale, in which 0 = not important at all and 6 = highly important). Twenty-six (89.7%) PG and 10 (83.3%) PPG classified their family environment during childhood and adolescence/youth as good (they assigned scores at or above the midpoint of the scale, in which 0 = extremely bad and 6 = extremely good). Twenty-three (79.3%) PG and 10 (83.3%) PPG stated that violent practices were not common in their family of origin (they assigned scores at or above the midpoint of the scale, in which 0 = yes, always and 6 = no, never). Finally, 16 (55.2%) PG and 7 (58.3%) PPG thought that their family of origin had provided a somewhat repressive education (they assigned scores at or above the midpoint of the scale, in which 0 = non-repressive and 6 = very repressive).

Marital variables: DAS and EASAVIC (Table 4)

The marital adjustment (DAS) of PG ($M = 123.17$; $SD = 17.37$) was, on average, higher than that of PPG ($M = 103.15$; $SD = 19.15$). This was also the case for the dimensions tested (dyadic consensus, dyadic satisfaction, affectional expression and dyadic cohesion). Statistically significant differences (Mann-Whitney U test) were found for global dyadic adjustment ($p = .042$) and dimension dyadic satisfaction ($p = .031$); marginally significant differences for the dimension dyadic consensus were found ($p = .056$). Both groups exhibited normative marital adjustment when considering the cut-off score for poor marital adjustment (< 100) [22].

Marital satisfaction (EASAVIC) was lower in the PPG group, both on the global and dimensional levels. This difference was statistically significant (Mann-Whitney U test) with respect to the dimensions/areas of love ($p = .042$), continuity of relationship

($p = .007$), physical and psychological traits ($p = .031$), and functions ($p = .042$). The differences between the global scores of both groups were marginally significant ($p = .056$). Only the PPG group exhibited mean global values ($M = 159.26$, $SD = 32.62$) that were below the reference values (mean interval) for the general population ($M = 208.11$, $SD = 31.10$) [34].

Individual variables: CS, DSI-R and BSI (Table 5)

With respect to congruence (CS), there was no statistically significant difference between PPG and PG, both on the global and dimensional levels ($p > .05$). Both groups exhibited global scores within the mean reference interval for the general population ($M = 78.41$, $SD = 10.36$) [30]. As for self-differentiation (DSI-R), the PPG group presents lower scores, this is poor self-differentiation, in the dimension fusion with others exhibited a statistically significant difference between the groups ($p = .049$). Further, both groups exhibited results within the mean interval of the reference values (total) for the general population ($M = 3.88$, $SD = 0.52$) [32]. Finally, psychopathological symptomatology (BSI) was statistically significantly higher in the PPG group ($p < .05$), both with respect to the global indices Global Severity Index (GSI) and Positive Symptoms Total (PST) and the nine dimensions of the scale. This group of PPG can be classified as emotionally disturbed when considering the cut-off score ($PSI \geq 1.7$) [28].

Individual results

CS, DSI and BSI	Groups comparison (<i>p</i>)			<i>r</i> [*]
	<i>M (SD)</i>		Mann-Whitney	
	PG	PPG		
CS total	68.41 (16.25)	69.70 (10.46)	<i>U</i> (39) = -0.459, <i>p</i> = .661	-
Spiritual/Universal	23.24 (11.79)	30.55 (8.04)	<i>U</i> (39) = -1.879, <i>p</i> = .060	-
Intra/Interpersonal	45.17 (9.49)	39.15 (8.30)	<i>U</i> (39) = 1.469, <i>p</i> = .150	-
DSI total	3.93 (0.64)	3.56 (0.47)	<i>U</i> (39) = 1.805, <i>p</i> = .073	-
Emotional reactivity	3.50 (0.87)	2.95 (0.71)	<i>U</i> (39) = 1.607, <i>p</i> = .113	-
I position	4.19 (0.61)	3.90 (0.73)	<i>U</i> (39) = 1.163, <i>p</i> = .250	-
Fusion with Others	3.58 (0.65)	3.10 (0.66)	<i>U</i> (39) = 1.966, <i>p</i> = .049	.31
Emotional cut-off	4.43 (1.16)	4.28 (0.69)	<i>U</i> (39) = 0.631, <i>p</i> = .543	-
General Symptom Index (GSI)	0.74 (0.57)	1.55 (0.73)	<i>U</i> (39) = -3.123, <i>p</i> = .001	.49
Positive Symptom Total (PST)	23.66 (13.53)	39.42 (10.67)	<i>U</i> (39) = -3.111, <i>p</i> = .001	.49
Positive Symptom Index (PSI)	1.54 (0.38)	1.96 (0.67)	<i>U</i> (39) = -1.676, <i>p</i> = .095	-
Somatization	0.40 (0.57)	0.86 (0.60)	<i>U</i> (39) = -2.523, <i>p</i> = .012	.39
Obsessions-compulsions	1.09 (0.78)	1.77 (0.98)	<i>U</i> (39) = -2.068, <i>p</i> = .038	.32
Interpersonal sensitivity	0.72 (0.67)	1.29 (0.88)	<i>U</i> (39) = -1.964, <i>p</i> = .052	.31
Depression	0.82 (0.79)	1.69 (1.08)	<i>U</i> (39) = -2.591, <i>p</i> = .009	.40
Anxiety	0.66 (0.58)	1.64 (0.98)	<i>U</i> (39) = -3.202, <i>p</i> = .001	.50
Hostility	0.90 (0.70)	1.70 (0.88)	<i>U</i> (39) = -2.721, <i>p</i> = .006	.42
Phobic anxiety	0.37 (0.59)	1.02 (0.90)	<i>U</i> (39) = -2.308, <i>p</i> = .025	.36
Paranoid ideation	1.17 (0.70)	1.68 (0.67)	<i>U</i> (39) = -2.085, <i>p</i> = .036	.33
Psychoticism	0.57 (0.62)	1.72 (0.91)	<i>U</i> (39) = -3.650, <i>p</i> = .000	.57

* *r*: .1 – small effect; .3 – medium effect; .5 – large effect [53]

Discussion

The primary objective of the present study is to characterize a sample of gamblers who consider themselves to be professional gamblers. The first noteworthy finding is the high percentage of gamblers who consider themselves to be professional gamblers and exhibit problematic gambling behavior. Specifically, one-third of the self-proclaimed professional gamblers were pathological gamblers. Of note, some of the indicators that are used to evaluate pathological gambling (SOGS) might lead to false positives for professional gamblers (*e.g.*, the attempt to win back money that has been lost) [1]. Still, even considering a possible overestimation of the percentage of PPG, the observed number remains highly significant, and the mean gambling severity score (approximately 9) was significantly more than the cut-off point (5). So, the study's participants were not similar in what concerns the relationship that they establish with gambling activity and the sample was subdivided into two different groups: PG (who were not classified as pathological gamblers according to SOGS) and PPG (in the opposed situation), meaning that the study focused on the comparison of two kinds of self-defined professional gamblers.

With respect to gambling practices (SOGS), several differences between the groups were found. The games that were most frequently played by PG were card games and sports bets. This result is in agreement with the results obtained by Weinstock, Massura and Petry [1], who also concluded that the games that were most commonly played by the professional gamblers included in their sample were card games and sports bets. In contrast, the games that were most frequently played by PPG were Totoloto/Euromillions (lottery games), slot machines and card games, even though there was a statistically significant difference between the groups only regarding slot machines. With respect to card games, these results might be due to the sample selection process itself because the

collaborating entities are strongly geared towards poker (a card game). Regardless of the differences observed between the groups, the PPG group appeared to play a larger diversity of games more frequently than the PG group, with the latter seeming more selective in terms of their choice of games. The PPG group also gambled larger amounts of money. In the abovementioned study [1], professional gamblers placed higher bets than pathological gamblers. This difference might reflect the unique development of professional gambling in the countries of the respective studies – in Portugal, professional gambling is just beginning to gain popularity, which might explain the modest bets involved, as opposed to the case of the United States.

The PG group exhibited normal values regarding family functioning and quality of life, marital satisfaction and adjustment, and individual variables. These results are in agreement with evidence from a recent study [1] that demonstrated that professional gamblers exhibit psychosocial behavior that is similar to that of normative samples. If we consider the term “professional gambler” as the designation of a new profession that is still in search of legitimacy and social respectability [35] rather than as a type of gambler inserted in a continuum of severity that culminates in pathological gambling [9], these results make perfect sense. Specifically, according to this rationale, professional gambling is a sociodemographic characteristic (profession), along with many others, that can be found in the normative population. However, the scarce literature on this subject is not in agreement with this statement. Other recent studies [36, 37] argue that self-proclaimed professional gamblers exhibit several relational and emotional problems, although these may not result in financial problems. These discrepancies emphasize the need to continue studying professional gamblers, keeping in mind the possibility that they might represent a heterogeneous group in regards to the degree of pathology/problems associated with this

profession. The present study is an example of this heterogeneity, as most of the participants practice professional gambling in a fully healthy manner and only a small fraction of the participants have gambling-associated problems. However, the PPG could possibly be considering themselves to be professional gamblers to conceal their less-adaptive relationship with gambling. To consider themselves as professionals could be a mechanism of denial and self-deception [38], which is easy to find among pathological gamblers. Alternatively, they could be gamblers who began to pursue a (professional) gambling career but then developed gambling-related problems [12]. A further hypothesis is that PPG may use gambling as a mean to potentiate/take advantage of the type of relationship that they tend to establish with gambling, while still maintaining less-adaptive characteristics that are usually associated with this pathology. These cases, albeit they are a minority, highlight the need to promote responsible gambling. To sum up, these results for the PPG group are not completely surprising, considering their classification as pathological gamblers. In comparison with the international literature, the results of the present study are as expected with respect to 1) psychopathological symptomatology, given that an array of studies report that pathological gamblers exhibit several comorbid emotional problems (*e.g.*, [39]); and 2) conjugality, a domain that is known to be especially problematic in this population, for which gambling has a strong and negative impact and is recursively “fed” by these less-adaptive marital dynamics [40]. In contrast with literature expectations, PPG did not exhibit less-adjusted functioning/satisfaction levels regarding family [41, 42] and quality of life [43, 44]. However, some previous studies from the same authors of this study [with non-clinical samples of pathological, albeit non-professional, gamblers [54, 55] have also shown an absence of problems regarding family functioning.

However, some marital problems and more considerable problems regarding individual functioning, especially with respect to psychopathological symptomatology were found. Thinking over those studies' results, the authors suggested some possible explanations: 1) the pathological gambling severity level (non-extreme) may be insufficient to reflect the negative effects on a family functioning level [54, 55]; 2) two secondary effects may be present – a denial effect [“the gambler considers himself “cured” and this may contribute to a denial of the difficulties”] and an idealization/guilt-relief effect [“the pathological gambler feels responsible for the problem and so is less able to place the emphasis on it in family and marital aspects, finding it easier to talk about his individual problems; it is as if his own guilt does not allow him to recognize any “flaws” in his family whose suffering is something he has caused (my family is wonderful...I am the problem)”] [56, p. 34]. In line with the present study's results, evidence from international studies [36, 37] sustains that financial wellbeing seems to be preserved in professional gamblers with gambling-associated problems. In fact, in this search financial problems are transversal to both PPG and PG groups, maybe reflecting the current economic crisis in Portugal and not a consequence of gambling activity. Plus, according to the literature, families of pathological gamblers only become aware of the problem when the family is on the verge of financial deterioration [40]. These considerations also could help to explain the absence of problems regarding family functioning (and quality of life) in PPG group. Either transgenerational aspects (independent questions) are not differentiating factors for PG and PPG, still in agreement with the results of a previous study, which compared several types of gamblers, from social to pathological. That study's findings did not show a major relevance of the families of origin characteristics to the vulnerability for gambling [55]. This aspect underscores the need to relativize the role of “origins”, which are often considered to

determine one's developmental path in life. As suggested in other some recent studies, the important influence of the group of peers/friends [54, 55, 49] also emerges in this study. Actually, gambling behaviors of friends or family members were a factor that differentiated the groups – PPG had more friends/family members with gambling problems. The theory of social learning explains this influence, given that individuals tend to replicate the behavior observed in persons that are important to them, such as friends [45] and family members (parents, grandparents, children) [46, 47]. The influence of family on the problematic gambling behavior is widely documented in the literature [42, 48]. Interestingly, in this study PPG seemed to be married with individuals who also established problematic relationships with gambling, thereby emphasizing the representation of horizontal relationships with persons with gambling problems (be it friends or, in this case, partners/spouses) to the detriment of vertical relationships (family of origin). Furthermore, another Portuguese study [57] comparing pathological gamblers and their spouses revealed that 18.75% of the spouses also score “probable pathological gambler” in SOGS. According to Steinberg [50], reported cases (in literature) in which the gambler's spouse exhibits addictive problems are rare. However, his clinical practice leads him to believe that there is an over-representation of addiction and eating disorders among the spouses of pathological gamblers, but there seems to be a sustained lack of studies that could demonstrate this clinical intuition.

In the present study, both groups (PG and PPG) differed with respect to marital satisfaction and adjustment, which were lower in the PPG group. With the needed precaution due to the reduced number of the respondents (16 in both groups) this may help to understand the difference between groups (although not a statistical one) in what refers

to the usefulness of family/couple therapy to solve the main family problem, greater in PPG group (complementary question, SCORE-15). Furthermore, with respect to fusion with others (DSI), PPG exhibited a greater dependency on other(s) to confirm their beliefs, convictions and decisions [32]. This observation is consistent with the results obtained from a sample of clinical pathological gamblers [55]. Consistently, Neighbors and Larimer [51] found that autonomous individuals, who tend to base behaviors on personal interests and integrated values, may be less susceptible to develop problems with gambling. Finally, the groups also differed in terms of psychopathological symptomatology – PPG exhibited functioning that was marked by diverse emotional problems as expected [52].

Conclusions

In the present study, most of the professional gamblers exhibited normative values regarding family functioning and quality of life, marital satisfaction and adjustment, psychopathological symptomatology, congruence and self-differentiation (PG group). In this group, gamblers were more-selective/”specialized”, and they gambled smaller amounts of money. Approximately one-third of the participants who considered themselves to be professional gamblers (PPG group) exhibited more problems in their marital relationships, more psychopathological symptomatology and lower self-differentiation (fusion with others) than the normative population and non-pathological professional gamblers. In contrast with literature about pathological gambling, PPG did not exhibit less-adjusted functioning/satisfaction levels regarding family. The authors suggested some possible explanations for these results: a non-extreme pathological gambling severity level, denial effect and idealization/guilt-relief effect. In PPG group it was verified a significant representation of horizontal relationships with persons with gambling problems (friends or

partners/spouses) to the detriment of vertical relationships (family of origin), underlying the association between the first ones and problematic gambling behaviors.

The limitations of the present study include the fact that it cannot be generalized because of the sample size, particularly in what concerns conjugal variables' results. Nonetheless, both subsamples exhibited similar sociodemographic characteristics, thus reducing results variability. A further relevant limitation was the criterion that was used to define the professional gambler, which was solely based on the participants' self-evaluation; thus, the study lacked an objective indicator.

Nonetheless, this is a preliminary study that focused on a poorly investigated area, professional gambling, and provides a comparison, within a self-defined group of professional gamblers, between non-pathological gamblers and pathological gamblers. Differences between the groups were evident, which indicates that although professional gambling is by definition dissociated from any type of pathology, a minority of the self-proclaimed professional gamblers exhibits problematic gambling behavior. This result points to the need to implement public policies that promote responsible gambling to the population in general and particularly with regard to entities that promote professional gambling. Further studies with larger samples are needed to characterize the professional gambler, both in terms of gambling activities and at the psychosocial/relational level.

Conflict of interest statement

On behalf of all authors, the corresponding author states that there is no conflict of interest.

References

1. Weinstock J, Massura CE, Petry NM (2013) Professional and pathological gamblers: Similarities and differences. *J Gambl Stud* 29(2): 205-216. doi:10.1007/s10899-012-9308-y
2. Rogers M (2005) Don't bet on it. Kregel Publications, USA
3. Cunha D, Relvas AP (2014) Pathological gambling and couple: Towards an integrative systemic model. *J Gambl Stud* 30(2): 213-228. doi:10.1007/s10899-013-9366-9
4. American Psychiatric Association (APA) (2002) Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4th ed., text rev.). Washington, DC, Author
5. American Psychiatric Association (APA) (2013) Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.). Washington, DC, Author
6. Westphal JR (2008) Pathological gambling: Psychiatric models. *International. Int J Ment Health Addict* 6(4): 602-618. doi:10.1007/s11469-008-9166-0
7. Toneatto T, Ladoceur R (2003) Treatment of pathological gambling: A critical review of the literature. *Psychol Addict Behav* 17(4): 284-292. doi:10.1037/0893-164X.17.4.284
8. Rosecrance J (1988) Professional horse race gambling: Working without a safety net. *Work Occup* 15: 220-236
9. Ochoa E, Labrador FJ (1994) *Juego patológico [Pathological gambling]*. Plaza & Janés, Barcelona
10. National Research Council (1999) *Pathological gambling: A critical review*. National Academy Press, Washington, DC
11. Shally-Jensen M (2013) *Mental health care issues in America: An encyclopedia*. ABC-CLIO, California

12. Nichols M (2005) No-dice safety net to recovery. Letter Perfect 22, Springfield
13. United Nations Educational Scientific and Cultural Organization (UNESCO) Institute for Statistics (2012) International Standard Classification of Education – ISCED 2011. <http://www.uis.unesco.org/Education/Documents/isced-2011-en.pdf>. Accessed at 3 november 2014
14. Instituto Nacional de Estatística (INE) [Statistics Portugal] (2009) Tipologia de áreas urbanas [Typology of urban areas]. <http://smi.ine.pt/Versao/Detalhes/1961>. Accessed at 3 november 2014
15. Simões M (1994) Investigações no âmbito da aferição nacional do Teste de Matrizes Progressivas de Raven (M.P.C.R.) [Studies on the national assessment of Raven's Progressive Matrices]. Unpublished doctoral dissertation, Faculty of psychology and Educational Sciences of University of Coimbra
16. Goodman LA (1961) Snowball sampling. Ann Math Stat 32(1): 148–170. doi:10.1214/aoms/1177705148
17. American Psychological Association (APA) (2002) Ethical principles of psychologists and code of conduct. APA, Washington, DC
18. Stratton P, Bland J, Janes E, Lask J (2010) Developing a practicable outcome measure for systemic family therapy: The SCORE. J Fam Ther 32: 232-258
19. Vilaça M, Silva J, Relvas AP (2014) Systemic Clinical Outcome Routine Evaluation (SCORE-15). In: Relvas AP, Major S (eds) Avaliação familiar: Funcionamento e intervenção [Family evaluation: Functioning and intervention] (Vol. I). Imprensa da Universidade de Coimbra, Coimbra, pp 25-47

20. Olson DH, Barnes, H (1982) Quality of life. In: Olson D et al. (Eds.) Family inventories. University of Minnesota, Family Social Science, St-Paul, pp.137-148
21. Almeida S (2013) Escala de Qualidade de Vida Familiar (Quality of Life - QOL): desenvolvimento de uma versão reduzida para a população portuguesa [Family Quality of Life (QOL) scale: development of a short version for the Portuguese population]. Unpublished master's thesis, Faculty of Psychology and Educational Sciences of University of Coimbra
22. Spanier GB (1976) Measuring dyadic adjustment: New scales for assessing the quality of marriage and similar dyads. *J Marriage Fam* 38: 15–28.
23. Lourenço M (2006) Casal: Conjugalidade e ciclo evolutivo [The couple: Conjugalinity and evolutionary cycle]. Unpublished doctoral dissertation, Faculty of Psychology and Educational Sciences of University of Coimbra
24. Narciso I, Costa ME (1996) Amores satisfeitos, mas não perfeitos [Love: Satisfied but not perfect]. *Cad Cons Psi* 12: 115-130.
25. Lesieur HR, Blume SB (1987) The South Oaks Gambling Screen (SOGS): A new instrument for the identification of pathological gamblers. *Am J Psychiat* 144: 1184-1188.
26. Lopes H (2009) Epidemiologia de dependência do jogo a dinheiro em Portugal [Epidemiology of gambling dependency in Portugal]. http://ww3.scml.pt/media/arquivo/2009/outubro/conferencia_estudo.pdf. Accessed at 5 October 2014
27. Derogatis LR, Spencer PM (1982). Administration and procedures: BSI. Manual I. Clinical Psychometric Research, Baltimore, MD

28. Canavarro MC (1999) Inventário de Sintomas Psicopatológicos [Brief Symptom Inventory]: BSI. In: Simões M, Gonçalves M, Almeida L (eds.). Testes e provas psicológicas em Portugal [Psychological tests and exams in Portugal] (Vol. 2). APPORT/SHO, Braga, pp. 95-109.
29. Lee B (2002) Development of a Congruence Scale based on the Satir Model. *Contemp Fam Ther* 24: 217-239. doi:1014390009534
30. Cunha D, Silva J, Relvas, AP (2014) Escala de Congruência (EC) [Congruence scale (CS)]. In: Relvas AP, Major S (eds) Avaliação familiar: Funcionamento e intervenção [Family evaluation: Functioning and intervention] (Vol. I). Imprensa da Universidade de Coimbra, Coimbra, pp 113-139
31. Skowron EA, Schmitt TA (2003) Assessing interpersonal fusion: Reliability and validity of a new DSI fusion with others subscale. *J Marital Fam Ther* 29(2): 209-222
32. Major S, Rodríguez-González M, Miranda C, Rousselot M, Relvas AP (2014) Inventário de Diferenciação do Self – Revisto [Self-Differentiation Inventory - Reviewed]. In: Relvas AP, Major S (eds) Avaliação familiar: Funcionamento e intervenção [Family evaluation: functioning and intervention] (Vol. I). Imprensa da Universidade de Coimbra, Coimbra, pp 81-111
33. Pereira F (2011) Estudo de validação da versão portuguesa do SCORE-28 e 15 numa amostra não-clínica [Validation study of the Portuguese version of the SCORE-28 and 15 in a non-clinical sample]. Unpublished master's thesis, Faculty of Psychology and Educational Sciences of University of Coimbra

34. Pires A (2008) Estudo da conjugalidade e da parentalidade através da satisfação conjugal e da aliança parental [Study on conjugality and parenthood through marital satisfaction and parenting alliance]. Unpublished master's thesis, Faculty of Psychology of University of Lisbon
35. Istrate A (2011) From pathological to professional: Gambling stories. *J Comp Res Anthropol Soc* 2(2): 49-67
36. Griffiths M, Parke J, Wood R, Rigbye J (2010) Online poker gambling in university students: Further findings from an online survey. *Int J Ment Health Addict* 8: 82–89
37. Bjerg O (2010) Problem gambling in poker: Money, rationality and control in skill-based social gamble. *Int Gamb Stud* 10: 239–254
38. Downs C, Woolrych R (2010) Gambling and debt: The hidden impacts on family and work life. *Community Work Fam* 13(3): 311-328
39. Petry NM, Stinson FS, Grant BF (2005) Comorbidity of DSM-IV pathological gambling and other psychiatric disorders: Results from the national epidemiological survey on alcohol and related conditions. *J Clin Psychol* 66: 564–574
40. McComb JL, Lee, BK, Sprenkle, DH (2009) Conceptualizing and treating problem gambling as a family issue. *J Marital Fam Ther* 35(4): 415-431. doi:10.1111/j.17520606.2009.00146.x
41. Abbott D, Cramer S, Sherrets S (1995) Pathological gambling and the family: Practice implications. *Fam Soc* 76(4): 213–219
42. Shaw MC, Forbush KT, Schlinder J, Rosenman E, Black DW (2007). The effect of pathological gambling on families, marriages, and children. *CNS Spectrums* 12(8): 615-622

43. Grant JE, Kim JW (2005) Quality of life in kleptomania and pathological gambling. *Compr Psychiat* 46: 34-37. doi:10.1016/j.comppsy.2004.07.022
44. 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. *Arch Gen Psychiat* 62: 677-683
45. Gupta R, Derevensky J (1997) Familial and social influences on juvenile gambling behavior. *J Gamb Stud* 13: 179-192
46. 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
47. Ladouceur R, Vitaro F, Côté MA (2001) Parents attitudes, knowledge and behaviour toward youth gambling: A five year follow-up. *J Gamb Stud* 17: 101-116
48. King S, Abrams K, Wilkinson T (2010) Personality, gender, and family history in the prediction of college gambling. *J Gamb Stud* 26: 347-359
49. Jiménez A (2002) Los juegos de azar. Juego social y ludopatía [Gambling. Social gambling and pathological gambling]. Diputación General de Aragón, Universidad de Zaragoza, Zaragoza
50. Steinberg M (1993) Couples treatment issues for recovering male compulsive gamblers and their partners. *J Gamb Stud* 9(2): 153-157
51. Neighbors C, Larimer ME (2004) Self-Determination and problem gambling among college students. *J Soc Clinic Psychol* 23(4): 565-583. doi:10.1521/jscp.23.4.565.40310

52. Lorains F, Cowlshaw S, Thomas SA (2011) Prevalence of comorbid disorders in problem and pathological gambling: Systematic review and meta-analysis of population surveys. *Addiction* 106(3): 490-498. doi: 10.1111/j.1360-0443.2010.03300.x
53. Cohen J (1992) A power primer. *Psychol Bull* 112(1): 155-159.
54. Cunha, D., & Relvas, A. P. (2014). *Pathological gambling: Psychology and family variables in a non-clinical sample*. Manuscript submitted for publication.
55. Cunha, D., de Sousa, B., Fonseca, G., & Relvas, A. P. (2015). *Gambling behavior severity and psychological, family and contextual variables: A comparative analysis study*. Manuscript submitted for publication.
56. Cunha, D., Sotero, L., & Relvas, A. P. (in press). The pathological gambler and his spouse: How do their narratives match?. *Journal of Gambling Issues*.
57. Cunha, D., & Relvas, A. P. (in press). Gambling and the couple: Comparing gamblers' and spouses' views on family, marital and individual levels. *Journal of Gambling Issues*.

Nota conclusiva desta etapa

Começando por responder à última questão (poderão os jogadores profissionais constituir mais um subgrupo de jogadores patológicos?): uma minoria dos jogadores profissionais apresenta, simultaneamente, níveis de relação patológica com o jogo, constituindo, por isso, tanto um subgrupo de jogadores profissionais, como um subgrupo de jogadores patológicos.

Neste capítulo, identificaram-se, descritivamente (uma vez que nem todos os subgrupos foram estatisticamente comparados entre si), quatro subgrupos de jogadores patológicos (considerando os resultados totais das escalas). Apresentam uma severidade de jogo patológico crescente, sugerindo que os jogadores patológicos constituem um grupo heterogéneo, onde parece verificar -se um *continuum* de gravidade no que respeita ao jogo patológico e às dificuldades que lhe estão associadas.

7.38	✓ Jogadores patológicos não clínicos (subamostra comunitária): funcionamento normativo em termos individuais, conjugais e familiares (estudo 3).
8.44	✓ Jogadores patológicos não clínicos (amostra comunitária), área de dificuldade: sintomatologia psicopatológica (estudo 2).
9.25	✓ Jogadores patológicos profissionais (subamostra de jogadores profissionais), áreas de dificuldade: sintomatologia psicopatológica e ajustamento e satisfação conjugais (estudo 4).
10.67	✓ Jogadores patológicos não clínicos e clínicos (subamostra mista), áreas de dificuldade: sintomatologia psicopatológica, ajustamento conjugal, diferenciação do <i>self</i> , funcionamento familiar (estudo 3).
M (SC)	

CAPÍTULO III

COMPARAÇÃO DAS PERSPETIVAS
DE JOGADORES PATOLÓGICOS E
DE CÔNJUGES

A partir dos resultados anteriores colocou-se outra questão (cf. Capítulo II): será que os jogadores patológicos têm uma perspectiva relativa aos aspectos familiares e conjugais diferente (menos marcada pelo défice) da dos (seus) familiares/cônjuges? Partindo desta dúvida que realizaram-se os estudos 5 e 6 que constituem este capítulo. Acrescenta-se, assim, a perspectiva do(s) cônjuge(s) de jogador(es) patológico(s), comparando-a com a do(s) próprio(s) jogador(es), através de um estudo de caso qualitativo e de um estudo quantitativo. Esta possibilidade de cruzar perspectivas de jogadores e cônjuges enriquece a compreensão geral do problema jogo, acrescentando-lhe complexidade sistémica. A realização de dois estudos (5 e 6) com objetivos semelhantes, em amostras e com metodologias distintas, prendeu-se, essencialmente, com a validação e complementarização dos próprios resultados, uma vez que a amostra assim o possibilitava (Figura 5).

As dificuldades familiares e conjugais são percebidas da mesma forma por jogador(es) e cônjuge(s)? Que diferenças existem?

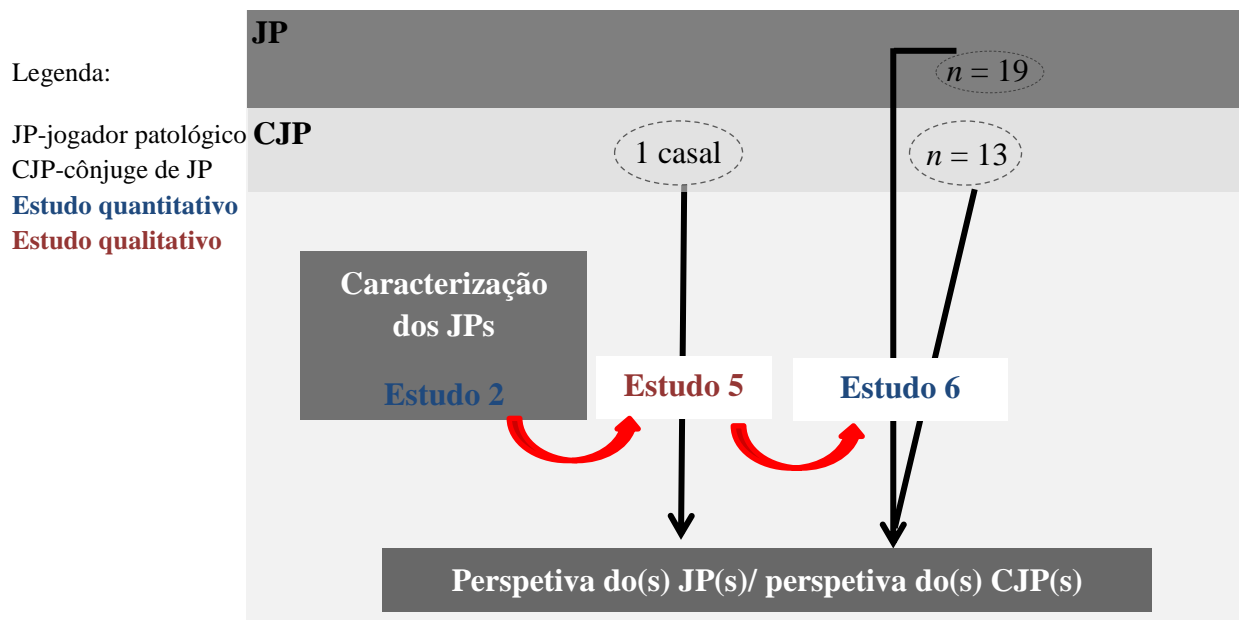


Figura 5. Desenho da investigação: excerto relativo ao capítulo III.

**THE PATHOLOGICAL GAMBLER AND HIS SPOUSE:
HOW DO THEIR NARRATIVES MATCH?**

Diana Cunha*

Luciana Sotero*

Ana Paula Relvas*

*Faculty of Psychology and Educational Sciences - University of Coimbra, Portugal

Cunha, D., Sotero, L., & Relvas, A. P. (in press). The pathological gambler and his spouse:
How do their narratives match?. *Journal of Gambling Issues*.

Abstract

This case study compares the narratives of a pathological gambler and his spouse about family, marital and individual matters by identifying each of the key players' narratives individually (analysis of self-report questionnaires) and interactively (couples therapy sessions analysis). The results show that the gambler has a rather more positive view of gambling-related issues than his spouse, and this is most apparent when it comes to marital and family issues. The gambler's perspective is less positive when it comes to non-relationship issues (financial and professional issues). A few hypotheses are put forward to explain these results and these are summarized in three effects: denial, idealization/guilt relief, and disappointment/retaliation. Some implications for clinical practice are also identified, such as the need to set therapy objectives which are truly shared by both members of the couple; as well as guidelines for future research, such as studies focused on gender differences.

Keywords: gambler and spouse perspective, family, marital and individual variables.

Introduction

Theoretical Framework

Pathological gambling (DSM IV) (American Psychiatric Association, 2002) or gambling disorder (DSM V) (American Psychiatric Association, 2013) is an addictive behaviour which is defined, among other characteristics (for example, concern with gambling, repeated gambling losses, the need for ever higher wagers), by the strong negative impact it has on the individual and relationship realms of gamblers (American Psychiatric Association, 2013) and those closest to them (Hing, Holdsworth, Nuske, & Tiyce, 2013). Spouses may be particularly affected (Ferland et al., 2008; Lorenz & Shuttlesworth, 1983), since it is estimated that eight out of ten spouses directly suffer the consequences of this pathology (Bertrand, Dufour, Wright, & Lasnier, 2008). A recent study also indicates that concerned significant others were most often the intimate partners of problem gamblers and that they were most often females aged under 30 years (Dowling, Rodda, Lubman, & Jackson, 2014). Pathological gambling is related to a number of family problems (McComb, Lee, & Sprenkle, 2009). Dowling et al. (2014) found that gamblers' various family members display a similar profile of impact, with emotional distress, and negative impacts on the relationship, on social life, on finances, on employment, and on physical health. In fact, different family members are affected by an individual's problem gambling: 1) the filial subsystem (gamblers' children) can experience risks to health and well-being in general, along with symptoms of depression and behavioural problems (Darbyshire, Oster, & Carrig, 2001); 2) the parental subsystem (the gambler's parents) has been reported to develop emotional problems (e.g., fear, guilt, anger) (Moody, 1989); and 3) the marital subsystem (Lee, 2002b). In relation to the last one, on the one hand, authors like Lee (2002b) consider that the negative effects of gambling are exhibited most

abundantly in this familial subsystem, and on the other hand, other authors (Dowling et al., 2014) found evidence that there were few significant differences in impacts of gambling problem between family members (children, partners, parents, and siblings). Marital problems are associated with problem gambling in a variety of different ways (Garrido-Fernández, Jaén-Rincón, & Garcia-Martínez, 2011; McComb et al., 2009), including psychological suffering, anger, guilt, frustration, resentment (Lorenz & Yaffee, 1986; Steinberg, 1993), sexual dissatisfaction (Lorenz & Yaffee, 1986), lying, deceit, attempts to hide or repair damage caused by the problem (Dickson-Swift, James, & Kippen, 2005), and violent behaviour (Chan, Shek, & Dowling, 2012). Causes and effects are not clear, highlighting the circular nature of this problem (Cunha & Relvas, 2014a).

But do gamblers and their spouses perceive pathological gambling and the problems associated with it in the same way? Lorenz and Yaffee' (1989) study ($N=151$ couples with a pathological gambler member) found that the responses of gamblers and spouses diverged regarding sexual (dis)satisfaction, where 34% of the gamblers indicated the sexual relationship was satisfactory for both partners, whereas only 19% wives responded accordingly. The area where there was an even larger discrepancy in opinions was parenting, where half of spouses disagreed with gamblers who stated that they spent enough time with their children. The most common feelings experienced by gamblers are: a desperate need for money, guilt for making others suffer, and depression. On the other hand, the most common feelings experienced by spouses are: anger, depression and a feeling of distance from the gambler. Finally, regarding physical symptoms, gamblers reported a greater diversity of symptoms experienced. More recently, a qualitative exploratory study ($N = 7$ couples with a pathological gambler member) (Ferland et al., 2008) found that spouses perceive the consequences of gambling as more serious,

emphasising difficulties in the gambler's social life, whereas gamblers themselves tend to be more inclined to perceive as serious the negative consequences of gambling on their own psychological well-being. Couples' views seem to converge when it comes to financial aspects (Ferland et al., 2008).

Furthermore, the view of recovery from problem gambling as a couples' issue (Strong & Sametband, 2011) has gained importance over the last several years (Bertrand et al., 2008; Lee, 2009; McComb et al., 2009). However, little is known about these couples themselves and, in particular, about the spouses' marital experiences. These facts emphasize the need for greater understanding of partners' experiences (Hing et al., 2013) and point to the need for additional research to compare partners' perceptions with gamblers' perceptions. Such research could be helpful, for example, to develop more accurate couples interventions for pathological gambling and to promote public health initiatives that protect gamblers, partners and their families from the damaging effects of gambling problems.

Objective

This case study aims to compare the narratives of a gambler and his spouse on family, marital and individual issues by identifying the narratives of each member of the couple individually (analysis of self-report questionnaires) and interactively (analysis of couples therapy sessions).

Method

Methodological Framework

Case studies were one of the first research tools used within qualitative research and they are currently widely applied in various fields (psychology, history, education, among others) to generate content-specific scientific knowledge (Starman, 2013). In

addition to the need for a deeper understanding of the subject in question, which is inherent to qualitative methodologies in general, features such as the ability to deal with causal complexity, the opportunity to analyse the hypothetical role of causal mechanisms in individual cases, and its robustness as a tool for generating new hypotheses (George & Bennett, 2005), make case studies particularly suitable for achieving the objective of this study (i.e., to identify and compare the narratives of a gambler and his spouse on family, marital and individual issues). We employed an instrumental case study methodology which serves another purpose aside from an understanding of the case itself (Stake, 1995). Specifically, this study will act as a test for future research and will shed light and clarity on some results found in previous studies.

We would also like to draw attention here to the data collection and analysis methods used in this study (qualitative analysis of self-report questionnaires) (see Data collection and data analysis procedures). The development of this qualitative method of analysis of self-report questionnaires emerges from the need to obtain more descriptive, deep and detailed information through self-report questionnaires.

Couple Selection

The couple was selected from the cases of a family therapy centre of the Faculty of Psychology and Education Sciences of the University of Coimbra. The selection criteria were: 1) a couple where one partner was a pathological gambler; 2) the referral for therapy was directly related to the gambling problem. This case was the only one which met these criteria.

Therapy Demand

The therapy referral was made in 2012 and targeted gambling abstinence. Therapy was a condition set by the gambler's employer and the gambler himself felt no need for it

as he believed he was “cured”. However he felt pressured to participate in couple therapy, first by his employer, but also by his spouse. After four fortnightly therapy sessions, the gambler was dismissed from work and then he dropped out of therapy.

Questionnaires

The research protocol consisted of a questionnaire on socio-demographic characteristics and of Likert-scale self-report instruments adapted for the Portuguese population. The measures evaluated participant demographics, current family functioning, marital adjustment, psychopathological symptoms, and congruence (i.e., relation with self, others, and context). The protocol included the Systemic Clinical Outcome and Routine Evaluation 15 scale (SCORE-15; Stratton, Bland, Janes, & Lask, 2010; Portuguese version by Vilaça, Silva, & Relvas, 2014), the Quality of Life scale (QOL ; Olson & Barnes, 1982; Portuguese version by Simões, 2008), the Dyadic Adjustment Scale (DAS ; Spanier, 1976; Portuguese version by Lourenço, 2006), the Congruence Scale (CS ; Lee, 2002a; Portuguese version by Cunha, Silva, Vilaça, Gonçalves, & Relvas, 2014) and the Psychopathological Symptom Inventory (BSI ; Derogatis & Spencer, 1982; Portuguese version by Canavarro, 1999) (see Table 1).

Data Collection and Data Analysis Procedures

The couple was asked to be present thirty minutes before the first session. It was thus possible to explain the study in more detail. Its purpose/objective, voluntary nature, participation confidentiality, and the need to record all sessions on video were explained and informed consent was obtained. Each member of the couple completed the questionnaires.

The data analysis involved two stages: analysis of the data from the questionnaires and analysis of the data garnered from therapeutic sessions.

Table 1.
Brief presentation of questionnaires

Questionnaires	Dimensions	Example Items	Answer Scale
SCORE-15	Family strengths Family communication Family difficulties	I feel that it is risky to disagree in our family (item 4) In my family, we talk with each other about things that are of interest to us (item 1)	1 (describes us very well) to 5 (describes us very badly)
Quality of Life	Financial wellbeing, Time, Neighborhood and Community, Home, Media, Social and Health Relationships, Job, Religion, Family and couple, Children, and Education	Your marriage (item 2) Your level of income (item 29)	1 (dissatisfied) to 5 (extremely satisfied)
DAS	Mutual consensus Mutual satisfaction Affectional expression Mutual cohesion	Manage the family income (item 1) Laugh together? (item 26)	0 (always disagree) to 5 (always agree) 0 (never) to 5 (more than once per day)
CS	Spiritual/Universal Intra/Interpersonal	I blame myself when things go wrong (item 6) I trust in the goodness of God or the Universe (item 15)	1 (I extremely agree) to 7 (I extremely disagree)
BSI	Somatization Obsessions-compulsions Interpersonal sensitivity Depression Anxiety Hostility Phobic anxiety Paranoid ideation Psychoticism General Symptom Index (GSI) Positive Symptom Total (PST) Positive Symptom Index (PSI)	Feeling sad (item 17) Difficulty falling asleep (item 25)	0 (not at all) to 4 (extremely)

This methodological triangulation aims 1) to increase the study's internal validity

and 2) to test the qualitative analysis of the data from the questionnaires, by comparison with the data garnered from therapeutic sessions, a more consensual and recognized method for content analysis (i.e., concurrent validity).

The items marked with extreme Likert-scale scores (e.g., very good description, very poor description) were used as a structural basis to build the narrative of each participant. This option ensured that the items are faithful descriptors for the characteristics they represent. Subsequently, a search was made to find which of the items were marked both by the gambler and spouse (coincident items) and if there was any convergence in extreme ratings. For example, if both partners marked item x, it was ascertained whether they classified it with the same extreme score (convergent item) or if they were at opposite ends (divergent item). With the aim of understanding the most relevant psychopathological symptoms, for the analysis of the BSI, only the two highest scores (“often” and “very often”) were taken into account, thus ignoring the lower extremes (“never” and “rarely”). Regarding the DAS, since hardly any extreme values were marked, an item to item comparison was made of the couple’s responses (regardless of whether they were at opposite extremes of the response scale) to avoid the loss of useful data. For example, the item “considering a divorce, separation or ending the relationship” could be classified on a scale from “always/all the time” to “never”. Some very interesting data emerging from the gambler’s (“rarely”) and spouse’s (“sometimes”) divergent perspectives would have been lost if we had only considered extreme values.

Therapy sessions followed the therapy protocol presented in Table 2. They were video recorded, transcribed, and a content analysis (theme/category) was then performed (Oliveira, 2008) without the use of any software. The session transcript was read several times to remove data of no use to the research purpose (e.g., pre-session

social conversations, therapist interventions). The conversation theme was used as a registration unit (RU), which could consist of sentence parts, sentences, or paragraphs.

Table 2.

Therapeutic protocol for couples with a pathological gambler element

Session	Topics
1	<ul style="list-style-type: none">• Therapy purpose• Present marital relationship
2	<ul style="list-style-type: none">• Couple history• Problem history
3	<ul style="list-style-type: none">• Family history (family of origin)• Parallels between marital history and problem
4	<ul style="list-style-type: none">• This session did not follow protocol definitions; it was focused on the couple's concerns regarding the recent job loss of the gambler.

The RUs were then selected and organized by themes. These were pre-established based on the literature, while remaining completely open and flexible and were altered as new RUs were classified. The last task was to group these themes into categories bearing in mind the literature on the subject. The theme quantification was made on number of RUs.

Results

Extracted Narratives from the Qualitative Analysis of Questionnaires

The expressions chosen to present these results were retrieved from the assessment

questionnaires Likert scale descriptors. For example, the terms “satisfaction” and “dissatisfaction” were used in the QOL results presentation because the Likert scale of this instrument taps variations in satisfaction. Thus, the following narratives were created for each partner, using the explicit item descriptors which they had marked.

Family Functioning (SCORE-15)

Gambler

We are honest and trust each other (trust). We do not blame others when things go wrong and when people get angry they do not deliberately ignore each other (understanding and respect). We do not experience crisis after crisis and we cope with everyday problems (family problems/crisis). We listen when someone speaks and, usually, we speak with each other on things that matter to us (communication). The words that describe our family best are love, caring and friendship (emotional support and positive feelings). What bring us to therapy are my own professional issues.

Spouse

We are not honest and do not trust each other (trust). We do not blame each other when things go wrong but when people get angry they deliberately ignore one another (understanding and respect). Crises keep on coming and day-to-day problems are hard to deal with (family problems/crises). The words that best describe our family are: “We do not talk much about problems and we put them off to the very end” (communication). What bring us to therapy are our current economic and social problems.

Family Quality of Life (QOL)

Gambler

I feel very pleased with my family, with my marriage, the relations I have with my family (family), as well as with my children (children). Also my friends bring me a great deal of

Spouse

I am dissatisfied with my family, my marriage and the relationship with my family (family). Nevertheless, my children give me enormous satisfaction (children). Although

satisfaction (friends). I have great living conditions with plenty of room for my own needs as well as my family's (housing and space). I am very happy with the household chores of my family (household chores). Also the educational programmes on improving married and family life (media and community), community leisure facilities and the neighbourhood where we live (space and community) are also fine. In terms of work, I feel secure and pleased with my wage as it is enough for my family's needs. Regrettably, there is not so much money for future needs and also my savings level is unsatisfactory (financial aspects).

I am very happy with my home regarding the amount of space for family needs (housing and space), I am very unhappy about household chores done by other family members (household chores). Generally, I am satisfied about what the community offers like newspaper quality, shopping, security and even healthcare; I am not so pleased with the community religious life (media and community). The community leisure facilities and neighbourhood conditions where we live (space and community) are very satisfactory. Regarding my job conditions, I feel secure (job security) and I am satisfied with my education level (education), although I am not happy with my wage. Regrettably, it is hard to deal with family needs and cope with financial emergencies. I am dissatisfied with money issues regarding the family's future needs, as well as savings level (financial aspects). Nevertheless, it is great to have free time for myself and for my family and also to earn money (time). I am not satisfied with my health or that of my family (health).

Marital Adjustment (DAS)

Gambler

Spouse

My wife and I agree on such

Me and my husband

matters as: religious issues (religion); friends (friends); quality time when together; spare time (time); decisions about life; conventionalities; life's philosophy; goals, objectives and other important matters; important decision taking (attitude towards life); leisure matters (leisure matters); affection; sexual life (intimacy); how to handle parents and parents-in-law (family). I've hardly thought about divorce and never regretted getting married. Most of the time I think that things between me and my wife are fine. I think our relationship is quite happy (assessment of marriage). I or my wife rarely storm out of the house after an argument, in fact we rarely have any arguments or get on each other nerves (marital conflict). Most of the times I share feelings with my wife, I kiss her every day, once or twice a week we have stimulating talks and more than once a day we have a calm chat on some topic, we laugh together more than once a day (intimacy). We work on something together once or twice a week (sharing).

agree on several matters like: religious matters (religion); friends (friends); quality time spent together; spare time (time); decisions about life (attitude towards life). Household chores is a theme on which we mostly disagree (household chores). Sometimes I consider a divorce and regret getting married. Although most of the time I feel that things between me and my husband are fine, I regard our relationship as a little unhappy (assessment of marriage). Neither I nor my husband ever storm out of the house after an argument, in fact, we rarely argue even though we sometimes get on each other's nerves (marital conflict). Sometimes I share feelings with my husband and kiss him almost every day. Once or twice a week we have stimulating talks and a calm chat on some topic. We laugh together more than once a day (intimacy). We work together on something less than once a month (sharing).

Congruence (CS)

Gambler

Generally, in life, I do

Spouse

Generally, in life, I do not react unreasonably in

not react unreasonably in conflict situations (reaction to conflict) and I know that I am able to solve the problems (resources to solve problems), I believe in myself (self-confidence) and accept my past (acceptance of the past). I do not feel stress when I am with other people (social tension).

conflict situations (reaction to conflict) and I do not feel stress when I am with other people (social tension). I do not feel any inner conflict (inner conflict), I believe in myself (self-confidence) and accept my past (acceptance of the past). God is an important pillar in my life: I feel connected and related to Him and I have a positive image of Him and trust His goodness (God). I do not feel guilty easily or if someone is unhappy (guilt).

Psychopathological Symptomatology (BSI)

Gambler

Spouse

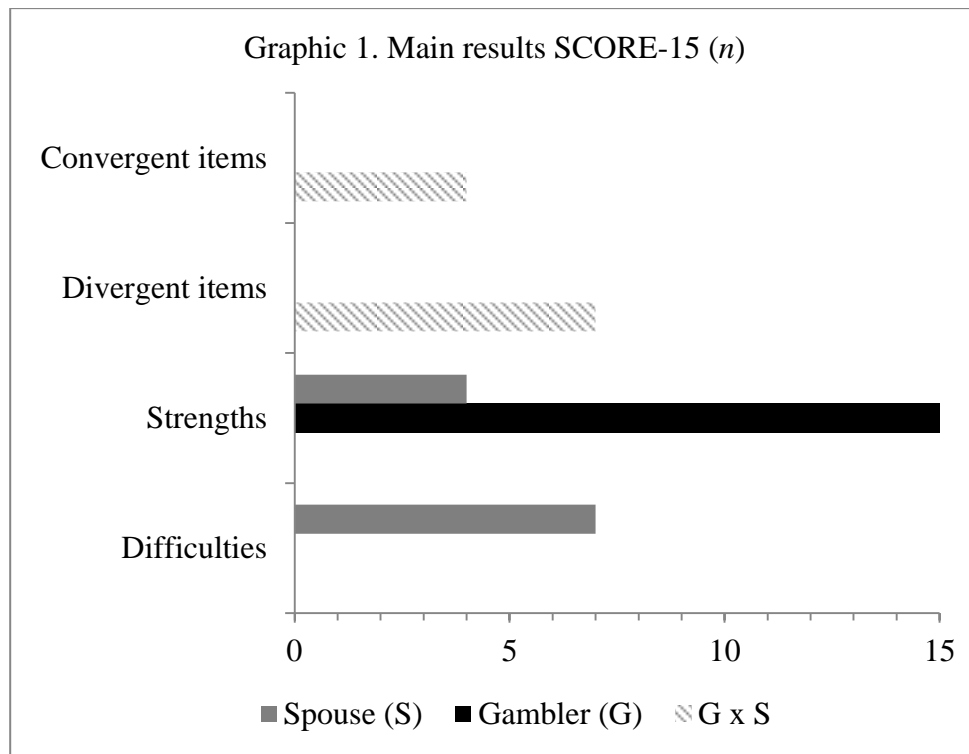
Sometimes, I feel on edge, with an inner stress (anxiety).

Very often I feel on edge, with an inner stress, I feel a sudden fear without any particular reason; it is a state of stress and being upset, in such a way that very often I cannot calm down or stop. It is a physical thing... I feel a pain over my chest and lose my appetite very often. I cannot count on most people any more (anxiety, depression, somatisation, etc...).

Qualitative Analysis of Questionnaires

Family Functioning (SCORE-15). Eleven items were marked (extreme scores) by both the gambler and spouse but only 4 had a convergent perspective, for family strengths.

Divergences between dyad marital perspectives ($n=7$) arise from the spouse marking as difficulties what the gambler saw as strengths (see Graphic 1).



The difficulties pointed out by the spouse ($n=7$) concentrate on 3 themes: family problems/crisis ($n=3$), communication ($n=1$), understanding and respect ($n=1$) and trust ($n=2$). The convergent strengths (pointed out both by the gambler and spouse) ($n=4$) concentrate on the issue of understanding and respect ($n=4$). The competences/strengths marked solely by the gambler ($n=11$) concentrate on emotional support and positive feelings ($n=3$), communication ($n=3$), family problems/crises ($n=3$) and trust ($n=2$) themes. The last three themes are also contained in the spouse's difficulties narrative – divergent themes (see Narratives Extracted from the Qualitative Analysis of Questionnaires).

Regarding the severity of the main problem that led the couple to therapy, the gambler's score is 2 points lower than his spouse's on the severity scale (6 vs. 8).

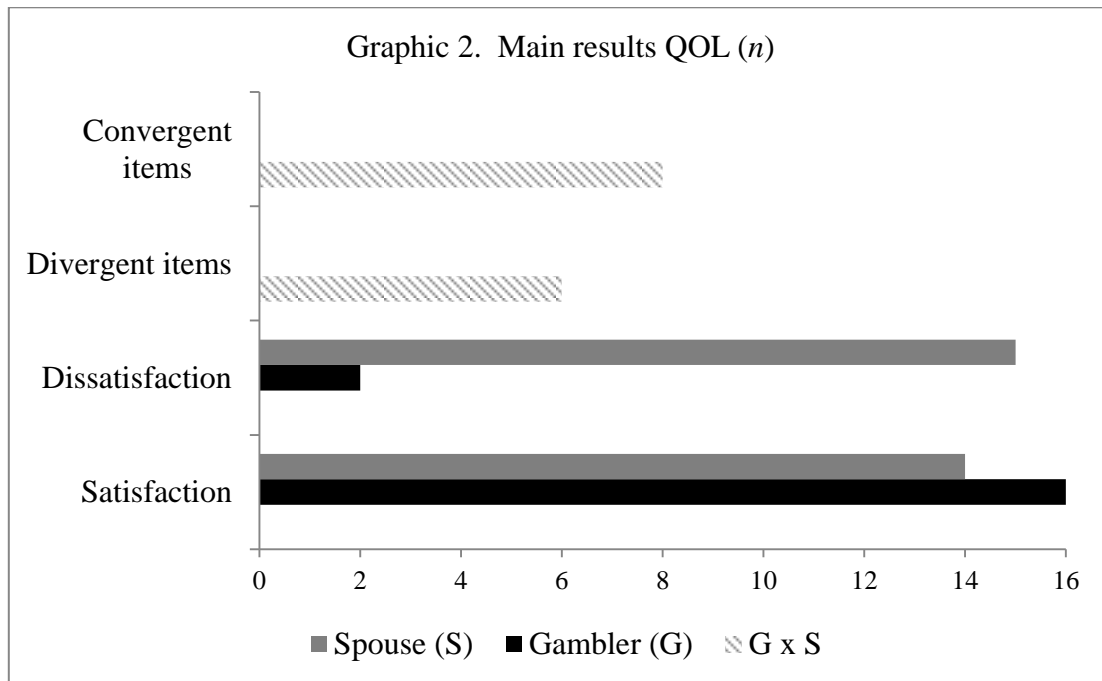
Qualitatively speaking, the divergence remains as the gambler sees the problem in professional terms and the spouse in financial and social terms.

Summarizing, the gambler and his spouse diverge in their perception of family functioning and the gambler's perspective is one of no difficulties. The spouse shows a rather more balanced perspective between strengths and difficulties, yet difficulties prevail.

Quality of Family Life (QOL). The gambler and his spouse identified 14 items in common and converged on 8 items (cf. Graphic 2). Six of those corresponded to satisfaction domains and 2 to dissatisfaction domains. Satisfaction domains are concentrated on children ($n=2$), house space ($n=1$), community space ($n=2$), and safety in job ($n=1$) themes; those of dissatisfaction are concentrated on financial aspects ($n=2$). The gambler and his spouse diverge on the remaining 6 items marked by both. The divergence results from the fact that the gambler marked these items as satisfaction and the spouse as dissatisfaction. These items concentrate on the themes: family ($n=3$), financial aspects ($n=2$), and domestic responsibilities ($n=1$) (see Narratives Extracted from the Qualitative Analysis of Questionnaires).

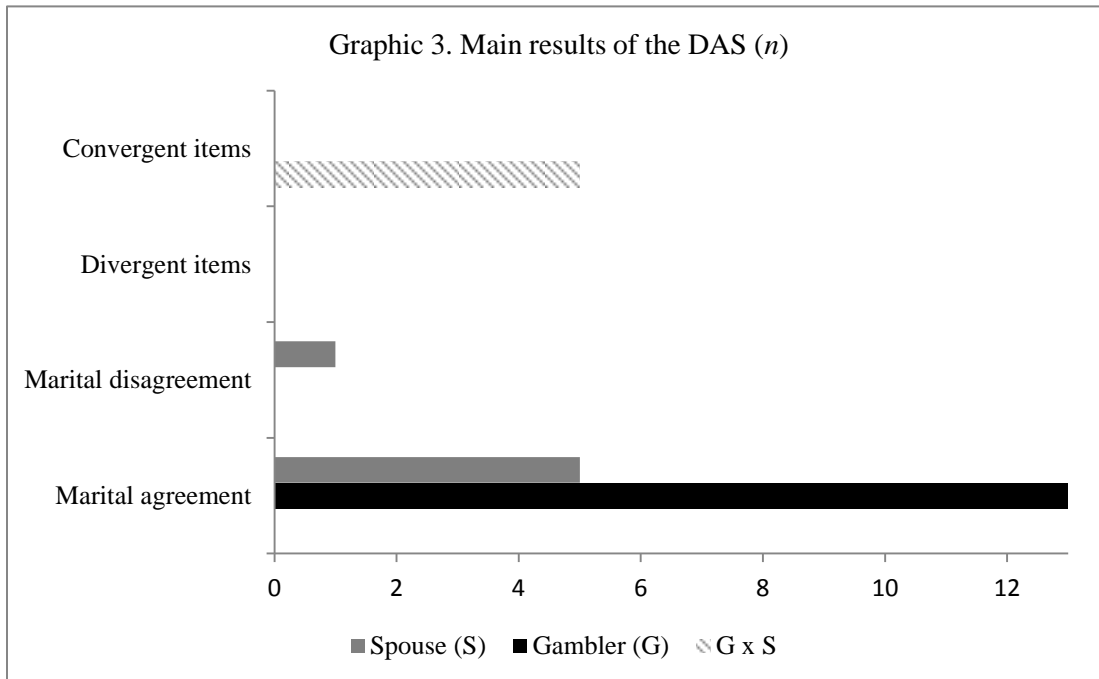
Regarding the items exclusively marked by the gambler ($n=4$) or by the spouse ($n=14$), we find that the gambler's choices correspond solely to satisfaction domains and concentrate on housing and space ($n=2$), friends ($n=1$), and media and community ($n=1$) themes. Regarding the spouse's choices, 9 out of 14 items correspond to satisfaction domains: media and community ($n=4$), time ($n=4$), and education ($n=1$) themes; 5 out of 14 items are dissatisfaction domains and concentrate on media and community ($n=2$), health ($n=2$) and financial ($n=1$) themes (see Narratives Extracted from the Qualitative Analysis of Questionnaires).

To sum up, the gambler's and spouse's perspectives diverge, especially regarding domains of dissatisfaction with family life, which are essentially pinpointed by the spouse. The spouse's perspective has a better balance between satisfaction and dissatisfaction with life whereas the gambler mostly tends to select satisfaction indicators.



Marital Adjustment (DAS). The gambler and spouse had 5 convergent common items (with extreme scores), expressing marital agreement (see Graphic 3) on the following themes: time ($n=2$), friends ($n=1$), attitude towards life ($n=1$) and religion ($n=1$). In addition to the common items marked, the gambler has 8 more items related to marital agreement and the spouse has 1 more item, but related to an area of marital disagreement. The themes related to marital agreement domains marked solely by the gambler are: attitude towards life ($n=4$), intimacy ($n=2$), recreational matters ($n=1$) and family ($n=1$). Household chores is the theme in the above-mentioned marital disagreement domain ($n=1$), endorsed by the spouse (see Narratives Extracted from the Qualitative Analysis of Questionnaires).

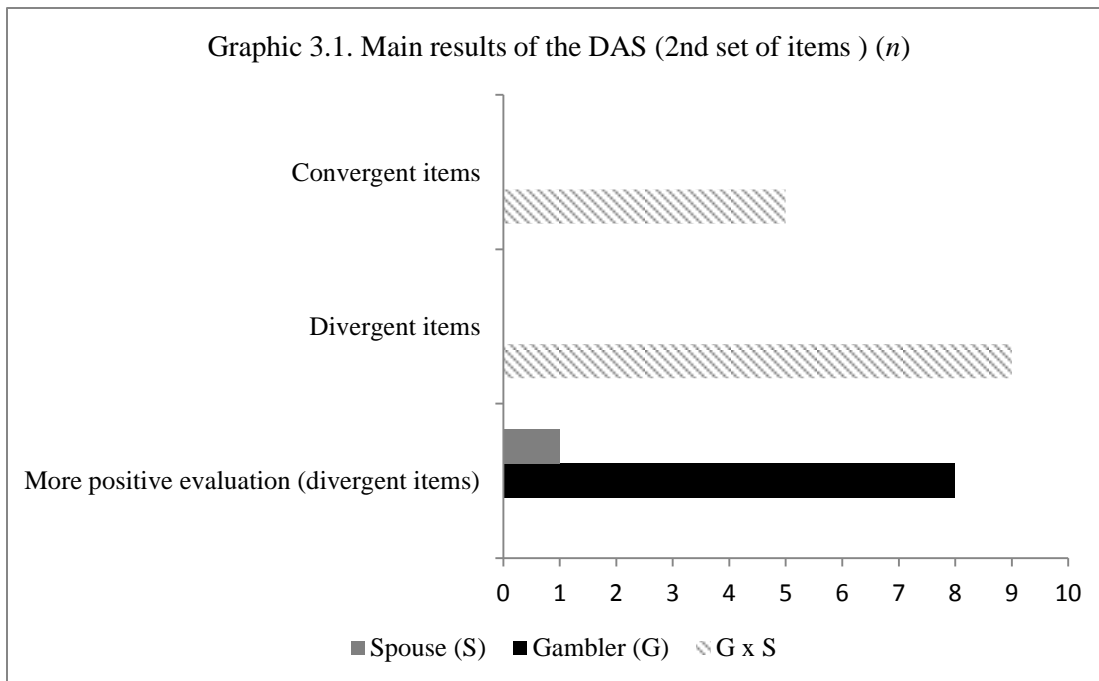
In brief, both the gambler and his spouse have a positive perspective regarding marital status. The gambler's results are more positive since he only points out marital agreement indicators. The spouse is rather more circumspect regarding the number of agreement indicators and also adds a disagreement indicator.



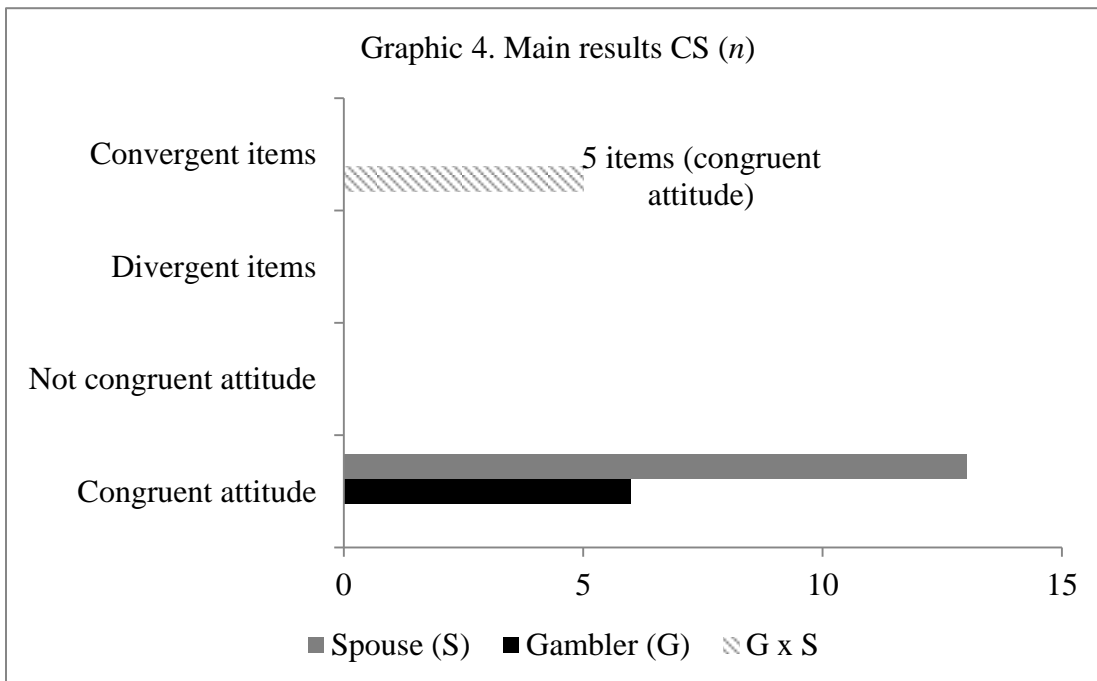
The second set of items was analysed using a different methodology. That is, while the analysis of the first set of DAS items used only extreme scores, the second set of items used all the scores (extreme and non-extreme scores) (see Data collection and data analysis procedures). There are 4 convergent items between the gambler's and spouse's answers on the following themes: intimacy ($n=2$), assessment of the marriage ($n=1$), and marital conflict ($n=1$) (see Graphic 3.1). Eight of the 9 divergent items are given a more positive evaluation by the gambler and concentrate on the themes: assessment of the marriage ($n=3$), intimacy ($n=3$), sharing ($n=1$), and marital conflict ($n=1$). One of the 9 divergent items is given a more positive evaluation by the spouse (marital conflict) (see Narratives Extracted from the Qualitative Analysis of

Questionnaires).

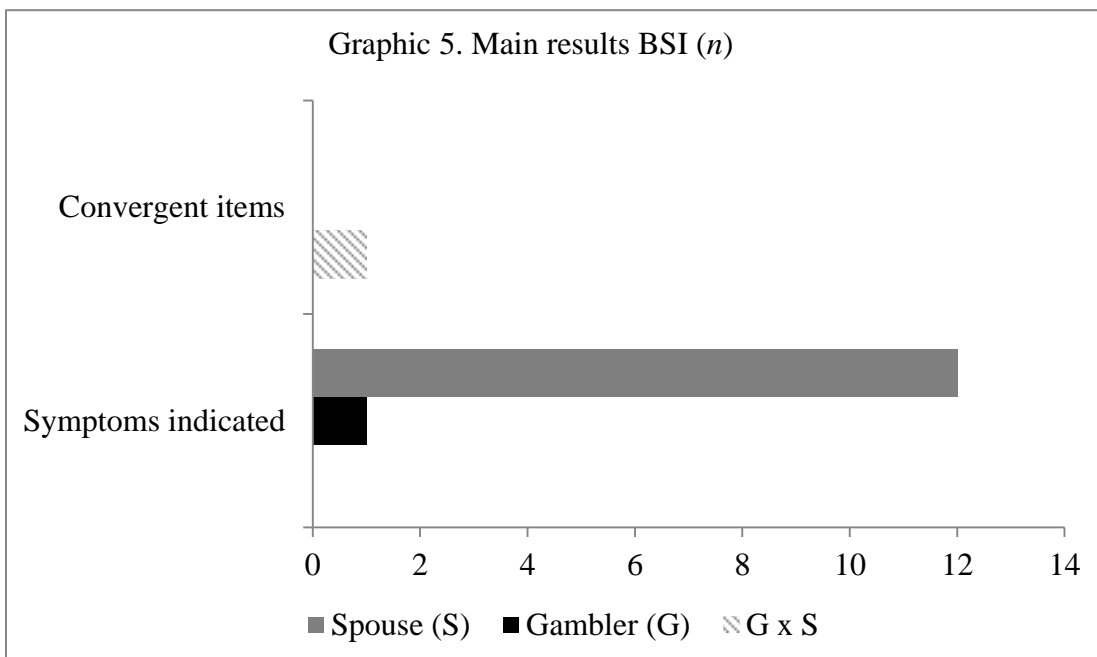
To sum up, the gambler has a more positive perspective on the marriage, and this divergence of perceptions is perfectly summed up by the item “our relationship is...” on which the gambler answers “very happy” and the spouse answers “a little unhappy”.



Congruence Scale (CS). Five items were marked with extreme scores both by the gambler and spouse (i.e., pertaining to themes of reaction to conflict, acceptance of the past, social tension, self-confidence), all in the same direction (convergent perspective). In addition, the spouse marked a further 8 items (i.e., pertaining to themes of guilt, inner conflict, and God) and the gambler marked 1 extra item (resources to solve problems). All items marked by both partners show a congruent position, although this is more evident for the spouse (see Narratives Extracted from the Qualitative Analysis of Questionnaires, Graphic 4).



Brief Symptom Inventory (BSI). The gambler marked 1 item and the spouse marked 12 items (with extreme scores). Nervousness and inner stress are experienced by both partners, yet the spouse indicates other emotions like anxiety, depression, and disbelief in others (see Narratives Extracted from the Qualitative Analysis of Questionnaires, Graphic 5).



Narratives Extracted from the Couples Therapy Narrative Analysis

This analysis uses pre-established categories based on the literature (*family difficulties, family strengths, marital difficulties, marital strengths, psychopathological symptoms, and financial difficulties*), while remaining completely open and flexible. Concerning the themes emerging in the narratives analysed (see Table 3), some categories were added (*family stress, gambling related risk factors*), others were eliminated (*family strengths, family difficulties*) and others were grouped under a broader category (*psychopathological symptoms and financial difficulties* were placed with other themes under the category *difficulties felt in the individual domain*).

Table 3
Themes for analysis (key: g – gambler; s – spouse)

Category (n of RUs)	Code	Theme (n of RUs)	Definition	RUs examples
Family stress (9)	A	Family stress (g=3, s=6)	Features described as stress inducing nuclear family imbalance	g: “gambling affected the family structure (...)” s: “Our family are our children. Parents have passed away, I am an only daughter and his brothers live abroad (...)” s: “my son weighed 3 kg and all his muscles were paralysed (...) I practically set up an intensive care unit at home (...)”
Marital strengths (27)	B	Leisure time/ friendship satisfaction (11: g=7, s=4)	Satisfactory leisure activities allowing marital strengthening and friends support	g: “we go out for a coffee or to meet friends. If by any chance we do not meet anyone we stay on our own (...) even when we don’t meet anyone we have fun (...)” s: “we have fun together socially (...)” s: “we have a lot of friends (...)”

Marital difficulties (60)	C	Conformism (6: g=0, s=6)	Adaptation to spouse's least liked aspects	s: "I have given up the idea that he would change because I've seen the worst... I don't ask much... I just need for him to stop gambling... I am used to everything else (...)" s: "I'm used to being alone and that doesn't bother me anymore (...)" s: "it's been a few years since I have adapted (...)"
	D	Positive perception of spouse or marital relationship (10: g=8, s=2)	Identification of spouse's positive qualities and/or marital relationship	g: "I think we have a very good relationship (...)" s: "I want to stay in this relationship... he's a great person and everybody likes him (...)"
	E	Emotion sharing and communication difficulties (20: g=3, s=17)	Reference to incompatibilities in verbal communication and expression and emotion sharing	g: "I don't open up a lot, talking about problems... I don't talk very much (...)" g: "I think she would like me to be a bit different because she talks a lot (laughs)... I only talk when necessary (...)" s: "moves away, shuts himself down, doesn't talk (...)" s: "it bothers me that he doesn't remember things... Memories only belong to me (...)"
	F	Difficulties sharing daily household chores (10: g=1, s=9)	Unbalanced perception of how everyday family household chores are split up	g: "I never pick the children up from school on time" s: "I would like him to be more 'here' keeping up with everyday details so that I am not the only one taking care of everything like replacing a light bulb (...)"
	G	Negative perception of spouse or marital relationship (3: g=0, s=3)	Identification of negative qualities of spouse and/or marital relationship	s: "I'm not saying that he is mean, but he's rather selfish (...)"
	H	Sexual intimacy difficulties (5: g=1, s=4)	Couple's sexual distancing	g: "she runs away and I try to catch her (laughs) (...)" s: "with our problem I've stopped being so loving (...) I feel a distance, even physical, intimate or sexual (...)"
	I	Importance of distrust in marriage (8: g=1, s=7)	Reference to lack of trust as a negative aspect, damaging to the marriage	g: "I feel nervous, impatient, throughout that year I felt permanently stressed (...)" s: "I feel bad... blood pressure... because I feel this anxiety ...it is physical!"

Individual sphere difficulties (37)	J	Gambler's attempts to conceal gambling from spouse (6: g=3, s=3)	Reference to gambler's behaviours designed to conceal gambling and/or its impact	g: "I tried to hide it all these years, I wasn't showing things as they were, I hid things from her (...)" s: "when I was around I didn't see anything in particular...to explain the problem. When I didn't go that was when it was worse. He often went without me knowing (...)"
	K	Anger / rage/ lack of empathy (8: g=0, s=8)	... feelings like anger, rage, sometimes due to failure to understand the problem	s: "I thought of everything, even killing him... I was furious (...)" s: "I have to see why...why does he go back when he keeps losing, how is it that he can't say no!?"
	L	Pressure to control/treat gambling (7: g=3, s=4)	Reinforce the urgent need to control gambling by others (friends, company, spouse)	g: "pressure from the wife (for treatment) helped to get us here (...)"
	M	Financial difficulties (8: g=4, s=4)	Unbalanced financial situation of the couple (debts)	g: "these debts are short-term... it'll be easy to clear them quickly (...)" s: "his compensation payment would be enough for the house...but, not with the debts (...)"
	N	Self-perception of irresponsibility/failing (3: g=3, s=0)	Gambler feels he has failed in his responsibilities/decisions	g: "I feel something of a burden of responsibility...if I'd been more responsible we wouldn't be in this situation"
	O	Anxiety/stress (5: g=1, s=4)	Reference to emotional and physical signs of anxiety/ stress	g: "I feel nervous, impatient, I've been under stress all this year (...)" s: "I feel ill... blood pressure...because I'm so anxious ...now it's physical!"
	P	Consequences of gambling on gambler's professional life (7: g=5, s=2)	Implications of gambling on the gamblers employment stability (keeping his job)	g: "triggered with respect to the company (...) I was advised (by the company) to do something about it (...)" s: "it is very important to be here to save his job" (...)
	Q	Gambler's memory problems (7: g=7, s=0)	The gambler cannot remember some events in his past	g: "cannot remember the birth... some details (...)" I think that I just keep erasing older memories with no regard to their importance (...)"
	R	Stress at work (4: g=4, s=0)	Identification of stress at work/ overwork as a trigger for gambling	g: "something that could have led me into gambling could be stress at work (...)"

S	Available money (3: g=0, s=3)	Identification of substantial amounts of money availability as a trigger for gambling	s: “he has a lot of ready cash... it is a risk”
T	Family challenges (4: g=1, s=3)	Identification of problems in the family of origin as a trigger for gambling	g: “there is nothing in my family life that could lead me into gambling (...) maybe conflicts (...)” s: “I think it’s important to say that we have a disabled son... this is another stress factor (...)” (trigger for gambling)

Using the words of each member of the couple and based on the analysis performed (see Couples Therapy Narrative Analysis), the following narratives can be presented.

Gambler

There is nothing in my family life that would lead me into gambling; it’s gambling that has affected my family structure (family stress). I think we have a very good relationship (positive perception of spouse or marital relationship). It is true that she runs away a bit; but she runs and I go after her and try to catch her (laughs) (sexual intimacy difficulties). In our spare time, we go out for a coffee or meet with friends and if by any chance we do not meet anyone we stay on our own. Even when we do not meet anyone we have fun (leisure time/friendship satisfaction). I don’t open up much, or talk about issues... I am not very extroverted and I think she would like me to be a little different because she talks a lot (laughs) and I only talk when I have to (emotion sharing

Spouse

My son weighed 3 kilograms at birth and all his muscles were paralysed, I had to set up an intensive care unit at home (family stress). Socially, we have fun together and have a lot of friends (leisure time/friendship satisfaction). He is distant, closed up in himself, doesn’t talk, it bothers me that he doesn’t remember things... Memories are only for me (emotion sharing and communication difficulties). After this problem I’m not as loving any more, there has been a physical, intimate, and sexual distancing (sexual intimacy difficulties). I would like him to be more of a presence, to keep up with details of everyday life, so that I am not the only one to take care of everything...hmm...like replacing a light bulb (difficulty sharing daily household chores). I am not

and communication difficulties). *I work around 12 hours a day and I am never on time to pick up the children from school (difficulty sharing daily household chores). It is true that I tried to hide my problem all these years, did not show the truth, I covered everything up (gambler's attempts to conceal gambling from spouse), but this climate of distrust was no help at all... she is right about some issues but, in my opinion, trust either exists or it doesn't, and it's hard to cope with this situation (importance of distrust in marriage).*

saying that he is mean but rather selfish (negative perception of spouse or marital relationship). I've given up expecting him to change because I have seen the worst. I do not ask for much, I just need for him to stop gambling as I'm used to everything else (conformism). I want to keep this relationship...he is a great person; everybody likes him (positive perception of spouse or marital relationship). But I need to believe and I have yet to fully trust him (importance of distrust in marriage) because when I'm around I don't see anything special, something that would justify the problem. It's worse if I'm not there. Often he would go without me knowing (gambler's attempts to conceal gambling from spouse). Sometimes too many thoughts came into my head, even killing him... I feel angry (anger/ rage/ lack of empathy).

Couples Therapy Narrative Analysis

The most common areas in the couple's narratives were: *marital difficulties* (41.67%)², *individual sphere difficulties* (25.69%) and *marital strengths* (18.75%), thus revealing a marital discourse with a notable deficit (see Figure 1). The spouse's narrative

² The percentages presented resulted from a percentage calculation. For example, in the present case, *marital difficulties* % = n of RUs grouped in the theme *marital difficulties* (60) / total n of RUs for both partners (144)* 100.

contributed 23.62% more RUs to the content analysis than did the gambler³ and emphasizes the areas *family stress* (66.67%)⁴, *marital difficulties* (85.00%) and *risk factors for gambling* (54.55%) and, in particular, the themes of *emotion sharing and communication difficulties* (85.00%), *difficulties sharing daily household chores* (90.00%), *sexual intimacy difficulties* (80.00%), *importance of distrust in marriage* (87.50%), and *family challenges* (75.00%). The gambler's narrative emphasizes the areas of *marital strengths* (55.56%), *individual sphere difficulties* (62.16%), and specifically the themes of *leisure time/friendship satisfaction* (63.64%), *positive perception of spouse or marital relationship* (80.00%) and *consequences of gambling on gambler's professional life* (71.43%). Themes like *conformism*, *negative perception of spouse or marital relationship*, *anger/ rage/ lack of empathy*, and *available money* were emphasized only in the spouse's narrative, whereas issues like *self-perception irresponsibility/failing*, *gambler's memory problems*, and *stress at work* were emphasized only in the gambler's narrative.

³ Spouse's frequency of RUs = 89 (89*100/144 = 61.81%); Gamblers' frequency of RUs = 55 (55*100/144= 38,19%); 61.81%-38.19% = 23.62%.

⁴ The percentages presented resulted from a percentage calculation. For example: Family stress's frequency of RUs = 9 (3 provided by the gambler and 6 by the spouse); gambler's percentage = 3*100/9 = 33.33; spouse's percentage = 6*100/9 = 66.67%.

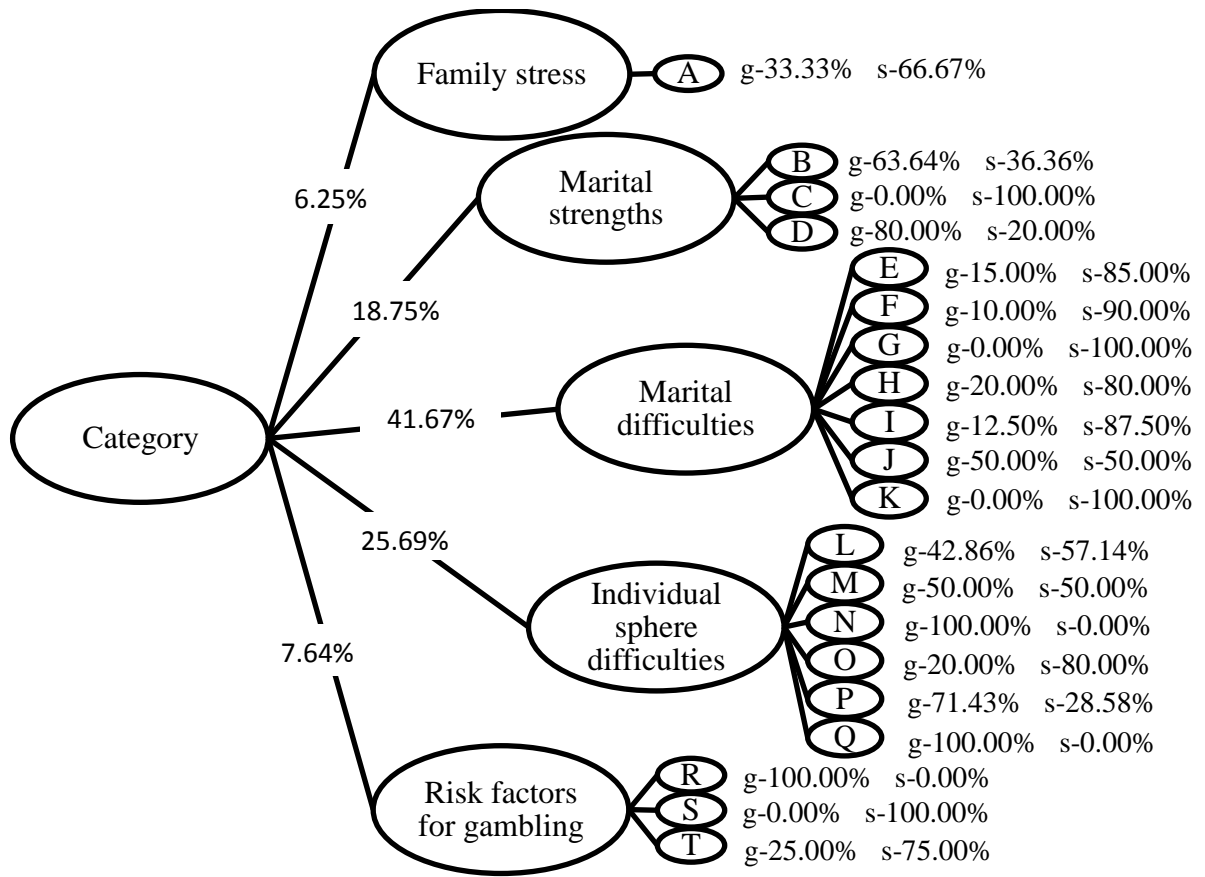


Figure 1. Content analysis (A-T=themes' codes (cf. Table 3); g - gambler; s - spouse).

To sum up, the gambler has a more positive perspective on family and marriage and sees more marital strengths and fewer marital or family problems. In terms of problems, the gambler is not so keen on stating them: “there is nothing in my family life that could lead me into gambling... maybe conflicts”, “she runs away and I try to catch her (laughs)”. On the other hand, the gambler has a more negative view of individual aspects. It looks as if, for the gambler, the problems simply involve himself, whereas the spouse is the one that reveals relationship problems (family and marital) and sees them as being particularly important.

Discussion

The narratives obtained individually and interactively show that each partner had intersecting narratives regarding family strengths, marital strengths, savings level,

congruent position, and psychopathological symptoms. Within this common ground, however, the gambler emphasizes issues like good family and marriage functioning and difficulties with individual functioning (e.g., memory problems, consequences of gambling on employment). Meanwhile, the spouse tends to focus on the family, marital and financial aspects (in addition to savings levels) and psychopathological symptoms, yet showing a rather more congruent position (a better relation with the context, others, and herself).

Gambling risk factors were more evident in the spouse's narrative than in the gambler's, as he seems basically to emphasize stress at work and downplay family challenges and availability of cash. This point makes sense in the framework of these results, for two reasons: 1) it is still the spouse who more clearly focuses on problematic aspects, in particular, risk factors for the gambling problem, and 2) the gambler almost completely restricts the problematic narratives to non-family contexts, in particular, his job (see Figure 2).

Despite both the gambler's and spouse's recognition of family and marital problems and acknowledgement of individual problems (e.g., gambling risk factors, psychopathological symptoms, financial difficulties), the gambler minimizes them or states them with little apparent distress (*she runs away and I try to catch her (laughs)* – gambler). These results are in accordance with the findings reported by Ferland et al. (2008) that spouses see the consequences of gambling as more serious. Despite this quantitative difference, the couple's narratives are quite deficit-focused – marriage problems and individual problems.

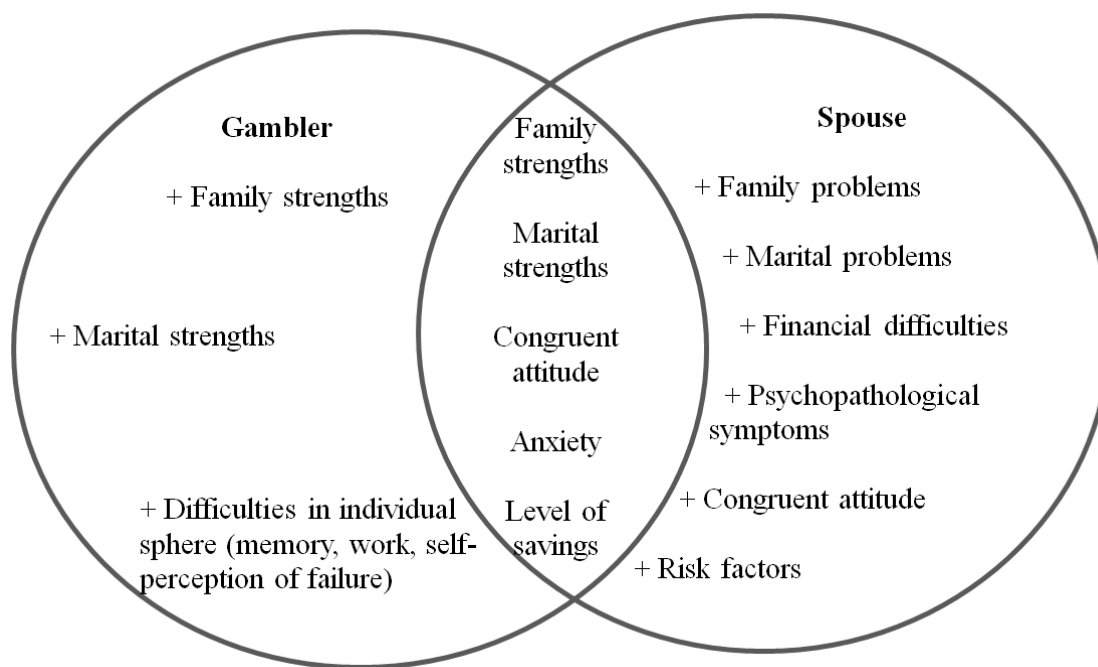


Figure 2. Summary scheme

In fact, couples with a pathological gambler partner face a set of problems also found in our case study: emotional expressiveness (*I keep asking if everything is ok, he says yes, but it is not... – spouse*) (Lorenz & Yaffee, 1986); communication (*I only talk when I have to, he thinks I talk too much and even so he does not listen to me – spouse*) (Ferland et al., 2008; Fernández, Rincón, & Álvarez, 2002; Lorenz & Shuttlesworth, 1983); emotional intimacy (*with our problem I've stopped being so loving – spouse*) (Lorenz & Yaffee, 1986), sexual intimacy (*we are physically, intimately, sexually distant – spouse*) (Dowling, Smith, & Thomas, 2009; Fernández et al., 2002; Lorenz & Yaffee, 1986); lying and deceiving (*I am sorry if I distrust you but you lied to me and deceived me – spouse*) (Dickson-Swift et al., 2005); anger and resentment (*I do not forgive him because he always gambles when it is hard on everyone – spouse*) (Fernández et al., 2002; Lorenz & Yaffee, 1986); lack of trust (*this atmosphere of distrust has no benefits – gambler*); guilt

feelings (*I feel the consequences of irresponsibility; had I been more responsible we would not have come to this – gambler*); isolation (*he is distant, inhibited, does not talk – spouse*); financial problems (*I missed speech therapy because we could not afford it... - spouse*) (Dickson-Swift et al., 2005; Lorenz & Yaffee, 1986); and gambler's dwindling responsibility/spouse's increasing responsibility (*what I would like? That he would be around keeping up with details of everyday life, not to have to take care of everything myself like replacing a light bulb – spouse*) (Fernández et al., 2002).

Regarding this last topic, several studies (Lorenz & Shuttlesworth, 1983; Patford, 2009) show that spouses/partners of gamblers tend to take on extra responsibilities caused by the gambler's absences and neglect of the family, which in this study, is much in evidence in the spouse's narrative which mentions dissatisfaction on themes such as household chores distribution and parenting (*most couples would not put up with the lack of help on household chores and taking care of the children...*). According to Lorenz and Yaffee (1989), parenting is an area of disagreement in these couples, finding that half the spouses disagree with gamblers who consider enough time was being spent with their children. In our study, the gambler does not mention that he spends enough time with his children and accepts difficulties in doing so caused by employment issues (*I never pick the children up from school on time*); yet, child care prevails as an area of dissatisfaction for the spouse. Physical symptoms felt by the spouse, too, like depression and anxiety (*on Monday I felt bad, blood pressure, because I feel anxious, now it is physical! – spouse*) evident in this study are reported in the literature (Lorenz & Shuttlesworth, 1983; Patford, 2009). The gambler is also described in the literature as having symptoms of depression and anxiety and various family and marital problems, among other difficulties (McComb et al., 2009). In general, it is hard to see in the literature if these issues are more evident in the

spouse, as shown in our study.

It was also found that the spouse emphasizes relationship difficulties (family and marital) and the gambler emphasizes individual problems. This result is consistent with our previous study (Cunha & Relvas, 2014b) in which pathological gamblers do not perceive family functioning, quality of life (family), and marital adjustment as being more problematic than the control group do, whereas psychopathological symptoms and financial aspects were found to be domains of greater difficulty. The partners also differ regarding how they assign significance to their problems. For example, when defining the main family problem they are experiencing, the spouse mentions financial and social aspects while the gambler focuses on job problems, although both agree they are in therapy because of the gambling problem. Another example is the significance assigned to the gambler's memory failures, which he sees as memory problems (*I would like to have a better memory but I just cannot...*) arising from a personal disability and his spouse sees as caused by emotional/life experience sharing difficulties (*but you do not remember that António was born disabled (...) memories only belong to me*). Even when they agree, for example regarding financial aspects, differences in the couple's perspectives are still evident; specifically, the spouse's narrative takes a broader view at this level, i.e. considering other financial difficulties in addition to the level of savings. This result is in accordance with the findings of Lorenz and Yaffee (1989) who found the spouse to be more aware of the family/marital situation in terms of finance, and not simply confined to savings difficulties.

Although the spouse feels “a little unhappy” about her family and marital life, the marriage is to be kept (*I want to keep this relationship, he is a great person and everybody likes him – spouse*) partly due to the common aspects presented in Figure 2 and to

conformism (adaptation to spouse's less likeable characteristics) shown by the spouse and to the gambler's positive perception of married life, nurtured by the couple's social relations with friends (*some of our friends even admire us as a couple*).

A possible explanation of these results could be presented through three theorized effects - idealization/guilt relief effect, denial effect, and disillusion/retaliation effect. The gambler experiences guilt and remorse (Lee, 2002a), and feels responsible for the pathological gambling and so could be less able to place the emphasis on it in family and marital aspects, finding it easier to talk about his individual problems; it is as if his own guilt does not allow him to recognize any “flaws” in his family whose suffering is something he has caused (my family is wonderful...I am the problem) – idealization/guilt relief effect. In addition the gambler considers himself “cured” and this may contribute to a denial of the difficulties – denial effect. Denial is referred in literature as one of the most significant barriers to change (Evans & Delfabbro, 2005; Gainsbury, Hing, & Suhonen, 2014). On the other hand, the spouse can feel like a “victim” caused by the gambler's irresponsibility thus evoking (or even exaggerating) family and marital difficulties more easily (I and your children are like this because of you, how can I feel good being married to someone who puts gambling ahead of his family's needs?) – disillusion/retaliation effect. In fact, a sense of anger and resentment are frequent in pathological gamblers' spouses (Hodgins, Shead, & Makarchuk, 2007), probably reflecting (among other things) that last effect of disillusionment/retaliation.

From this study, some clinical implications can be taken for couples therapy, such as: 1) Maintain neutrality, that is, to listen, understand and respect both sides and confront, challenge, or praise both partners equally; 2) create a secure, non-defensive context making it possible to collect divergent interpretations relative to the problem and possible

solutions; 3) work on the definition of truly common therapeutic objectives. The knowledge of the three effects aforementioned could also contribute to therapists developing an empathic attitude with both gambler and spouse, facilitating their achievement of the points 1), 2) and 3) above. The intersecting narratives (e.g., family strengths, marital strengths, savings level), identified in this study, could also help therapists to work on the last point (definition of truly common therapeutic objectives).

The findings of this study should also take into consideration the specific context of the case: an involuntary client, the gambler, who goes to therapy to fulfil professional obligations. This fact can justify the gambler's emphasis on professional issues at the expense of more relational aspects. Maybe couples motivated by other reasons to enter therapy and/or couples in different stages of change might yield different results. For example, there may be more convergence on how the two partners view the degree of marital distress, and there may be less emphasis on employment stress. In fact, one of the limitations of case studies frequently pointed out in the literature is providing little basis for generalisation (Yin, 2009). Thus, with this study alone, it is not possible understand if these results are mainly dependent of the condition of being a couple with a gambling problem or if they are also explained by other specific conditions inside this general one (e.g., being an involuntary client). Probably, this last hypothesis is more reasonable. Despite these limitations, the narratives obtained individually and interactively (via our methodological triangulation) are consistent/convergent, underlying the validity of the results (Erzberger & Prein, 1997) and enhancing the credibility of the interpretations made (Denzin, 1984).

Finally, let us look at the innovative methodology used in this study (qualitative analysis of self-report questionnaires). The results obtained with this methodology were

consistent with the results obtained in the session's content analysis, which is a favourable indicator of the concurrent validity of this methodology. This methodology may be time-consuming, but certain advantages can be highlighted, such as the collection of a more detailed set of information to deepen and assign meaning to results obtained via quantitative analysis. In fact, sometimes after the quantitative analysis of a battery of questionnaires, some doubts prevail which could be answer qualitatively. So this method could be useful to get deeper answers, without investing more time on new data collection (e.g., interview). This analysis doesn't replace more "classic" qualitative methods, but promotes a simple and "time saving" method for clarifying and supplementing some quantitative data. It could also be an interesting methodology for larger samples as quantification is an advantage for data organization, since it allows for statistical processing.

Conclusion

The gambler has a more positive perspective on gambling-related problems than the spouse, especially regarding marital and family aspects. With respect to non-relational aspects (financial and professional aspects), the gambler's viewpoint is more marked by difficulties. To explain these results three effects are put forward: denial, idealization/guilt relief, and disappointment/retaliation.

This data cannot necessarily be extrapolated to a target population (couples with a pathological gambler member) given methodological limitations with case studies. However, this research benefits from triangulation of data sources (i.e., gambler and spouse) and data collection methods (i.e., individually and interactively), thus enhancing its internal validity. Furthermore, we would also like to draw attention here to the originality of the data collection and analysis methods used in this study (qualitative

analysis of self-report questionnaires) as issue that might be of methodological interest to readers. These results give an interesting set of indicators on this couple's family, marital and individual functioning, and particularly regarding differences in viewpoints, something that is hardly mentioned in the pathological gambling literature. Hence, some warnings for clinical intervention with such couples can be taken from the study. It would be interesting for the future to replicate this methodology with a larger sample to see whether these differing viewpoints are repeated, and also using quantitative methodologies. At this level, the study of gender differences (Ibáñez, Blanco, Moreryra, & Sáiz-Ruiz, 2003) may be worthwhile since this would let us analyse whether, for instance, the spouses of gamblers emphasize marital difficulties or if this is an especially female (wife's) characteristic.

References

- American Psychiatric Association. (2002). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed., text rev.). Washington, DC, USA: Author.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). Washington, DC, USA: Author.
- Bertrand, K., Dufour, M., Wright, J., & Lasnier, B. (2008). Adapted couple therapy (ACT) for pathological gamblers: A promising avenue. *Journal of Gambling Studies*, 24(3), 393–

409.

- Canavarro, M. C. (1999). Inventário de Sintomas Psicopatológicos: BSI [Brief Symptom Inventory: BSI]. In M. Simões, M. Gonçalves & L. Almeida (Eds.), *Testes e provas psicológicas em Portugal* [Psychological tests and trials in Portugal] (Vol. 2, pp. 95-109). Braga, Portugal: APPORT/SHO.
- Chan, M., Shek, T., & Dowling, N. (2012). *Problem gambling and family violence in chinese help-seeking clients: Prevalence, impact and coping*. Paper presented at the First Asia Pacific Conference on Gambling & Commercial Gaming Research, Macao. Retrieved from <http://www.gamblingstudies.org/ojs/index.php/apcg/article/view/14>
- Cunha, D., & Relvas, A. P. (2014a). Pathological gambling and couple: Towards an integrative systemic model. *Journal of Gambling Studies*, 30(2), 213-228. doi:10.1007/s10899-013-9366-9
- Cunha, D., & Relvas., A. P. (2014b). *Pathological gambling, psychopathology and family variables in a non-clinical sample*. Manuscript submitted for publication.
- Cunha, D., Silva, J. T., Vilaça, A., Gonçalves, S., & Relvas, A. P. (2014). Escala de Congruência (EC): Estudos de adaptação para a população portuguesa [Congruence Scale (CS): Studies for adaptation to the Portuguese population]. *Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación – e Avaliação Psicológica*, 38(2), 181-198.
- 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(4), 185–193.
- Denzin, N. (1984). *The research act*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall.
- Derogatis, L.R., & Spencer, P.M. (1982). *Administration and procedures: BSI. Manual I*.

- Baltimore, MD, USA: Clinical Psychometric Research.
- Dickson-Swift, A., James, E., & Kippen, S. (2005). The experience of living with a problem gambler: Spouses and partners speak out. *Journal of Gambling Issues*, 13. doi: 10.4309/jgi.2005.13.6
- Dowling, N. A., Rodda, S. N., Lubman, D. I., & Jackson, A. C. (2014). The impacts of problem gambling on concerned significant others accessing web-based counselling. *Addictive Behaviors*, 39(8), 1253-1257.
- Dowling, N., Smith, D., & Thomas, T. (2009). The family functioning of female pathological gamblers. *International Journal of Mental Health and Addiction*, 7(1), 29-44.
- Erzberger, C., & Prein, G. (1997). Triangulation: Validity and empirically-based hypothesis construction. *Quality & Quantity*, 31, 141-154.
- Evans, L., & Delfabbro, P. H. (2005). Motivators for change and barriers to help-seeking in Australian problem gamblers. *Journal of Gambling Studies*, 21(2), 133-155. doi:10.1007/s10899-005-3029-4
- 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., & Álvarez, A. (2002). Relaciones de pareja y juego patológico: Um estudo descritivo a través de la Escala de Ajuste Diádico (DAS) [Marital relationships and pathological gambling: A descriptive study using the Dyadic Adjustment Scale (DAS)]. *Apuntes de Psicología*, 20(1), 33-48.
- Gainsbury, S., Hing, N., & Suhonen, N. (2014). Professional help-seeking for gambling problems: Awareness, barriers and motivators for treatment. *Journal of Gambling Studies*, 30(2), 503-519. doi:10.1007/s10899-013-9373-x

- Garrido-Fernández, M., Jaén-Rincón, P., & Garcia-Martínez, J. (2011). Evaluating a reflecting-team couples approach to problem gambling. *Journal of Constructivist Psychology, 24*(1), 1-29.
- George, A. L., & Bennett, A. (2005). *Case studies and theory development*. Cambridge, MA, USA: MIT Press.
- Hing, N., Tiyce, M., Holdsworth, L., & Nuske, E. (2013). All in the family: Help-Seeking by significant others of problem gamblers. *International Journal of Mental Health & Addiction, 11*(3), 396-408.
- Hodgins, D. C., Shead, N. W., & Makarchuk, K. (2007). Relationship satisfaction and psychological distress among concerned significant others of pathological gamblers. *Journal of Nervous and Mental Disease, 195*(1), 65-71. doi:10.1097/01.nmd.0000252382.47434.a6
- Ibáñez, A., Blanco, C., Moreryra, P., & Sáiz-Ruiz, J. (2003). Gender differences in pathological gambling. *Journal of Clinical Psychiatry, 64* (3), 295-301.
- Lee, B. (2002a). Development of a Congruence Scale based on the Satir Model. *Contemporary Family Therapy: An International Journal, 24*, 217-239. doi:1014390009534
- Lee, B. (2002b). *Well-being by choice not by chance: An integrative system-based couple treatment model for problem gambling* (research report prepared for the Ontario Problem Gambling Research Center). Retrieved from https://www.uleth.ca/dspace/bitstream/handle/10133/568/Well_Being_Lee.pdf?sequence=1
- Lorenz, V. C., & Shuttlesworth, D. (1983). The impact of pathological gambling on the spouse of the gambler. *Journal of Community Psychology, 11*(1), 67-76.
- Lorenz, V. C., & Yaffee, R. A. (1986). Pathological gambling: Psychosomatic, emotional and

- marital difficulties as reported by the gambler. *Journal of Gambling Behavior*, 2(1), 40-49.
- Lorenz, V. C., & Yaffee, R. A. (1989). Pathological gamblers and their spouses: Problems in interaction. *Journal of Gambling Behavior*, 5(2), 113-126.
- Lourenço, M. (2006). *Casal: Conjugalidade e ciclo evolutivo* [The couple: Conjugalinity and evolutionary cycle] (Unpublished doctoral thesis). Faculty of Psychology and Educational Sciences of University of Coimbra, Coimbra, Portugal.
- McComb, J. L., Lee, B., & Sprenkle, D. H. (2009). Conceptualizing and treating problem gambling as a family issue. *Journal of Marital & Family Therapy*, 35(4), 415-431.
- Moody, G. (1989). Parents of young gamblers. *Journal of Gambling Behavior*, 5(4), 313-320.
- Oliveira, D. (2008). Análise de conteúdo temático-categorial: Uma proposta de sistematização [Content analysis (theme/category): A proposal of systematization]. *Revista de Enfermagem UERJ*, 16(4), 569-576.
- Olson, D. H., & Barnes, H. (1982). Quality of life. In D. Olson et al. (Eds.), *Family inventories* (pp.137-148). St-Paul, Minnesota, USA: University of Minnesota, Family Social Science.
- Patford, J. (2009). For worse, for poorer and in ill health: How women experience, understand and respond to a partner's gambling problem. *International Journal of Mental Health and Addiction*, 7(1), 177-189.
- Simões, J. (2008). *Qualidade de vida: Estudo de validação para a população portuguesa* [Quality of life: Validation study for the portuguese population] (Unpublished master's thesis). Faculty of Psychology and Educational Sciences of University of Coimbra, Coimbra, Portugal.
- Spanier, G. B. (1976). Measuring dyadic adjustment: New scales for assessing the quality of marriage and similar dyads. *Journal of Marriage and the Family*, 38, 15-28.

- Stake, R. (1995). *The Art of Case Study Research*. London, England: Sage.
- Starman, A. (2013). The case study as a type of qualitative research. *Journal of Contemporary Educational Studies / Sodobna Pedagogika*, 64(1), 28-43.
- Steinberg, M. A. (1993). Couples treatment issues for recovering male compulsive gamblers and their partners. *Journal of Gambling Studies*, 9(2), 153–167.
- Stratton, P, Bland, J., Janes, E., & Lask, J. (2010) Developing a practicable outcome measure for systemic family therapy: The SCORE. *Journal of Family Therapy*, 32, 232-258.
- Strong, T., & Sametband, I. (2011). *Recovery from problem gambling as a couple's project: A summary paper and annotated bibliography for the Alberta Gaming Research Institute*. Unpublished manuscript, Educational Studies in Counselling Psychology, Faculty of Education, University of Calgary, Calgary, Canada.
- Vilaça, M., Silva, J., & Relvas, A. P. (2014). Systemic Clinical Outcome Routine Evaluation (SCORE-15). In A. P. Relvas & S. Major (Eds.), *Avaliação familiar: Funcionamento e intervenção* [Family evaluation: Functioning and intervention] (Vol. I, pp. 25-47). Coimbra, Portugal: Imprensa da Universidade de Coimbra.
- Research, design and method* (4th ed.). London, England: Sage.

Nota de percurso desta etapa (1)

As discrepâncias entre a perspectiva do jogador patológico e a do seu cônjuge, sobretudo no que respeita às dificuldades familiares e conjugais, encontradas no estudo anterior são, efetivamente, muito relevantes. Será, então, importante perceber se este resultado é uma singularidade deste casal

ou, pelo contrário, constituiu uma regularidade das díades com um elemento jogador patológico. A fim de encontrar algumas respostas para esta dúvida, embora com a limitação metodológica de não se analisarem casais, mas sim jogadores patológicos e cônjuges de jogadores patológicos independentes, desenvolveu-se o estudo que se segue.

**GAMBLING AND THE COUPLE: COMPARING GAMBLERS' AND SPOUSES'
VIEWS ON FAMILY, MARITAL AND INDIVIDUAL LEVELS**

Diana Cunha*

Ana Paula Relvas*

*Faculty of Psychology and Educational Sciences - University of Coimbra, Portugal

Cunha, D., & Relvas, A. P. (in press). Gambling and the couple: Comparing gamblers' and spouses' views on family, marital and individual levels. *Journal of Gambling Issues*.

Abstract

..... perspectives of 19 pathological gamblers with those of 13 pathological gamblers' spouses ($N = 31$) with regard to family (i.e., family functioning and quality of life), marital (i.e., dyadic adjustment and marital satisfaction) and individual (i.e.,

congruence, differentiation of the self and psychopathological symptomatology) variables. Regarding individual functioning, the gamblers and spouses presented with psychological symptomatology, as both had values that are typical for emotionally disturbed populations. Moreover, the gamblers showed additional difficulties with regard to congruence. The results show that the gamblers' perspectives on family and marital life were less affected by difficulties, yet this difference was most pronounced in marital life. The primary limitations of the current study are regarding the independence of the subsamples (i.e., the participants were married/had marital life partners but were not couples) and the small sample size. Nevertheless, the current results call into question the 'truths' that are taken for granted by previous literature (e.g., gambler's perceptions of marital problems) and highlight the challenges that couples' therapists face regarding perspective differences in couples experiencing a gambling problem.

Keywords: Gamblers, Spouses, Families, Couples, Individuals.

Introduction

Pathological gambling (DSM IV; American Psychiatric Association, 2002) or gambling disorder (DSM V; American Psychiatric Association, 2013) is considered an addiction that is characterized by an individual's completely subordinate relationship with gambling (Cunha & Relvas, 2014a). Despite the negative impacts that this relationship has on individual (e.g., on mental and physical health) (McComb, Lee, & Sprenkle, 2009), family (e.g., negligence towards family and marital needs) (McComb et al., 2009) and social levels (e.g., isolation) (Scottish Executive Social Research, 2006), pathological gambling is often referred to as a hidden addiction (Graves, 2006; Ladouceur, 2004; Phillips, 2005). This designation is justified given that pathological gambling has no physical signs of abuse (e.g., needle marks, dilated pupils, or others) (McComb et al., 2009) and the gambler makes an effort to hide any evidence and the extent of the problem from others. This mechanism is also self-deceiving, as it allows gamblers to ignore the worsening of their problem (Downs & Woolrych, 2010).

There may be a reality associated with pathological gambling that is constructed by the gamblers (for themselves and others) that is different and less negative than that experienced by their relatives. In fact, an exploratory study conducted by Ferland et al. (2008) showed that gamblers' spouses perceived the consequences of the gambling problem in a more severe manner than the gamblers. Nevertheless, literature focusing on this issue is scarce and does not provide consistent results (Cunha, Sotero, & Relvas, in press). In Portugal, a large project (in which this study was included) is empirically evaluating the Integrative Systemic Model of Pathological Gambling (ISMPG; Cunha & Relvas, 2014a). A new matrix of results is beginning to support the proposal that gamblers

have a less severe perspective on their gambling problem than their spouses. Specifically, a quantitative study ($N = 32$ gamblers + 52 control participants) found that pathological gamblers did not acknowledge that their family realities in global terms differed from the general population (Cunha & Relvas, 2014b). This result led the authors to conduct a case study (Cunha et al., in press), which found that a gambler had a more positive perspective than his spouse regarding the problems associated with gambling, particularly those related to marital and family issues. The authors suggested that there may be three explanatory effects for these results, as follows: denial, idealization/guilt relief, and disappointment/retaliation (Cunha et al., in press). When gamblers are married, their spouses are the first members of the family to feel the impact of the problem (Montero & Megías-Lizancos, 2011). Given the apparent differences in perspectives between spouses and gamblers, it is important to compare the perspectives of each member of this dyad in an encompassing manner.

Therefore, this study aims to quantitatively compare pathological gamblers and pathological gamblers' spouses who are not from the same couples with regard to family (i.e., family functioning and quality of life), marital (i.e., marital satisfaction and adjustment) and individual (i.e., congruence, differentiation of the self and psychopathological symptomatology) variables.

Method

Participants

The sample consisted of 32 participants, of whom 19 were pathological gamblers (PG group) who were married or had a life partner and 13 were spouses/partners of pathological gamblers (GS group). Initially, the sample included an additional three subjects; however, these subjects fulfilled the criteria for both groups (PG and GS) and

were thus eliminated. The PG group had an average length of time as part of a marriage/consensual union that was equal to 12.00 years ($SD = 12.67$), whereas the GS group had an average of 17.08 years ($SD = 12.67$). The difference between the groups was not statistically significant ($p > .05$, Mann-Whitney test). When the number of years in a marriage/consensual union was divided into 10-year bands, both groups were more likely to have participants in the 1-10 years of marriage/consensual union band (PG: $n = 11$, 57.89%; GS: $n = 6$, 46.15%). It is important to note that all of the participants were married or had a marital life partner but that couples were not present; that is, the PG and GS groups were independent samples. The PG group was primarily composed of male participants ($n = 16$, 84.21%) with an average age of 40.39 years ($SD = 10.70$). The majority of participants in this group had an upper secondary education ($n = 6$, 31.57%) or a bachelor's degree ($n = 5$, 26.32%) (United Nations Educational Scientific and Cultural Organization (UNESCO) Institute for Statistics, 2012), lived in urban areas ($n = 19$, 100%) (Statistics Portugal (INE), 2009), and had average socio-economic status ($n = 14$, 73.68%) (Simões, 1994). The GS group was composed of nine women (69.23%) and four men (30.77%) with an average age of 43.46 years ($SD = 10.41$). The majority of participants in this group had completed a lower secondary education ($n = 4$, 30.77%) or had a bachelor's degree ($n = 3$, 23.08%) (UNESCO Institute for Statistics, 2012), lived in urban areas ($n = 13$, 100%) (Statistics Portugal (INE), 2009), and had average ($n = 3$, 23.08%) or low socio-economic status ($n = 3$, 23.08%) (Simões, 1994). The two groups had no statistically significant differences with regard to socio-demographic variables ($p > .05$), except for differences in sex ($p = .004$, Fisher's exact test). These differences were primarily due to the following: there were more females in GS group than would be expected if these variables were independent (residual 2.0).

Sample collection procedure

Specialized entities in gambling (e.g., Gamblers Anonymous and Families Anonymous) were asked to advertise for participants in the current study among their members. The entities were provided with copies of the protocol, and the person in charge was asked to distribute these copies to anyone who was interested in participating. This advertising resulted in the recruitment of seven PG and eight GS subjects. In addition, online dissemination of the research protocol (via social networks and email) was utilized using the virtual equivalent of the snowball method of recruitment (Goodman, 1961). This online dissemination resulted in the recruitment of 12 PG and five GS subjects. In the PG group, there were no statistically significant differences between the two collection methods for any of the study variables ($p > .05$). In the GS group, there was one statistically significant difference with regard to Family Difficulties (SCORE-15), which had a lower score for the online participants ($U(17) = 0.29$, $p = .008$, $r = .07$). The following criteria were implemented for inclusion/exclusion in the current study: 1) being older than 18 years old; 2) having a diagnosis of pathological gambling; and 3) being married to or having a life partner who is a pathological gambler.

Ethical Issues

The subjects' participation request was framed by a set of preconditions (i.e., study objectives, respect for confidentiality and anonymity, voluntary participation, and provision of the contact details for the free specialized clinical support service at the authors' host institution), which were described in the cover page of the protocol. Participants did not sign an informed consent form to protect the voluntary, anonymous and confidential nature of the information being collected (American Psychological Association, 2002). The

Foundation for Science and Technology (FCT), which is an external agency, both approved of the current study and sponsored the project.

Instruments

Questionnaire examining socio-demographic characteristics

To characterize the sample, a questionnaire examining socio-demographics (e.g., gender, marital status, nationality, residence, age, education and occupation) was administered that took into consideration the need to preserve the anonymity of the participants. It included questions that permitted the operationalization of the third criterion for inclusion/exclusion in the sample.

Systemic Clinical Outcome and Routine Evaluation – 15 (SCORE-15; Stratton, Bland, Janes, & Lask, 2010; Portuguese version by Vilaça, Silva, & Relvas, 2014)

SCORE-15 is a self-report instrument that assesses family functioning. It consists of 15 items measuring three dimensions, which are Family Strengths, Family Communication and Family Difficulties, as well as five additional questions that relate to the family routine, the nature and impact of family problems and possible therapeutic needs. The participants evaluate whether each item describes their family according to a five-point Likert scale, in which 1 represents “describes us very well” and 5 represents “describes us very poorly”. A higher score corresponds to more problematic family functioning. SCORE-15 has good internal consistency both overall and dimensionally ($.82 < \alpha < .85$).

Quality of Life (QOL-VR; Olson & Barnes, 1982; Portuguese version by Cunha & Relvas, 2015)

This instrument assesses the perception of the quality of one’s family life. It is a self-report questionnaire that consists of 20 items representing the following four dimensions: Family, Friends, and Health; Time; Media and Community; and Financial

Wellbeing. The participants respond to the items according to a five-point Likert scale, in which 1 represents “dissatisfied” and 5 represents “extremely satisfied”. A higher score corresponds to a better quality of life. This instrument has reasonable/good internal consistency regarding the total scale and all of its dimensions ($.72 < \alpha < .89$).

Dyadic Adjustment Scale (DAS; Spanier, 1976; Portuguese version by Lourenço, 2006)

The DAS assesses dyadic adjustment through 32 items that are grouped into the following four dimensions: Dyadic Consensus, Dyadic Satisfaction, Affectional Expression, and Dyadic Cohesion. The responses on a Likert scale ranged from five to six points for most items, whereas two items (items 29 and 30) had dichotomous response scales. Higher scores for the dimensional and total results correspond with better dyadic adjustment. Overall, this instrument has good internal consistency ($\alpha = .93$), and the subscales vary between .65 and .88.

Marital Satisfaction Assessment Scale [Escala de Avaliação da Satisfação em Áreas Conjugais (EASAVIC); Narciso & Costa, 1996)

The Marital Satisfaction Assessment Scale is a self-report instrument consisting of 44 items that are distributed across two large dimensions, which consist of the following areas: Love (i.e., Feelings and Expression of Feelings, Sexuality, Emotional Intimacy, Continuity of the Relationship, and Physical and Psychological Traits) and Functioning (i.e., Functions, Free-time, Autonomy/Privacy, Communication and Conflicts, and Relationships outside of the Family). The participants evaluate their levels of satisfaction regarding various areas of marital life according to a Likert scale, in which 1 represents “not at all satisfied” and 6 represents “completely satisfied”. The internal consistency of this scale is very good (Love: $\alpha = .97$ and Functioning: $\alpha = .90$).

Differentiation of Self Inventory – revised (DSI-R; Skowron & Schmitt, 2003; Major, Rodríguez-González, Miranda, Rousselot, & Relvas, 2014)

The DSI-R is a self-report inventory consisting of 46 items that assess the differentiation of the self in adults using a Likert scale, in which 1 represents “not true for me” and 6 represents “very true for me”. This instrument has the following four dimensions: Emotional Reactivity, Emotional Cut-Off, I-Position and Fusion with Others. A higher score corresponds to a greater differentiation of the self. The DSI-R has good internal consistency for the overall scale ($\alpha = .86$) and the subscales vary between .51 and .86.

Congruence Scale (CS; Lee, 2002; Portuguese version by Cunha, Silva, Vilaça, Gonçalves, & Relvas, 2014)

The CS is a self-report questionnaire for adults that consists of 16 items assessing congruence through the relationship with oneself, with others and with life. The 16 items are divided into the following two subscales: Spiritual/Universal and Intra/Interpersonal. Congruence is the central construct of the Congruence Couples Therapy for Pathological Gambling (CCT), which is an intervention model that has been adapted for couples with a pathological gambler element (Lee, 2009). The internal consistency of this scale and its subscales varies between reasonable and very good ($.75 < \alpha < .93$).

Psychopathological Symptom Inventory (BSI; Derogatis & Spencer, 1982; Portuguese version by Canavarro, 1999)

This instrument is a self-report inventory consisting of 53 items with responses provided on a Likert scale ranging from “never” (0) to “very often” (4). The items encompass the following nine dimensions: Somatization, Obsessions-Compulsions, Interpersonal Sensitivity, Depression, Anxiety, Hostility, Phobic Anxiety, Paranoid

Ideation, and Psychoticism. This instrument also provides information regarding the following three global indices: the General Symptom Index (GSI), the Positive Symptom Total (PST) and the Positive Symptom Index (PSI), which summarily rates emotional disorders. The PSI provides the cutoff point after which individuals are (probabilistically) considered emotionally disturbed ($PSI \geq 1.70$). This instrument has internal consistency ratings that range from reasonable to good for all of its subscales ($.62 < \alpha < .80$).

South Oaks Gambling Screen (SOGS; Lesieur & Blume, 1987; Portuguese version by Lopes, 2009)

Previous literature states that the SOGS is the most widely used tool for assessing pathological gambling (Shaffer, 1997). Composed of 20 items that are based on the DSM-III, this instrument evaluates the impact of gambling on various areas in a gambler's life, including family, social, professional, financial and emotional aspects. A gambler is considered pathological when he/she scores five or more points out of 20. Higher scores indicate more severe gambling problems. The SOGS also provides data (via informational items that are not included in the calculation of the overall score) regarding the type and frequency of the gambling behavior, the amounts involved in the betting process and the presence of family and friends with problems related to gambling. In the current study, this instrument had good internal consistency ($\alpha = .89$), which allowed for the operationalization of the second and third criteria for exclusion/inclusion in the sample (e.g., diagnosis of pathological gambling, being the spouse or partner of a pathological gambler, respectively). Both the PG and GS subjects completed this questionnaire with regard to their own gambling behavior. Therefore, it was possible to eliminate the GS subjects from the sample who had scored within the pathological gambling range, combining conditions to integrate the two groups.

Results

Comparison of the groups - dependent variables

Statistical analyses were conducted on the total scores and all of the dimensions for each instrument using nonparametric statistics; however, the dimensional results should be viewed (and interpreted) as merely indicative due to the small sample size. This issue is particularly relevant for the instruments with more dimensions (i.e., EASAVIC and BSI). Cohen's (1988, 1992) reference values were used to classify the effect sizes (r and V : .1 – small effect, .3 – medium effect, and .5 – large effect; η_p^2 : .01 - small effect, .06 - moderate effect, and .14 - large effect).

The results will be presented from the macro level to the micro level of the ISMPG, i.e., from the family context to the individual context. First, the quality of family life will be discussed (QOL) (Table 1). Both the PG and GS subjects had total and dimensional scores that were similar to the general population, except with regard to the Financial Wellbeing and Family, Friends and Health dimensions. For these dimensions, the GS group had lower scores than the general population (if the range that resulted from the difference between the mean and standard deviation is considered) (Cunha & Relvas, 2015). Comparing across the two groups, a Mann-Whitney test indicated that the GS group had higher levels of dissatisfaction than the PG group. This moderate difference was marginally significant for the total score and statistically significant for the Media and Community dimension. With regard to family functioning (SCORE-15) (Table 1), both the PG and GS groups reported having higher levels of difficulty with family functioning than the general population (Pereira, 2011), which was reflected in their total scores and in the Family Difficulties and Family Communication dimensions (considering the mean and standard deviation).

Table 1

Results of QOL-VR, SCORE-15, DAS and EASAVIC

Variables	PG		GS		Groups comparison	Reference values	
	M	SD	M	SD		M	SD
QOL Total	59.74	12.80	51.77	8.92	$U(30) = 73.00, p = .054, r = -.34$	62.97	11.31
Media and Community	16.11	3.03	13.54	2.50	$U(30) = 62.50, p = .018, r = -.42$	14.93	3.07
Financial Wellbeing	12.05	4.85	9.46	3.20	$U(30) = 86.50, p = .157$	13.92	4.30
Time	15.37	4.87	13.77	4.11	$U(30) = 95.00, p = .287$	15.70	4.05
Family, Friends and Health	16.21	4.05	15.00	2.45	$U(30) = 93.00, p = .254$	18.89	3.20
SCORE-15 Total	3.10	0.70	3.41	0.65	$U(30) = 152.50, p = .270$	2.02	0.58
Family Strengths	2.05	0.82	2.45	0.66	$U(30) = 164.00, p = .126$	1.90	0.64
Family Difficulties	3.59	0.89	4.14	0.74	$U(30) = 169.00, p = .081, r = -.31$	2.06	0.73
Family Communication	3.65	0.89	3.63	0.89	$U(30) = 130.00, p = .821$	2.22	0.75
DAS Total	103.33	14.6	86.31	20.56	$U(30) = 64.00, p = .034, r = -.38$	Scores lower than 100 = poor dyadic adjustment	
Dyadic Consensus	45.11	5.31	37.92	11.12	$U(30) = 69, p = .037, r = -.37$	-	-
Dyadic Satisfaction	35.17	6.31	29.77	6.37	$U(30) = 63.50, p = .031, r = -.39$	-	-
Affectional Expression	8.42	2.12	6.85	3.21	$U(30) = 88.00, p = .182$	-	-
Dyadic Cohesion	14.68	4.58	11.77	5.20	$U(30) = 83.50, p = .126$	-	-
EASAVIC Total	176.21	34.55	141.08	49.84	$U(30) = 67.50, p = .041, r = -.36$	208.11	31.10
Feelings and Expression of Feelings	26.42	5.60	22.54	8.30	$U(30) = 99.00, p = .362$	-	-
Emotional Intimacy	28.89	6.72	23.54	8.64	$U(30) = 78.50, p = .084, r = -.31$	-	-
Sexuality	25.00	6.13	20.38	8.65	$U(30) = 81.00, p = .108$	-	-
Continuity of Relationship	12.42	3.53	9.23	4.73	$U(30) = 69.50, p = .037, r = -.37$	-	-
Physical and Psychological Traits	16.47	3.37	13.31	4.94	$U(30) = 61.00, p = .084, r = -.31$	-	-
Love	109.21	22.51	89.00	31.75	$U(30) = 78.50, p = .084, r = -.31$	-	-
Functions	67.00	13.83	52.08	19.38	$U(30) = 59.00, p = .013, r = -.44$	-	-
Free-time	6.42	1.87	5.15	2.38	$U(30) = 88.00, p = .182$	-	-
Autonomy/Privacy	7.89	1.82	6.77	2.71	$U(30) = 93.00, p = .254$	-	-
Communication and Conflicts	19.05	4.98	13.62	6.17	$U(30) = 61.00, p = .016, r = -.42$	-	-
Relationships Outside the Family	18.95	4.52	15.92	5.72	$U(30) = 86.00, p = .158$	-	-
Functioning	67.00	13.83	52.08	19.38	$U(30) = 67.50, p = .030, r = -.38$	-	-

A Mann-Whitney test showed that the groups differed from each other with regard to Family Difficulties, with the GS group reporting higher scores than the PG groups (i.e., suggesting greater difficulty; marginally significant differences and medium effect).

Given the cut-off point that has been proposed in previous literature (Spanier, 1976), the GS group showed poor levels of marital adjustment (DAS) (Table 1). According to a Mann-Whitney test, the differences between the two groups were statistically significant for the total scores, Dyadic Satisfaction and Dyadic Consensus (medium effect), with the GS group having lower scores than the PG group.

Marital satisfaction (the total score; EASAVIC) (Table 1) for the PG and GS groups was lower than for the general population (Pires, 2008), if the range that resulted from the difference between the mean and standard deviation is considered. A Mann-Whitney test indicated that the differences between the groups (in the total scores) were statistically significant (medium effect), with the GS group having a lower score than the PG group. Dimensionally, this trend was maintained, with lower satisfaction levels for the GS group than the PG group (statistically or marginally significant differences; medium effect).

On the individual level, both the PG and GS groups had lower scores for the Intra/Interpersonal dimension (i.e., CS) than the general population (regarding the mean and standard deviation) (Table 2). For the total congruence scale and Spiritual/Universal dimension, the PG group had lower scores than the general population, whereas the GS group had similar scores to the general population (regarding the mean and standard deviation) (Cunha, Silva, & Relvas, 2014). A Mann-Whitney test revealed that the differences between the two groups for the total scores and the Spiritual/Universal dimension were marginally significant (medium effect), with lower levels of congruence for the PG group than the GS group.

Table 2
Results of CS, DSI-R and BSI

Variables	PG		GS		Groups comparison	Reference values	
	M	SD	M	SD		M	SD
CS Total	60.53	12.60	68.38	10.79	$U(30) = 172.50$, $p = .059, r = .33$	78.41	10.36
Spiritual/Universal	27.16	7.89	34.23	11.90	$U(30) = 172.50$, $p = .059, r = .33$	39.30	10.34
Intra/Interpersonal	33.37	7.40	34.15	5.93	$U(30) = 130.00$, $p = .821$	50.46	8.46
DSI-R Total	3.63	0.53	3.79	0.39	$U(30) = 155.00$, $p = .238$	3.88	0.52
Emocional Reactivity	3.21	0.86	3.16	0.58	$U(30) = 113.00$, $p = .705$	-	-
I Position	4.04	0.80	4.24	0.58	$U(30) = 143.50$, $p = .448$	-	-
Emotional cutofff	4.08	0.70	4.32	0.81	$U(30) = 154.00$, $p = .254$	-	-
Fusion with Others	3.20	0.53	3.44	0.69	$U(30) = 139.00$, $p = .570$	-	-
PSI	1.69	0.52	1.82	0.56	$U(30) = 139.50$, $p = .570$	1.56	0.39
GSI	1.18	0.63	1.25	0.65	$U(30) = 132.00$, $p = .762$	.84	0.48
PST	35.00	10.01	35.00	10.50	$U(30) = 122.50$, $p = .970$	26.99	11.72
Somatization	0.73	0.47	1.05	0.95	$U(30) = 130.00$, $p = .821$	0.57	0.92
Obsessions-compulsions	1.62	0.87	1.60	0.75	$U(30) = 127.00$, $p = .910$	0.573	0.916
Interpersonal Sensitivity	1.11	0.81	1.33	0.87	$U(30) = 142.50$, $p = .472$	1.29	0.88
Depression	1.44	0.87	1.51	0.79	$U(30) = 133.00$, $p = .734$	0.96	0.73
Anxiety	1.14	0.77	1.45	0.88	$U(30) = 149.50$, $p = .323$	0.89	0.72
Hostility	1.25	0.68	1.18	0.75	$U(30) = 115.00$, $p = .762$	0.94	0.77
Phobic Anxiety	0.47	0.55	0.38	0.48	$U(30) = 119.00$, $p = .880$	0.89	0.78
Paranoid Ideation	1.43	0.65	1.54	0.93	$U(30) = 123.00$, $p = 1.000$	0.42	0.66
Psychoticism	1.15	0.88	1.02	0.73	$U(30) = 113.50$, $p = .705$	1.06	0.79

Regarding the differentiation of the self (DSI-R) (Table 2), both the PG and GS groups scored in accordance with the reference values for the general population (Major et

al., 2014). Moreover, a Mann-Whitney test did not show any statistically significant differences between the two groups, which was also evident with regard to the dimensions.

Regarding the psychopathological symptoms (BSI) (Table 2), according to the PSI cut-off for emotionally disturbed populations (> 1.7) (Canavarro, 1999), the GS group's scores showed emotional disturbance (PSI = 1.82). The PG group showed borderline levels of emotional disturbance (PSI = 1.69); however, rounding the values up revealed that members of this group had a high likelihood of becoming emotionally disturbed. A Mann-Whitney test revealed that the two groups did not differ significantly with regard to the global indices (i.e., GSI and PST) or the dimensions of the BSI.

Comparison of the groups – complementary questions from the SCORE-15

The words that the participants used to describe their families (i.e., "What words best describe your family?") were categorized into the following three groups: positive (e.g., union, love, respect, support, and harmony), negative (e.g., secretive, distant, jealous, and complex) and neutral (e.g., normal and family). For the PG group, 12 (63.15%) participants used positive words, three (15.79%) used negative words, and three (15.79%) used neutral words (with one missing value). For the GS group, five (38.46%) participants used neutral words to describe their families, five (38.46%) used negative words and three (23.07%) used positive words. To calculate the statistical significance of these differences, the neutral and negative words were combined to satisfy the minimum expected cell frequency assumption for the chi-square test, which indicated that the differences between the PG and GS groups were statistically significant [$\chi^2(1, N = 31) = 4.13, p = .042$]. Given that this was a residual analysis, these difference were primarily due to the following: 1) there were more positive and fewer

negative/neutral words listed by the PG group than would be expected if these variables were independent variables (residual 2.4 and -2.4); and 2) there were fewer positive and more negative/neutral words listed by the GS group than would be expected if these variables were independent (residual -2.4 and 2.4). The magnitude of the differences was medium ($V = .43$). The question "What is the main problem/difficulty that your family is currently facing?" triggered a wide range of answers, which were grouped into the following four categories: financial problems (e.g., financial difficulties and economic crisis), gambling, oneself (e.g., "It is me"), and various other responses (diverse problems – e.g., health, death in the family, birth of a child, excessive domestic responsibilities, and marriage). For the PG group, nine (47.37%) participants responded that there were financial problems, five (26.32%) mentioned various problems, three (15.79%) considered themselves as the primary family problem, and two (10.53%) mentioned gambling. For the GS group, the category 'various' was the most representative ($n = 6$, 46.15%), followed by financial problems ($n = 5$, 38.46%) and gambling ($n = 2$, 15.38%). A Fisher's exact test revealed that the differences between the groups were not statistically significant ($p = .408$). Another question was the following: "In your opinion, what treatment would be most useful to help with the gambling problems: individual therapy, couples therapy, family therapy or none?". The majority of PG group subjects chose the individual therapy option ($n = 12$, 63.16%), five (26.32%) chose family therapy and one (5.26%) chose the "none" option (with one missing value). For the GS group, five (38.46%) chose individual therapy, four (30.77%) chose family therapy, and three (23.08%) chose couples therapy (with one missing value). The differences between the groups were not statistically significant according to the results of a Fisher's exact test ($p = .093$).

Influence of the socio-demographic variables

A two-way between-groups analysis of variance (two-way ANOVA) (Table 3) was conducted to examine the influences of sex and group (i.e., PG and GS) on the dependent variables (i.e., the total scores). An adjusted alpha level ($p \leq .10$) was used to compensate for the small sample size (Stevens, 1996). The interaction effect (sex*group) did not reach statistical significance for any of the independent variables. The main effect of sex was statistically significant for the QOL, EC, DSI-R and BSI, with higher scores for women on the QOL, EC and DSI-R and higher scores for men on the BSI. The effect sizes were moderate to large ($.11 < \eta_p^2 < .21$). There were statistically significant main effects of group for the QOL, SCORE-15, DAS and EASAVIC, with the GS group having higher scores (i.e., greater difficulty) on the SCORE-15 and lower scores (i.e., greater levels of dissatisfaction) on the QOL, DAS and EASAVIC than the PG group. The effect sizes were moderate to large ($.11 < \eta_p^2 < .27$).

The influence of the socio-demographic variables on the instruments' total scores (i.e., the dependent variables) within the groups was also examined (with a Mann-Whitney test, chi-square test or Fisher's exact test). The socio-demographic variables (i.e., sex, age, education, and socioeconomic status) were not statistically different across any of the dependent variables (i.e., the total scores) for the PG group. For the GS group, a Mann-Whitney test revealed that women had stronger results (i.e., statistically significant) with regard to quality of life (i.e., the total score) [$U(11) = 4, p = .030, r = -.60$] (large effect) than men. The remaining socio-demographic variables (i.e., age, education, and socioeconomic status) were not statistically different across any of the dependent variables for the GS group.

Table 3
Results of Two-way ANOVA (sex*group)

	Interaction effect	Main effect	
		Sex	Group (PG; GS)
QOL	$F(1,28)=4.24, p=.85$	$F(1,28)=7.49, p=.01, \eta_p^2 = .21$	$F(1,28)=10.49, p<.01, \eta_p^2 = .27$
SCORE-15	$F(1,28)=0.46, p=.50$	$F(1,28)=2.64, p=.12$	$F(1,28)=3.34, p=.08, \eta_p^2 = .11$
DAS	$F(1,28)=2.03, p=.17$	$F(1,28)=1.86, p=.18$	$F(1,28)=6.43, p=.08, \eta_p^2 = .18$
EASAVIC	$F(1,28)=0.93, p=.34$	$F(1,28)=0.85, p=.37$	$F(1,28)=5.76, p=.02, \eta_p^2 = .19$
EC	$F(1,28)=0.37, p=.55$	$F(1,28)=3.47, p=.073, \eta_p^2 = .11$	$F(1,28)=0.22, p=.64$
DSI-R	$F(1,28)=0.92, p=.35$	$F(1,28)=4.20, p=.05, \eta_p^2 = .13$	$F(1,28)=0.21, p=.65$
BSI (GSI)	$F(1,28)=0.14, p=.71$	$F(1,28)=5.20, p=.03, \eta_p^2 = .16$	$F(1,28)=2.30, p=.14$

Discussion

The current study's results were organized according to the following three main groups: 1) aspects in which the PG and GS groups showed similar results to the general population; 2) aspects in which both groups scored lower (i.e., less adaptive functioning) than the general population; and 3) aspects in which one group scored within the reference values for the general population, whereas the other group had lower scores (i.e., less adaptive functioning) than the general population. It is important to note the following limitations of the current study prior to discussing the results: it had small sample size (i.e., non-representative), and the participants in each group were not coupled with each other (i.e., independent groups).

As such, the results cannot be generalized to other study populations; however, these results are useful as possible frames of reference.

For the first issue, the PG and GS groups were similar to the general population with regard to the quality of family life (i.e., QOL) and the differentiation of the self (i.e., DSI-R). However, most previous literature examining this topic posits that PGs have a lower quality of life than the general population (Grant & Kim, 2005; Scherrer et al., 2005). Regarding the GSs, previous literature has not directly addressed the issue of quality of life, yet based on the diversity of the difficulties experienced by this specific population (Ferland et al., 2008; Lorenz & Shuttlesworth, 1983; Lorenz & Yaffee, 1988), their quality of life may also be lower than that of the general population. The finding that the GSs were significantly less satisfied with their quality of family life than the PGs (which was confirmed by the main effect of group evident in the two-way ANOVA) is consistent with results from a case study of a couple (Cunha et al., in press), which found that the gambler in the couple mainly had areas of satisfaction, whereas the spouse had a more balanced narrative between the areas of satisfaction and dissatisfaction, including quality of life. Regarding the differentiation of the self (DSI-R), both PGs and GSs exhibited autonomous functioning that was associated with adequate levels of closeness to others (Nichols & Schwartz, 2006), having significant relationships (e.g., loved ones) and having current relationships with the family of origin (Major et al., 2014). However, these results were evident when examining the difference ranges between the means and standard deviations for the general population. The results revealed that both the PG and GS groups tended to score lower than the general population. It is important to note that these similar results between groups cannot be due to interaction effects in the sample as the sample consisted of married participants who were not part of corresponding couples.

With regard to the second issue, it is interesting to note that the PGs and GSs showed more difficulties than the general population both at the macro and micro levels considered in the ISMPG (Cunha & Relvas, 2014a), which reflects family and individual levels. Both groups scored lower than general population on family functioning (i.e., SCORE-15) and psychological symptomatology (i.e., BSI). On one hand, this is a surprising result given that a Portuguese exploratory study (Cunha & Relvas, 2014b) found that PGs did not perceive their family functioning as more negative than control participants. However, international literature has proposed that both PGs and GSs should have more difficulty with family functioning than the general population (McComb et al., 2009). Although both groups had more difficulties than the general population with regard to these two aspects, the groups cannot be considered similar given that the GSs mentioned significantly more difficulties with family functioning than the PGs (which was confirmed by the main effect of group evident in the two-way ANOVA). This finding is consistent with previous research showing that the spouse's narrative is more indicative of problems (Cunha et al., in press; Ferland et al., 2008). Due to differences between previous studies and the current study with regard to sample characteristics, future research is needed to better understand this result. At the micro level of the ISMPG (i.e., the individual level) (Cunha & Relvas, 2014a), both groups showed less adaptive functioning than the general population with regard to psychopathological symptoms; that is, both groups had scores that matched with emotionally disturbed populations. This finding is consistent with previous literature examining pathological gamblers, including a number of Portuguese studies (Cunha et al., in press; Cunha & Relvas, 2014b). Moreover, international literature suggests that various psychopathological symptoms, which range from emotional to psychosomatic, are commonly experienced by gamblers (Downs & Woolrych, 2010; Ferland et al., 2008; Lorenz & Yaffee, 1989; McComb et al., 2009) and gamblers' spouses (Hodgins, Shead, & Makarchuk, 2007;

Lorenz & Shuttlesworth, 1983; Lorenz & Yaffee, 1988; Lorenz & Yaffee, 1989; McComb et al., 2009). However, most of these studies did not consider the comparative dimension between the gamblers and gamblers' spouses. Therefore, the findings from previous comparative studies are not consistent. Lorenz and Yaffee (1989) identified a greater number of symptoms in the gamblers than in their spouses, whereas the Portuguese case study with a couple showed the opposite pattern. Given these contradictory results and that the aforementioned comparative studies were conducted with couples, future research is needed to shed light on these issues.

Finally, the third group of results shows that the conjugal aspect, which is the intermediate level of the ISMPG (Cunha & Relvas, 2014a), is related to the most dissonant findings between the PG and GS groups. The PGs showed marital adjustment (i.e., DAS) levels that were similar to the general population, whereas the GSs had more difficulties than the general population for this aspect. Moreover, the GSs were less satisfied with their marital lives and showed poor dyadic adjustment levels when compared to the PGs (as indicated by the main effect of group in the two-way ANOVA). Differences in the dimensions may be specifically related to Dyadic Satisfaction (i.e., DAS), Dyadic Consensus (i.e., DAS), Functions (i.e., EASAVIC), Communication and Conflicts (i.e., EASAVIC) and Continuity of the Relationship (i.e., EASAVIC). This assumption regarding these aspects, in which the GSs differed from the PGs in our sample, is supported by previous literature showing that these areas are the most difficult for couples with gambling problems. For example, Functions (i.e., EASAVIC), which includes items pertaining to financial management, responsibilities, decisions and household chores, may reflect increasing responsibilities on the part of the spouse, as shown by previous studies (Fernández, Rincón, & Alvarez, 2002; Steinberg, 1993). The Communication and Conflicts (i.e., EASAVIC) dimension is related to an aspect that is described as one of the most problematic areas for this population, which is associated with gamblers' lies and deceptions

(Ferland et al., 2008; Fernández et al., 2002; Heineman, 1987; Lorenz & Shuttlesworth, 1983; Martínez, Navarro, & Romero, 1993; Steiffnberg, 1993). The Continuity of the Relationship (i.e., EASAVIC) dimension is another area of difficulty given that a significant proportion (59%) of couples with gambling problems get divorced (Lorenz & Yaffee, 1986). The finding that GSs show high levels of marital difficulty may contrast with findings from the international literature, as both gamblers and their spouses tend to have poorer marital adjustment levels than the general population (Lee & Rovers, 2008; Wright, Sabourin, Mondor, Mcduff, & Mamodhousen, 2007). Additionally, there is evidence indicating that this adjustment is poorer for gamblers than for their spouses (Lee & Rovers, 2008). However, Cunha and Relvas (2014b) found that PGs did not differ from a control group with regard to dyadic adjustment (DAS). When sexuality was utilized as an indicator of marital satisfaction, Lorenz and Yaffee (1989) found results that were consistent with the present findings, with only 34% of the PGs and 19% of the GSs ($N = 150$ couples) reporting being satisfied. With regard to sexual dissatisfaction, the GSs reported being less satisfied than the PGs. In addition to marital issues, congruence (i.e., CS; relationship with oneself, with others and with life; Cunha et al., 2014) is another topic in which the PGs and GSs differed significantly with regard to scores. Here, the pattern of results is the opposite of the previously discussed pattern, as the GSs showed similar levels of functioning to the general population and the PGs were less congruent, particularly regarding the Spiritual/Universal dimension (i.e., the relationship with spirituality/universality; the deepest level of human nature, as manifested in the consciousness of a universal life force; Cunha et al., 2014). Previous literature posits that both groups should have lower levels of congruence than the general population (Lee, 2002). However, the aforementioned case study (Cunha et al., in press) suggests that the gambler's spouse may have a more congruent attitude, which is consistent with the results of the current study.

Given the composition of the two groups, with PGs being mostly men and GSs being mostly women, the dissonant results evident in the current study may be attributed to gender issues. However, the ANOVA interaction effects (sex*group) did not support this assumption, as none of the effects were statistically significant for any of the dependent variables. Thus, gender did not influence the relationship between the groups and dependent variables (Pallant, 2002), such that being a man or woman does not explain the contradictory results evident in the current study.

Both the PGs and GSs did not recognize gambling as the main family problem. Financial problems were often mentioned by both groups, which is consistent with previous literature (Dickson-Swift, James, & Kippen, 2005; Lorenz & Yaffee, 1986; Lorenz & Shuttlesworth, 1983; Steinberg, 1993). This shift in focus from the gambling problem to other problems may lead to the conclusion that PGs and GSs do not view gambling as a family problem; rather, both groups view it as a problem on the part of the gambler. However, a number of the PGs claimed that they were the main family problem, which may provide insight regarding two results from the current study: 1) On one hand, the failure of PGs to identify marital problems is surprising, as if the blame and responsibility that they feel regarding the problems caused by their gambling does not allow them to "complain" about the marital relationship (i.e., idealization/guilt relief effect). This may reflect a sort of "denial" of the marital deterioration (i.e., denial effect; Cunha et al., in press). 2) On the other hand, it is important to remember that these participants (in particular, those in the PG group) may feel reluctant to acknowledge that family and couple therapies may be useful for addressing their gambling problem.

In sum, both the PG and GS groups identified more difficulties concerning family functioning (i.e., SCORE-15) when compared with the general population, whereas the groups

had similar results to the general population regarding quality of life (i.e., QOL). The GSs showed higher levels of difficulty and dissatisfaction than the PGs (SCORE-15), even with regard to the use of descriptive terms, as the PGs chose more positive words to describe their families than the GSs. For marital issues (i.e., DAS and EASAVIC), the GSs revealed that they experienced more difficulties. Regarding individual functioning, both groups were on the threshold of emotional disturbance (i.e., BSI), yet only the PG group was categorized as incongruent (i.e., CS). Representing the degrees of difficulty according to a tonal gradation, such that black represents the existence/identification of difficulties and white represents the opposite pattern, the three studied levels (i.e., individual, marital and family) are shown in Figure 1. The presentation of this figure highlights the lack of consensus and even the presence of antagonism between the PGs and GSs with regard to marital variables. These opposing patterns are consistent with the results of the aforementioned study case (Cunha et al., in press), in which the spouse's perception of relational variables (i.e., family and marital) was more negative than the gambler's perception.

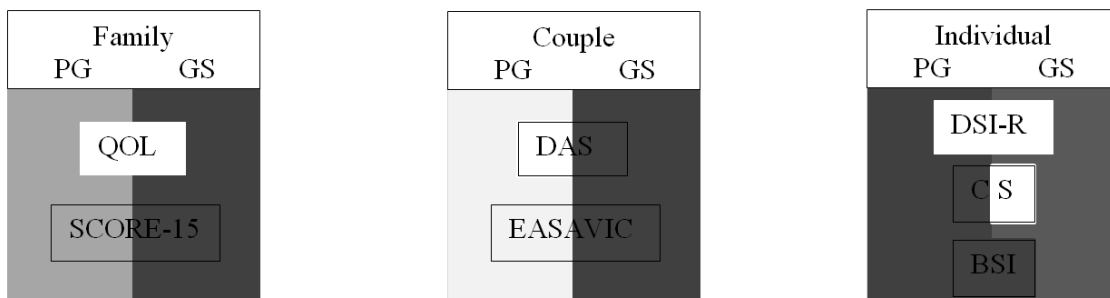


Figure 1. Representation of the degree of difficulty experienced by each of the groups (PG and GS) in each level studied (as darker colours are major difficulties represent).

Conclusion

This results of the current study show that PGs view their family and marital functioning as less marked by difficulties than GSs, and this difference is more evident with regard to marital issues. However, in terms of individual functioning, both the PGs and GSs showed psychopathological symptoms with characteristic values similar to emotionally disturbed populations. It should be noted that the PGs had more problems related to congruence than the GSs.

This study has the following two major limitations: 1) there was marital independence between the two subsamples, i.e., the gamblers and gamblers' spouses belonged to different marital dyads; and 2) a small sample size that limits the implications of the current results (e.g., issues with generalization, a need to use nonparametric statistics and restrictions related to basic analyses). However, this study contributes to the current literature by reducing the empirical gap evident in studies examining the marital lives of PGs. Furthermore, the current results question a number of "truths" that are taken for granted in previous literature (e.g., PGs' perception of marital problems). Couples therapists who work with these dyads should be aware of the challenges that are inherent in divergent perspectives (cf., Cunha et al., in press).

Future research should focus on developing qualitative or mixed method studies to analyze the narratives of PGs and GSs regarding their marital lives to shed light on the nuances within their perspectives.

References

- American Psychiatric Association. (2002). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed., text rev.). Washington, DC, USA: Author.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). Washington, DC, USA: Author.
- American Psychological Association. (2002). *Ethical principles of psychologists and code of conduct*. Washington, DC, USA: Author.
- Boyd, B. F., & Bolen, G. (1970). The compulsive gambler and spouse in group psychotherapy. *International Journal of Group Psychotherapy*, 20, 77-90.
- Canavarro, M. C. (1999). Inventário de Sintomas Psicopatológicos: BSI [Brief Symptom Inventory: BSI]. In M. Simões, M. Gonçalves & L. Almeida (Eds.), *Testes e provas psicológicas em Portugal* [Psychological tests and trials in Portugal] (Vol. 2, pp. 95-109). Braga, Portugal: APPORT/SO.
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences*. Hillsdale, NJ, USA: Erlbaum.
- Cohen, J. (1992). A power primer. *Psychological Bulletin*, 112(1), 155-159.
- Cunha, D., & Relvas, A. P. (2014a). Pathological gambling and couple: Towards an integrative systemic model. *Journal of Gambling Studies*, 30(2), 213-228. doi:10.1007/s10899-013-9366-9
- Cunha, D., & Relvas, A. P. (2014b). *Pathological gambling, psychopathology and family variables in a non-clinical sample*. Manuscript submitted for publication.
- Cunha, D., & Relvas, A. P. (2015). Qualidade de Vida (QOL): Versão reduzida [Quality of Life (QOL): Short version]. In A. P. Relvas & S. Major (Eds.), *Instrumentos de avaliação familiar: Vulnerabilidade, stress e adaptação* [Family assessment measures: Vulnerability, stress and adaptation] (Vol. II). Book in preparation.

- Cunha, D., Silva, J., Relvas, A. P. (2014). Escala de Congruência (EC) [Congruence Scale (CS)]. In A. P. Relvas & S. Major (Eds.), *Avaliação familiar: Funcionamento e intervenção* [Family evaluation: Functioning and intervention] (Vol. I, pp. 113-139). Coimbra, Portugal: Imprensa da Universidade de Coimbra.
- Cunha, D., Silva, J., Vilaça, A., Gonçalves, S., & Relvas, A. P. (2014). Escala de Congruência (EC): Estudos de adaptação para a população portuguesa [Congruence Scale (CS): Adaptation studies for the Portuguese population]. *Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación Psicológica*, 38(2), 181-198.
- Cunha, D., Sotero, L., & Relvas, A. P. (in press). The pathological gambler and his spouse: How do their narratives match?. *Journal of Gambling Issues*.
- Derogatis, L.R., & Spencer, P.M. (1982). *Administration and procedures: BSI. Manual I*. Baltimore, MD, USA: Clinical Psychometric Research.
- Dickson-Swift, A., James, E., & Kippen, S. (2005). The experience of living with a problem gambler: Spouses and partners speak out. *Journal of Gambling Issues*, 13. doi: 10.4309/jgi.2005.13.6.
- Downs, C., & Woolrych, R. (2010). Gambling and debt: The hidden impacts on family and work life. *Community, Work & Family*, 13(3), 311-328.
- 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., & Álvarez, A. (2002). Relaciones de pareja y juego patológico: Um estudo descritivo a través de la Escala de Ajuste Diádico (DAS) [Marital relationships and pathological gambling: A descriptive study using the Dyadic Adjustment Scale (DAS)]. *Apuntes de Psicología*, 20(1), 33-48.

- Goodman, L. A. (1961). Snowball sampling. *Annals of Mathematical Statistics*, 32(1), 148–170. doi:10.1214/aoms/1177705148
- Grant, J. E., & Kim, S. (2005). Quality of life in kleptomania and pathological gambling. *Comprehensive Psychiatry*, 46(1), 34-37. doi:10.1016/j.comppsy.2004.07.022
- Graves, L. (2006). *Problem gambling: The hidden addiction*. Olympia, Washington, US: Washington Department of Social and Health Services.
- Heineman, M. (1987). A comparison: The treatment of wives of alcoholics with the treatment of wives of pathological gamblers. *Journal of Gambling Behavior*, 3(1), 27-40.
- Hodgins, D. C., Shead, N. W., & Makarchuk, K. (2007). Distress among concerned significant others of pathological gamblers. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 195, 65-71.
- Instituto Nacional de Estatística [Statistics Portugal] (INE). (2009). *Tipologia de áreas urbanas [Urban areas typology]*. Retrieved from <http://smi.ine.pt/Versao/Detalhes/1961>
- Ladouceur, R. (2004). Gambling: The hidden addiction. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 49(8), 501-503.
- Lee, B. (2002). Development of a Congruence Scale based on the Satir Model. *Contemporary Family Therapy: An International Journal*, 24, 217-239. doi:1014390009534
- Lee, B. (2009). Congruence couple therapy for pathological gambling. *Mental Health Addiction*, 7, 45–67.
- Lee, B., & Rovers, M. (2008). Bringing torn lives together again: Effects of the first Congruence Couple Therapy training application to clients in pathological gambling.

- International Gambling Studies*, 8(1), 113-129.
- Lesieur, H. R., & Blume, S. B. (1987). The South Oaks Gambling Screen (SOGS): A new instrument for the identification of pathological gamblers. *American Journal of Psychiatry*, 144, 1184-1188.
- Lira, S. A., & Neto, A. (2006). Coeficientes de correlação para variáveis ordinais e dicotómicas derivados do coeficiente linear de Pearson [Correlation coefficients for ordinal and dichotomous variables derived from linear Pearson coefficient]. *RECIE*, 15(1/2), 45-53.
- Lopes, H. (2009). *Epidemiologia de dependência do jogo a dinheiro em Portugal* [Epidemiology of gambling addiction in Portugal]. Retrieved from http://ww3.scml.pt/media/arquivo/2009/outubro/conferencia_estudo.pdf.
- Lorenz, V. C., & Shuttlesworth, D. (1983). The impact of pathological gambling on the spouse of the gambler. *Journal of Community Psychology*, 11(1), 67-76.
- Lorenz, V. C., & Yaffee, R. A. (1986). Pathological gambling: Psychosomatic, emotional and marital difficulties as reported by the gambler. *Journal of Gambling Behavior*, 2(1), 40-49.
- Lorenz, V. C., & Yaffee, R. A. (1988). Pathological gambling: Psychosomatic, emotional and marital difficulties as reported by the spouse. *Journal of Gambling Behavior*, 4(1), 13-26. doi:10.1007/BF01043525
- Lorenz, V. C., & Yaffee, R. A. (1989). Pathological gamblers and their spouses: Problems in interaction. *Journal of Gambling Behavior*, 5(2), 113-126.
- Lourenço, M. (2006). *Casal: Conjugalidade e ciclo evolutivo* [The couple: Conjugalinity and evolutionary cycle] (Unpublished Doctoral dissertation). School of Psychology and Educational Sciences of the University of Coimbra, Coimbra, Portugal.

- Major, S., Rodríguez-González, M., Miranda, C., Rousselot, M., & Relvas, A. P. (2014). Inventário de Diferenciação do Self – Revisto [Inventory of Self Differentiation - Revised]. In A. P. Relvas & S. Major (Eds.), *Avaliação familiar: Funcionamento e intervenção* [Family evaluation: Functioning and intervention] (Vol. I, pp. 81-111). Coimbra, Portugal: Imprensa da Universidade de Coimbra.
- Martínez, J., Navarro, C., & Romero, J. (1993). Trastornos asociados al juego patológico [Disorders associated with pathological gambling]. *Anales de Psicología*, 9(1), 83–92.
- McComb, J. L., Lee, B., & Sprenkle, D. H. (2009). Conceptualizing and treating problem gambling as a family issue. *Journal of Marital & Family Therapy*, 35(4), 415-431.
- Montero, J., & Megías-Lizancos, F. (2011). *El paciente ludopata: Dificultades em la família y su entorno social* [The gambling patient: Difficulties in the family and social environment]. Paper presented at the Twelfth Virtual Congress of Psychiatry Interpsiquis. Retrieved from <http://www.bibliopsiquis.com/bibliopsiquis/bitstream/10401/2399/1/11m2conf650714.pdf>
- Narciso, I., & Costa, M. E. (1996). Amores satisfeitos, mas não perfeitos [Love: Satisfied but not perfect]. *Cadernos de Consulta Psicológica*, 12, 115-130.
- Nichols, M. P., & Schwartz, R. C. (2006). *Family therapy: Concepts and methods* (7th ed.). Boston, MA, USA: Pearson.
- Olson, D. H., & Barnes, H. (1982). Quality of life. In D. Olson et al. (Eds.), *Family inventories* (pp.137-148). St-Paul, Minnesota, USA: University of Minnesota, Family Social Science.
- Pallant, J. (2002). *SPSS survival manual*. Sidney, Australia: Ligare.
- Pereira, F. (2011). *Estudo de validação da versão portuguesa do SCORE-28 e 15 numa*

amostra não-clínica [Validation study of the Portuguese version of SCORE-28 and 15 in a non-clinical sample] (Unpublished Master's thesis). School of Psychology and Educational Sciences of the University of Coimbra, Coimbra, Portugal.

Phillips, D. (2005). Gambling: The hidden addiction. *Behavioral Health Management*, 25(5), 32-37.

Pires, A. (2008). *Estudo da conjugalidade e da parentalidade através da satisfação conjugal e da aliança parental* [Study of marital life and parenthood through marital satisfaction and parental alliance] (Unpublished Master's thesis). School of Psychology of the University of Lisbon, Lisbon, Portugal.

Scherrer, J. F., Xian, H., Shah, K. R., Volberg, R., Slutske, W., & Eisen, S. A. (2005). Effect of genes, environment, and lifetime co-occurring disorders on health-related quality of life in problem and pathological gamblers. *Archives of General Psychiatry*, 62(6), 677-683. doi:10.1001/archpsyc.62.6.677

Scottish Executive Social Research. (2006). *Research on the social impacts of gambling* (Final report). Retrieved from www.scotland.gov.uk/socialresearch

Shaffer, H. J. (1997). The most important unresolved issue in the addictions: Conceptual chaos. *Substance Use & Misuse*, 32(11), 1573-1580.

Simões, M. (1994). *Investigações no âmbito da aferição nacional do Teste de Matrizes Progressivas de Raven (M.P.C.R.)* [Studies on the national assessment of Raven's Progressive Matrices (M.P.C.R.)] (Unpublished Doctoral dissertation). School of Psychology and Educational Sciences of the University of Coimbra, Coimbra, Portugal.

- Skowron, E. A., & Schmitt, T. A. (2003). Assessing interpersonal fusion: Reliability and validity of a new DSI fusion with others subscale. *Journal of Marital and Family Therapy*, 29(2), 209-222.
- Spanier, G. B. (1976). Measuring dyadic adjustment: New scales for assessing the quality of marriage and similar dyads. *Journal of Marriage and the Family*, 38, 15–28.
- Steinberg, M. A. (1993). Couples treatment issues for recovering male compulsive gamblers and their partners. *Journal of Gambling Studies*, 9(2), 153–167.
- Stevens, J. (1996). Applied multivariate statistics for the social sciences (3rd ed.). Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum.
- Stratton, P., Bland, J., Janes, E., & Lask, J. (2010) Developing a practicable outcome measure for systemic family therapy: The SCORE. *Journal of Family Therapy*, 32, 232-258.
- United Nations Educational Scientific and Cultural Organization (UNESCO) Institute for Statistics. (2012). *International Standard Classification of Education – ISCED 2011*. Quebec, Canada: Author.
- Vilaça, M., Silva, J., & Relvas, A. P. (2014). Systemic Clinical Outcome Routine Evaluation (SCORE-15). In A. P. Relvas & S. Major (Eds.), *Avaliação familiar: Funcionamento e intervenção* [Family evaluation: Functioning and intervention] (Vol. I, pp. 25-47) Coimbra, Portugal: Imprensa da Universidade de Coimbra.
- Wright, J., Sabourin, S., Mondor, J., Mcduff, P., & Mamodhousen, S. (2007). The clinical representativeness of couple therapy outcome research. *Family Process*, 46(3), 301–316.

Nota conclusiva desta etapa

Os resultados de ambos os estudos mostraram que os jogadores patológicos relatam menos dificuldades familiares e conjugais do que os cônjuges de jogadores patológicos. Portanto, em termos gerais, estas discrepâncias são mais do que uma singularidade do casal analisado, podendo, provavelmente, constituir uma regularidade das díades com um elemento jogador patológico. No que respeita às dificuldades individuais (e.g., sintomatologia psicopatológica) as perspectivas de jogadores e cônjuges aproximam-se.

Em ambos os estudos:

- ✓ Jogadores patológicos e cônjuges relatam a existência de dificuldades familiares e conjugais.
- ✓ A dimensão dessas dificuldades é muito superior nos cônjuges de jogadores patológicos do que nos próprios jogadores.
- ✓ Nas variáveis individuais, tanto jogadores como cônjuges apresentam dificuldades, nomeadamente no que respeita à sintomatologia psicopatológica e à congruência, sendo as primeiras mais exuberantes nos cônjuges (embora de forma estatisticamente não significativa) e as segundas nos jogadores.

CAPÍTULO IV

FATORES DE RISCO

Neste momento da investigação, conhecemos os aspetos que melhor distinguem os jogadores patológicos de outros tipos de jogadores, bem como os pontos de discrepância entre as perspetivas de jogadores patológicos e cônjuges acerca dos aspetos familiares e conjugais. No entanto, não sabemos se as diferenças entre os tipos de jogadores se traduzem em áreas de vulnerabilidade para o desenvolvimento do problema jogo. Ou seja, não obstante o princípio da equifinalidade, não dispomos de evidência empírica que indique como os aspetos familiares, conjugais e/ou individuais vulnerabilizam os indivíduos para o desenvolvimento do problema jogo. Assim, neste capítulo, identificam-se as variáveis (entre as que têm vindo a ser consideradas) que apresentam uma maior probabilidade de distinguir o grupo de JP, dos grupos sem patologia, ou seja, de configurarem fatores de risco para o jogo patológico (Figura 6).

Quais os aspetos que podem constituir fatores de risco para o jogo patológico? Como se enquadram no MSIJP?

Legenda:

JP-jogador patológico

JNP-jogador não patológico

Estudo quantitativo

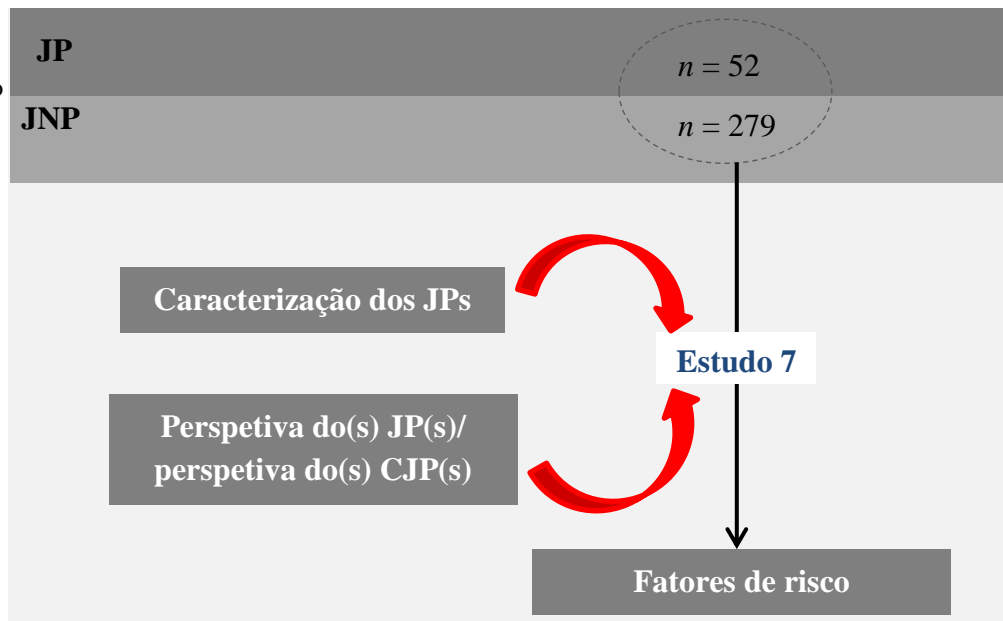


Figura 6. Desenho da investigação: excerto relativo ao capítulo IV.

FATORES DE RISCO PARA O JOGO PATOLÓGICO NUM *CONTINUUM* DE SEVERIDADE. VARIÁVEIS INDIVIDUAIS E RELACIONAIS

Diana Cunha*

Bruno de Sousa*

Ana Paula Relvas***

*Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação - Universidade de Coimbra, Portugal

** Centro de Estudos Sociais (CES) – Universidade de Coimbra, Portugal

Cunha, D., de Sousa, B., & Relvas, A. P. (2015). *Fatores de risco para o jogo patológico num continuum de severidade. Variáveis individuais e relacionais*. Manuscrito para submissão.

Resumo

Este estudo pretende identificar os aspetos que apresentam uma maior probabilidade de distinguir um grupo de jogadores patológicos (JP) de 1) um grupo de jogadores sem problemas de jogo (SP) e de 2) um grupo de jogadores com alguns problemas de jogo (AP). Visa, ainda, estudar esses aspetos enquanto fatores de risco/proteção, ao longo do *continuum* de gravidade associado ao jogo. Considera variáveis sociodemográficas (sexo, idade, estado civil, escolaridade), individuais (sintomatologia psicopatológica) e relacionais (funcionamento familiar, ajustamento diádico, diferenciação do *self*). Utiliza uma amostra de 331 participantes: 162 SP, 117 AP e 52 JP. Os principais resultados sugerem que os aspetos que apresentam uma maior probabilidade de distinguir os grupos são o sexo, a escolaridade, a idade, a diferenciação do *self* e a sintomatologia psicopatológica. É mais provável ser JP quando se é homem, com baixa escolaridade e com um funcionamento psico-relacional menos adaptativo; e, complementarmente, é mais provável ser SP quando se é mulher, com elevada escolaridade, com um funcionamento psico-relacional mais adaptativo. No que respeita à relevância enquanto fator de risco/ proteção, o sexo e a escolaridade destacam-se, percebendo-se que o seu papel é dinâmico e interdependente da gravidade de jogo e/ou dos aspetos psico-relacionais considerados. O valor do risco/proteção é mais saliente quando já existem alguns problemas com o jogo (AP).

Palavras-chave: jogo patológico, *continuum* de severidade, variáveis psico-relacionais, risco/proteção.

Introdução

O conceito de risco remete-nos para a ideia de perigo e relaciona-se com uma elevada probabilidade de resultados adversos (Lupton, 1999). Por outras palavras, um risco expõe uma pessoa ao perigo e a resultados potencialmente prejudiciais (Werner, 1993). Os riscos são, no entanto, flutuantes na história dos indivíduos, ou seja, mudam de acordo com as circunstâncias de vida e têm diferentes repercussões, dependendo de cada um (Cowan, Cowan, & Schulz, 1996). Esta característica dinâmica dos fatores de risco abre espaço para o conceito de resiliência, ou seja, para o conjunto de processos sociais e psicológicos que possibilitam o desenvolvimento de uma vida saudável, mesmo vivendo em ambientes pouco saudáveis (Pesce, Assis, Santos, & Oliveira, 2004).

Os jogos de sorte ou azar são apostas que colocam em risco um determinado bem (frequentemente dinheiro) com o objetivo de obter resultados de valor mais elevado (Ferentzy & Turner, 2013; Petry, 2005; Potenza, 2013). A maior parte dos jogadores pratica este tipo de atividade de forma recreativa, sem qualquer problema associado. No entanto, uma pequena parte, desenvolve uma relação problemática com o jogo (Ashley & Boehlke, 2012; Dickson-Swift, James, & Kippen, 2005; Weinstock, Massura, & Petry, 2013), associada a graves e diversas consequências, tais como, financeiras, familiares, emocionais, legais, entre outras (Oliveira, Silveira, & Silva, 2008). As relações problemáticas com o jogo podem tornar-se patológicas, designando-se transtorno de jogo (*gambling disorder*, designação mais atual para jogo patológico), um comportamento aditivo, diagnosticado quando pelo menos quatro dos seguintes critérios estão presentes, num período de doze meses [American Psychiatric Association (APA), 2013]: 1) necessidade de apostar montantes crescentes de dinheiro, a fim de obter a excitação desejada; 2) ficar agitado ou irritado quando tenta reduzir ou parar de jogar; 3) ter feito várias tentativas infrutíferas para

controlar ou parar de jogar; 4) sentir-se muitas vezes preocupado com o jogo; 5) muitas vezes, joga quando se sente angustiado; 6) depois de perder dinheiro no jogo, volta para recuperar; 7) esconde a extensão do envolvimento com jogo; 8) colocou em risco ou perdeu um relacionamento significativo, emprego ou oportunidade de educação ou carreira por causa do jogo; 9) depende de outros para ter dinheiro para aliviar a situação financeira desesperadora causada pelo jogo.

São diversos os fatores de risco que a literatura aponta para o desenvolvimento de problemas com o jogo, ou seja, aspetos que aumentam a probabilidade de ocorrência de consequências negativas associadas a esta atividade (Breen, 2011). Ciarrocchi (2001) apresenta, com base numa revisão da literatura, os fatores de risco idade, sexo, etnia e contexto familiar: os jogadores patológicos começam a jogar muito jovens, parecendo que idades inferiores constituem um fator de risco para o problema jogo, bem como ser do sexo masculino e pertencer a um contexto familiar com parentes jogadores patológicos (os resultados em relação à etnia são pouco consistentes). No que respeita ao contexto familiar, de facto, a identificação de familiares próximos, nomeadamente os pais, como um fator de risco para o jogo patológico tem vindo a ser documentada em diversos estudos (e.g., Vachon, Vitaro, Wanner, & Tremblay, 2004). Kessler et al. (2008), numa análise mais demográfica, consideram que existem diversos fatores de risco associados ao jogo patológico, destacando o sexo masculino, nível de escolaridade e nível socioeconómico baixos e o desemprego. Numa revisão crítica da literatura, Johansson, Grant, Won Kim, Odlaug e Göttestam (2009) consideram os seguintes grupos de fatores de risco, como aqueles que se encontram documentados na literatura com maior consistência: 1) variáveis demográficas (idades inferiores a vinte e nove anos, sexo masculino), 2) distorções cognitivas (percepções erróneas, ilusão de controlo), 3) características sensoriais (e.g.,

relação velocidade-som, contagem), 4) programas (*schedules*) de reforço (e.g., condicionamento operante), 5) perturbações comórbidas (perturbação obsessiva compulsiva, abuso de substâncias), e 6) delinquência (e.g., atos ilegais). No que respeita à idade adulta avançada, Subramaniam et al. (2015) desenvolveram um estudo com jogadores com idade igual ou superior a sessenta anos e concluíram que os jogadores patológicos apresentam uma maior probabilidade, comparativamente com o grupo controlo, de serem solteiros ou divorciados/separados e jogam como forma de melhorar o seu estado emocional e compensar a impossibilidade atual de praticar atividades de outrora. Em suma, os autores referem essencialmente fatores de risco relativos a aspetos sociodemográficos, como por exemplo, o sexo (Ciarrocchi, 2001; Johansson et al., 2009; Kessler et al., 2008) e a idade (Ciarrocchi, 2001; Johansson et al., 2009); a aspetos individuais, como por exemplo, distorções cognitivas e perturbações comórbidas (Johansson et al., 2009); e à presença de comportamentos de jogo patológico no contexto familiar (Ciarrocchi, 2001; Vachon et al., 2004).

Conhecer os fatores de risco relativos ao transtorno de jogo fornece uma base empírica que permite elaborar, com mais fundamento científico, políticas de saúde pública contra este problema. Para além disso, pode ser de extrema relevância para a intervenção terapêutica, uma vez que os fatores de risco desempenham um papel importante no desenvolvimento e manutenção do transtorno de jogo (Perese, Bellringer, & Abbott, 2005). É atendendo a estes fatores, bem como ao facto de a literatura sobre este tema continuar em aberto, isto é, com áreas pouco estudadas, nomeadamente no que respeita a variáveis de cariz mais relacional que o presente estudo emerge como pertinente.

Neste estudo consideram-se variáveis sociodemográficas (sexo, idade, estado civil, escolaridade), seleccionadas com base na comparação dos grupos amostrais (cf. Análise das

características sociodemográficas), variáveis individuais (sintomatologia psicopatológica) e variáveis relacionais (funcionamento familiar, ajustamento diádico, diferenciação do *self*). Pretende-se, assim, identificar os aspetos que apresentam uma maior probabilidade de distinguir um grupo de jogadores patológicos (JP) de 1) um grupo de jogadores sem problemas de jogo (SP) e de 2) um grupo de jogadores com alguns problemas de jogo (AP). A utilização destes três grupos constitui uma mais-valia, na medida em que permite analisar a importância de cada uma das variáveis consideradas, enquanto fatores de risco/proteção, ao longo do *continuum* de gravidade associado ao jogo.

Método

Participantes

A amostra é constituída por 331 participantes: 162 SP, 117 AP e 52 JP (Quadro 1). O grupo SP é composto, maioritariamente, por mulheres ($n = 118$, 72.84%). A média de idades é 33.58 ($SD = 10.90$). A maioria dos participantes é solteira ($n = 86$, 53.08%), tem pelo menos licenciatura ($n = 131$, 80.86%), vive em Áreas Predominantemente Urbanas (APU) ($n = 140$, 86.42%) (INE, 2009) e pertence a um nível socioeconómico (NSE) médio ($n = 89$, 54.94%) (Simões, 1994). O grupo AP também é composto, na sua maioria, por mulheres ($n = 49$, 63.64%). Apresenta uma média de idades igual a 29.03 ($SD = 8.35$). É constituído maioritariamente por sujeitos solteiros ($n = 79$, 67.50%), a escolaridade predominante é igual ou superior a licenciatura ($n = 84$, 71.8%), a maioria reside em APU ($n = 98$, 83.80%) (INE, 2009) e pertence a um NSE médio ($n = 49$, 41.90%) (Simões, 1994) ou estuda ($n = 31$, 26.50%). Os JP_s são maioritariamente do sexo masculino ($n = 43$, 82.70%). A média de idades é igual a 36.66 ($SD = 12.66$). A maioria é solteira ($n = 21$, 40.38%) ou casada/união de facto ($n = 20$, 38.46%). A escolaridade prevalente é ensino secundário ($n = 20$, 38.46%), seguida de licenciatura ($n = 19$, 36.54%). Vivem, na sua

maioria, em APU ($n = 41, 78.85\%$) (INE, 2009) e pertencem a um NSE médio ($n = 20, 38.46\%$) (Simões, 1994) ou são estudantes ($n = 11, 21.15\%$).

Quadro 1

Caracterização da amostra

	Grupos					
	SP		AP		JP	
Sexo	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
Feminino	118	72.84	66	56.40	9	17.30
Masculino	44	27.16	51	43.60	43	82.70
Idade	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>	<i>M</i>	<i>DP</i>
	33.58	10.90	29.03	8.35	36.66	12.66
Estado civil	<i>n</i>	%	<i>N</i>	%	<i>n</i>	%
Solteiro	86	53.08	79	67.50	21	40.38
Casado/união de facto	63	38.89	34	29.10	20	38.46
Divorciado	9	5.56	4	3.40	11	21.15
Viúvo	4	2.47	0	0.00	0	0.00
Escolaridade	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
1º ciclo	0	0.00	1	0.90	1	1.92
2º e 3º ciclos	7	4.32	7	6.00	8	15.38
Ensino secundário	24	14.81	25	21.40	20	38.46
Licenciatura	62	38.27	42	35.90	19	36.54
Mestrado	57	35.19	35	29.90	4	7.69
Doutoramento	12	7.41	7	6.00	0	0.00
Área de Residência	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
APU	140	86.42	98	83.80	41	78.85
AMU	10	6.17	13	11.10	3	5.77
APR	5	3.09	4	3.40	3	5.77
Missing values	7	4.32	2	1.70	5	9.62
NSE	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
Baixo	5	3.09	7	6.00	7	3.64
Médio	89	54.94	49	41.90	20	38.46
Alto	30	18.52	21	17.90	9	17.31
Estudante	30	18.52	31	26.50	11	21.15
Reformado	2	1.23	1	0.90	1	1.92
Desempregado	6	3.70	8	6.80	4	7.69

Procedimento de recolha de dados

Os participantes foram recrutados por duas vias: 1) pediu-se a entidades especializadas no jogo (e.g., Jogadores Anónimos) que apresentassem e divulgassem o estudo, convidando os seus membros a participar. Foram-lhes entregues diversas cópias do protocolo de investigação, solicitando que as fizessem chegar aos potenciais participantes; 2) o protocolo foi divulgado *online* (via plataformas de jogo *online*, redes sociais e *email*), convidando todos os maiores de idade a participar, utilizando, assim, o equivalente virtual ao método de recrutamento *snowball* (Goodman, 1961). O grupo JP foi recrutado de forma presencial e *online* e os restantes grupos apenas via *online*. O pedido de colaboração foi enquadrado por um conjunto de informações: objetivos do estudo, respeito pela confidencialidade e anonimato, carácter voluntário da participação e contacto do serviço de terapia familiar e de casal da instituição de acolhimento dos autores para apoio especializado e gratuito no âmbito de problemas com o jogo. Face ao carácter voluntário, anónimo e confidencial da informação, os participantes não assinaram qualquer consentimento informado (American Psychological Association, 2002). O único critério de inclusão/exclusão na amostra é ter idade igual ou superior a 18 anos. Posteriormente os participantes foram distribuídos pelos grupos consoante a sua pontuação no SOGS (cf. Instrumentos).

Instrumentos

O protocolo de investigação (Quadro 2) é composto por um questionário de dados sociodemográficos e quatro instrumentos de autorresposta (escala de *Likert*), adaptados para a população portuguesa e com boas propriedades psicométricas. São assim considerados aspetos sociodemográficos dos participantes (sexo, idade, estado civil, escolaridade), o funcionamento familiar [*Systemic Clinical Outcome and Routine*

Evaluation-15 (SCORE-15)], o ajustamento diádico [*Dyadic Adjustment Scale* (DAS)], a diferenciação do *self* [*Differentiation of Self Inventory - Revised* (DSI-R)] e a sintomatologia psicopatológica [*Brief Symptom Inventory* (BSI)]. O *South Oaks Gambling Screen* (SOGS) permitiu dividir os jogadores, nos três grupos comparados: 0 pontos - SP, 1 a 4 pontos - AP e 5 ou mais pontos - JP.

Quadro 2

Descrição dos instrumentos

Instrumentos (Autores)	Aspetos avaliados/ dimensões (α total no estudo de adaptação, α total neste estudo)	Ponto de corte
Questionário de dados sociodemográficos	Características sociodemográficas	-
SCORE-15 (Stratton, Bland, Janes, & Lask, 2010; Versão portuguesa de Vilaça, Silva, & Relvas, 2014)	Funcionamento familiar ($\alpha = .84$, $\alpha = .84$): Forças familiares/Comunicação familiar/ Dificuldades familiares	-
DAS (Spanier, 1976; Versão portuguesa de Lourenço, 2006)	Ajustamento diádico ($\alpha = .93$, $\alpha = .92$): Consenso diádico/Satisfação diádica/Expressão afetiva/Coesão diádica	Ajustamento pobre score total < 100
DSI-R (Skowron & Schmitt, 2003; Versão portuguesa de Major, Rodríguez-González, Miranda, Rousselot, & Relvas, 2014)	Diferenciação do <i>self</i> ($\alpha = .86$, $\alpha = .89$): Reatividade emocional/ <i>Cut-Off</i> emocional/ Posição do eu/ Fusão com os outros	-
BSI (Derogatis & Spencer, 1982; Versão portuguesa de Canavarro, 1999)	Sintomatologia psicopatológica ($\alpha > .80$, $\alpha = .97$): Somatização/ Obsessões compulsões /Sensibilidade interpessoal/ Depressão/ Ansiedade/ Hostilidade/ Ansiedade fóbica/ Ideação paranoide/ Psicoticismo/ Índice Geral de Sintomas (IGS)/ Total de Sintomas Positivos (TSP)/ Índice de Sintomas Positivos (ISP)	Populações emocionalmente perturbadas ISP ≥ 1.7
SOGS (Lesieur & Blume, 1987; Versão portuguesa de Lopes, 2009)	Comportamentos e patologia de jogo (informação indisponível, $\alpha = .91$)	Sem problemas score total = 0 Com alguns problemas score total = 1-4 Jogadores patológicos prováveis score total ≥ 5

Análise estatística

Realizaram-se testes de comparação de grupos, paramétricos (ANOVA (F) a um fator) e não paramétricos (teste do qui-quadrado (χ^2), teste exato de Fisher e respectiva análise de resíduos), recorrendo ao *software Statistical Package for Social Sciences (SPSS)*, versão 21, no âmbito da caracterização da amostra. A medida do efeito foi calculada para todas as comparações de grupos realizadas, considerando-se os seguintes valores de referência: V [.1 – efeito pequeno; .3 – efeito médio; .5 – efeito elevado (Cohen, 1992)] e η^2 [.01 – efeito pequeno; .06 – efeito médio; .14 – efeito elevado (Cohen, 1988)]. Considerou-se o nível de significância de 5% para todos os testes realizados.

Para satisfazer o objetivo principal deste estudo, utilizaram-se os *software BayesX* (Belitz, Brezger, Kneib, Lang, & Umlauf, 2012) e R (R Core Team, 2014) para estimar modelos multinomiais. Esta análise foi realizada a partir dos modelos de regressão aditivos estruturados (STAR, *Strutured Additive Regression Models*), de forma a permitir a modelação de efeitos lineares e não lineares (Brezger, Kneib, & Lang, 2005), permitindo, assim, obter resultados mais completos. Nesta análise, atendendo à dimensão reduzida do grupo JP, optou-se por utilizar apenas os totais dos instrumentos, prescindindo do estudo das respectivas subescalas. No que respeita às variáveis sociodemográficas, pelo mesmo motivo, optou-se por analisar apenas aquelas que diferenciavam os grupos, de forma estatisticamente significativa (idade, sexo, escolaridade e estado civil). Mais detalhadamente, as variáveis consideradas nos modelos foram as seguintes: 1) a variável resposta foi a severidade de jogo (SOGS total), considerando-se três grupos SP, AP e JP (em ambos os modelos a categoria JP foi a classe de referência); 2) os efeitos fixos foram o sexo (1= masculino, 0 = feminino), estado civil (1= casado, 2 = não casado) e escolaridade

(1 = ensino secundário ou menos, 0 = ensino superior); 3) as covariáveis foram a idade, o BSI-ISP, o DSI-R total, o DAS total, e o SCORE-15 total.

Resultados

Análise das características sociodemográficas

A análise da ANOVA a um fator indicou a existência de diferenças estatisticamente significativas entre os grupos no que respeita à idade [$F(2, 331) = 11.353, p < .001, \eta^2 = .07$]. Atendendo aos Post Hocs Tests (Tukey HSD), as diferenças situam-se entre os seguintes grupos: AP e SP e AP e JP, apresentando o grupo AP idades inferiores. O teste qui-quadrado indicou que os grupos também se diferenciam em relação ao sexo [$\chi^2(2, N = 331) = 50.203, p < .001, V = -.39$]. Através do Fisher Exact Test, verificaram-se diferenças estatisticamente significativas entre os grupos no que respeita à escolaridade ($p < .001, V = .24$) e estado civil ($p < .001, V = .21$). Relativamente ao sexo, atendendo à análise de resíduos, verifica-se que as diferenças entre grupos se devem essencialmente ao facto de termos mais mulheres/menos homens (resíduo 2.4/ -2.9) no grupo SP e de termos menos mulheres/mais homens no grupo JP (resíduo -3.9/ 4.6), do que o que seria esperado se as variáveis fossem independentes. No que respeita à escolaridade, verifica-se que as diferenças entre grupos se devem essencialmente ao facto de termos mais indivíduos com ensino secundário (resíduo 3.6) e menos indivíduos com mestrado (resíduo -2.9) no grupo JP do que o que seria esperado se as variáveis fossem independentes. Quanto ao estado civil, as diferenças devem-se essencialmente ao facto de termos mais divorciados no grupo JP (resíduo 3.7) do que o que seria esperado se as variáveis fossem independentes.

Análise da modelação STAR

Neste estudo foram analisados os seguintes modelos: 1) o modelo 1 que contemplou todos os participantes e, por isso, não considerou a variável DAS (exclusiva para casados);

2) e o modelo 2 que considerou apenas os participantes casados e todas as variáveis. Optou-se por apresentar apenas os resultados do modelo 1. As razões subjacentes a esta escolha prendem-se com o seguinte: 1) o comportamento de todas as variáveis é semelhante em ambos os modelos; 2) o DSI-R e o DAS apresentam um comportamento coincidente em ambos modelos, corroborando a forte associação positiva entre a diferenciação do *self* e a conjugalidade, descrita na literatura (Peleg, 2008; Skowron, 2000); 3) o modelo 1 utiliza uma amostra de maiores dimensões, permitindo, ainda, a análise (indireta) dos aspetos da conjugalidade, através do DSI-R, e evitando a repetição de resultados (uma vez que os modelos são muito semelhantes).

Feita esta clarificação, passemos à análise detalhada dos resultados do modelo 1. A variável dependente é uma variável categórica de 3 níveis, Y_j , representando cada um dos tipos de jogadores considerados neste estudo, SP (1), AP (2) e JP (3). Para as variáveis independentes foram considerados como efeitos fixos as variáveis sexo (1 = masculino, 0 = feminino), casado (1 = sim, 0 = não) e escolaridade (1 = ensino secundário ou menos, 0 = ensino superior) e como covariáveis as variáveis idade (anos), BSI-ISP, DSI-R, SCORE-15. O modelo multinomial pode assim ser definido da seguinte forma:

$$\eta_{jr} = f_{r1}(idade_j) + f_{r2}(BSI - ISP_j) + f_{r3}(DSI - R_j) + f_{r4}(SCORE - 15_j) + \gamma_{r0} + \gamma_{r1}sexo_j + \gamma_{r2}casado_j + \gamma_{r3}escolaridade_j, \quad (1)$$

sendo o preditor aditivo definido por $\eta_{jr} = \log\left(\frac{\pi_{jr}}{\pi_{jR}}\right)$, para $j = 1, \dots, 331$ e $r = 1, 2$. Os termos π_{jr} e π_{jR} representam, respetivamente, a probabilidade de ocorrência para o tipo de jogador r , $r = 1$ e 2 e a probabilidade de ocorrência para o JP, a classe de referência R. As funções $f_{ir}(\cdot)$, $i = 1, \dots, 4$, são funções de suavização estimadas a partir de P-Splines Bayesianos cúbicos (Lang & Brezger, 2004; Brezger & Lang, 2006) com uma penalização

definida por um passeio aleatório de segunda ordem com 20 nós internos. Os coeficientes γ_{rc} , $c = 1, \dots, 3$, representam os efeitos fixos associados a cada variável categórica para o r -ésimo tipo de jogador ($r = 1, 2$). Os resultados da inferência do modelo seguiram uma abordagem empírica Bayesiana (*Empirical Bayesian*) baseada numa inferência de verosimilhança penalizada para a estimação dos coeficientes do modelo e numa estimação de máxima verosimilhança restrita (REML, *restricted maximum likelihood estimation*) para a estimação das componentes de variância (Kneib, 2006; Fahrmeir & Lang, 2001).

O quadro 3 apresenta as estimativas dos coeficientes γ 's e os OR correspondentes do modelo multinomial, considerando o JP como classe de referência. Uma vez que todos os efeitos fixos são representados por variáveis binárias, os OR podem ser interpretados como um aumento/diminuição da razão das probabilidades, quando a covariável toma o valor 1 relativamente ao valor 0, ou seja, com X_{ri} representando as restantes variáveis independentes do modelo.

$$e^{\gamma_{rk}} = \frac{P(Y_j=r | X_{rk}=1; X_{ri,i \neq k})}{P(Y_j=R | X_{rk}=1; X_{ri,i \neq k})} / \frac{P(Y_j=r | X_{rk}=0; X_{ri,i \neq k})}{P(Y_j=R | X_{rk}=0; X_{ri,i \neq k})}, \quad (2)$$

Quadro 3

Estimativas dos efeitos fixos (OR) com o JP como classe de referência no modelo.

	SP	AP
Constante	3.341***	1.751***
Sexo (m)	-2.900*** (0.055)	-1.864*** (0.155)
Casado (Sim)	-0.186 (0.830)	-0.112 (0.894)
Escol. (\leq Sec.)	-1.304*** (0.271)	-1.767*(0.171)

*Significante a $p < 0.10$; ** Significante a $p < 0.05$; *** Significante a $p < 0.01$

Na comparação dos jogadores SP relativamente aos JP, os homens e os participantes com menor habilitações apresentam menor OR, estatisticamente significativo, comparativamente com as mulheres e com os participantes com ensino superior,

respetivamente. O estado civil não introduz qualquer variação estatisticamente significativa entre os grupos (SP e JP). Para a comparação dos jogadores AP relativamente aos JP, apenas o sexo é estatisticamente significativo (nível de significância de 5%), mostrando que, também nesta comparação, os homens apresentam um menor OR, estatisticamente significativo, comparativamente com as mulheres. A escolaridade e o estado civil não introduzem qualquer variação, estatisticamente significativa, entre os grupos (AP e JP).

Nos gráficos seguintes (Figura 1 a Figura 4) são apresentados os efeitos estimados para as covariáveis consideradas no modelo. Estes efeitos correspondem ao logaritmo de $\frac{\pi_{jr}}{\pi_{jR}} = \frac{P(Y_j=r)}{P(Y_j=R)}$ e respetivos intervalos de 95% de credibilidade. Um efeito positivo implica uma maior probabilidade de pertencer a uma determinada classe (SP ou AP), por comparação com a classe de referência (JP). Verifica-se o inverso se o efeito é negativo.

No que respeita à idade (Figura 1), na comparação SP-JP, o efeito é não significativo (os intervalos de credibilidade contêm o valor zero); já na comparação AP-JP verifica-se um efeito significativo linear, indicativo de que quanto mais elevada é a idade dos participantes, maior a probabilidade destes pertencerem à classe JP, sendo a idade crítica (de transição de AP para JP), aproximadamente, 40 anos. Assim, a idade constitui um fator de risco relativo a considerar, apenas quando os jogadores já apresentam alguns problemas com o jogo (AP).

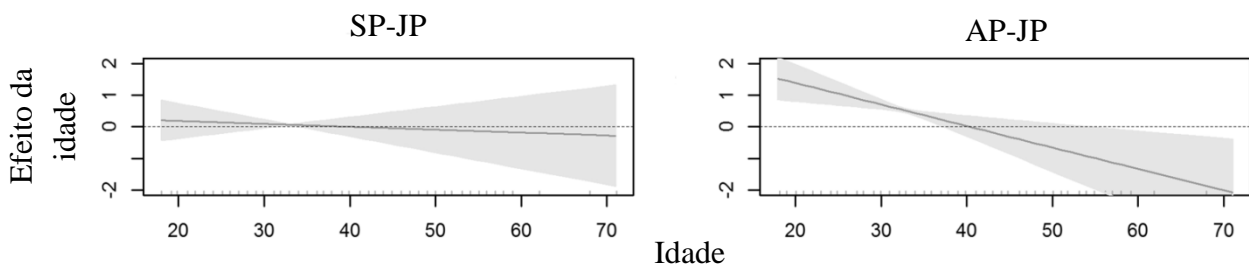


Figura 1. Gráficos do efeito estimado para a covariável idade, nas comparações SP-JP e AP-JP.

Em relação ao BSI-ISP (Figura 2), na comparação SP-JP, o efeito é significativo e não linear, ou seja, para valores mais baixos de BSI-ISP (até 1.69 aproximadamente, valor em que o limite inferior do intervalo de credibilidade é superior a zero), a razão das probabilidades de pertencer a um ou outro grupo é aproximadamente constante. Para valores mais elevados de BSI-ISP (a partir de 2.46 aproximadamente, valor em que o limite superior do intervalo de credibilidade é inferior a zero) é superior a probabilidade de pertencer ao grupo JP. Na comparação AP-JP verifica-se um efeito significativo linear, indicativo, aproximadamente a partir de 1.79, de que quanto mais elevado o BSI-ISP dos participantes, maior é a probabilidade destes pertencerem à classe JP comparativamente à probabilidade de pertencerem à classe AP. Assim, o BSI-ISP constitui um fator de risco relativo a considerar, quando os jogadores já apresentam alguns problemas com o jogo (AP), ou, no caso de não apresentarem problemas com o jogo (SP), quando os valores de BSI-ISP são consideravelmente elevados (a partir de 2.46 aproximadamente).

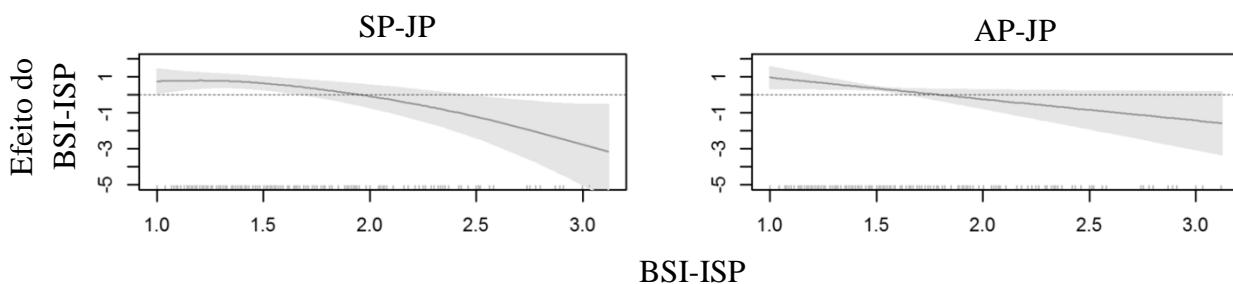


Figura 2. Gráficos do efeito estimado para a covariável BSI-ISP, nas comparações SP-JP e AP-JP.

O SCORE-15 (Figura 3) apresenta efeitos não significativos em qualquer uma das comparações de grupos, isto é, qualquer que seja o valor do SCORE-15, as probabilidades de pertença a cada um dos grupos são aproximadas.

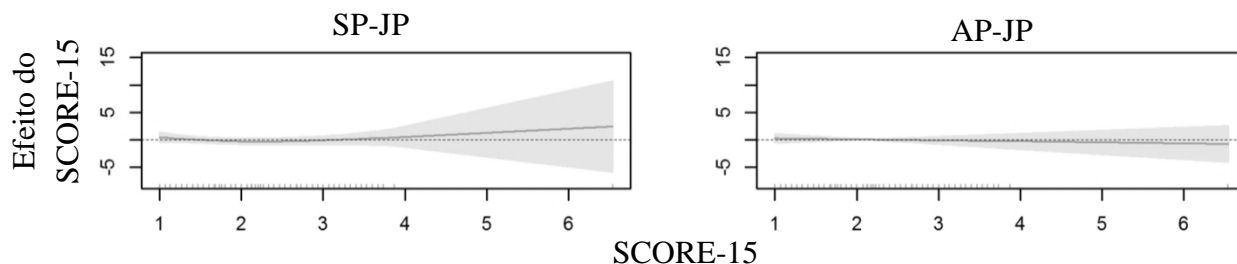


Figura 3. Gráficos do efeito estimado para a covariável SCORE-15, nas comparações SP-JP e AP-JP.

Por fim, o DSI-R (que também representa a conjugalidade, dada a semelhança de comportamento entre as covariáveis DSI-R e DAS), na comparação SP-JP, apresenta um efeito significativo não linear, ou seja, para valores mais baixos de DSI-R (até 4.63 aproximadamente, valor em que o limite inferior do intervalo de credibilidade é superior a zero), a probabilidade de pertencer a um ou outro grupo é aproximadamente igual. Para valores mais elevados, a partir de 4.63 aproximadamente, é superior a probabilidade de pertencer ao grupo SP comparativamente ao grupo JP. Na comparação AP-JP verifica-se um efeito significativo linear, indicativo de que valores elevados de DSI-R, correspondem a uma maior probabilidade dos participantes pertencerem ao grupo AP comparativamente ao grupo JP, sendo o valor crítico (de transição de AP para JP), aproximadamente, 3.82. Assim, o DSI-R constitui um fator de proteção relativo a considerar, quando os jogadores já apresentam alguns problemas com o jogo (AP), ou, no caso de não apresentarem problemas com o jogo (SP), quando os valores de DSI são consideravelmente elevados (superiores a 4.63 aproximadamente).

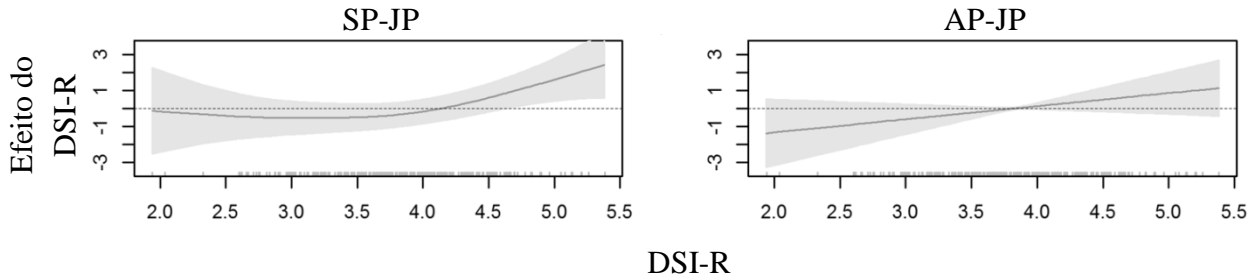


Figura 4. Gráficos do efeito estimado para a covariável DSI-R, nas comparações SP-JP e AP-JP.

Cálculo das probabilidades do tipo de jogador

O modelo multinomial proposto permite ainda o cálculo das probabilidades de um indivíduo ser classificado como um jogador SP, AP ou JP. Para tal, basta considerar as seguintes definições:

$$P(Y_j = r) = \pi_{jr} = \frac{\exp(f_{r1}(idade_j) + f_{r2}(BSI-ISP_j) + f_{r3}(DSI-R_j) + f_{r4}(SCORE-15_j) + \gamma_{r0} + x'_r \gamma_r)}{1 + \sum_{s=1}^r \exp(f_{s1}(idade_j) + f_{s2}(BSI-ISP_j) + f_{s3}(DSI-R_j) + f_{s4}(SCORE-15_j) + \gamma_{s0} + x'_s \gamma_s)} \quad (3)$$

para $r = 1, 2$ e, para a classe de referência, JP, temos

$$P(Y_j = R) = 1 - \pi_{j1} - \pi_{j2}. \quad (4)$$

Estas probabilidades foram calculadas para todas as combinações possíveis dos efeitos fixos e considerando os seguintes 3 níveis distintos de valores para as covariáveis:

- 1) mediana das idades (29 anos), mediana dos valores de ISP superiores a 1.7 (2.00), mediana dos valores inferiores ao intervalo de referência normativo do DSI-R (3.08) e mediana dos valores superiores ao intervalo de referência normativo do SCORE-15 (3.04). Condições representativas de dificuldades superiores às da população normativa (Quadro 4);
- 2) mediana das idades (29 anos), mediana dos valores de ISP inferiores a 1.7 (1.25), mediana dos valores superiores ao intervalo de referência normativo do DSI-R (4.64) e

mediana dos valores inferiores ao intervalo de referência normativo do SCORE-15 (1.27). Condições representativas de dificuldades inferiores às da população normativa (Quadro 5);

- 3) mediana das idades (29 anos), ponto médio do intervalo de referência normativo do ISP (1.7), ponto médio do intervalo de referência normativo do DSI-R (3.88) e valor de referência normativo do SCORE-15 (2.02). Condições da população normativa (Quadro 6).

A probabilidade de pertencer ao grupo de JP, sendo homem e tendo uma menor escolaridade, é superior em qualquer uma das condições (1, 2 ou 3). No entanto, verifica-se que esta probabilidade (pertencer ao grupo JP e ser homem com menor escolaridade) diminui gradualmente à medida que se consideram níveis de funcionamento individuais e familiares mais adaptativos, ou seja da condição 1) para a condição 3) e desta para a condição 2). No caso das mulheres, esta tendência é idêntica, contudo com valores de probabilidades bastante mais baixos.

As maiores probabilidades são observadas para as mulheres relativamente a pertencer ao grupo SP, sobretudo com escolaridade superior, em qualquer uma das condições (1, 2 ou 3). Em contraste, as maiores probabilidades para os homens ocorrem na classe JP com níveis de escolaridade inferiores e em condições representativas de dificuldades superiores às da população normativa e, na classe SP, agora com níveis de escolaridade superiores, em condições representativas de dificuldades inferiores às da população normativa. De notar ainda que, no caso dos homens, a probabilidade de pertencer ao grupo SP também é superior nos sujeitos com escolaridade superior, ocorrendo o inverso para os homens JP.

Quadro 4

Condições fixas: idade mediana, ISP, DSI-R e SCORE com valores representativos de dificuldades superiores às da população normativa

JP (n = 52, 15.7%)								SP (n = 162, 48.9%)								AP (n = 117, 75.3%)							
H				M				H				M				H				M			
C		NC		C		NC		C		NC		C		NC		C		NC		C		NC	
L	S	L	S	L	S	L	S	L	S	L	S	L	S	L	S	L	S	L	S	L	S	L	S
.406	.651	.370	.619	.052	.146	.044	.127	.307	.154	.337	.153	.711	.544	.730	.571	.288	.217	.294	.228	.237	.310	.226	.302

Quadro 5

Condições fixas: idade mediana, ISP, DSI-R e SCORE com valores representativos de dificuldades inferiores às da população normativa

JP (n = 52, 15.7%)								SP (n = 162, 48.9%)								AP (n = 117, 75.3%)							
H				M				H				M				H				M			
C		NC		C		NC		C		NC		C		NC		C		NC		C		NC	
L	S	L	S	L	S	L	S	L	S	L	S	L	S	L	S	L	S	L	S	L	S	L	S
.056	.142	.049	.126	.005	.014	.004	.012	.516	.355	.537	.377	.769	.656	.782	.673	.428	.503	.414	.497	.226	.330	.214	.315

Quadro 6

Condições fixas: idade mediana, ISP, DSI-R e SCORE com valores representativos da população normativa.

JP (n = 52, 15.7%)								SP (n = 162, 48.9%)								AP (n = 117, 75.3%)							
H				M				H				M				H				M			
C		NC		C		NC		C		NC		C		NC		C		NC		C		NC	
L	S	L	S	L	S	L	S	L	S	L	S	L	S	L	S	L	S	L	S	L	S	L	S
.224	.422	.201	.390	.027	.073	.023	.063	.274	.140	.296	.156	.590	.440	.610	.461	.501	.438	.503	.453	.383	.488	.368	.475

Legenda:

JP – Jogador patológico; SP – Jogador sem problemas; AP – Jogador com alguns problemas

H - Homem; M - Mulher; C - Casado; NC – Não casado; L – Licenciatura ou superior; S – Ensino secundário ou inferior

A probabilidade de um participante pertencer ao grupo AP é semelhante nas diferentes condições (1, 2 e 3). Portanto, enquanto o grupo JP e SP (extremos) parecem obedecer a um determinado “perfil” probabilístico, o grupo AP surge como o mais homogêneo.

Discussão

Este estudo pretende identificar os aspetos (sexo, idade, estado civil, escolaridade, funcionamento familiar, diferenciação do *self* (e indiretamente o ajustamento diádico) e sintomatologia psicopatológica) que apresentam uma maior probabilidade de distinguir os grupos JP, AP e SP, percebendo-se a sua relevância enquanto fatores de risco/proteção, ao longo do *continuum* de gravidade associado ao jogo.

Começando pela análise dos resultados de modelação STAR, relativos às variáveis sociodemográficas consideradas nos modelos, verificou-se que o estado civil não constitui uma variável diferenciadora dos grupos e parece não representar qualquer risco/proteção relativamente ao jogo patológico. Apesar de ser sabido que os jogadores patológicos apresentam uma maior probabilidade de serem divorciados/ separados (Black, Shaw, McCormick, & Alien, 2012), este aspeto parece ser uma consequência do próprio problema (Grant & Odlaug, 2014) e não propriamente um fator de risco. Contrariamente, no que respeita ao sexo, Johansson et al. (2009), numa revisão da literatura, aponta esta variável como um dos fatores de risco mais consistentes, estando amplamente relatado que a maior parte dos jogadores patológicos são homens (Aymami, Ibáñez, & Jiménez, 1999; Becoña, 1999; Crespo & Turón, 1999; Ladouceur, 1991), sendo apenas cerca de 1/3 desta população representada por mulheres (APA, 2002). Assim, os resultados obtidos, neste aspeto, não são surpreendentes. A escolaridade também emerge como um fator de risco importante, mais

especificamente a baixa escolaridade (ensino secundário ou inferior), sendo este resultado corroborado por diversos autores (Becoña, 1999; Kessler et al., 2008; Legarda, Babio, & Abreu, 1992). Por fim, no que respeita à idade, esta parece ser um fator de risco relevante apenas quando os jogadores já têm alguns problemas (AP) (idades superiores, associam-se a uma maior probabilidade de ser JP). De facto, Granero et al., (2014) verificaram que a idade influencia as dificuldades associadas ao jogo, sendo que pacientes mais velhos apresentam problemas mais graves e mais diversificados (e.g., sintomatologia psicopatológica). Apesar disso, a literatura é consensual ao considerar idades mais jovens (inferiores a 29 anos) como um elevado fator de risco para o jogo patológico (Johansson et al., 2009).

Passemos às variáveis BSI (sintomatologia psicopatológica), DSI-R [diferenciação do *self* - implica a harmonia entre a intimidade e a autonomia nas relações com outros significativos (e.g., cônjuge, família de origem) (Rodríguez-González, 2009)] e SCORE-15 (forças, dificuldades e comunicação familiares). O resultado mais surpreendente prende-se com o funcionamento familiar (SCORE-15). Seria de esperar que à medida que aumentassem as dificuldades familiares, aumentasse também a probabilidade de pertencer ao grupo de AP/ JP, uma vez que a literatura relata unanimemente a presença de problemas diversos a este nível. Por exemplo, gestão de emoções e afetos, mais especificamente no que respeita à sua expressão e comunicação, regras e papéis familiares pouco claros, pobreza comunicacional, muitas vezes pautada por discussões e mentiras, entre outros (Kalischuk, Nowatzki, Cardwell, Klein, & Solowoniuk, 2006). No entanto, alguns estudos portugueses (Cunha & Relvas, 2014; Cunha, de Sousa, Fonseca, & Relvas, 2015) têm vindo a indicar que as dificuldades de funcionamento familiar apenas surgem nas formas

mais severas do jogo patológico, não permitindo distinguir os JPs de outros jogadores (SP ou AP), nesta variável, tal como acontece neste estudo. Já a sintomatologia psicopatológica (ISP-BSI) e a diferenciação do *self* (DSI-R) permitem distinguir ambos os pares de comparações (SP-JP / AP-JP), sendo o seu comportamento muito semelhante. Ou seja, estas variáveis constituem um fator de risco/proteção relativo, quando já existem problemas com o jogo (AP), caso contrário (SP), é necessário atingir níveis mais elevados de dificuldade (ISP superior a 2.46, aproximadamente) ou de força/ competência (DSI-R total superior a 4.63, aproximadamente) para que o respetivo efeito de risco ou proteção se verifique. Estes resultados prendem-se com o próprio “perfil” probabilístico do grupo AP, surgindo como o mais homogéneo. Portanto, independentemente das características sociodemográficas e psico-relacionais, a probabilidade de apresentar alguns problemas com o jogo é semelhante. Isto pode indicar que este tipo de jogador representa um nível de “transição/indefinição”. Ou seja, se considerarmos o *continuum* de gravidade associado ao jogo, os AP constituem um nível de transição para os JP e de regressão para os SP. Efetivamente, os autores sugerem que este *continuum* pode ser percorrido em ambos os sentidos (Ladouceur, 2002) e, apesar de ser mais evidente o crescendo de gravidade (porque a literatura se tem focado no desenvolvimento da patologia), o inverso (de forma natural, isto é, sem intervenção especializada) também começa a ganhar relevância empírica, através dos casos de remissão espontânea (Slutske, 2006). De facto, cerca de 35% das pessoas com uma história do jogo patológico recupera naturalmente dos seus problemas, sugerindo que o jogo patológico nem sempre segue um curso crónico e persistente (Slutske, 2006). Assim, admitindo que os APs constituem um nível de transição para os JP e de regressão para os SP, é natural que tanto os fatores de risco como de proteção tenham um

maior “peso” no grupo (AP), do que num grupo onde não existe qualquer problema com o jogo (SP). Isto prende-se com o próprio conceito de risco dinâmico (Cowan et al., 1996), anteriormente referido.

Passando ao “perfil” probabilístico do grupo com maior severidade de jogo (JP), parece que o jogador patológico tende a ser homem, com uma escolaridade igual ou inferior ao ensino secundário, independentemente das condições psico-relacionais (mais ou menos adaptativas). Estes dados estão de acordo com a literatura (Becoña, 1999, Kessler et al., 2008). No entanto, é mais provável ser jogador patológico (homem e com baixa escolaridade) quando o funcionamento psico-relacional (BSI, DSI-R) é menos adaptativo, indicando que estes aspetos podem constituir fatores de risco concorrentes. De facto, os aspetos psico-relacionais surgem na literatura como importantes fatores de risco para o jogo patológico (Johansson et al., 2009). Mais uma vez, este resultado remete para o conceito de risco dinâmico, mostrando a importância de outras variáveis (como, neste caso, o BSI e o DSI-R) na moderação dos fatores de risco/proteção em causa (Cowan et al., 1996). As mulheres JP parecem ser uma minoria (aspeto anteriormente discutido) e tal como os homens JP tendem a apresentar uma escolaridade inferior, sendo mais provável ser jogadora patológica (com escolaridade inferior) quando as condições psico-relacionais são menos adaptativas.

O “perfil” probabilístico dos SPs segue, em termos gerais, uma lógica complementar do perfil anterior (JP), o que se compreende, uma vez que constituem os extremos do referido *continuum* de severidade de jogo. Assim, os jogadores sem problemas tendem a ser mulheres, com escolaridade superior, independentemente das condições psico-relacionais (mais ou menos adaptativas). Para além disso, os homens com escolaridade

superior (licenciatura ou superior), em condições representativas de dificuldades inferiores à da população normativa também “caracterizam” este grupo de jogadores. Ou seja, parece que os homens têm que reunir um maior número de condições “ótimas” (para além da escolaridade), nomeadamente em termos de funcionamento psico-relacional, para integrarem o grupo SP.

Em suma, os aspetos que apresentam uma maior probabilidade de distinguir os grupos JP, AP e SP são: 1) entre as variáveis sociodemográficas, o sexo, a escolaridade e a idade; e 2) entre as variáveis psico-relacionais, a diferenciação do *self* (e indiretamente o ajustamento diádico) e a sintomatologia psicopatológica. No que respeita à sua relevância enquanto fator de risco/ proteção, o sexo e a escolaridade destacam-se, percebendo-se que o seu papel é dinâmico e interdependente da gravidade de jogo e/ou dos aspetos psico-relacionais considerados. O valor do risco/proteção é mais saliente quando já existem alguns problemas com o jogo.

Referências

- American Psychiatric Association. (2002). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed., text rev.). Washington, DC, USA: Author.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). Washington, DC, USA: Author.
- American Psychological Association (2002). *Ethical principles of psychologists and code of conduct*. Washington, DC, USA.
- Ashley, L. L., & Boehlke, K. K. (2012). Pathological gambling: A general overview. *Journal of Psychoactive Drugs*, 44(1), 27-37. doi:10.1080/02791072.2012.662078
- Aymami, M., Ibáñez, A., & Jiménez, S. (1999). Epidemiología del juego patológico en un programa de tratamiento profesional. *Anuário de Psicología*, 3, 21-31.
- Becoña, E. (1999). Epidemiología del juego patológico en España. *Anuário de Psicología*, 3, 7-19.
- Belitz, C., Brezger, A., Kneib, T., Lang, S., & Umlauf, N. (2012). *BayesX: Software for Bayesian Inference in Structured Additive Regression Models. Version 2.1*. Retrieved from <http://www.BayesX.org/>
- Black, D. W., Shaw, M. C., McCormick, B. A., & Alien, J. (2012). Marital status, childhood maltreatment, and family dysfunction: A controlled study of pathological gambling. *Journal of Clinical Psychiatry*, 73(10), 1293-1297.
- Breen, H. (2011). Risk and protective factors associated with gambling consequences for Indigenous Australians in north Queensland. *International Journal of Mental Health and Addiction*, 10(2), 258-272. doi: 10.1007/s11469-011-9315-8

- Brezger, A., & Lang, S. (2006). Generalized additive regression based on Bayesian P-splines. *Computational Statistics & Data Analysis*, *50*, 967-991.
- Brezger, A., Kneib, T., & Lang, S. (2005). BayesX: Analyzing bayesian structured additive regression models. *Journal of Statistical Software*, *14*, 1-22.
- Bolen, D. W., & Boyd, W. H. (1968). Gambling and the gambler. A review and preliminary findings. *Arch Gen Psychiatry*, *18*(5):617-30.
- Canavarro, M. C. (1999). Inventário de Sintomas Psicopatológicos: BSI. In M. Simões, M. Gonçalves, & L. Almeida (Eds.), *Testes e provas psicológicas em Portugal* (Vol. 2, pp. 95-109). Braga, Portugal: APPORT/SO.
- Ciarrocchi, J. W. (2001). *Counseling problem gamblers: A self-regulation manual for individual and family therapy*. San Diego, CA, USA: Academic Press.
- Cohen, J. (1992). Power primer. *Psychological Bulletin*, *112*(1), 155-159.
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences*. Hillsdale, NJ, England: Erlbaum.
- Cowan, P. A., Cowan, C. P., & Schulz, M. S. (1996). Thinking about risk and resilience in families. In E. M. Hetherington, & E. A. Blechman (Orgs.), *Stress, coping and resiliency in children and families* (pp. 1-38). New Jersey: Lawrence Erlbaum.
- Crespo, J., & Turón, V. (1999). Tratamiento farmacológico del juego patológico. *Anuário de Psicología*, *3*, 137-146.
- Cunha, D., & Relvas, A. P. (2014). *Pathological gambling, psychopathology and family variables in a non-clinical sample*. Manuscrito submetido para publicação.

- Cunha, D., de Sousa, B., Fonseca, G., & Relvas, A. P. (2015). *Gambling behavior severity and psychological, family and contextual variables: A comparative analysis study*. Manuscrito submetido para publicação.
- Derogatis, L. R., & Spencer, P. M. (1982). *Administration and procedures: BSI. Manual I*. Baltimore, MD, USA: Clinical Psychometric Research.
- Desai, R. A., & Potenza, M. N. (2008). Gender differences in the associations between past-year gambling problems and psychiatric disorders. *Social Psychiatry & Psychiatric Epidemiology*, 43(3), 173-183. doi:10.1007/s00127-007-0283-z
- 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(13). doi:10.4309/jgi.2005.13.6
- Fahrmeir, L., & Lang, S. (2001). Bayesian Inference for Generalized Additive Mixed Models Based on Markov Random Fields Priors. *Journal of the Royal Statistical Society Series C-Applied*, 50(2), 201-220.
- Ferentzy, P., & Turner, N. E. (2013). *The history of problem gambling: Temperance, substance abuse, medicine, and metaphors*. New York, NY, USA: Springer Science + Business Media. doi:10.1007/978-1-4614-6699-4
- Goodman, L. A. (1961). Snowball sampling. *Annals of Mathematical Statistics*, 32(1), 148-170. doi:10.1214/aoms/1177705148
- Granero, R., Penelo, E., Stinchfield, R., Fernandez-Aranda, F., Savvidou, L. G., Fröberg, F., & ... Jiménez-Murcia, S. (2014). Is pathological gambling moderated by age? *Journal Of Gambling Studies*, 30(2), 475-492.

- Grant, J. E., & Odlaug, B. L. (2014). Diagnosis and treatment of gambling disorder. In K. P. Rosenberg, L. Curtiss Feder, K. P. Rosenberg, & L. Curtiss Feder (Eds.), *Behavioral addictions: Criteria, evidence, and treatment* (pp. 35-59). San Diego, CA, US: Elsevier Academic Press. doi:10.1016/B978-0-12-407724-9.00003-3
- Instituto Nacional de Estatística (INE). (2009). *Tipologia de áreas urbanas*. Acedido em <http://smi.ine.pt/Versao/Detalhes/1961>
- Johansson, A., Grant, J. E., Won Kim, S., Odlaug, B. L., & Göttestam, K. G. (2009). Risk factors for problematic gambling: A critical literature review. *Journal of Gambling Studies*, 25(1), 67-92. doi:10.1007/s10899-008-9088-6
- Kalischuk, R., Nowatzki, N., Cardwell, K., Klein, K., & Solowoniuk, J. (2006). 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.
- Kneib, T. (2006). *Mixed model based inference in structured additive regression* (Doctoral dissertation). Faculty of Mathematic, Informatic and Statistic of Ludwig-Maximilians. Munchen.
- Ladouceur, R. (1991). Prevalence of pathological gamblers in Quebec, Canada. *Canadian Journal of Psychiatry*, 36, 732-734.
- Ladouceur, R. (2002). Understanding gambling and problem gambling: a step in the right direction. *AGA Responsible Gaming, Lecture Series, 1*, 1-10.

- Lang, S., & Brezger, A. (2004). Bayesian P-splines. *Journal of Computational and Graphical Statistics*, *13*, 183-212.
- Legarda, J., Babio, R., & Abreu, J. (1992). Prevalence estimates for pathological gambling in Seville (Spain). *British Journal of Addictions*, *87*, 767-770.
- Lesieur, H. R., & Blume, S. B. (1987). The South Oaks Gambling Screen (SOGS): A new instrument for the identification of pathological gamblers. *American Journal of Psychiatry*, *144*(9), 1184-1188.
- Lourenço, M. (2006). *Casal: Conjugalidade e ciclo evolutivo* (Tese de doutoramento não publicada). Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade de Coimbra, Portugal.
- Lupton, D. (1999). *Risk*. London and New York: Routledge.
- Major, S., Rodríguez-González, M., Miranda, C., Rousselot, M., & Relvas, A. P. (2014). Inventário de Diferenciação do Self – Revisto. In A. P. Relvas & S. Major (Eds.), *Avaliação familiar: Funcionamento e intervenção* (Vol. I, pp. 81-111). Coimbra, Portugal: Imprensa da Universidade de Coimbra.
- Oliveira, M. P., Silveira, D. X., & Silva, M. T. (2008). Jogo patológico e suas consequências para a saúde pública [versão eletrônica]. *Rev. Saúde Pública*, *42*, 3, 542-549.
- Peleg, O. (2008). The relation between differentiation of self and marital satisfaction: What can be learned from married people over the course of life? *Academic Medicine*, *84*(10), 388-401.
- Perese, L., Bellringer, M., & Abbott, M. (2005). *Literature review to inform social marketing and approaches, and behaviour change indicators, to prevent and minimise*

- gambling harm* (Report). Retrieved from Auckland University of Technology, Gambling Research Centre website: <http://www.hsc.org.nz/pdfs/LiteratureReview-Final.pdf>
- Pesce, R. P., Assis, S. G., Santos, N., & Oliveira, R. V. C. (2004). Risco e proteção: em busca de um equilíbrio promotor de resiliência. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 20(2), 135-143. Acedido em <http://www.bvsde.paho.org/bvsacd/cd26/a06v20n2.pdf>
- Petry, N. M. (2005). *Pathological gambling: Etiology, comorbidity, and treatment*. Washington, DC, USA: American Psychological Association. doi:10.1037/10894-000
- Potenza, M. N. (2013). Neurobiology of gambling behaviors. *Current Opinion in Neurobiology*, 23(4), 660-667. doi: 10.1016/j.conb.2013.03.004
- R Core Team (2014). *R: A Language and Environment for Statistical Computing*. Vienna, Austria: R Foundation for Statistical Computing. Retrieved from <http://www.R-project.org/>
- Rodríguez-González, M. (2009). El desarrollo afectivo y la construcción de la relación de pareja: estudio sobre la relación entre la Diferenciación del Self, la Satisfacción Marital y el Funcionamiento Familiar (Diploma de Estudios Avanzados não publicado). Universidad Pontificia Comillas, Madrid, Espanha.
- Simões, J. (2008). *Qualidade de vida: Estudo de validação para a população portuguesa* (Tese de Doutoramento não publicada). Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade de Coimbra, Portugal.
- Skowron, E. A. (2000). The role of differentiation of self in marital adjustment. *Journal of Counseling Psychology*, 47(2), 229-237. doi:10.1037/0022-0167.47.2.229

- Skowron, E. A., & Schmitt, T. A. (2003). Assessing interpersonal fusion: Reliability and validity of a new DSI fusion with others subscale. *Journal of Marital and Family Therapy*, 29(2), 209-222.
- Slutske, W. S. (2006). Natural recovery and treatment-seeking in pathological gambling: results of two U.S. national surveys. *The American Journal of Psychiatry*, 163(2), 297-302. doi:10.1176/appi.ajp.163.2.297
- Spanier, G. B. (1976). Measuring dyadic adjustment: New scales for assessing the quality of marriage and similar dyads. *Journal of Marriage and the Family*, 38(1), 15–28.
- Subramaniam, M., Wang, P., Soh, P., Vaingankar, J. A., Chong, S. A., Browning, C. J., & Thomas, S. A. (2015). Prevalence and determinants of gambling disorder among older adults: A systematic review. *Addictive Behaviors*, 41, 199-209. doi:10.1016/j.addbeh.2014.10.007
- 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. <http://dx.doi.org/10.1111/j.1467-6427.2010.00507.x>
- Vachon, J., Vitaro, F., Wanner, B., & Tremblay, R. E. (2004). Adolescent Gambling: Relationships With Parent Gambling and Parenting Practices. *Psychology Of Addictive Behaviors*, 18(4), 398-401. doi:10.1037/0893-164X.18.4.398
- Vilaça, M., Silva, J., & Relvas, A. P. (2014). Systemic Clinical Outcome Routine Evaluation (SCORE-15). In A. P. Relvas & S. Major (Eds.), *Avaliação familiar: Funcionamento e intervenção* (Vol. I, pp. 25-47) Coimbra, Portugal: Imprensa da Universidade de Coimbra.

Weinstock, J., Massura, C. E., & Petry, N. M. (2013). Professional and pathological gamblers: Similarities and differences. *Journal of Gambling Studies*, 29(2), 205-216.
doi:10.1007/s10899-012-9308-y

Werner, E. E. (1993). Risk, resilience, and recover: Perspectives from the Kauai longitudinal study. *Development and Psychopathology*, 5, 503-515.

DISCUSSÃO INTEGRADORA

Esta discussão consiste numa reflexão holística sobre os resultados principais desta investigação sobre a relação entre Jogo Patológico e variáveis individuais, relacionais e contextuais: características dos jogadores patológicos (segundo objetivo), comparação sobre a perspectiva de jogadores patológicos com a de cônjuges de jogadores patológicos (terceiro objetivo), identificação de fatores de risco para o jogo patológico (quarto objetivo), reavaliação do MSIJP (quinto objetivo). Pretende-se, ainda retirar implicações para a intervenção (sexto objetivo) (cf. Introdução). Apesar de integrar os resultados dos diferentes estudos, não se esgota nos mesmos, mostrando que, de facto, a totalidade é mais do que soma das partes que a compõem (Von Bertalanffy, 1975).

SOBRE O JOGO PATOLÓGICO VISTO COMO UM *TSUNAMI*... METAFORIZANDO

Antes de proceder à discussão integradora dos principais resultados desta investigação, começarei por explicar a escolha da imagem de capa. Trata-se de uma peça desenvolvida pela ceramista Jennifer McCurdy, designada por *Tsunami Bowl*. A escolha desta imagem prende-se com o desafio assumido nesta discussão que consiste em enquadrar conceptualmente o jogo patológico, problema transversal aos diferentes estudos desenvolvidos, comparando-o metaforicamente com um *tsunami*. Assim, sendo, porquê esta imagem e não outra, eventualmente até mais concreta no que respeita à representação de um *tsunami*? Essencialmente por três motivos: 1) o *tsunami* jogo patológico, muitas vezes, atinge a costa, sem que as pessoas próximas do jogador (e.g., familiares, amigos) se apercebam disso, verificando-se, inclusivamente, efeitos de negação no próprio jogador; 2) a peça apresenta uma forma que visualmente

remete para um remoinho, ilustrando a espiral auto recursiva que agrava e mantém o problema; e finalmente, 3) transmite a mensagem de que mesmo as piores catástrofes, com todo o sofrimento e destruição que acarretam, podem ser recontadas numa bela peça de arte.

Feita esta breve introdução, passemos à análise conceptual do jogo patológico ou deverei antes escrever transtorno de jogo ou adição ao jogo ou problema de jogo ou jogo compulsivo...? (*Tsunami*, marmoto, onda gigante, vaga volumosa...?) De facto, o modo como este problema é referido na literatura não é consensual...No entanto, existem algumas linhas (des)orientadoras. Segundo alguns autores (Jazaeri & Bin Habil, 2012; Moore, 2002; Raylu & Oei, 2002; Rosenthal, 1989), o termo “problema jogo” deve usar-se para designar uma gravidade inferior, ou seja, aquela que antecede o jogo patológico. No entanto, outros autores (Abbott, Palmisano, & Dickerson, 1995; Vitaro, Arseneault, & Trembley, 1997), simplificando e, também, com o objetivo de despatologizar o termo, utilizam “problema jogo” para se referirem ao jogo patológico (neste trabalho, utiliza-se “problema jogo” e “jogo patológico” como sinónimos). Mas, para além disto, desde 2013, que o termo “jogo patológico” deixou de ser o mais atual, uma vez que na quinta edição do Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais (DSM-V) (American Psychiatric Association (APA), 2013), passa a ser designado por “transtorno de jogo” (*gambling disorder*), com o objetivo de eliminar o caráter pejorativo do primeiro (Petry, 2010; Reilly & Smith, 2013). Neste trabalho, esta designação não é utilizada, uma vez que tornaria o processo de escrita menos fluente, dada a sua recente integração no vocabulário científico sobre o tema. O termo “jogo compulsivo” teve a sua origem na Associação Americana de Jogadores Anónimos e é muito utilizado nesta comunidade (Clímaco, 2003), no entanto, já há muito que se discute a sua adequação, dadas as semelhanças

(sintomatologia, base biológica, tratamento) e elevada comorbilidade, evidentes empiricamente, entre este problema e outros problemas aditivos (Grant, Potenza, Weinstein, & Gorelick, 2010). Atualmente, o DSM-V (APA, 2013), classifica este problema na categoria *Substance-Related and Addictive Disorders*, tendo abandonado a anterior classificação, como Perturbação do Controle dos Impulsos não Classificadas Noutro Lugar. Para além desta nova designação e categorização, verificaram-se as seguintes mudanças no diagnóstico deste problema, comparativamente com a quarta edição revista do DSM (DSM-IV-TR) (APA, 2002): 1) reduziu-se o número de critérios de diagnóstico de quatro para cinco, eliminando-se o critério “atos ilegais” [“envolvimento em atividades ilegais (...) para financiar o jogo”]; 2) a expressão “preocupação com o jogo (...)” foi reforçada [“*is often preoccupied (...)*”]; 3) “o jogo pode funcionar como uma forma de escape (...)” passou a “joga quando se sente angustiado (...)” [“(.) *feeling distressed (...)*”]; e 4) clarifica-se que as tentativas de resgate das perdas são persistentes e a longo prazo (Reilly & Smith, 2013).

Portanto, atendendo ao DSM-5 (APA, 2013), transtorno de jogo (jogo patológico) corresponde a um comportamento de jogo problemático, persistente e recorrente, associado a um sofrimento clinicamente significativo, indicado pela presença de quatro (ou mais) dos seguintes critérios (resumidamente apresentados), num período de 12 meses: 1) apostar quantidades crescentes de dinheiro; 2) agitação ou irritação quando tenta reduzir ou parar de jogar; 3) tentativas infrutíferas para controlar ou parar de jogar; 4) preocupação constante com o jogo; 5) joga quando se sente angustiado; 6) volta para resgatar as perdas; 7) esconde a extensão do envolvimento com o jogo; 8) colocou em risco ou perdeu um relacionamento significativo, emprego, entre outros, devido ao jogo; 9) depende de outros para aliviar a situação financeira causada pelo jogo. Analisando estes critérios,

globalmente, retratam uma situação de descontrolo, de subordinação ao problema, quase de impotência, como um *tsunami* que avança, destrói, abranda e retorna, deixando um rasto de devastação.

Felizmente, a maior parte das vezes, as ondas grandes não são *tsunamis*, tal como, a maior parte dos jogadores não são patológicos (Ashley & Boehlke, 2012; Dickson-Swift, James, & Kippen, 2005; Weinstock, Massura, & Petry, 2013). Assim, a forma como os jogadores se relacionam com o jogo parece variar ao longo de um *continuum* de gravidade, desde o jogador social ou profissional, passando pelo jogador problema até ao jogador patológico (Ochoa & Labrador, 1994). Para além desta, uma das mais consensuais, existem diversas tipologias de jogadores, documentadas na literatura sobre o jogo (e.g., Ladouceur, 2002; Shaffer, Bilt, & Hall, 1999), incluindo a apresentada no primeiro capítulo [(tipologia relacional com o jogo a dinheiro (Cunha & Relvas, 2014)] que considera os seguintes tipos relacionais: ausência de relação, relação de domínio controlado, relação de subordinação parcial e relação de subordinação integral. Assim sendo, como é que algumas relações com jogo são apenas ondas que “enrolam o seu verde movimento e chamam a alva' spuma no moreno das praias” (Ricardo Reis *in Odes*) e outras se tornam *tsunamis*...?

Um *tsunami*, em termos pouco (ou mesmo nada) técnicos, acontece após um desequilíbrio/movimento das placas tectónicas, o que conduz ao deslocamento de uma coluna de água. Da mesma forma, o jogo patológico ganha espaço para se desenvolver quando os aspetos contextuais, familiares, conjugais, individuais e até o próprio acaso se conjugam de uma forma favorável ao aparecimento do problema (diferente da conjugação que ocorreria caso as “placas tectónicas” estivessem em equilíbrio) (Ausloos, 2003). Contudo, o princípio da equifinalidade torna esse desenvolvimento

imprevisível. Da mesma maneira, é possível saber quais as regiões mais propensas à ocorrência de *tsunamis*, no entanto, é muito difícil prever com antecedência e exatidão, o momento e local da sua ocorrência. Nesse caso de que serve conhecer os fatores que podem vulnerabilizar os indivíduos para o desenvolvimento do jogo patológico? Diria que são úteis numa lógica probabilística, ou seja, mesmo sabendo que muitos jogadores se tornam patológicos sem terem na sua história de vida aqueles fatores de vulnerabilidade e que outros jogadores têm esses fatores de vulnerabilidade e não se tornam patológicos, também há outros que experienciam esses fatores e desenvolvem o problema. E, apesar, de constituir um contributo apenas parcelar, uma vez que não abrange todos os jogadores com problemas, conhecer esses fatores pode ajudar a melhorar a intervenção preventiva e remediativa. Mas, retomando a explicação da metáfora: uma vez desenvolvido o problema jogo, este pode ter vários graus de severidade, tal como um *tsunami* pode ter diferentes magnitudes. Para além disso, a magnitude do *tsunami* pode ser medida recorrendo a diferentes escalas, tal como as dificuldades associadas ao problema jogo, consoante sejam relatadas pelos próprios jogadores ou por cônjuges de jogadores, por exemplo. Os danos causados pelo *tsunami* são também eles diversos, podem ser mais ligeiros (e.g., casas inundadas e/ou parcialmente destruídas) ou mais severos (e.g., casas destruídas, feridos, mortos), tal como acontece no jogo patológico, como veremos mais adiante. Podem ocorrer réplicas, tal como, muitas vezes, acontecem recidivas do problema jogo. Para além destes aspetos, tal como o nome *tsunami* é enganador, uma vez que estes fenómenos nada têm que ver com as marés (do japonês *nami*), também o termo jogo patológico é “traíçoeiro”, na medida em que em si mesma, a atividade de jogar é recreativa e inócua. O que pode ou não ser patológica é a relação que o indivíduo desenvolve com essa atividade.

SOBRE OS JOGADORES PATOLÓGICOS: DIVERSIDADE(S) INDIVIDUAIS E RELACIONAIS

Os jogadores patológicos constituem um grupo heterogêneo no que respeita à gravidade das dificuldades familiares, conjugais e individuais e do próprio problema de jogo. Apesar de o *continuum* de gravidade não se verificar, empiricamente, ao longo dos diferentes níveis de gravidade de jogo (ou seja, desde os jogadores sem problemas, passando pelos jogadores com alguns problemas até aos patológicos) parece (micro)cumprir-se no que respeita ao grupo de jogadores patológicos.

Apesar de termos consciência de que os grupos amostrais dos jogadores patológicos não são sempre coincidentes nos diferentes estudos e de não termos feito comparações estatísticas entre todos os grupos (inviabilizadas, por exemplo, pelo reduzidíssimo número de sujeitos em alguns grupos/variáveis), decidimos analisar/trabalhar descritivamente os dados decorrentes dos estudos 2 (*Pathological gambling: Psychopathology and family variables in a non-clinical sample*), 3 (*Gambling behavior severity and psychological, family and contextual variables: A comparative analysis*) e 4 (*Professional gamblers: Psychopathology, individual and family characteristics*), a fim de organizar uma leitura global compreensiva da relação entre a gravidade do jogo patológico e as variáveis psicossociais estudadas sistematicamente nesses mesmos estudos. Trata-se portanto de proceder a uma articulação de dados fundamentalmente reflexiva. A primeira nota a realçar é que as áreas onde os jogadores com patologia apresentam níveis superiores de dificuldade (por comparação com os respetivos grupos “controlo”), não são as mesmas em cada um

desses estudos. Assim, os jogadores patológicos parecem organizar-se, essencialmente, por quatro subgrupos, com gravidade crescente do problema jogo e dificuldades associadas. A) Um subgrupo (essencialmente não clínico) que, apesar do seu envolvimento problemático com o jogo, mantém uma vida mais ou menos normativa, sem grandes dificuldades associadas (estudo 3, *cluster 2*). B) Um subgrupo (não clínico) que apresenta mais sintomatologia psicopatológica (BSI) do que o grupo de comparação (jogadores não patológicos), com valores muito próximos dos característicos de populações emocionalmente perturbadas (ISP = 1.66, ponto de corte = 1.70) (estudo 2). C) Um terceiro subgrupo que faz do jogo a sua profissão, talvez seguindo o conselho de Jack Dreyfus, um perito financeiro americano, *don't be born with a gambling instinct unless you have a good sense of probabilities*. Este subgrupo no que respeita aos resultados médios das principais variáveis em estudo ocupa uma posição intermédia no grupo de jogadores patológicos, apresentando mais sintomatologia psicopatológica (BSI) e mais dificuldades em termos de ajustamento diádico (DAS), do que o grupo de comparação (jogadores profissionais sem patologia) (estudo 4). D) E, por fim, um último subgrupo (jogadores clínicos e não clínicos) com patologia de jogo mais severa e com mais dificuldades tanto individuais, [não só em termos de sintomatologia psicopatológica (BSI) como de diferenciação do *self* (DSI-R)], como conjugais [ajustamento diádico (DAS)] e de funcionamento familiar (SCORE-15) (estudo 3, *cluster 1*) (Figura 7). Estes resultados são concordantes com a ideia de Martínez, Navarro e Romero (1993), se aplicada ao caso específico dos jogadores patológicos, segundo a qual, as dificuldades associadas ao jogo se fazem sentir à medida que a sua severidade aumenta.

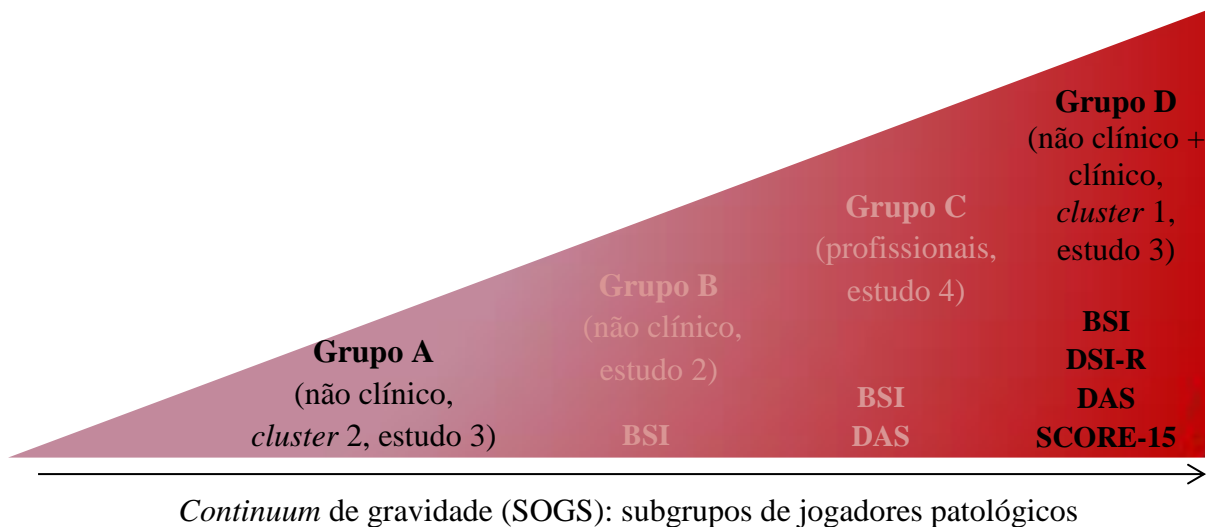


Figura 7. Representação do *continuum* de gravidade observado no grupo de jogadores patológicos, com indicação das variáveis em que se sinalizam dificuldades (análise descritiva da comparação de grupos).

Uma vez que só os subgrupos A e D, ou seja os representados nos *clusters* do estudo 3, foram comparados entre si estatisticamente, a utilização de valores de referência para a população normativa e de pontos de corte dos instrumentos foi essencial enquanto referencial de comparação (Quadro 1), dando consistência e complementando a análise descritiva anterior. Esta análise corrobora, em grande parte, a distribuição apresentada anteriormente dos jogadores patológicos, por quatro subgrupos com 1) severidade crescente de jogo patológico e 2) severidade e diversidade crescentes de dificuldades associadas. Acrescenta, no entanto, algumas diferenças no que respeita à conjugalidade: 1) a satisfação conjugal (EASAVIC) surge como uma área de dificuldade adicional no grupo D e 2) como a única área de dificuldade no grupo A; e 3) no grupo C, o ajustamento diádico (DAS) mantém-se dentro dos valores considerados normativos (apesar de na comparação de grupos – estudo 4 – constituir uma área de maior dificuldade relativa); no entanto, a satisfação conjugal (EASAVIC) mostra-se inferior à da população geral (apesar de na comparação de grupos – estudo 4 – as diferenças entre grupos não terem atingido a significância estatística).

Quadro 1.

Comparação dos valores totais dos instrumentos em cada grupo de jogadores patológicos com os valores de referência para a população normativa ou, quando existentes, com os pontos de corte.

Instrumentos	Intervalo normativo de referência ($M \pm DP$) / ponto de corte	M (total)			
		Grupo A	Grupo B	Grupo C	Grupo D
SOGS	-	7.38	8.44	9.25	10.67
BSI-ISP	≥ 1.7	1.20	1.66	1.96	2.03
EC	68.05-88.77	68.17	-	69.70	71.54
DSI-R	3.36-4.40	4.02	-	3.56	3.35
EASAVIC	177.01-239.21	175.50	-	159.26	148.50
DAS	< 100	112.81	115.50	103.50	96.89
SCORE-15	1.44-2.60	1.87	2.02	2.33	2.84
QOL-VR	51.66-74.28	67.38	70.86	59.00	55.33

Os dois grupos com severidade de jogo inferior (A e B) apresentam duas áreas de dificuldade – a sintomatologia psicopatológica (BSI) e a satisfação conjugal (EASAVIC), embora com valores muito limiares. O grupo C apresenta uma severidade intermédia de jogo e dificuldades ao nível da sintomatologia psicopatológica (BSI) e da satisfação conjugal (EASAVIC) com valores mais expressivos. E o grupo D, com a maior severidade de jogo, apresenta dificuldades (ainda mais expressivas) relacionadas com a sintomatologia

psicopatológica (BSI), a satisfação conjugal (EASAVIC), o ajustamento diádico (DAS), a diferenciação do *self* (DSI-R) e o funcionamento familiar (SCORE-15). Completando a figura 7 com estes dados obtém-se a ilustração 7.1.

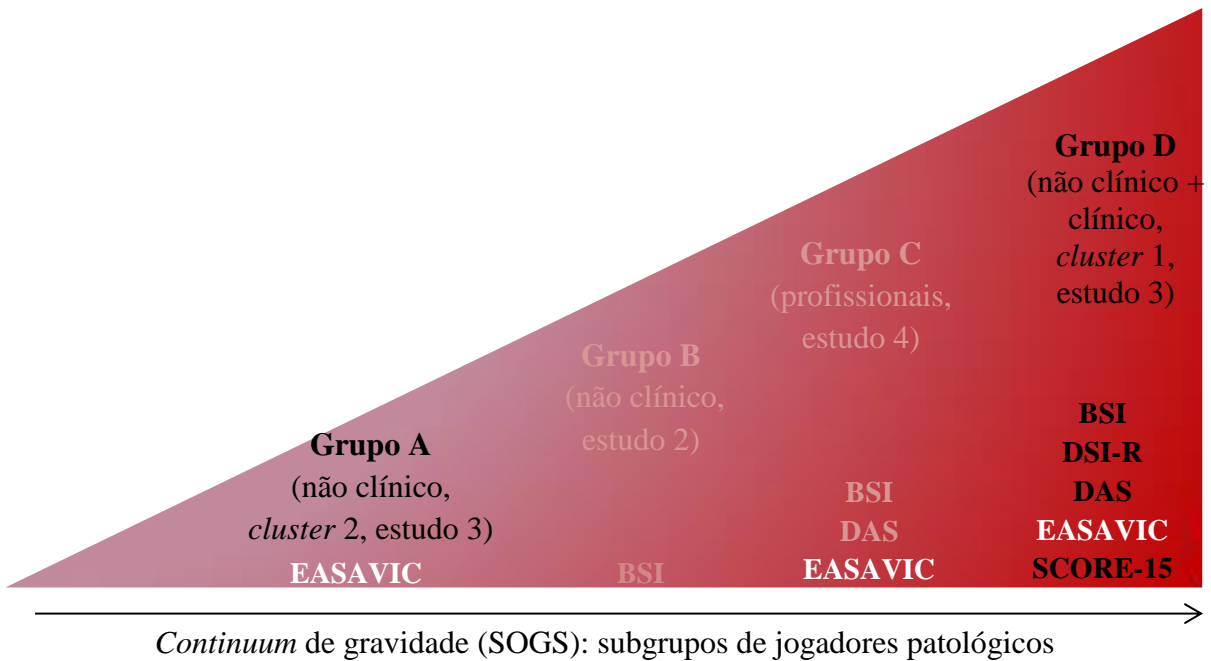


Figura 7.1. Representação do *continuum* de gravidade observado no grupo de jogadores patológicos com indicação das variáveis em que se sinalizam dificuldades (análise complementar com os valores de referência e pontos de corte).

O *tsunami* jogo patológico quando apresenta magnitudes menos elevadas parece atingir tenuemente apenas uma zona costeira (satisfação conjugal ou sintomatologia psicopatológica). À medida que a sua magnitude aumenta multiplicam-se as zonas costeiras afetadas simultaneamente e o seu efeito é mais devastador. Portanto, o jogo patológico à medida que se agrava parece associar-se a mais e mais severas dificuldades. De facto, esta associação positiva entre a severidade de jogo e a diversidade de consequências associadas já havia sido considerada por outros autores, embora de forma indireta (estudo da remissão espontânea) (Toneatto et al., 2008). Também parece que o funcionamento familiar e a diferenciação do *self*

constituem zonas com altitude mais elevada, sendo as últimas alcançadas pelo *tsunami* jogo patológico, em detrimento da satisfação conjugal e da sintomatologia psicopatológica que parecem ser as que apresentam menor altitude. Em relação a este aspeto, a literatura refere-se ao sistema conjugal como aquele que sente em primeiro lugar as dificuldades associadas ao problema jogo (Montero & Megías-Lizancos, 2011). No entanto, neste estudo, esse lugar é partilhado com a sintomatologia psicopatológica e dada a reduzida dimensão da amostra (sobretudo de jogadores casados), bem como a natureza transversal do estudo, parece pouco prudente afirmar esta lógica evolutiva. No entanto, atendendo à literatura, é uma hipótese que pode ter alguma relevância. Repare-se que os jogadores patológicos habitualmente apresentam sintomatologia psicopatológica diversa (ansiedade, depressão, entre outros), ainda que em menor escala, mesmo quando a severidade de jogo é moderada ou menos elevada (Toneatto et al. 2008). Para além disso, se o jogador é casado, é natural que o subsistema conjugal seja o seu contexto relacional mais próximo e importante, que mais o afeta e vice-versa (Relvas, 1996), associando-se-lhe, mais facilmente, os problemas de jogo (satisfação conjugal), do que ao contexto familiar. À medida que o problema se torna mais grave, provavelmente causando uma situação financeira catastrófica, multiplicam-se as dificuldades ao nível individual (sintomatologia psicopatológica e diferenciação do *self*) e conjugal (ajustamento diádico) e o problema estende-se à família (funcionamento familiar). A evidência de dificuldades ao nível da diferenciação do *self* (grosso modo associada à dependência), concomitante com a evidência das dificuldades familiares e das dificuldades conjugais (com maior severidade), corrobora a forte relação entre estes aspetos, descrita na literatura: níveis superiores de diferenciação do *self* associam-se a níveis superiores de satisfação conjugal (Peleg, 2008; Skowron, 2000) e de funcionamento familiar (Kim et al., 2014).

Esta caracterização do jogador patológico, em particular através dos resultados do estudo 4, também permitiu perceber que a maior parte (cerca de 2/3) dos jogadores profissionais não apresenta qualquer problema relacionado com o jogo, como seria de esperar, atendendo às características específicas e distintivas destes indivíduos (e.g., disciplina) (Weinstock et al., 2013). No entanto, o jogo profissional parece constituir um contexto de potencial risco para o desenvolvimento de relações patológicas com o jogo. Note-se que, em Portugal, segundo Lopes (2009), a prevalência de jogo patológico é idêntica à da maioria dos países europeus [e.g., Espanha apresenta uma taxa de prevalência entre 1.4% e 1.7% (Iglesias, 1999)]. Ora, numa amostra de 41 jogadores profissionais (estudo 4), se o risco de desenvolver jogo patológico fosse semelhante ao da população geral, no máximo 1 jogador apresentaria problemas com o jogo (em detrimento dos 12 identificados). Obviamente que o método de seleção da amostra, mais especificamente a auto-classificação como jogador profissional, pode ter aumentado este número. No entanto, não deixa de ser um dado relevante. Percebeu-se, ainda, que os jogadores não patológicos (grupos de comparação dos estudos 2 a 4) parecem constituir um grupo relativamente homogéneo, na medida em que não apresentam problemas associados com o jogo, mesmo aqueles que, segundo o SOGS, se classificam como jogadores com alguns problemas de jogo (estudo 3). São jogadores profissionais ou sociais e, neste último caso, ocasionais, que percebem que perder é a consequência mais frequente de jogar (Clímaco, 2003).

Em suma, os jogadores patológicos constituem um grupo heterogéneo com diferentes severidades do problema jogo. Parece haver uma relação positiva entre o aumento da gravidade do jogo patológico e da quantidade e intensidade de dificuldades individuais, conjugais e familiares associadas. A ordem pela qual estas dificuldades se fazem notar parece colocar as dificuldades familiares e a diferenciação do *self* em último lugar. Este aspeto evidencia que os

níveis do MSIJP não são estanques, são apenas organizadores, uma vez que variáveis consideradas na esfera individual (como por exemplo a diferenciação do *self*) apresentam um forte caráter relacional.

SOBRE O PAR JOGADOR PATOLÓGICO-CÔNJUGE: DUALIDADE(S) PERCETIVA(S)

As áreas conjugal e familiar são pouco consensuais entre jogador(es) e cônjuge(s), sendo a perspetiva do(s) primeiro(s) menos marcada pelo défice ou mais otimista do que a do(s) segundo(s). Como se percebeu ao longo deste projeto, tanto pela dificuldade inicial em recrutar casais participantes, como pelos resultados dos estudos posteriores (estudo 3), o problema jogo é localizado na esfera individual, tanto pelos próprios jogadores patológicos como pelos jogadores não patológicos. Ora se o principal problema familiar “sou eu” (perspetiva do jogador), torna-se mais difícil evocar/reconhecer as dificuldades familiares e conjugais [*“sinto um pouco o peso do irresponsável, se tivesse sido mais responsável não estaríamos nesta situação”/“falhei nas decisões que me diziam respeito”* – unidades de registo contabilizadas no tema “auto-perceção de irresponsabilidade/falha” (jogador, estudo 5: *The pathological gambler and his spouse: How do their narratives match?*)]. É um pouco o acontece com algumas vítimas de violência na intimidade – “o problema é o álcool porque de resto é um bom marido”. Este processo (efeito de idealização/alívio da culpa) é concordante com as características de negação, reconhecidas nos jogadores patológicos que os leva a não reconhecer o problema jogo e outros que lhe estejam associados (efeito de negação). Por outro lado, se os cônjuges consideram que o jogador e o seu problema são a principal dificuldade familiar [*“ele (o jogador) põe em causa o futuro dos filhos...por exemplo perdi a terapia da fala (do filho) porque não havia*

dinheiro(...)” – unidade de registo contabilizada no tema “dificuldades financeiras” (cônjuge, estudo 5)], facilmente amplificam as dificuldades familiares e conjugais, colocando a lente da raiva e da retaliação [*“passa-me tudo pela cabeça...até matá-lo. Sinto zanga (...)*”– unidade de registo contabilizada no tema “zanga, raiva, falta de empatia” (cônjuge, estudo 5)] (efeito de desilusão/retaliação). Poderia, ainda, pensar-se que, uma vez que os jogadores e cônjuges analisados no estudo 6 (*Gambling and the couple: Comparing gamblers' and spouses' views on family, marital and individual levels*) não constituem casais, a diferença de perspetivas se devesse, essencialmente, a aspetos metodológicos, nomeadamente à possibilidade de os jogadores pertencerem maioritariamente ao grupo A e os cônjuges constituírem pares diádicos de jogadores do grupo C (cf. Figura 7). Esta hipótese é pouco provável, uma vez que os jogadores deste estudo parecem integrar-se no subgrupo C (apresentam mais dificuldades de funcionamento familiar e menor satisfação conjugal do que a população geral) e, para além disso, os resultados obtidos são congruentes com o do estudo 5, onde foi analisada a díade conjugal.

Portanto, a intensidade do *tsunami* jogo patológico depende da escala utilizada para a medir: se se utilizar uma escala mais sujeita aos efeitos de idealização/alívio da culpa e/ou de negação obter-se-ão, provavelmente, intensidades mais otimistas. Contudo, se utilizadas escalas mais permeáveis ao efeito de desilusão/retaliação, a intensidade medida será mais catastrófica. Arriscaria ainda afirmar que a opção entre uma escala e outra nem sempre é possível, nomeadamente (não exclusivamente, mas é a situação mais evidente) no grupo B (cf. Figura 7), uma vez que seria pouco provável que os cônjuges conhecessem o problema e/ou a sua dimensão. Ou seja, enquanto as dificuldades/problemas associados ao jogo patológico se circunscreverem às próprias práticas de jogo (e.g., tentativas de resgate dos montantes perdidos) e/ou à sintomatologia psicopatológica do jogador patológico (grupo B),

provavelmente, este último fará tudo o que estiver ao seu alcance para esconder o problema dos seus familiares e do seu cônjuge (e.g., mentiras, encobrimentos) (Bertrand, Dufour, Wright, & Lasnier, 2008). E de facto, a maior parte das vezes conseguem fazê-lo durante longos períodos de tempo, por vezes anos. O problema torna-se visível (para a família), por norma, quando já atingiu consequências verdadeiramente catastróficas (McComb, Lee, & Sprenkle, 2009). Por isso, o jogo patológico é, muitas vezes, designado por adição escondida/invisível (Ashley & Boehlke, 2012; Graves, 2006; Phillips, 2005), o que torna a sua identificação precoce muito difícil, dada a sua evolução silenciosa, em termos relacionais.

SOBRE OS FATORES DE RISCO: UMA LEITURA APLICADA

Se procurasse responder às questões orientadoras do capítulo IV (Quais os aspetos que podem constituir fatores de risco para o jogo patológico? Como se enquadram no MSIJP?), ignorando os resultados do respetivo estudo, facilmente diria que a sintomatologia psicopatológica e a conjugalidade seriam as variáveis que mais facilmente constituiriam fatores de risco. Esta suposição deriva do facto de as dificuldades nestes aspetos serem praticamente transversais aos diferentes grupos de jogadores patológicos e, no caso específico da conjugalidade, também é influenciada pela discrepância de perspetivas dentro da díade conjugal, provavelmente relacionada com um pobre ajustamento diádico. Portanto, seriam os dois níveis mais internos do MSIJP (individual e conjugal), os que maior risco representariam no que respeita ao jogo patológico.

Confrontando esta hipótese com os resultados do estudo 7 (Capítulo IV), verifica-se que a “aposta foi ganha” no que respeita à sintomatologia psicopatológica. Em relação

ao ajustamento conjugal, apesar de este não ter sido diretamente avaliado (pelas razões explicadas no artigo referente ao estudo 7), também se pode assumir que a hipótese se ajusta. O mesmo se pode dizer para o funcionamento familiar que, de facto, se revelou não significativo. A “surpresa” surge nos resultados relativos à diferenciação do *self* que parece representar um fator de proteção a considerar. Se considerarmos a sua forte relação com a conjugalidade (Peleg, 2008; Skowron, 2000), já referida, acaba por fazer sentido na “aposta” apresentada. Contudo, a diferenciação do *self* vai para além da conjugalidade, representando, um equilíbrio entre a união e individualidade e permitindo a autonomia nas relações significativas em geral, incluindo as relações com a família de origem (Rodríguez-González, 2009). Efetivamente, este constructo central na teoria de Murray Bowen, é representativo da perspetiva intergeracional que a caracteriza; por outras palavras, a diferenciação do *self* deve ser entendida como tendo sido forjada na dinâmica psicológica transmitida ao longo das gerações. Não significa isto, a aceitação da influência da transgeracionalidade no desenvolvimento do jogo patológico, pelo menos tal como é referenciada na literatura da especialidade. Mas de algum modo, aponta para e reforça a relevância dos aspetos transgeracionais na construção das características individuais que se lhe associam, nomeadamente enquanto fatores de risco/proteção. Por outro lado, e particularmente quando avaliada através da DSI-R, deve ser entendida como multidimensional envolvendo as dimensões intrapessoal e interpessoal. Ou seja, os equilíbrios entre autonomia e intimidade que consistem na “capacidade de auto-regular emoções e pensamentos, de se acalmar perante um estado de ansiedade, pensar com clareza perante emoções fortes e ser capaz de manter um *self* sólido nas relações significativas” (Major, Rodríguez-González, Miranda, Rousselot, & Relvas, 2014, p.76) funcionam, em algumas condições, como um fator individual de proteção para o jogo

patológico, moldado na transgeracionalidade familiar, mas com implicações diretas na conjugalidade e relações com outros significativos.

Posto isto, repare-se que a sintomatologia psicopatológica, o ajustamento diádico e a diferenciação do *self* apenas constituem fatores de risco/proteção quando os jogadores já apresentam alguns problemas com o jogo. Assim, correndo o risco de extrapolar um pouco os resultados do artigo 7, jogadores com alguns problemas com o jogo, com uma regulação das distâncias nas relações de intimidade que não comprometa a sua autonomia e que apresentem níveis de sintomatologia psicopatológica normativos apresentam uma menor probabilidade de desenvolver uma relação patológica com o jogo. Ora, aplicando esta leitura probabilística à organização de jogadores realizada anteriormente, seria de esperar (e verifica-se) que o grupo A (aquele que se aproxima mais da classificação “alguns problemas”) apresentasse níveis normativos de diferenciação do *self* (DSI-R) [e ajustamento diádico (DAS)] e de sintomatologia psicopatológica (ISP) (cf. Quadro 1).

Seguindo esta lógica de aplicação de resultados, de seguida seria interessante caracterizar cada um dos grupos de jogadores patológicos considerados (A, B, C e D), atendendo ao “perfil” do jogador patológico sugerido no estudo 7. No entanto, apenas o grupo D reúne as condições necessárias para esse exercício, uma vez que é o único que integra uma das três condições analisadas no estudo 7, mais especificamente a condição 1), representativa de dificuldades superiores às da população normativa (ISP superiores a 1.7 e valores inferiores ao intervalo de referência normativo do DSI-R). Prosseguindo com o exercício, os jogadores do grupo D apresentam uma maior probabilidade de serem do sexo masculino, com uma escolaridade igual ou inferior ao ensino secundário, independentemente de serem casados ou não casados. É provável que as mulheres deste grupo, independentemente do seu estado civil, também apresentem menor escolaridade.

Calculando a razão de probabilidades entre homens e mulheres para as condições referidas (cf. Quadro 4 do estudo 7), verifica-se que os homens têm entre 4.46 (casados) e 4.87 (não casados) mais probabilidade de integrar o grupo D do que as mulheres (casadas e não casadas, respetivamente).

De salientar que o risco para o jogo patológico é dinâmico, sendo o “peso” dos fatores de risco/proteção (sexo, escolaridade, sintomatologia psicopatológica e diferenciação do *self*) dependente da própria interação entre esses fatores. Assim, os dois níveis mais internos do MSIJP (conjugal e individual), especialmente o mais interno (individual), são particularmente pertinentes na compreensão do risco associado ao jogo patológico, desde que consideradas as forças recursivas entre os aspetos que os compõem (entre si) e entre as características demográficas dos sujeitos e dentro destas. Como percebemos, por exemplo, o risco de ser jogador patológico depende do sexo, da escolaridade e, estes aspetos relacionam-se com infinitas possibilidades de combinações de contextos psico-relacionais (o estudo 7 apenas considerou 3 possíveis), muito dinâmicos/flutuantes ao longo do tempo. Esta variabilidade permite enquadrar os casos de resiliência e/ou de recuperação espontânea/natural, várias vezes referida neste trabalho.

SOBRE O MSIJP: REVISITANDO A CONCEPTUALIZAÇÃO TEÓRICA CINCO ESTUDOS DEPOIS

Decorrida a investigação, importa perceber que aspetos do MSIJP (cf. Capítulo I) se verificaram empiricamente ou merecem ser reformulados. Começando pelo nível mais exterior do modelo, o contexto social. Este refere-se à aceitação social das condutas de jogo e à disponibilidade ou acessibilidade do mesmo como fatores condicionantes do desenvolvimento do

problema. Neste nível, seria importante acrescentar o contexto económico. São vários os autores que defendem que em contextos de crise económica, aumenta o jogo a dinheiro e consequentemente o número de pessoas que desenvolvem problemas com essa atividade (Brieva, 2006; Clímaco, 2004; Domínguez-Álvarez, 2009). Corroborando esta ideia, em Portugal foi noticiado o aumento significativo dos lucros das entidades que exploram os jogos de sorte ou azar, como são exemplo os “Jogos Santa Casa” (estudo 3). Repare-se que os aspetos financeiros constituem uma das áreas de maior dificuldade na vida dos jogadores patológicos e das suas famílias (McComb et al., 2009). E, por isso, esperava-se que, nesta investigação, os jogadores patológicos e cônjuges apresentassem mais dificuldades a este nível. Os jogadores patológicos e os seus cônjuges (estudo 4, 6) indicaram a existência de problemas financeiros. No entanto, os grupos de jogadores não patológicos (estudos 2, 3, 4) também apontaram como um dos principais problemas familiares os aspetos financeiros, esbatendo, assim, as dificuldades financeiras dos jogadores patológicos, nos estudos 3 e 4. Talvez, no estudo 2, as diferenças entre grupos sejam mais significativas porque a amostra foi recolhida no início de 2011, ou seja, numa fase pré-austeridade. Assim, fruto da atual conjuntura económica, as dificuldades financeiras parecem ser um problema transversal a todos os participantes na investigação, embora mantendo a sua expressividade [também através da dimensão Bem-Estar Financeiro do QOL-VR (pontuações inferiores nos jogadores patológicos e cônjuges, estudo 3 e estudo 6, respetivamente)] no grupo de jogadores patológicos e no grupo de cônjuges.

Quanto à aceitação social, percebeu-se que o jogo a dinheiro continua, na perspectiva dos jogadores (com e sem patologia), a dividir opiniões. Apesar de não ter ainda conquistado uma aceitação social plena, parece ter perdido a conotação

absolutamente negativa de outros tempos [atividade associada à imoralidade (Garrido, Jaén, & Dominguez, 2004)], prevalecendo, porém, uma avaliação mais crítica do mesmo (estudo 3). Estes resultados são congruentes com a ideia de Clímaco (2003), segundo a qual persiste um clima social de ambivalência moral em relação ao jogo a dinheiro. Se a nossa sociedade continuar a avançar no sentido de uma cada vez maior aceitação social, como é esperado, é natural que este aspeto contribua para o aumento das práticas de jogo a dinheiro (Abbott, Cramer, & Sherrets, 1995). A acessibilidade ao jogo parece ser muito fácil para todos os jogadores analisados (estudo 3), reforçando a ideia de que os jogos de sorte e azar estão fortemente disseminados. Repare-se que alguns dos jogos mais praticados, tanto por jogadores patológicos como não patológicos, como é o caso do *totoloto/ euromilhões* e *raspadinhas* (estudo 2, estudo 4) encontram-se facilmente em qualquer quiosque. Por outro lado, tem-se assistido a uma crescente acessibilidade ao jogo a dinheiro permitida pelas novas tecnologias (jogo *online*) e pela liberalização ocorrida no próprio setor (Clímaco, 2003).

Tendo em consideração as reflexões anteriores, este nível passaria a designar-se contexto socioeconómico, onde se destacam as variáveis: contexto económico, aceitação social e acessibilidade ao jogo. Para além disso, deixaria de ocupar a posição mais externa do modelo e funcionaria como “porta de entrada” para os outros três níveis (Figura 7). Esta alteração prende-se com o seguinte: enquanto as variáveis presentes nos outros níveis representam potenciais áreas de dificuldade associadas ao jogo patológico, o contexto socioeconómico funciona como um elemento que favorece ou inibe a prática de jogo. Ou seja, à medida que aumentam a acessibilidade ao jogo e a aceitação social do mesmo, aumenta o número de pessoas que jogam e conseqüentemente a prevalência de jogo patológico na população (Allcock, 1986). O mesmo acontece com o contexto

socioeconómico como foi referido anteriormente. Obviamente que um contexto de crise económica também condiciona as variáveis consideradas nos restantes níveis do modelo, como por exemplo, o funcionamento familiar, o ajustamento conjugal e/ ou a saúde mental (Cunha & Relvas, *in press*). Em suma, o contexto socioeconómico funciona como uma leitura complementar dos restantes níveis que constituem o cerne do modelo (familiar, conjugal e individual).

O segundo nível do MSIJP destaca a família em duas vertentes: transgeracional e relacional. A primeira pode relacionar-se com o problema, positiva ou negativamente, por via direta [(transmissão de comportamentos, pensamentos, crenças, entre outros, diretamente relacionados com o jogo (e.g., hábitos de jogo na família)] ou indireta (e.g., significado atribuído ao dinheiro nas famílias de origem). A segunda vertente (relacional) foca o funcionamento da família. O estudo 3 analisou a transgeracionalidade direta (avaliação do potencial aditivo/problemático do jogo) e a transgeracionalidade indireta (significado atribuído ao dinheiro, ambiente familiar, recurso a práticas violentas), concluindo que os grupos comparados – jogadores patológicos, jogadores com alguns problemas e jogadores sem problemas – não se diferenciam entre si. Este aspeto, se por um lado contraria a literatura sobre o tema que encontra um conjunto de regularidades nas famílias de origem dos jogadores patológicos (e.g., maus tratos infantis) (Lee, 2002; Shaw, Forbush, Schlinder, Rosenman e Black, 2007), por outro lado, também nos remete para uma propriedade dos sistemas, a equifinalidade, retirando, assim, peso à ideia de passado/origem, enquanto aspeto relevante de vulnerabilização para o jogo patológico. Também pode ter acontecido que esta avaliação realizada pelos jogadores patológicos acerca das suas origens possa ter sofrido o mesmo efeito (otimista), anteriormente referido acerca das dificuldades familiares e conjugais, sobretudo nas questões que

remetem diretamente para o ambiente familiar e existência de práticas violentas. Ainda assim, outras questões eram completamente inócuas do ponto de vista emocional (e.g., importância do dinheiro) e os resultados mantiveram-se semelhantes entre os grupos. Por este motivo, embora não se negue a importância dos aspetos transgeracionais (até porque, por um lado, metodologicamente as ferramentas utilizadas não o permitem fazer, e por outro, ela surge implicitamente na relevância da diferenciação do *self* emergente em alguns dos nossos estudos), decidiu-se retirar esta vertente do modelo. A transmissão de hábitos/comportamentos de jogo nas famílias é outra das componentes da transgeracionalidade direta, analisada no estudo 3. Não foi referida anteriormente, porque embora reformulada, será mantida no modelo. As diferenças entre grupos (estudo 3) revelaram-se estatisticamente significativas, sugerindo que os jogadores patológicos têm mais pessoas significativas com problemas de jogo (não só familiares, mas também amigos) do que os grupos sem patologia de jogo. No estudo 2, também se verificou que os jogadores patológicos conheciam mais pessoas amigas com problemas de jogo do que o grupo de comparação. Assim, faz sentido que esta variável, inicialmente definida como exclusiva das famílias de origem passe a referir-se ao contexto relacional do jogador patológico. Ou seja, os jogadores patológicos tendem a inserir-se ou a estar inseridos numa esfera relacional ecleticamente representada por pessoas com problemas de jogo – familiares ou outras pessoas próximas, remetendo-nos, desta forma, para a aprendizagem dos comportamentos de jogo por modelação ou aprendizagem social (Blaszczynski & Nower, 2007; Griffiths, 1994; Ladouceur, Sylvain, Boutin, & Doucet, 2002; Petry, 2005b). Para além disto, parece existir uma forte representação de cônjuges de jogadores patológicos com problemas de jogo, como se verificou no estudo 4 e, também, no estudo 6 (onde três participantes foram eliminados por integrarem simultaneamente os dois

grupos estudados - cônjuges de jogadores patológicos e jogadores patológicos). Portanto, no MSIJP reformulado (MSIJP-R), a vertente transgeracional dá lugar ao contexto relacional próximo do jogador, deixando este último de integrar o nível familiar. À semelhança do sucedido com o contexto socioeconómico, esta variável passa a constituir mais um nível complementar do modelo, uma vez que também não representa dificuldades associadas ao jogo patológico, mas sim, características do contexto relacional (que trespassa o nível familiar e conjugal) dos jogadores patológicos (Figura 7). A vertente relacional, no que se prende, essencialmente, com o funcionamento familiar atual mantém-se na medida em que se verificou haver uma relação entre o problema jogo e as dificuldades a este nível no subgrupo D (cf. Figura 7). Já no que respeita à qualidade de vida familiar, dada a inconstância dos resultados a este nível nos diferentes estudos comparativos e a inexistência de pontuações totais inferiores aos valores de referência normativos, em todos os grupos de jogadores patológicos considerados (cf. Quadro 1), optou-se por não considerar esta variável no modelo reformulado.

No terceiro nível, encontra-se o casal. A primeira reformulação passa pelo lugar de destaque que inicialmente lhe foi atribuído. Por um lado, teoricamente faz sentido (cf. capítulo I), na medida em que o subsistema conjugal é, geralmente, o primeiro a sentir os efeitos do jogo patológico (Montero & Megías-Lizancos 2011.) e é considerado o subsistema que mais afeta o indivíduo ao longo da sua vida (Relvas, 1996). Por outro, atendendo aos resultados desta investigação, parece ter tanta importância como o nível familiar e individual para compreender o problema jogo. Para além deste aspeto, neste nível da conjugalidade parece fundamental acrescentar a discrepância de perspetivas entre jogadores e cônjuges acerca dos problemas conjugais e familiares. A ideia inicial de que o

jogo seria indicador da existência de perturbação numa ou mais funções vitais do subsistema conjugal, apontando-se o exercício de controlo e poder na relação como uma dessas funções, continua a fazer sentido (apesar de este aspeto não ter sido diretamente avaliado nesta investigação). Esta afirmação baseia-se, essencialmente, nos resultados relativos à diferenciação do *self*, uma vez que este constructo remete para o controlo e o poder relacional (e.g., dependência face a outros para confirmar crenças, convicções ou decisões; distanciamento emocional e comportamental em relação a outros) (Major et al., 2014). Tomando como exemplo o grupo D, no qual se verifica uma menor diferenciação do *self* por parte dos jogadores patológicos (acompanhada de níveis superiores de sintomatologia psicopatológica e de dificuldades no funcionamento familiar, bem como de dificuldades conjugais, tanto no que respeita à satisfação conjugal como ao ajustamento diádico), ganha relevância a hipótese de que estes possam apresentar sentimentos de ausência de independência pessoal também na relação conjugal, como é sugerido pelo modelo. Aliás, é neste grupo (D) que as dificuldades conjugais atingem resultados máximos, sendo o único grupo com níveis de ajustamento diádico considerados pobres (< 100). Este aspeto parece ser corroborado pelos resultados do estudo de caso (estudo 5), onde o cônjuge assumia a maior parte das tarefas domésticas e, com o agravamento do problema, passou a assumir a gestão financeira do orçamento familiar, controlando grande parte das decisões familiares. Assim, de acordo com o modelo, o jogo permitiria ao jogador reencontrar um espaço individual para a satisfação da sua necessidade de controlo e poder (associada, por exemplo, às crenças erróneas de controlo dos resultados ou ao facto de levar a cabo uma atividade sem o consentimento do outro), possibilitando ao cônjuge exatamente o mesmo. Considera-se, no entanto, que a leitura desenvolvimental do sintoma jogo, que será apresentada adiante, deve considerar

também os restantes níveis centrais do MSIJP (a família e o indivíduo). Não só porque o casal deixou de ser um subsistema privilegiado nesta compreensão, mas também porque a diferenciação do *self* (variável utilizada para analisar alguns aspetos importantes da leitura desenvolvimental) constitui uma medida do funcionamento individual e muito relacionada não só com a conjugalidade (Peleg, 2008; Skowron, 2000), mas também, com o funcionamento familiar (Kim et al., 2014).

Por fim, o último nível de análise é o indivíduo. Os aspetos individuais avaliados nesta investigação mostram que, de facto, os jogadores patológicos apresentam níveis mais elevados de sintomatologia psicopatológica (grupo B, C e D) e níveis inferiores de diferenciação do *self* (grupo D) (cf. Figura 7.1 e Quadro 1). No que respeita à congruência, seguindo uma lógica semelhante à apresentada para a qualidade de vida familiar [inconstância dos resultados comparativos e valores totais contidos no intervalo de referencia normativo (cf. Quadro 1)], optou-se por retirar esta variável do modelo. O estudo de caso (estudo 5) indicou, de forma concordante com o MSIJP, que fatores de *stress* na vida do jogador (e.g., problemas laborais) podem relacionar-se com o jogo patológico. Não obstante, parece redundante manter este aspeto no modelo, uma vez que “fatores de *stress*” podem ser representados por praticamente todas as variáveis consideradas. As características de personalidade (impulsividade, falta de controlo, etc.) e de funcionamento neurocerebral não serão consideradas na versão reformulada do modelo porque constituem aspetos marcadamente etiológicos, o que não é o caso das restantes variáveis que o compõem (Figura 8) e, para além disso, não foram estudadas nesta investigação.

Apresentadas e justificadas as reformulações do modelo, vale a pena clarificar em que consiste o MSIJP-R. Trata-se de um modelo que visa oferecer uma leitura compreensiva do jogo patológico, no que respeita às variáveis que se podem associar a este problema.

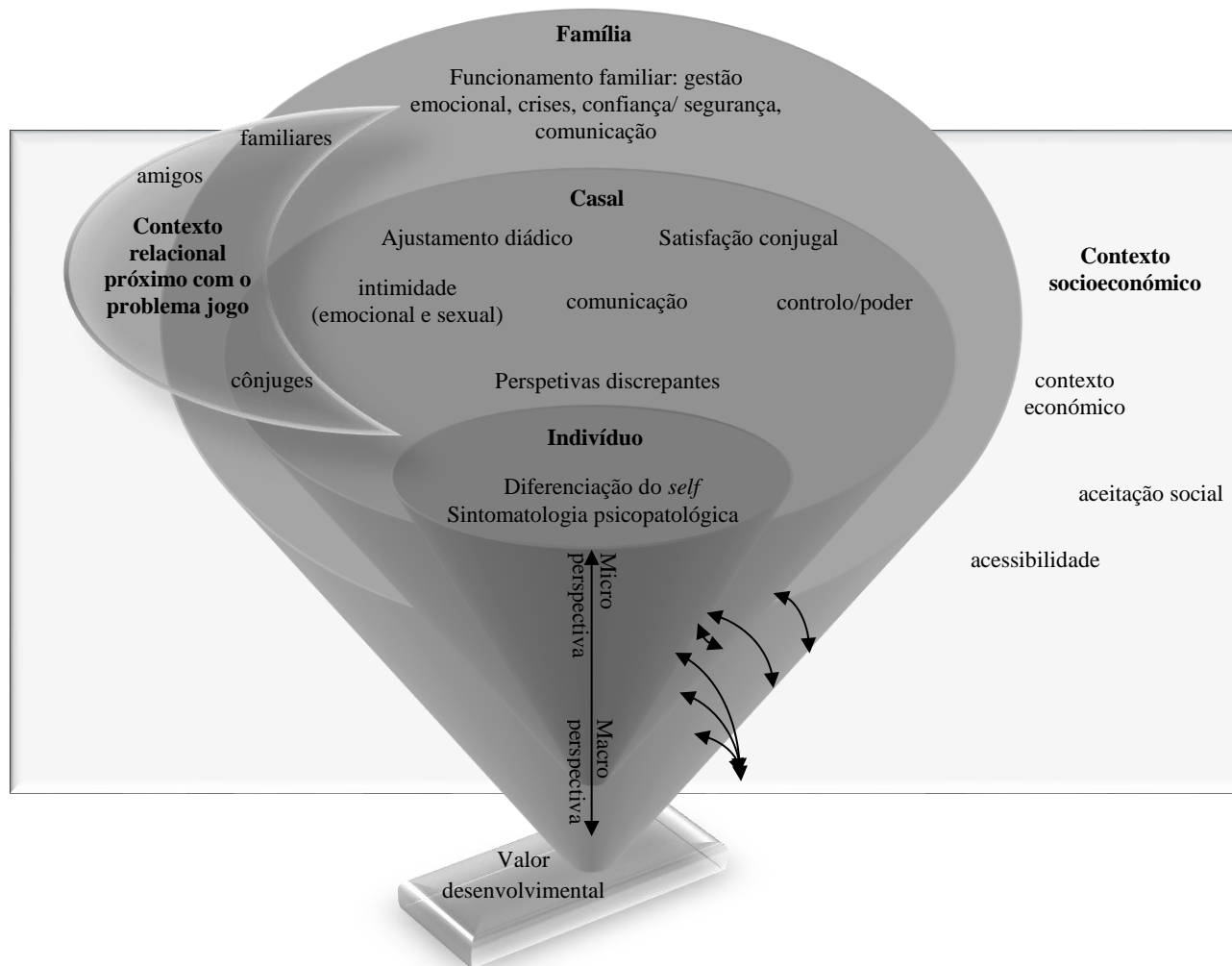


Figura 8. Modelo Sistêmico Integrador do Jogo Patológico – Reformulado (MSIJP-R)

Não é uma leitura etiológica, e a distinção efetiva entre antecedentes e consequentes, é, para a maior parte das variáveis, uma impossibilidade. São exceção, o contexto socioeconómico, cujas variáveis são vistas como facilitadoras ou inibidoras das práticas de jogo em geral e o contexto relacional, quando os relacionamentos próximos são perspetivados como modelos prévios de aprendizagem. Porém, também se pode entender este contexto relacional, como fruto das opções do próprio jogador, ou seja, alguém que goste de jogar, provavelmente, vai escolher amigos ou companheiros de vida/cônjuges com os mesmos interesses, o que não

invalida a modelação comportamental, embora neste último caso ela pareça “cruzada”/recíproca e contribua para reforçar o próprio problema.

Atendendo aos resultados da investigação, muitas vezes questionamos, no que respeita aos restantes níveis (familiar, conjugal e individual) se estaríamos a estudar sobretudo consequências do problema, uma vez que aumentam de gravidade e diversidade à medida que a severidade do problema jogo também aumenta. No entanto, este facto também pode ser lido de outra forma: os jogadores patológicos que desenvolvem formas mais graves de relação com o jogo são aqueles que apresentam dificuldades prévias nestas áreas, eventualmente agravadas pelo problema. Portanto, esta é uma questão que fica sem resposta, embora também não pareça fundamental. Talvez mais importante do que conhecer as “causas” e os “efeitos”, seja perceber os “fatores de manutenção” do problema, ou por outras palavras, as áreas de dificuldade associadas ao mesmo.

Em síntese, o MSIJR é composto por cinco níveis interdependentes. Mais especificamente, por dois níveis complementares, o contexto socioeconómico e o contexto relacional próximo com o problema jogo (que podem favorecer ou inibir as práticas de jogo a dinheiro e o envolvimento patológico na atividade), e três níveis principais, a família, o casal e o indivíduo. O nível da família remete para o funcionamento familiar, conciliando o modo como este é operacionalizado no SCORE-15, com aspetos relevantes na literatura sobre o tema, como por exemplo, relativos à gestão emocional (Kalischuk, Nowatzki, Cardwell, Klein, & Solowoniuk, 2006), à confiança/segurança (Kalischuk et al., 2006), à comunicação (Kalischuk et al., 2006), ao apoio e à nutrição emocional (Dowling, Smith, & Thomas, 2009; Hardoon, Derevensky, & Gupta, 2002). Assim, o modelo sugere que as famílias com problemas de jogo tendem a apresentar algumas dificuldades relacionais. O nível da conjugalidade reúne um conjunto de problemas associados ao jogo patológico, nomeadamente em termos de

ajustamento diádico e satisfação conjugal. Para além disso, destacam-se, com base na literatura e nos resultados desta investigação (especialmente do estudo 5), dificuldades de intimidade emocional (e.g., sofrimento psicológico, raiva, culpa, frustração, ressentimentos) e sexual (insatisfação sexual), de comunicação (e.g., mentiras, enganos, tentativas de ocultar ou reparar os danos causados pelo problema) e de exercício de controlo/poder (e.g., poder desequilibrado nas decisões familiares; tarefas domésticas pouco repartidas). A conjugalidade é marcada pela divergência de perspetivas entre jogadores patológicos (menos focados no défice) e cônjuges de jogadores patológicos (mais focados no défice), aspeto que remete para o conceito de desconexão (Lee, 2015), apontado no modelo original, isto é, falta de consciencialização, reconhecimento, aceitação e articulação das experiências de um dos parceiros com as experiências do outro. Por último, o nível individual é caracterizado por níveis inferiores de diferenciação do *self* e por níveis superiores de sintomatologia psicopatológica.

O modelo integral, tal como é apresentado, apenas faz sentido ou é aplicável a jogadores, representados neste trabalho, pelo grupo D, ou seja aqueles que apresentam uma severidade de jogo superior/máxima e que melhor integram as dificuldades associadas ao jogo, apresentadas no modelo. No entanto, imaginando que se pretendia aplicar o modelo ao grupo A, poderia circunscrever-se a sua leitura ao nível do casal e aos níveis complementares. Ou, por exemplo, numa análise de jogadores não casados, também se poderia utilizar o modelo, ignorando o nível relativo à conjugalidade. Portanto, de acordo com o referido na introdução deste trabalho, a propósito das influências do paradigma construtivista, não se pretende aplicar/generalizar o MSIJ/MSIJ-R à população de jogadores patológicos, deseja-se, antes, que constitua uma ferramenta útil e flexível para os casos em que é aplicável. Ou seja, uma grelha de leitura possível, entre outras, com a possibilidade de ser utilizado de forma mais global, integrando todos os níveis, ou de forma mais parcial, focando apenas alguns deles.

a) O valor desenvolvimental do sintoma à luz do MSIJP-R

As características familiares, conjugais e individuais e o jogo patológico alimentam-se recursivamente. Para além disso, as dificuldades individuais podem potenciar ou reduzir o impacto dos padrões de relacionamento conjugal e familiar e vice-versa. Neste sentido, passemos a uma leitura desenvolvimental do problema jogo, com base nestes três níveis.

Nesta leitura parte-se do princípio que não é o sistema que designa o sintoma, mas que um comportamento, entre um conjunto infinito de outros possíveis (importância do acaso), vai ter um impacto que não teria, se o sistema já não estivesse com dificuldades (na nossa metáfora inicial “com as placas tectónicas desequilibradas”). Assim, atendendo à noção de valor desenvolvimental do sintoma (sintoma da função) (Ausloos, 2003), o jogo seria o resultado de uma incompatibilidade entre as finalidades familiares e individuais, refletida na perturbação de funções vitais dos subsistemas analisados – familiar (e.g., confiança), conjugal (e.g., controlo/poder), e individual (e.g., autonomia/diferenciação). O jogador sente o seu “eu” pouco diferenciado/dependente e simultaneamente anulado, pouco compreendido e acolhido por aqueles de quem não se diferencia [cônjuge e ou família nuclear (dois aspetos, muitas vezes sobrepostos, nos jogadores casados)]. Como tal, pode encontrar no jogo uma atividade geradora de uma sensação compensatória (autonomia, confiança/segurança, poder), ainda que ilusória. Por outro lado, também o cônjuge e os familiares privilegiam este comportamento como elemento relevante na definição relacional (e.g., esconde que joga, logo reforça o ambiente familiar de desconfiança; deixa de assumir algumas tarefas domésticas para jogar, logo aumenta o poder do cônjuge, reforçando, assim, a sua própria dependência em relação à família (mais vigilante, por exemplo) e ao cônjuge (instrumentalmente, por exemplo). Esta atividade tenderá a repetir-se e a ampliar-se uma vez que jogador, seus familiares e/ou cônjuge se centram nela (processo de seleção – ampliação). O comportamento de jogo torna-se então

habitual e, cristalizando-se, torna-se patológico ao substituir as funções “perturbadas” dos subsistemas familiar (e.g., confiança), conjugal (e.g., controlo/poder), e individual (e.g., autonomia/diferenciação). Esta leitura, tal como foi apresentada, utilizando os três níveis de variáveis, faz sentido, sobretudo, para o subgrupo de jogadores patológicos mais severo.

SOBRE A INTERVENÇÃO PSICOLÓGICA: ALGUMAS IMPLICAÇÕES

Os resultados desta investigação permitiram refletir sobre algumas questões interventivas, deixando pistas que podem ser úteis para os casos que se enquadrem no que tem vindo a ser discutido. Assim, a referida heterogeneidade dos jogadores patológicos alerta para a necessidade das intervenções clínicas contemplarem as diferenças intragrupais. Como tal, faz sentido que cada intervenção seja, de facto, uma intervenção única e personalizada, focada nas características daquele caso particular. Segundo Milosevic e Ledgerwood (2010), nesse sentido, mostra-se importante o desenvolvimento de técnicas de intervenção que tenham em consideração as diferenças individuais evidenciadas na apresentação clínica do caso. Os protocolos clínicos standardizados devem ser utilizados com criatividade, introduzindo-se, sempre que necessário, adaptações que os tornem mais específicos para aquele caso particular. Para além disso, como referido anteriormente, os problemas parecem mais evidentes quando a patologia já está cristalizada, sugerindo uma progressão silenciosa do problema. Nesse sentido, pode ser fundamental sensibilizar a população, em geral, e a comunidade jogadora, em particular, com especial atenção aos jogadores profissionais, para estas e outras características do problema, como por exemplo, as ilustradas no MSIJP-R, apostando em campanhas de promoção de jogo responsável. Atendendo, à menor utilidade percebida pelos jogadores, relativa à terapia de

casal/familiar que discutiremos mais adiante, pode ser útil apostar em intervenções individuais com uma elevada componente relacional, isto é, de natureza sistémica, procurando, sempre que possível, medir a magnitude do *tsunami*, recorrendo a diferentes escalas, ouvindo diretamente outros familiares em sessões individuais, ou dando-lhes voz, através do próprio jogador (questionamento circular). Se houver adesão à terapia de casal/familiar, atendendo às diferenças de perspectiva entre jogador e cônjuge, pode ser muito importante dar especial atenção à neutralidade terapêutica, valorizar ambas as perspectivas, criar um contexto seguro, capaz de acolher as leituras divergentes e trabalhar a definição de objetivos terapêuticos comuns.

Independentemente do tipo de intervenção com jogadores patológicos (individual, de casal ou familiar), coloca-se a importante questão da adesão à terapia. São poucos os jogadores que recorrem a ajuda especializada [cerca de 7% a 12% (Slutske, 2006)], sendo um dos motivos mais comuns, a convicção de que conseguem ou querem controlar o problema sozinhos (mais uma vez a questão do controlo/poder/autonomia) ou mesmo de que não existe problema (efeito de negação). A propósito do primeiro aspeto, Slutske, Blaszczynski e Martin (2009) salientam a importância de se desenvolverem programas de auto-tratamento e intervenções curtas (e.g., entrevistas motivacionais) que tenham em consideração estes desejos de mudança autónoma, especialmente úteis em casos de menor severidade. No que respeita ao segundo aspeto, pode ser importante retomar o Modelo Transteórico de Mudança de Prochaska e DiClemente (1985), muito aplicado na intervenção com clientes não voluntários ou “relutantes” (Relvas & Sotero, 2014), prestando especial atenção à motivação/preparação do cliente para a mudança em terapia, o que justifica a sua adequabilidade ao jogo patológico (Petry, 2005). Concretamente, os autores conceptualizam a preparação para a mudança ao longo de quatro fases: pré-contemplanção, contemplanção, ação e manutenção. Subjacente à fase de pré-contemplanção está a crença de que não se tem um problema; na fase de contemplanção,

consideram-se os prós e os contras de alterar o comportamento; na fase de ação realizam-se esforços para mudar; e na fase de manutenção procura-se manter a melhoria. Os clientes podem chegar à terapia em diferentes fases; no caso dos jogadores patológicos, e atendendo ao que fomos refletindo, é de esperar que muito frequentemente apareçam perante o terapeuta nas fases de pré-contemplação ou contemplação. Assim, os esforços terapêuticos devem ser dirigidos no sentido de trabalhar os aspetos nelas contemplados e só posteriormente, então, avançar para a fase de ação. O modelo indica que a mudança de comportamento ocorre ao longo destes fases, mas também sublinha que a progressão não é linear e que os indivíduos podem regredir a estágios anteriores. Nesta sequência, um estudo recente (Soberay, Grimsley, Faragher, Barbash, & Berger, 2014) chama precisamente a atenção para a necessidade de se adaptarem as intervenções terapêuticas, de acordo com a fase de mudança em que o jogador se encontra: os jogadores com características da fase de pré-contemplação podem necessitar de um trabalho paciente, moroso e orientado para o reconhecimento do problema; os jogadores com características da fase de ação podem apresentar problemas de jogo relativamente mais graves, mas, por outro lado, também podem estar mais ativos/envolvidos, exigindo, assim, uma menor duração da intervenção; e os jogadores que apresentam características da fase de manutenção podem ser mais vulneráveis a recidivas, merecendo especial atenção o trabalho terapêutico de manutenção da mudança.

a) Não à terapia (de casal)?

Como já foi descrito na introdução deste trabalho, a inviabilidade do primeiro projeto deveu-se à impossibilidade de recrutar amostra: casais com um elemento jogador patológico que participassem numa terapia de casal adaptada para jogadores patológicos. Tal facto despoletou diversas questões: 1) o que levaria os jogadores patológicos e os seus cônjuges a não aceitarem participar na terapia de casal? 2) Seria por questões relativas à

mentira/encobrimento do problema face ao cônjuge? 3) Porque evitavam a exposição, ainda que num contexto de investigação (metodologias qualitativas)? 4) Não reconheceriam a terapia de casal como uma intervenção útil para o jogo patológico? 5) Seria por uma questão de estigma social?

Volvidos cerca de três anos, a evidência científica decorrente desta investigação permite esclarecer, pelo menos em parte, estas dúvidas. Hoje, analisando a primeira questão, a não-aceitação de participação ou pedido de ajuda na modalidade de-terapia de casal parece prender-se mais com o jogador do que propriamente com o cônjuge. Por exemplo, no estudo 5, ficou claro, aquando o pedido terapêutico, que o jogador estaria em terapia de casal porque havia sido pressionado pela sua entidade patronal e pela sua esposa, apresentando-se, por isso, claramente como um cliente não-voluntário. Para além disso, no estudo 6, verifica-se uma maior dispersão de opiniões no grupo de cônjuges [individual (38.46%), familiar (30.77%), de casal (23.08%) e nenhuma (0%)], quanto à melhor intervenção terapêutica para o jogo patológico, do que no grupo de jogadores [individual (63.16%), familiar (26.32%), de casal (0%) e nenhuma (5.26%)], onde a maioria é perentória ao apontar a terapia individual. Estes dados, ainda que irrelevantes do ponto de vista estatístico ($p = .093$), mostram que existe uma maior abertura por parte dos cônjuges de jogadores à terapia de casal e familiar, comparativamente com os jogadores. Atendendo aos resultados já discutidos anteriormente, esta diferença entre jogadores e cônjuges faz todo o sentido, uma vez que são estes últimos que evocam mais dificuldades familiares e conjugais. A convicção de que o jogo é um problema individual e a confirmação desta crença (uma vez que a sintomatologia psicopatológica é uma das dificuldades mais expressivamente evocadas pelos jogadores (a par da satisfação conjugal, mas, apenas 39% são casados) podem contribuir para explicar a preferência dos jogadores pela terapia individual. Repare-se que no estudo 3 todos os grupos de jogadores (patológicos e não

patológicos) indicaram maioritariamente a terapia individual (58%-64%) como a mais útil para o problema jogo, no entanto, no mesmo estudo, cerca de 19% dos jogadores patológicos apontou a terapia de casal como a mais útil. Este dado é interessante, na medida em que é congruente com os resultados anteriores: a sintomatologia psicopatológica e a satisfação conjugal são as dificuldades mais constantes ao longo dos diferentes grupos de jogadores, embora a amostra seja representada por menos jogadores casados do que não casados (solteiros, divorciados, viúvos). Ou seja, a importância atribuída aos diferentes tipos de intervenção terapêutica também pode estar dependente e em consonância com o tipo de dificuldades percebidas (individuais, conjugais, familiares).

Alguns jogadores patológicos, em resposta à questão aberta do SCORE-15 “como descreveria o principal problema/dificuldade que a sua família enfrenta neste momento?”, “o principal problema sou eu” ou “nenhum, a minha família é impecável, eu é que sou o problema”. Este aspeto relaciona-se com o que foi referido a propósito do efeito de idealização/alívio da culpa, e pode contribuir para que o jogador, até numa atitude de proteção da família, poupando-a a uma intervenção para um problema que na sua perspetiva é seu, preferir que o tratamento incida apenas sobre si próprio. Para além disso, contrariamente ao que acontece na terapia individual, aquilo que é revelado pelo casal ou pela família no espaço das sessões (segredos, conflitos, sentimentos) tem influência no espaço de casa e no dia-a-dia conjugal/familiar (Relvas & Sotero, 2014). Assim, atendendo aos enganos, mentiras e desconfianças, apanágio destes casais e famílias (Dickson-Swift et al., 2005; Downs & Woolrych, 2010), é possível que a terapia de casal/familiar possa constituir um espaço ameaçador, sobretudo para o jogador. Ainda neste sentido, uma intervenção de casal/familiar resulta numa necessária diluição do poder, não só sobre o problema que passa a ser do sistema, mas, também, sobre os restantes aspetos de vida dos envolvidos. Este facto pode constituir um

aspecto dissuasor, na medida em que os jogadores podem reatar amplificar o “desempoderamento” conjugal/familiar em que se encontram [e.g., são habitualmente infantilizados (Steinberg, 1993)], devido ao próprio problema. Por seu turno, os próprios cônjuges/familiares que com o problema tiveram diversos ganhos secundários (e.g., mais poder/controlo sobre a vida do jogador e no sistema, sentirem-se necessários, receber a atenção e a simpatia de outros) (Lorenz, 1989), podem reatar perdê-lo com a terapia conjunta. Para além destes aspetos, podem considerar-se os habituais efeitos de negação (também já referidos). Ou seja, os jogadores podem não encontrar utilidade na terapia porque se consideram “curados” (estudo 5) ou sentem que não precisam da intervenção porque conseguem controlar o problema sem ajuda terapêutica (Slutske, 2006). De facto, uma grande percentagem (79%) dos jogadores patológicos estudados não se encontravam a frequentar qualquer tipo de intervenção especializada para o problema jogo. Trata-se de uma população que recorre pouco a intervenções especializadas (em geral), mais concretamente, segundo um estudo de Slutske (2006), apenas 7% a 12 % dos jogadores patológicos recorrem a “tratamento”, sendo considerável a percentagem de casos de recuperação espontânea/natural (33% – 36%).

Falta ainda, abordar a questão relativa à estigmatização social do jogo patológico enquanto efeito dissuasor da participação destes jogadores em investigações que exigem um contacto presencial. Apesar de esta questão não ter sido estudada diretamente nesta investigação, dispomos de dois dados: 1) os jogadores informaram que preferiam preencher os questionários na sua privacidade, fazendo-os chegar pelo correio ou através da entidade que frequentavam, mostrando-se pouco disponíveis para encontros com a investigadora; 2) quando questionados acerca da aceitação social do jogo a dinheiro (e não do jogo patológico em particular) (estudo 3) cerca de 56% dos jogadores patológicos considerou que é uma atividade

criticável ou socialmente reprovável. Estas informações remetem-nos para a ideia de que os jogadores patológicos constituem uma população “fechada”, podendo o criticismo social relativo ao jogo, percebido pela maioria dos jogadores patológicos, contribuir para esse facto.

LIMITAÇÕES E VANTAGENS

Esta investigação apresenta diversas limitações metodológicas que, de forma geral, foram abordadas em cada um dos artigos apresentados. A principal prende-se com o reduzido tamanho da amostra no que respeita ao grupo de jogadores patológicos, cônjuges e jogadores profissionais. Este aspeto, muitas vezes, inviabilizou a utilização de técnicas estatísticas paramétricas e outras mais avançadas. Para além disso, os quatro subgrupos de jogadores patológicos considerados na discussão, resultaram de uma análise descritiva dos resultados dos diferentes estudos, não tendo sido comparados estatisticamente entre si (exceto o A e o D), pelo que devem ser considerados com cautela, eventualmente como uma nova hipótese de investigação. Algumas das questões que ficaram por responder nesta investigação, e que discutiremos na secção seguinte, teriam eventualmente sido clarificadas caso se tivesse apostado numa componente qualitativa mais forte, isto é, mais diversa. A natureza transversal do estudo também pode ser vista como uma limitação, embora a busca de causas nunca tenha sido uma preocupação deste trabalho. Em relação aos instrumentos utilizados, o protocolo de investigação utilizado foi um pouco ambicioso. Provavelmente, tentando colmatar o “fracasso” do primeiro projeto, foram consideradas demasiadas variáveis que se traduziram num protocolo demasiado extenso para uma população com as características que, habitualmente, lhe são atribuídas (e.g., impulsividade). Não obstante, esta investigação produziu novos conhecimentos, nomeadamente

no que respeita à caracterização integradora descritiva, dos jogadores patológicos, ao confronto de perspectivas de jogadores e cônjuges e à compreensão dos fatores de risco/proteção. Permitiu, ainda, reconceptualizar uma grelha de leitura do problema jogo, o MSIJP-R, que contempla uma visão integradora e sistémica, também, por esse motivo, inovadora e que pode ser útil tanto para trabalhos futuros de investigação, como para fundamentar trabalhos de intervenção (preventiva ou remediativa). Em termos metodológicos, a principal vantagem prende-se com o facto de os diferentes estudos utilizarem diferentes subamostras (grupo experimental), permitindo, desta forma, aumentar a fiabilidade dos resultados obtidos (Denscombe, 2001). Para além disso, se por um lado a análise descritiva dos diferentes estudos, realizada nesta discussão, acrescenta subjetividade/relativismo, também 1) permite formular uma compreensão teórica que será útil para os casos a que se adequar (neste trabalho, de acordo com os princípios metodológicos apresentados no enquadramento metodológico, mais do que testar teorias, procurou-se descobrir novas teorias) e 2) deixa um mote para investigações futuras.

COM UM PÉ NO FUTURO

*“Science never solves a problem
without creating ten more.”*

(George Bernard Shaw, referência desconhecida)

Na introdução desta dissertação referi que foi num “contexto de muitas dúvidas que “nasceu” o presente trabalho e é com tantas outras (ou mais ainda) que ele termina, deixando abertas as portas para novos estudos” (p. 8). Desta forma, de seguida serão apresentadas as principais dúvidas e/ou hipóteses que resultaram desta investigação, sugerindo-se estudos úteis para a sua respetiva análise.

Nesta investigação ordenámos os jogadores patológicos resultantes de subamostras distintas em quatro subgrupos. De futuro seria útil analisar uma amostra de jogadores patológicos e profissionais, preferencialmente com uma dimensão superior, no sentido de testar empiricamente a existência dos quatro subgrupos propostos. Ainda, a propósito destes quatro subgrupos, pensou-se que as dificuldades associadas ao jogo patológico evoluem do nível individual/conjugal para o nível familiar, à medida que a severidade do problema jogo aumenta. Seria interessante realizar um estudo longitudinal com jogadores a dinheiro (e não apenas patológicos), seguindo as suas “carreiras de jogo” e analisando, no caso dos que desenvolvem uma relação patológica com o jogo, se as dificuldades seguem a ordem evolutiva sugerida; percebendo que aspetos das trajetórias de vida dos jogadores funcionam como protetores em relação à patologia de jogo e estudando diferenças de género na relação estabelecida com o jogo. O estudo das trajetórias de vida de jogadores recuperados espontaneamente/naturalmente poderia fornecer pistas importantes para intervenção (preventiva e remediativa).

As diferenças de perspetiva entre jogadores patológicos e cônjuges de jogadores patológicos, observada nesta investigação, será uma especificidade da conjugalidade ou verificar-se-á com outros elementos da família nuclear e da família de origem? Seria importante desenvolver estudos qualitativos (ou preferencialmente mistos) no sentido de cruzar perspetivas, verificando entre que elementos ocorrem as divergências e analisando os efeitos que estão na sua origem, nomeadamente, os sugeridos nesta investigação (efeito de idealização/alívio da culpa, efeito de negação, efeito de desilusão/retaliação). A utilização de amostras emparelhadas (elementos do mesmo casal e/ou da mesma família) seria uma mais-valia, permitindo estudar os subsistemas em questão e não apenas os elementos que os compõem.

Por último, testar empiricamente o MSIJR seria um desafio interessante, sobretudo, se essa análise contemplasse diferentes grupos de jogadores patológicos em comparação, bem como os familiares e cônjuges dos jogadores.

Para finalizar, e já em jeito de nota pessoal, confesso que fiquei surpreendida por perceber que não me tinha lembrado do estudo “original” como um possível estudo futuro. A surpresa provavelmente deriva de só agora, no final deste processo, me ter libertado emocional e cognitivamente desse projeto, a ponto de não me lembrar dele. De facto, aquele projeto interessante e que fazia todo o sentido naquela altura, não apresenta utilidade futura, atendendo aos resultados desta investigação. Um protocolo terapêutico? Talvez não, os jogadores patológicos constituem um grupo heterógeno que provavelmente beneficia mais de intervenções personalizadas. Terapia de casal? Provavelmente não será a melhor opção, pelo menos para a maioria, atendendo ao discutido anteriormente (e.g., percepção do problema como algo individual, sobretudo por parte dos jogadores). Trabalhar o casal? Talvez sim, mas com muitas cautelas devido à diferença de perspetivas na díade. Mas foi preciso percorrer este novo caminho para conseguir fazer esse luto, penso não estar a dramatizar... Foi mesmo um luto, concluído quando obtive estas e outras respostas. Muitas vezes, enquanto analisava os novos resultados, o “fantasma do projeto mal sucedido” toldava qualquer interpretação que fosse útil e fizesse avançar o novo projeto. No entanto...

“Há um tempo em que é preciso abandonar as roupas usadas, que já têm a forma do corpo, e esquecer os nossos caminhos, que nos levam sempre aos mesmos lugares. É o tempo da travessia: e se não ousarmos fazê-la, teremos ficado, para sempre, à margem de nós mesmos.”

(Fernando Teixeira Andrade *in* O medo: O maior gigante da alma)

REFERÊNCIAS

- Abbott, D., Cramer, S., & Sherrets, S. (1995). Pathological gambling and the family: Practice implications. *Families in Society*, 76(4), 213-219.
- Abbott, M., Palmisano, B., & Dickerson, M. (1995). Video game playing, dependency and delinquency: A question of methodology?. *Journal of Gambling Studies*, 11(3), 287-301. doi:10.1007/BF02104794
- Allcock, C. C. (1986). Pathological gambling. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 20, 259–265.
- American Psychiatric Association. (2002). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed., text rev.). Washington, DC, USA: Author.
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). Washington, DC, USA: Author.
- Ashley, L. L., & Boehlke, K. K. (2012). Pathological gambling: A general overview. *Journal of Psychoactive Drugs*, 44(1), 27-37. doi:10.1080/02791072.2012.662078
- Ausloos, G. (2003). *A competência das famílias: Tempo, caos, processo* (2ª ed.). Lisboa, Portugal: Climepsi.
- 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.
- Blaszczynski, A., & Nower, L. (2007). Etiological processes. In G. Smith, D. Hodgins, & R. Williams (Eds.), *Research and measurement issues in gambling studies* (pp.317-338). Toronto, Canada: Elsevier.
- Brieva, J. R. (2006). Ludopatía: El otro lado del juego. *Índice. Revista Estadística y Salud*, 19, 9-11.

- Clímaco, M. I. (2004). O jogo patológico: A adição menos visível. *Revista Portuguesa de Clínica Geral*, 20, 121-134.
- Clímaco, M. I., & Ramos, L. M. (2003). *Álcool, tabaco e jogo: Do lazer aos consumos de risco*. Coimbra, Portugal: Quarteto.
- Cunha, D., & Relvas, A. (2014). Pathological gambling and couple: Towards an integrative systemic model. *Journal of Gambling Studies*, 30(2), 213-228. doi:10.1007/s10899-013-9366-9
- Cunha, D., & Relvas, A. P. (in press). Crise económica e dificuldades familiares: Duas faces da mesma moeda?. *Sociologia, Problemas e Práticas*.
- Denscombe, M. (2001). *The good research guide for small scale research projects*. Buckingham, England: Open University Press.
- Dickson-Swift, A., James, E., & Kippen, S. (2005). The experience of living with a problem gambler: Spouses and partners speak out. *Journal of Gambling Issues*, 13, doi: 10.4309/jgi.2005.13.6
- Domínguez-Álvarez, A. M. (2009). Epidemiología y factores implicados en el juego patológico. *Apuntes de Psicología*, 27(1), 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.
- Downs, C., & Woolrych, R. (2010). Gambling and debt: The hidden impacts on family and work life. *Community, Work & Family*, 13(3), 311-328. doi:10.1080/13668803.2010.488096
- Garrido, M., Jaén, P., & Domínguez, A. (2004). *Ludopatía y relaciones familiares: Clínica y tratamiento*. Barcelona, Spain: Paidós.

- Grant, J., Potenza, M., Weinstein, A., & Gorelick, D. (2010). Introduction to Behavioral Addictions. *The American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 36, 233-241.
- Graves, L. (2006). *Problem gambling: The hidden addiction*. Olympia, Washington, USA: Washington Department of Social and Health Services.
- Griffiths, M. (1994). The role of cognitive bias and skill in fruit machine gambling. *British Journal of Psychology*, 85, 351-369.
- 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* (Relatório para o Ontario Problem Gambling Research Centre). Retirado de <http://youthgambling.mcgill.ca/en/PDF/OPGRC.pdf>
- Iglesias, E. (1999). Epidemiologia del juego patológico en España. *Anuario de Psicología*, 30(4), 7-19.
- Jazaeri, S. A., & Bin Habil, M. H. (2012). Reviewing two types of addiction: Pathological gambling and substance use. *Indian Journal of Psychological Medicine*, 34(1), 5-11. doi:10.4103/0253-7176.96147
- Kalischuk, R., Nowatzki, N., Cardwell, K., Klein, K., & Solowoniuk, J. (2006). Problem gambling and its impact on families: A literature review. *International Gambling Studies*, 6(1), 31-60.
- Kim, H. J., Smith, A., Douglas B., Ko, M., Wetchler, J., & Oh, J. (2014). Differentiation of self and its relationship with family functioning in South Koreans. *American Journal of Family Therapy*, 42(3), 257-265.
- Ladouceur, R. (2002). Understanding gambling and problem gambling: A step in the right direction. *Lecture Series*, 1(1), 1-10.

- Ladouceur, R., Sylvain, C., Boutin, C., & Doucet, C. (2002). *Understanding and treating the pathological gambler*. Ontario, Canada: John Wiley & Sons.
- Lee, B. (2002). *Well-being by choice not by chance: An integrative system based couple treatment model for problem gambling* (Relatório para o Ontario Problem Gambling Research Center). Retirado de from https://www.uleth.ca/dspace/bitstream/handle/10133/568/Well_Being_Lee.pdf%3Fsequence%3D1
- Lee, B. (2015). Towards a relational framework for pathological gambling (Part II): Congruence. *Journal of Family Therapy*, 37(1), 103-118.
- Lopes, H. (2009). *Epidemiologia de dependência do jogo a dinheiro em Portugal*. Retirado de http://ww3.scml.pt/media/arquivo/2009/outubro/conferencia_estudo.pdf.
- Lorenz, V. C. (1989). *An overview of pathological gambling*. Baltimore, MD, USA: National Center for Pathological Gambling
- Major, S., Rodríguez-González, M., Miranda, C., Rousselot, M., & Relvas, A. P. (2014). Inventário de Diferenciação do Self – Revisto. In A. P. Relvas & S. Major (Eds.), *Avaliação familiar: Funcionamento e intervenção* (Vol. I, pp. 81-111). Coimbra, Portugal: Imprensa da Universidade de Coimbra.
- Martínez, J., Navarro, C., & Romero, J. (1993). Trastornos asociados al juego patológico. *Anales de Psicología*, 9(1), 83-92.
- McComb, J. L., Lee, B. K., & Sprenkle, D. H. (2009). Conceptualizing and treating problem gambling as a family issue. *Journal of Marital and Family Therapy*, 35(4), 415-431.
- Milosevic, A., & Ledgerwood, D. M. (2010). The subtyping of pathological gambling: A comprehensive review. *Clinical Psychology Review*, 30, 988-998.

- Montero, J., & Megías-Lizancos, F. (2011). *El paciente ludópata: Dificultades em la família y su entorno social* [The patient with ludopathy: Family and social difficulties]. Paper presented at the XII Congresso Virtual de Psiquiatria Interpsiquis. Retirado de <http://www.psiquiatria.com/bibliopsiquis/handle/10401/2399>
- Moore, T. L. (2002). *The etiology of pathological gambling* (Relatório para Oregon Gambling Addiction Treatment Foundation). Retirado de <http://storage.globalcitizen.net/data/topic/knowledge/uploads/20110127133219705.pdf>
- Ochoa, E., & Labrador, F. J. (1994). *Juego patológico*. Barcelona, Spain: Plaza & Janés.
- Peleg, O. (2008). The relation between differentiation of self and marital satisfaction: What can be learned from married people over the course of life?. *Academic Medicine*, 84(10), 388-401.
- Petry, N. (2005b). *Pathological gambling: Etiology, comorbidity and treatment*. Washington, DC, USA: American Psychological Association.
- Petry, N. (2010). Pathological gambling and the DSM-V. *International Gambling Studies*, 10(2), 113-115. doi:10.1080/14459795.2010.501086
- Petry, N. (2005). Stages of change in treatment-seeking pathological gamblers. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 73(2), 312-322.
- Phillips, D. (2005). Gambling: The hidden addiction. *Behavioral Health Management*, 25(5), 32-37.
- Prochaska, J. O., & DiClemente, C. C. (1985). Common processes of change in smoking, weight control, and psychological distress. In S. Shiffman & T. Wills (Eds.), *Coping and substance use: A conceptual framework* (pp. 345–365). New York, NY, USA: Academic.
- Raylu, N., & Oei, T.P.S. (2002). Pathological gambling: A comprehensive review. *Clinical Psychology Review*, 22, 1009-1061.

- Reilly, C., & Smith, N. (2013). *The evolving definition of Pathological Gambling in the DSM-5* (Relatório para o National Center for Responsible Gaming). Retirado de http://www.ncrg.org/sites/default/files/uploads/docs/white_papers/ncrg_wpdsm5_may2013.pdf
- Relvas, A. P. (1996). *O ciclo vital da família. Perspetiva sistémica*. Porto, Portugal: Afrontamento.
- Relvas, A. P, Sotero, L. (2014). *Familias obligadas, terapeutas forzosos: La alianza terapéutica en contextos coercitivos*. Madrid, Espanha: Morata.
- Rosenthal, R. J. (1989). Pathological gambling and problem gambling: Problems of definition and diagnosis. In H. Shaffer (Ed.), *Compulsive gambling: Theory, research and practice* (pp. 101-125). Lexington, Massachusetts, USA: Lexington Books.
- Rodríguez-González, M. (2009). *El desarrollo afectivo y la construcción de la relación de pareja: estudio sobre la relación entre la Diferenciación del Self, la Satisfacción Marital y el Funcionamiento Familiar* (Diploma de Estudios Avanzados não publicado). Universidad Pontificia Comillas, Madrid, Espanha.
- Shaffer, H. J., Bilt, J. V., & Hall. M. N. (1999). Gambling, drinking, smoking and other health risk activities among casino employees. *American Journal of Industrial Medicine*, 36(3), 365-378. doi:10.1002/(SICI)1097-0274(199909)36:3<365::AID-AJIM4>3.0.CO;2-I
- Shaw, M., Forbush, K., Schlinder, J., Rosenman, E, & Black, D. (2007). The effect of pathological gambling on families, marriages and children. *CNS Spectrums*, 12(8), 615-622.
- Skowron, E. A. (2000). The role of differentiation of self in marital adjustment. *Journal of Counseling Psychology*, 47(2), 229-237. doi:10.1037/0022-0167.47.2.229

- Slutske, W. S. (2006). Natural recovery and treatment-seeking in pathological gambling: results of two U.S. national surveys. *The American Journal of Psychiatry*, *163*(2), 297-302. doi:10.1176/appi.ajp.163.2.297
- Slutske, W. S., Blaszczynski, A., & Martin, N. G. (2009). Sex differences in the rates of recovery, treatment-seeking, and natural recovery in pathological gambling: Results from an Australian community-based twin survey. *Twin Research and Human Genetics*, *12*(5), 425-432. doi:10.1375/twin.12.5.425
- Soberay, A. D., Grimsley, P., Faragher, J. M., Barbash, M., & Berger, B. (2014). Stages of change, clinical presentation, retention, and treatment outcomes in treatment-seeking outpatient problem gambling clients. *Psychology of Addictive Behaviors*, *28*(2), 414-419. doi:10.1037/a0035455
- Steinberg, M. A. (1993). Couples treatment issues for recovering male compulsive gamblers and their partners. *Journal of Gambling Studies*, *9*(2), 153–167.
- Toneatto, T., Cunningham, J. A., Hodgins, D. C., Adams, M., Turner, N. E., & Koski-Jannes, A. (2008). Recovery from problem gambling without formal treatment. *Addiction Research & Theory*, *16*(2), 111–120.
- Vitaro, F. E., Arseneault, L., Tremblay, R.E. (1999). Impulsivity predicts problem gambling in low SES adolescent males. *Addiction*, *94*(4), 565-575.
- Von Bertalanffy, L. (1975). *Perspectives on General Systems Theory*. New York, NY, USA: George Braziller.
- Weinstock, J., Massura, C. E., & Petry, N. M. (2013). Professional and pathological gamblers: Similarities and differences. *Journal of Gambling Studies*, *29*(2), 205-216. doi:10.1007/s10899-012-9308-y

APÊNDICES

APÊNDICE A
ESCALA DE CONGRUÊNCIA (EC)

Diana Cunha*

José Tomás Silva*

Ana Paula Relvas*

*Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação - Universidade de Coimbra, Portugal

Cunha, D., Silva, J., Relvas, A. P. (2014). Escala de Congruência (EC). In A. P. Relvas & S. Major (Eds.), *Avaliação familiar: Funcionamento e intervenção* (Vol. I, pp. 113-139). Coimbra, Portugal: Imprensa da Universidade de Coimbra.

Resumo

A Escala de Congruência (EC) (Lee, 2002) avalia a relação do indivíduo consigo próprio, com os outros e com o contexto. Foi traduzida e adaptada para a população portuguesa, a partir de uma amostra de 254 participantes da população geral. Realizaram-se estudos de validade (análise fatorial exploratória e confirmatória – AFE e AFC) e de fiabilidade (e.g., consistência interna), posteriormente replicados numa amostra de jogadores patológicos. Sugere-se uma estrutura bifatorial (Espiritual/Universal e Intra-Pessoal) que se mostrou ajustada: AFC – $\chi^2 = 185.602$ ($p < .001$), $\chi^2/df = 1.875$, $CFI = .954$, $GFI = .919$, $RMSEA = .059$ (Lo = .05, Hi = .07). A EC apresenta bons níveis de consistência interna – Fator 1 ($\alpha = .93$) e Fator 2 ($\alpha = .75$). O estudo apresenta algumas limitações (e.g. amostra não probabilística de conveniência, não estratificada), sugerindo-se a continuidade dos estudos da EC (e.g., construção e estudo de novos itens).

Palavras-Chave: Escala de Congruência, validade, fiabilidade, população portuguesa.

“When we decide to respond congruently, it is not because we want to win, to control another person or a situation, to defend ourselves, or to ignore other people. Choosing congruence means choosing to be ourselves, to relate and contact others, and to connect with people directly.”

(Satir, Banmen, Gerber, & Gomori, 1991, p. 66)

1. Instrumento

O que é, o que avalia e a quem se aplica?

No Quadro 1 encontra-se a ficha técnica relativa à Escala de Congruência (EC; Cunha, Silva, Vilaça, Gonçalves, & Relvas, 2014).

Quadro 1.

Ficha técnica da CS

O que é?	A Escala de Congruência (EC) é a versão portuguesa da <i>Congruence Scale</i> (CS), publicada em 2002, por Bonnie Lee, em Ottawa, Canadá		
	A EC consiste num questionário de auto-resposta, composto por 16 itens que avaliam a congruência, através da relação com o próprio, com os outros e com a vida, em adultos. Os 16 itens encontram-se repartidos por duas subescalas: Espiritual/Universal e Intra/Interpessoal		
	Estrutura da EC		
O que avalia?	Subescala	Número Itens	Descrição
	Espiritual/Universal (EU)	7	Avalia a relação com a espiritualidade/ universalidade, ou seja, o nível mais profundo da natureza humana, manifestado na consciência de uma “força de vida” universal
	Intra/Interpessoal (II)	9	Avalia a relação que o sujeito estabelece consigo próprio (e.g., sentimentos, sentimentos sobre sentimentos, perceções, expetativas) e com os outros (comunicação e interação interpessoal)
A quem se aplica?	A adaptação portuguesa da CS atesta a viabilidade da sua aplicação a adultos (> 18 anos) da população geral. A autora (Lee, 2002b) considera que o instrumento de avaliação pode igualmente ser administrado a indivíduos, casais e famílias em terapia, como medida dos resultados terapêuticos, sobretudo quando se verifica um alinhamento entre os objetivos terapêuticos e o modelo de Satir (Lee, 2002b)		
Como ter acesso?	O acesso à versão portuguesa da CS pode ser efetuado através da página http://www. fpce.uc.pt/avaliacao familiar que contém todos os instrumentos de avaliação apresentados neste livro. Os utilizadores deverão facultar os contactos pessoais e institucionais, bem como dados acerca do propósito da utilização do instrumento (e.g., investigação, prática clínica) e concordar com as condições de utilização e de partilha dos resultados com os autores da versão portuguesa		

Fundamentação e história

O constructo congruência tem a sua origem na Terapia Centrada na Pessoa de Carl Rogers, referindo-se a um estado de coerência interna e de autenticidade, evidenciada pela aceitação de sentimentos, atitudes e experiências, bem como pela genuinidade na relação com o outro (Rogers, 1985). Estas ideias foram atualizadas no Modelo de Mudança de Virginia Satir (Satir et al., 1991), reconhecida pelo seu percurso pioneiro na Terapia Familiar, impondo-se como uma referência incontornável desta área (Duhl, 1989). Foi co-fundadora do *Mental Research Institute* (MRI), em Palo Alto, e o seu sucesso deve-se, em grande parte, ao carácter inovador e à consistência do seu modelo de intervenção (Banmen, 2002). O Modelo de Satir desenvolveu-se com base nos seguintes recursos (Lee, 2001): a) articulação entre as suas principais ideias, crenças e visão acerca da pessoa, família e sociedade; b) divulgação da sua perspetiva teórica e prática através de *workshops*, tanto de formação profissional como de desenvolvimento pessoal e cura, onde os seus conceitos são explicados didaticamente e demonstrados através de encenações e *role-playing*, numa lógica experiencial; e c) criação de uma organização que divulgasse a finalidade do trabalho desenvolvido por Satir. Esta organização foi fundada por Virginia Satir em 1977 – Rede Avanta – e, atualmente, denomina-se *The Virginia Satir Global Network*.

Foi desta forma, que se consolidou este Modelo, humanista e transpessoal (Banmen, 2002), cujos objetivos terapêuticos específicos passam por (Chan, 1996): ajudar o indivíduo a desenvolver uma melhor autoestima; promover uma postura e padrões comunicacionais congruentes; libertar o cliente de padrões de *coping* disfuncionais, aprendidos na infância; promover a individuação face a regras familiares e limitações parentais; auxiliar o sujeito a tornar-se responsável pelas escolhas da sua vida, assim como pelas suas experiências internas, aceitando, por exemplo, os seus sentimentos; e promover uma construção através

dos recursos internos e externos do cliente. Transversalmente a estes objetivos, a autora adotou uma postura de consideração pela singularidade de cada sujeito (Haber, 2002), enfatizando a importância, o valor e o respeito associados ao indivíduo enquanto forma de existência única (Tam, 2006). É com base neste pressuposto que, à luz deste modelo, a pessoa é representada como um sistema multidimensional, integrador das seguintes dimensões humanas: Interpessoal, Intrapsíquica e Espiritual/Universal (Lee, 2001, 2002a, 2002b, 2009; Satir et al., 1991).

O significado da congruência em cada uma destas dimensões reflete a própria evolução deste constructo. Inicialmente, em 1950, este constructo estaria essencialmente focado na dimensão Interpessoal, muito associado à comunicação e à consciência/ reconhecimento e aceitação de sentimentos, percepções, expectativas e anseios; posteriormente, em 1960, surge mais associado à dimensão Intrapsíquica, passando a ser abordado como um estado de plenitude, auto-centração interior e auto-aceitação, promotor de uma maior autoestima; e, duas décadas mais tarde, passa a enfatizar, sobretudo, a dimensão Espiritual/Universal, encontrando-se muito relacionado com uma “Força de Vida”, promotora do desenvolvimento individual (Satir et al., 1991).

Recentemente, o conceito de congruência sofreu uma nova atualização, no âmbito da *Congruence Couple Therapy for Pathological Gambling* (CCT), desenvolvida por Lee (2009). A CCT foi elaborada com a finalidade de intervir com casais com problemas relacionados com o jogo patológico (Lee, 2009) e acrescenta uma (pseudo) dimensão ao Modelo de Satir, a Transgeracionalidade (Lee, 2009). Refere-se à influência não determinista da família de origem no funcionamento do ser humano (Lee, 2009). Assim, um estado de congruência também passa pela tomada de consciência/reconhecimento da influência dos padrões/ dinâmicas familiares (Lee, 2009), no funcionamento atual da

pessoa. Neste sentido, a Transgeracionalidade pode ser compreendida como “pano de fundo”, transversal às restantes dimensões humanas e não como uma dimensão humana, propriamente dita.

Ao longo do seu desenvolvimento, o conceito de congruência conserva, como elementos nucleares, a consciência, a totalidade e a abertura pessoal relativamente às dimensões humanas supracitadas (Interpessoal, Intrapsíquica e Espiritual/Universal) (Lee, 2002a). A dimensão Interpessoal representa a comunicação e interação com os outros (Satir et al., 1991). A congruência a este nível exige o reconhecimento de si, dos outros e do meio (Satir et al., 1991) e reflete uma comunicação marcada pelo acordo entre as palavras, o afeto, os significados e entre os níveis digital e analógico (Lee, 2001). Já a dimensão Intrapsíquica engloba vários níveis e dinâmicas intrapessoais, como os sentimentos, sentimentos sobre sentimentos, percepções e expectativas, baseadas em experiências prévias, regras sociais e culturais, valores e narrativas (Satir et al., 1991). Desta forma, uma dimensão Intrapsíquica congruente expressa-se na consciência e no reconhecimento do que a pessoa experiencia internamente, bem como na escolha de formas alternativas de ser (Satir et al., 1991). Por sua vez, a dimensão Espiritual/Universal representa a experiência humana comum, independentemente do contexto cultural, histórico ou familiar, designadamente anseios e aspirações universais, tais como amar e ser amado, ser aceite e respeitado ou viver com um propósito (Satir et al., 1991). Resumindo, pode-se considerar a congruência como um estado de harmonia interna e externa, marcado por uma sensação de calma, plenitude, tranquilidade e paz, através do qual o indivíduo pode reagir de forma mais harmoniosa/adaptativa em relação ao seu interior, aos outros e ao contexto (Banmen, 2002).

Para avaliar o constructo congruência, Lee (2002b) desenvolveu a *Congruence Scale* (CS). Segundo a autora, para além de constituir uma medida da congruência, esta escala

avalia a eficácia do Modelo de Satir e estabelece uma ligação com outros modelos de terapia e constructos, como o bem-estar, a satisfação conjugal e a espiritualidade. A CS foi desenvolvida a partir de uma amostra de 86 sujeitos, participantes nos *workshops* de Satir. Após a observação das intervenções nos referidos *workshops*, a autora construiu 87 itens que compunham a CS: 37 correspondiam à dimensão Intrapsíquica, 25 à Interpessoal e 25 à Espiritual/Universal. Seguidamente, três elementos pertencentes ao grupo Rede Avanta e um terapeuta praticante do Modelo de Satir procederam à avaliação dos itens numa escala de 5 pontos, baseada nos seguintes parâmetros: 1) clareza e legibilidade, 2) grau em que o item se integra na respetiva dimensão e 3) importância do item relativamente ao Modelo de Satir. Posteriormente, procedeu-se a uma reformulação ou eliminação dos itens considerados duvidosos/confusos. Os 75 itens, resultantes da etapa anterior, foram sujeitos a um estudo piloto que culminou numa nova redução para 38 itens, revelando estes últimos uma correlação item-total igual ou superior a .30. Esta versão aperfeiçoada da escala, juntamente com as medidas concorrentes [*The Satisfaction with Life Scale* (SWLS; Diener, Emmons, Larsen, & Griffin, 1985); *Outcome Questionnaire* (OQ; Lambert et al., 1996; Lambert, Okiishi, Finch, & Johnson, 1998)] foram enviadas para os centros de aprendizagem de Satir, nos Estados Unidos da América e no Canadá, para serem administradas aos participantes ($n = 86$) dos referidos *workshops*. O tratamento dos dados baseou-se na realização de uma análise fatorial (em componentes principais e com rotação Quartimax), da qual resultaram 4 fatores. O Fator 1 (dimensão Intrapsíquica-Interpessoal) contempla 12 itens; o Fator 2 (dimensão Espiritual), 10 itens; o Fator 3 (dimensão Criativa), 3 itens; e, por último, o Fator 4 (dimensão Comunal) engloba, igualmente, 3 itens. Apesar de 10 dos 38 itens testados não integrarem a estrutura fatorial referida, a autora mantém uma versão original (teórica), composta por 38 itens distribuídos por três

fatores - Interpessoal (11 itens), Intrapísica (13 itens) e Espiritual/Universal (14 itens) – recomendando que esta seja a estrutura estudada noutras culturas, dado o carácter preliminar do estudo original. No que respeita aos estudos de validade concorrente, verificou-se que as pontuações de cada fator, assim como a pontuação total da CS, encontram-se moderadamente correlacionadas com a maior parte das pontuações do OQ e da SWLS, variando os coeficientes de correlação entre $-.61$ e $.53$. Assim, deste processo resultou a primeira versão da CS, composta por 38 itens (Lee, 2002b). Quando adaptada para Portugal a escala ficou reduzida a um conjunto de 16 itens, de acordo com os estudos que se apresentam de seguida.

2. Estudos em Portugal

Como foi desenvolvido/ adaptado e validado?

A adaptação da CS para a população portuguesa disponibiliza uma medida de avaliação do sujeito em termos interpessoais (relação com os outros), intrapsíquicos (relação consigo próprio) e universais-espirituais (relação com a vida e com o transcendente). Em Portugal, existe uma enorme diversidade de instrumentos adaptados de avaliação do indivíduo, com diversos focos, como, por exemplo, personalidade (e.g., Inventário da Personalidade NEO-PI-R, Costa & McCrae, 1997, versão portuguesa de Lima & Simões, 2006) ou psicopatologia (e.g., BSI – Inventário de Sintomas Psicopatológicos, Derogatis, 1982, versão portuguesa de Canavarro, 2007). Contudo, parece haver uma escassez de medidas sistémicas e holísticas, isto é, capazes de avaliar o indivíduo enquanto um todo coerente, independentemente da sua inserção (ou não inserção) numa população clínica específica, sendo esta característica a mais-valia da CS. A escala de congruência (Lee, 2002b) constitui, assim, um instrumento promotor de uma avaliação do funcionamento global do

sujeito e do seu grau de adaptabilidade desenvolvimental, através de uma perspectiva despatologizadora do (dis)funcionamento humano.

Estudos de tradução e adaptação

Após o pedido formal de autorização junto da autora da versão original da CS para tradução e adaptação da escala, iniciou-se o processo de tradução-retroversão (Gjersing, Caplehorn, & Clausen, 2010), em junho de 2011. Para tal, dois tradutores fluentes em português e com boa compreensão do inglês, realizaram, de modo independente, a tradução da escala para a língua portuguesa. De seguida, um terceiro tradutor com competências linguísticas semelhantes procedeu a uma tradução que compatibilizasse, nos aspetos divergentes, as duas traduções anteriores (tradução conciliadora). De modo semelhante, o processo de retroversão foi concretizado por dois tradutores independentes, com inglês fluente e boa compreensão do português e por um terceiro tradutor, com competências linguísticas semelhantes, responsável pela versão que resolveu as diferenças entre as duas primeiras retroversões (retroversão conciliadora). Comparou-se a retroversão conciliadora com a versão original da escala e foram efetuados alguns ajustes na tradução conciliadora de modo a fazer coincidir a retroversão final com a escala original. Posteriormente, procedeu-se ao estudo preliminar da escala, com vista à validação semântica da mesma, bem como à exploração de alguns indicadores do comportamento psicométrico na população portuguesa. Nesse sentido, 30 participantes preencheram a escala, tendo em atenção eventuais erros, desadequações ou ambiguidades na formulação dos itens. Alguns itens, cujo conteúdo remete para os conceitos espírito e/ou universo foram fortemente contestados pelos participantes, conduzindo à sua reformulação. Este facto pode dever-se à “estranheza” sentida face a estas ideias na nossa cultura, muito marcada por uma restrição da espiritualidade a Deus ou à religião Católica. Após a reformulação da escala, foi

solicitado à autora um parecer sobre o processo (de tradução, retroversão e estudo preliminar) anteriormente descrito, havendo total concordância por parte da mesma.

Obtida a versão traduzida iniciaram-se os estudos de adaptação da CS em outubro de 2011. Desenvolveu-se um o protocolo de investigação que continha, para além da CS, um questionário de dados sociodemográficos e duas medidas de validade concorrente: 1) o *Systemic Clinical Outcome and Routine Evaluation-15* (SCORE-15) (Stratton, Bland, Janes, & Lask, 2010; versão portuguesa de Vilaça, Silva, & Relvas, 2014), um instrumento de auto-resposta que avalia o funcionamento familiar através de 15 itens que se distribuem por três dimensões - Forças da Família, Comunicação Familiar e Dificuldades da Família - e de cinco questões que se reportam à rotina da família, à natureza e impacto dos problemas familiares e possíveis necessidades terapêuticas; o sujeito avalia de que modo é que cada item descreve a sua família, através de uma escala de *Likert* de 5 pontos (de “Descreve-nos Muito Bem” a “Descreve-nos Muito Mal”), correspondendo uma maior pontuação a maiores dificuldades familiares; e 2) o Qualidade de Vida (QOL) (Olson & Barnes, 1982; tradução de Relvas et al., 2008 e versão portuguesa de Simões, 2008) que avalia a perceção da qualidade de vida familiar, através de 40 itens, representativos de 11 dimensões: Bem-Estar Financeiro, Tempo, Vizinhaça e Comunidade, Casa, *Mass Media*, Relações Sociais e Saúde, Emprego, Religião, Família e Conjugalidade, Filhos, e Educação, o sujeito responde aos itens segundo uma escala de *Likert* de 5 pontos (de “Insatisfeito” a “Extremamente satisfeito”).

Para se proceder à constituição da amostra, foi considerado o critério de um rácio mínimo (sujeitos:itens) de 5:1 para a realização de análises fatoriais (Wong, Tong, Silva, Abrishami, & Chung, 2009), uma vez que se trata do procedimento analítico que no estudo emerge como o mais crítico para a escolha do tamanho mínimo da amostra. Atendendo aos

38 itens da CS, esta condição impunha um limite mínimo de 190 participantes. No entanto, a amostra recolhida é composta por 254 participantes. Consideraram-se, ainda, os seguintes critérios de inclusão/ exclusão: a) idade dos sujeitos compreendida entre os 18 e os 60 anos, b) nacionalidade portuguesa, e c) saber ler e escrever. A folha de rosto do protocolo de investigação continha a apresentação e os objetivos do estudo, instruções de preenchimento (e.g., solicitação de respostas sinceras e claras; preenchimento integral de todos os instrumentos) e esclarecimentos relativos ao caráter confidencial, anónimo e voluntário da participação. Devido a este último facto, os participantes não assinaram qualquer tipo de declaração de consentimento informado (American Psychological Association, 2002). No caso do recrutamento presencial, esta informação, para além de se encontrar escrita na primeira página do protocolo foi, também, apresentada e discutida com todos os participantes. A administração presencial do protocolo de investigação ocorreu em locais escolhidos pelos participantes (e.g., domicílio, local de trabalho), garantindo-se, dentro do possível e razoável, contextos favoráveis ao desempenho das tarefas solicitadas.

A maioria dos participantes ($n = 212$, 83.5%) foi recrutada através da rede de pessoas conhecidas de um dos autores (método “bola de neve”) e cerca de um quinto ($n = 42$; 16.5%) a partir de uma recolha *on-line*. Não se verificaram diferenças estatisticamente significativas entre as duas formas de recrutamento, quer no que respeita à CS, $t(252) = -1.257$, ns, como nas demais medidas de validade convergente (SCORE-15 e QOL), para as quais se obtiveram, respetivamente, $t(85) = 1.278$, ns e $t(248) = 0.507$, ns.

O recrutamento dos participantes estendeu-se até ao final do primeiro trimestre de 2012 e deste processo resultou uma amostra composta por 254 sujeitos, maioritariamente do sexo feminino (61.4%). A média de idades é 34.09 ($DP = 12.42$) e a faixa etária mais predominante é 18-25 anos (35.4%). A escolaridade dos participantes é muito diversificada

sendo a licenciatura a mais comum (29.9%). Quanto ao estado civil, a maioria é solteira (50.0%) ou casada (41.7%). De acordo com a classificação de Simões (1994), os sujeitos pertencem maioritariamente ao Nível Socioeconómico (NSE) médio (60.2%). Segundo o Instituto Nacional de Estatística (INE, 2012) residem, maioritariamente, em áreas predominantemente urbanas (APU = 83.1%) (4 não respostas), pertencendo os restantes a áreas predominantemente rurais (APR) (cf. Quadro 2).

Quadro 2.

Caracterização da amostra

		Frequência (n)	Percentagem (%)
Sexo	Masculino	98	38.6
	Feminino	156	61.4
Faixa etária	18-25	90	35.4
	26-30	39	15.4
	31-39	38	15.0
	40-49	44	17.3
	50-60	43	16.9
Escolaridade	1º Ciclo do ensino básico	31	12.2
	2º Ciclo do ensino básico	5	2.0
	3º Ciclo do ensino básico	3	1.2
	Secundário incompleto	34	13.4
	Secundário completo	68	26.8
	Curso profissional	17	6.7
	Bacharelato	1	0.4
	Licenciatura	76	29.9
	Mestrado	18	7.1
	Doutoramento	1	0.4
Estado civil	Solteiro	127	50.0
	Casado	106	41.7
	União de facto	9	3.5
	Divorciado	8	3.1
	Viúvo	4	1.6
NSE	Baixo	87	34.3
	Médio	153	60.2
	Elevado	14	5.5
Residência	APU	211	83.1
	APR	39	15.4

Estudos preliminares

Começou por realizar-se um estudo da consistência interna da CS, através do índice alfa de Cronbach (contemplando os 38 itens que integram a escala), tendo-se obtido um índice de fiabilidade razoável ($\alpha = .79$) (Pestana & Gageiro, 2008). Todavia, um exame mais detalhado, tanto das correlações corrigidas item-total, bem como dos valores dos coeficientes alfa corrigidos, mostrou que vários itens apresentavam um comportamento psicométrico desajustado. A análise prosseguiu com a eliminação desses itens (2, 7, 8, 11, 13, 16, 17, 20, 23 e 35), uma vez, que a sua exclusão incrementava a consistência interna da escala. Realizou-se uma nova análise da consistência interna (apenas incluindo os 28 itens restantes) tendo-se alcançado um bom nível de fiabilidade ($\alpha = .86$) (Pestana & Gageiro, 2008). Procedeu-se de seguida à realização de uma AFE nos 28 itens apurados na etapa precedente. Para a extração de fatores, utilizou-se o método de componentes principais (CP). Desta análise resultaram 7 fatores, que explicavam 62.8% da variância total, com os seguintes valores próprios: 6.94 (Fator 1), 3.68 (Fator 2), 1.87 (Fator 3), 1.53 (Fator 4), 1.30 (Fator 5), 1.15 (Fator 6), e 1.11 (Fator 7). Porém, o critério de Kaiser tende a reter um número elevado de fatores, pelo que deve ser complementado por outras técnicas mais fiáveis, por forma a tornar o processo de extração de fatores mais adequado. Neste caso, recorreremos ao método de Análise Paralela (PA) de Horn, um procedimento que tem recebido uma crescente aprovação da parte dos especialistas (e.g., Ferrando & Aguiano-Carrasco, 2010; Tinsley & Tinsley, 1987). A aplicação desta técnica revelou que só os primeiros 4 componentes apresentam valores próprios superiores aos valores de critério correspondentes, obtidos numa matriz de dados com a mesma dimensão gerada aleatoriamente (28 variáveis x 254 respondentes), com 100 réplicas. Face aos resultados obtidos executámos de seguida

uma nova AFE, embora agora forçássemos a extração de somente quatro fatores. O método CP foi novamente usado para a extração dos fatores, mas a solução fatorial inicial foi posteriormente transformada através de uma rotação Varimax, com o objetivo de obtermos uma estrutura simples. A solução obtida explicava 50.1% da variância total. Os valores de variância explicada por cada um dos fatores foram 20.5%, 10.9%, 10.5% e 8.2%, respetivamente. No primeiro fator, sete itens apresentavam cargas fatoriais superiores a .35, oito no segundo, nove no terceiro e seis no quarto. A solução fatorial resultante revelou-se demasiado ambígua, isto é, 8 itens revelaram-se fatorialmente complexos, apresentando cargas salientes em mais do que um fator e 4 itens não revelaram correlações salientes em nenhum dos fatores extraídos. Para além disso, esta estrutura fatorial não fazia sentido teoricamente, ou seja, não apresentava qualquer coincidência com os três fatores sugeridos pela autora. Face a este problema, com o objetivo de aproveitar os itens que se revelaram promissores para medir a congruência, realizou-se um estudo mais detalhado das propriedades estatísticas dos itens, tendo em consideração as linhas de orientação sugeridas por Meir e Gati (1981), nomeadamente a) cálculo da média de correlações entre o item X_i e cada um dos itens que pertencem ao mesmo fator de X_i e conseqüente identificação dos itens com média de correlações mais baixa dentro de cada fator; b) cálculo da média de correlações entre o item X_i e os itens dos fatores a que X_i não pertence e decorrente identificação dos itens com média de correlações mais elevadas com os itens de outros fatores; e c) eliminação dos itens identificados nos passos anteriores. Deste processo resultou um conjunto provisório de 16 itens com potencial interesse para a futura versão portuguesa da escala: 1, 4, 6, 9, 10, 14, 15, 19, 21, 22, 25, 26, 31, 34, 37, 38. Este conjunto foi sujeito a nova análise fatorial exploratória (AFE).

Estudos de validade interna: Análise fatorial exploratória (AFE) e análise fatorial confirmatória (AFC)

Para se realizar a AFE do conjunto reduzido/depurado de itens, uma vez verificados os critérios de adequabilidade dos dados para esse efeito ($KMO = .87$; $\chi^2(120) = 1988.64$, $p = .00$), utilizou-se, o método de extração de fatores em componentes principais (CP). Desta análise resultaram 3 fatores, que explicavam 58.48% da variância total dos dados com os seguintes valores próprios: 5.09 (Fator 1), 3.11 (Fator 2), e 1.15 (Fator 3). De acordo com o referido anteriormente (problemas associados à utilização do critério de Kaiser), fez-se novamente uma estimação com base na PA de Horn (16 variáveis x 254 respondentes), com 100 réplicas, cujos resultados mostraram que só os primeiros 2 componentes apresentam valores próprios superiores aos valores de critério correspondentes. Assim, realizou-se uma análise fatorial, forçada à extração de 2 fatores, seguida de rotação Varimax (cf. Quadro 3).

O primeiro fator explica 31.7% da variância dos dados e o segundo fator explica 19.6%, perfazendo um total de variância explicada de 51.3% (cf. Quadro 3).

O Fator 1 (Espiritual/Universal) é composto por 7 itens (itens 4, 15, 19, 21, 22, 37 e 38), todos eles pertencentes à dimensão espiritual/universal prevista, em termos teóricos, para a escala original. Já o segundo Fator (Intra/Interpessoal) reúne itens das outras duas dimensões teoricamente previstas – interpessoal (itens 1, 25 e 26) e intrapsíquica (itens 6, 9, 10, 14, 31 e 34). Este Fator (Intra/Interpessoal) reflete o pressuposto teórico de que os diferentes componentes da dimensão intrapsíquica interagem reciprocamente influenciando os comportamentos e a comunicação humana (dimensão interpessoal) (Satir et al., 1991). O estudo de validação realizado pela autora (Lee, 2002b) também identificou dois fatores com esta natureza, no entanto, para além destes, foram identificadas mais duas dimensões (Criativa e Comunal). Esta diferença pode ser atribuída, para além dos aspetos culturais, à

utilização de diferentes métodos de rotação. No presente estudo, optou-se por uma rotação *Varimax* (e não *Quartimax*) uma vez que teoricamente não é expectável a dominância de um dos fatores.

Quadro 3.

Cargas fatoriais (loadings) dos itens da Escala de Congruência nos fatores (solução após rotação Varimax)

Item EC	Fator		h^2
	I	II	
1. Reajo de forma exagerada ...		.446	.214
4. O meu espírito está ligado ao espírito de Deus ...	.854	-.053	.735
6. Sinto-me culpado ...	-.180	.700	.661
9. Sei que tenho recursos para resolver os problemas	.076	.442	.653
...			
10. Aceito o meu passado	.118	.515	.516
14. Culpo-me ...		.594	.606
15. Relaciono-me com Deus	.905		.822
19. Aprecio o mistério da Vida ... parte de mim	.908		.828
21. Aprecio o mistério da Vida ... maior do que eu	.814	-.080	.668
22. Tenho uma imagem positiva de Deus	.859	.097	.754
25. Sinto-me tenso	-.071	.447	.206
26. ... ser culpa minha se alguém não está feliz		.694	.482
31. Estou em conflito comigo ...	.107	.734	.581
34. Duvido de mim ...	.118	.599	.375
37. Confio na bondade de Deus ...	.907	.124	.841
38. Há uma força vital ...	.625	.135	.415
% Variância total explicada	31.681	19.601	

Nota. Cargas fatoriais (*loadings*) $\geq .35$ assinaladas a negrito. $N = 254$.

Para obtermos as estatísticas de ajustamento para os resultados da análise fatorial exploratória, realizámos uma AFC do modelo resultante dos passos anteriores: 2 fatores relacionados entre si – Fator 1 (Espiritual/Universal - itens 4, 15, 19, 21, 22, 37 e 38) e

Fator 2 (Intra/Interpessoal - itens 1, 6, 9, 10, 14, 25, 26, 31 e 34). Este modelo apresentou, em geral, índices de ajustamento adequados - $\chi^2 = 185.602$ ($p < .001$), $\chi^2/df = 1.875$, $CFI = .954$, $GFI = .919$, $RMSEA: .059$ (Lo = .05, Hi = .07) - uma vez que χ^2/df é inferior a 5, os índices de CFI e GFI são superiores a .90 e $RMSEA$ é inferior a .10 (Byrne, 2001; Maroco, 2010). Para se obter este ajustamento final foram necessárias algumas modificações sugeridas pelos índices de modificação. Note-se que apenas se realizaram alterações quando o índice de modificação era elevado e simultaneamente correspondia a uma alteração teoricamente plausível. Por exemplo, acrescentou-se uma correlação entre os erros do item 6 (Sinto-me culpado(a) com facilidade) e 14 (Culpo-me quando as coisas correm mal). Teoricamente, facilmente se aceitam as alterações sugeridas, uma vez que o conteúdo dos itens remete para aspetos que se encontram visivelmente associados (neste caso a culpa).

Associação entre subescalas

As duas subescalas não se encontram relacionadas de forma estatisticamente significativa ($r = .05$, *ns*), levando-nos a considerar que na sua versão portuguesa a CS é composta por duas subescalas independentes (Espiritual/Universal e Intra/Interpessoal).

Estudo de validade convergente

Utilizaram-se duas medidas de validade convergente – SCORE-15 e QOL. Verificou-se que apenas o Fator 2 (Intra/Interpessoal) se apresenta associado, de forma estatisticamente significativa, ao SCORE-15, através de uma correlação fraca negativa com o SCORE-15 (pontuação total) ($r = -.27$, $p < .05$) (Pestana & Gageiro, 2008). Estes resultados estão de acordo com o esperado no que respeita à associação entre o SCORE-15 e o Fator 2 (Intra-Interpessoal), pelo menos em termos de direção da associação (uma vez que a sua força é baixa). Ou seja, quanto melhores os níveis de congruência Intra/Interpessoal, menores são

as dificuldades familiares apresentadas e vice-versa. Em termos do QOL (pontuação total), seria esperada, atendendo aos estudos originais (Lee, 2002b), uma associação estatisticamente significativa positiva que não se verificou. Assim parece que, na presente amostra, a congruência não se relaciona com a percepção da qualidade de vida familiar dos participantes.

Estudos de precisão: Análise dos itens, consistência interna

O primeiro fator apresenta uma consistência interna muito boa ($\alpha = .93$) e o segundo razoável ($\alpha = .75$) (Pestana & Gageiro, 2008). A correlação item-total indica uma adequada capacidade discriminante de todos os itens ($> .30$) (Wilmot, 1975). Este índice de discriminação varia entre .43 e .61 no primeiro fator e entre .30 e .50 no segundo.

Estudo da CS numa amostra de jogadores patológicos

A versão portuguesa da CS e as medidas de validade convergente (SCORE-15 e QOL) foram posteriormente aplicadas a uma amostra de jogadores patológicos (dependentes de jogo a dinheiro), oriundos de uma população não clínica (Cunha & Relvas, 2014). Utilizou-se o método de recrutamento bola-de-neve, presencialmente e *online*. A maioria foi recrutada presencialmente ($n = 22$, 68.8%). Dos 32 participantes, 20 eram do sexo masculino (62.5%) e 12 do sexo feminino (37.5%). A média de idades foi igual a 32.30 anos ($DP = 11.20$), a maioria dos sujeitos não eram casados (solteiros, divorciados ou viúvos) ($n = 25$, 78.1%), tinham o ensino secundário completo ou licenciatura ($n = 21$, 65.6%), mais de um terço eram estudantes ($n = 13$, 40.6%) e residiam em áreas predominantemente urbanas ($n = 26$, 81.3%).

A AFC revelou índices de ajustamento pouco adequados - $\chi^2 = 138.360$ ($p = .008$), $\chi^2/df = 1.370$, $CFI = .839$, $GFI = .699$, $RMSEA: .109$ (Lo = .58, Hi = 1.52) - uma vez que apesar de χ^2/df ser inferior a 5, os índices de CFI e GFI são inferiores a .90 e $RMSEA$ é

ligeiramente superior a .10 (Byrne, 2001; Maroco, 2010). No entanto, estes valores devem ser relativizados dado o reduzido tamanho da amostra ($N = 32$) e a tendência para alguns dos índices referidos aumentarem com o tamanho da mesma (Maroco, 2010).

Em termos de validade convergente não se verificaram quaisquer associações, estatisticamente significativas, entre a CS (e suas dimensões) e as duas medidas de validade convergente (QOL e SCORE-15) ($p > .05$). Portanto, nesta amostra de jogadores patológicos a congruência não se relaciona com a qualidade de vida, nem com as dificuldades familiares.

Quanto à consistência interna, o primeiro fator apresenta uma consistência interna muito boa ($\alpha = .93$) e o segundo insatisfatória ($\alpha = .59$) (Pestana & Gageiro, 2008). A correlação item-total indica uma adequada capacidade discriminante da maioria dos itens ($> .30$) (Wilmut, 1975), excetuando os itens 9, 10, 14, 26. Este índice de discriminação varia entre .46 e .85 no primeiro fator e entre -.11 e .56 no segundo. As duas subescalas não se encontram relacionadas de forma estatisticamente significativa ($r = .17, ns$), reiterando a independência das duas subescalas.

3. Aplicação

Como aplicar, cotar e interpretar?

O material necessário para a aplicação da CS é apenas a versão em papel do questionário e uma caneta. A aplicação da CS requer que o sujeito cote cada um dos 16 itens no que diz respeito aos seus pensamentos e sentimentos acerca da sua relação com a vida, consigo próprio e com os outros. Os itens são cotados numa escala de tipo *Likert*, de 1 (Discordo fortemente) a 7 (Concordo fortemente), com base na experiência da semana passada, incluindo o dia do preenchimento. O cálculo do resultado total e respetivas subescalas

implica a inversão da cotação de diversos itens, mais concretamente os itens 1, 3, 6, 11, 12, 13 e 14. Posteriormente, os itens abrangidos por cada subescala (ou totalidade) são somados.

O estudo que aqui se apresenta permitiu calcular os primeiros valores de referência. Assim, apresentam-se no Quadro 4 as médias e desvios-padrão para o resultado total da CS e das suas respetivas duas subescalas para a totalidade da amostra e considerando o sexo dos respondentes.

Quadro 4.

Valores de referência CS: Amostra total e por sexo

Resultados CS	Amostra Total		Sexo		Sexo	
	(N = 254)		Masculino		Feminino	
			(n = 98)		(n = 156)	
	M	DP	M	DP	M	DP
Fator 1 (Universal/Espiritual)	39.30	10.34	39.9	10.58	39.5	10.21
			8		1	
Fator 2 (Intra/Interpessoal)	50.46	8.46	52.5	7.25	49.1	8.91
			4		5	
Total CS	78.41	10.36	80.5	9.14	77.1	10.88
			1		0	

Passando para a interpretação dos resultados quer total, quer das duas subescalas, podemos inferir que quanto maiores forem os resultados da escala total e das subescalas maior será a congruência, ou seja, mais adaptativa será a relação que o indivíduo estabelece com a vida (dimensão Espiritual/Universal), consigo próprio e com os outros (dimensão Intra/Interpessoal).

4. Vantagens, Limitações e Estudos Futuros

A versão portuguesa da CS constitui uma medida de congruência válida e fiável, enriquecedora do leque de instrumentos de avaliação, disponíveis em Portugal (para a

população geral). Permite avaliar o funcionamento global do indivíduo, numa perspectiva relacional (com a vida, o próprio e os outros) e despatologizadora do (dis)funcionamento humano. Uma melhor congruência corresponde a um funcionamento mais adaptativo do indivíduo, pelo que a sua avaliação pode ser um indicador a considerar na prática clínica e científica, por exemplo, como medida dos resultados terapêuticos, sobretudo quando o processo terapêutico apresenta um alinhamento com os princípios do Modelo de Satir (Lee, 2002b). Pode ser igualmente útil para comparar a espiritualidade, aspeto com um interesse crescente na prática terapêutica, com outras dimensões do funcionamento (Lee, 2002b). As limitações deste estudo de adaptação da CS prendem-se, sobretudo, com as características da amostra (amostra não probabilística de conveniência e não estratificada e de dimensão relativamente reduzida). Para além destas, o estudo da CS realizado numa amostra de jogadores patológicos, revelou resultados pouco satisfatórios, sugerindo a necessidade de se realizarem outros estudos com amostras de jogadores patológicos, de maior dimensão, averiguando a necessidade de adaptação da estrutura fatorial da escala.

Futuramente será importante desenvolver estudos que analisem a influência de diferentes religiões na avaliação da congruência através da CS, em particular no que respeita à dimensão Espiritual/Universal. Pode igualmente ser útil analisar o desempenho da CS: a) em outras populações específicas (e.g., cônjuges de jogadores patológicos), b) em diferentes culturas, à semelhança de estudos que têm vindo a ser desenvolvidos em outros países (e.g., China), e c) como medida dos resultados terapêuticos. Poderia, ainda, constituir uma mais-valia a elaboração e estudo de novos itens para uma escala de congruência compiladora das três dimensões teoricamente apontadas, otimizando as suas características psicométricas, como por exemplo, a validade concorrente, obtendo, assim, uma ferramenta de avaliação que permita recolher mais informação acerca da congruência

5. Bibliografia

- American Psychological Association. (2002). *Ethical principles of psychologists and code of conduct*. Washington, DC, USA: Author.
- Banmen, J. (2002). The Satir Model: Yesterday and today. *Contemporary Family Therapy: An International Journal*, 24, 7-22. doi:1014365304082
- Byrne, B. M. (2001). Structural equation modeling with AMOS, EQS, and LISREL: Comparative approaches to testing for the factorial validity of a measuring instrument. *International Journal of Testing*, 1, 55-86. doi: org/10.1207/S15327574IJT0101_4
- Canavarro, M. C. (2007). Inventário de Sintomas Psicopatológicos: Uma revisão crítica dos estudos realizados em Portugal. In M. Simões, C. Machado, M. Gonçalves & L. Almeida (Eds.), *Avaliação psicológica: Instrumentos validados para a população Portuguesa* (vol. III, pp. 305-331). Coimbra, Portugal: Quarteto .
- Chan, P. (1996). The application of the Satir Model of family therapy to the families in Hong Kong: A personal reflection. *Contemporary Family Therapy*, 18(4), 489-505.
- Costa, P. T., Jr., & McCrae, R. R. (1997). Stability and change in personality assessment: The Revised NEO Personality Inventory in the year 2000. *Journal of Personality Assessment*, 68, 86-94.
- Cunha, D., & Relvas, A. P. (2014). *Pathological gambling, psychopathology and family variables in a non-clinical sample*. Manuscrito submetido para publicação.
- Cunha, D., Silva, J., Vilaça, A., Gonçalves, S., & Relvas, A. P. (2014). Escala de Congruência (EC): Estudos de adaptação para a população portuguesa. *Revista Iberoamericana de Diagnóstico y Evaluación – e Avaliação Psicológica*, 38(2), 181-198.
- Derogatis, L.R., & Spencer, P.M. (1982). *Administration and procedures: BSI. Manual I*.

Baltimore, MD, USA: Clinical Psychometric Research

- Diener, E., Emmons, R. A., Larsen, R. J., & Griffin, S. (1985). The Satisfaction with Life Scale. *Journal of Personality Assessment*, 49, 71-75. doi: 10.1207/s15327752jpa4901_13
- Duhl, B. (1989). Virginia Satir: In memoriam. *Journal of Marital and Family Therapy*, 15(2), 109-110.
- Ferrando, P. J., & Anguiano-Carrasco, C. (2010). El análisis factorial como técnica de investigación en psicología. *Papeles del Psicólogo*, 31, 18-33.
- Gjersing, L., Caplehorn, J., & Clausen, T. (2010). Cross-cultural adaptation of research instruments: Language, setting, time and statistical considerations. *BMC Medical Research Methodology*, 10(13), 101-110. doi: 10.1186/1471-2288-10-13
- Haber, R. (2002). Virginia Satir: An integrated, humanistic approach. *Contemporary Family Therapy*, 24(1), 23-34.
- Instituto Nacional de Estatística (INE). (2012). *Censos 2011: Resultados definitivos*. Lisboa, Portugal: INE.
- Lambert, M., Burlingame, G., Umphress, V., Hansen, N., Vermeersch, D., Clouse, G., & Yanchar, S. (1996). The reliability and validity of the Outcome Questionnaire. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 3(4), 249-258. doi: 10.1002/(SICI)1099-0879(199612)3:4<249::AID-CPP106>3.0.CO;2-S
- Lambert, M., Okiishi, J., Finch, A., & Johnson, L. (1998). Outcome assessment: From conceptualization to implementation. *Professional Psychology: Research and Practice*, 29, 63-70. doi:10.1037//0735-7028.29.1.63
- Lee, B. K. (2001). *The religious significance of the Satir Model: Philosophical, ritual, and empirical perspectives* (Doctoral dissertation, University of de Ottawa, Canada).

Retirado de <https://www.uleth.ca/dspace/bitstream/handle/10133/570/>

Satir_and_Tillich.pdf%3Fseq

- Lee, B. K. (2002a). Congruence in Satir's Model: Its spiritual and religious significance. *Contemporary Family Therapy: An International Journal*, 24, 57-78. doi:1014321621829
- Lee, B. K. (2002b). Development of a Congruence Scale based on the Satir Model. *Contemporary Family Therapy: An International Journal*, 24, 217-239. doi:1014390009534
- Lee, B. K. (2009). Congruence couple therapy for pathological gambling. *International Journal of Mental Health and Addiction*, 7, 45-67. doi: 10.1007/s11469-007-9137-x
- Lima, M., & Simões, A. (2006). Inventário de Personalidade NEO revisto (NEOPI- R). In M. Gonçalves, L. Almeida, M. Simões, & C. Machado (Eds.), *Avaliação psicológica: Instrumentos validados para a população Portuguesa* (pp. 15-32). Coimbra, Portugal: Quarteto.
- Maroco, J. (2010). *Análise de equações estruturais*. Lisboa, Portugal: Escolar.
- Meir, E. I., & Gati, I. (1981). Guidelines for item selection in inventories yielding score profiles. *Educational and Psychological Measurement*, 41(4), 1011-1016. doi: 10.1177/001316448104100409
- Pestana, M. H., & Gageiro, J. (2008). *Análise de dados para ciências sociais - A complementaridade do SPSS* (5ª ed.). Lisboa, Portugal: Sílabo.
- Rogers, C. (1985). *Tornar-se Pessoa* (7ª ed.). Lisboa, Portugal: Moraes.
- Satir, V., Banmen, J., Gerber, J., & Gomori, M. (1991). *The Satir model: Family therapy and beyond*. Palo Alto, CA, USA: Science and Behavior Books.

- Simões, J. (2008). *Qualidade de Vida: Estudo de validação para a população portuguesa* (Dissertação de mestrado integrado não publicada). Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra, Portugal.
- Simões, M. (1994). *Investigação no Âmbito da Aferição Nacional do Teste das Matrizes Progressivas Coloridas de Raven (M.P.C.R.)* (Dissertação de doutoramento não publicada). Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra, Portugal.
- Stratton, P, Bland, J., Janes, E., & Lask, J. (2010) Developing a practicable outcome measure for systemic family therapy: The SCORE. *Journal of Family Therapy*, 32, 232-258.
- Tam, E. (2006). Satir Model of family therapy and spiritual direction. *Pastoral Psychology*, 54(3), 275-287. doi: 10.1007/s11089-006-6327-6
- Tinsley, A., & Tinsley, J. (1987). Uses of factor analysis in counseling psychology research. *Journal of Counseling Psychology*, 34, 414-424. doi: 10.1037//0022-0167.34.4.414
- Vilaça, M., Silva, J., & Relvas, A. P. (2014). Systemic Clinical Outcome Routine Evaluation (SCORE-15). In A. P. Relvas & S. Major (Eds.), *Avaliação familiar: Funcionamento e intervenção* (Vol. I, pp. 25-47). Coimbra, Portugal: Imprensa da Universidade de Coimbra.
- Wilmut, J. (1975). Objective test analysis: Some criteria for item selection. *Research in Education*, 13, 27-56.
- Wong, J., Tong, D., Silva, D., Abrishami, A., & Chung, F. (2009). Development of the functional recovery index for ambulatory surgery and anesthesia. *Anesthesiology*, 110(3), 596-602. doi:10.1097/ALN.0b013e318197a16d

APÊNDICE B
QUALIDADE DE VIDA (QOL): VERSÃO RESDUZIDA

Diana Cunha*

Ana Paula Relvas*

*Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação - Universidade de Coimbra, Portugal

Cunha, D., & Relvas, A. P. (2015). Qualidade de Vida (QOL): Versão reduzida. In A. P. Relvas & S. Major (Eds.), *Instrumentos de avaliação familiar: Vulnerabilidade, stress e adaptação* (Vol. II). Livro em preparação.

Resumo

O inventário de qualidade de vida familiar (QOL) (Olson & Barnes, 1982) avalia a satisfação do indivíduo com a qualidade de vida familiar. Visando tornar a sua aplicação mais rápida, desenvolveu-se uma versão reduzida (QOL-VR). Os estudos realizados podem dividir-se em duas fases: 1) redução dos itens e primeiros estudos psicométricos (validade e fiabilidade) ($N = 231$); 2) estudos psicométricos (validade e fiabilidade) da versão desenvolvida na etapa anterior numa nova amostra ($N = 254$). Sugere-se uma estrutura de quatro fatores (Bem-Estar Financeiro; Média e Comunidade; Tempo; Família, Amigos e Saúde) que se mostrou ajustada, tanto na fase 1 [AFC - $\chi^2 = 256.154$ ($p < .001$), $\chi^2/df = 1.578$, $CFI = .962$, $GFI = .902$, $RMSEA: .050$ ($Lo = .038$, $Hi = .062$)], como na fase 2 [AFC - $\chi^2 = 274.397$ ($p < .001$), $\chi^2/df = 1.759$, $CFI = .946$, $GFI = .904$, $RMSEA: .055$ ($Lo = .044$, $Hi = .065$)]. O QOL-VR apresentou razoáveis a bons níveis de consistência interna (escala total e subescalas), em ambas as fases, com valores de *alpha de cronbach* a oscilar entre .67 e .89. O estudo apresenta algumas limitações (e.g. amostra não probabilística de conveniência, não estratificada), sugerindo-se a continuidade dos estudos do QOL-VR (e.g., melhorar as propriedades psicométricas do fator Família, Amigos e Saúde).

Palavras-Chave: Qualidade de Vida, versão reduzida, validade, fiabilidade.

1. Instrumento

O que é, o que avalia e a quem se aplica?

No Quadro 1 encontra-se a ficha técnica relativa ao Qualidade de Vida, versão reduzida (QOL-VR; Almeida, 2013) do *Quality of Life* (QOL) (Olson & Barnes, 1982).

Quadro 1.

Ficha técnica do QOL-VR

O que é?	O inventário de Qualidade de Vida apresentado é a versão reduzida (QOL-VR) do <i>Quality of Life</i> (QOL), desenvolvido em 1982, por Olson e Barnes, em St. Paul, Minnesota		
	O QOL-VR consiste num questionário de autorresposta, composto por 20 itens que avaliam a qualidade de vida familiar, através da avaliação subjetiva do grau de satisfação com as seguintes áreas de vida: família, amigos, saúde, tempos-livres, média, comunidade, emprego/rendimentos. Os 20 itens encontram-se repartidos por quatro dimensões: Bem-Estar Financeiro; Média e Comunidade; Tempo; e Família, Amigos e Saúde		
	Estrutura do QOL-VR		
O que avalia?	Dimensão	Número Itens	Descrição
	Bem-Estar Financeiro (BF)	5	Avalia o grau de satisfação com o seu rendimento capacidade para fazer face às despesas familiares e nível de poupança
	Média e Comunidade (MC)	5	Avalia o grau de satisfação com os média (e.g., qualidade dos jornais) e a comunidade (e.g., segurança)
	Tempo (T)	5	Avalia o grau de satisfação com o tempo disponível para a família, para a lida da casa e para o próprio
	Família, Amigos e Saúde (FAS)	5	Avalia o grau de satisfação com a família, os amigos e a saúde
A quem se aplica?	A adaptação da versão portuguesa reduzida do QOL (QOL-VR) atesta a viabilidade da sua aplicação a adultos (> 18 anos), casados/união de facto, da população geral. Note-se que, originalmente, os autores (Olson & Barnes, 1982) desenvolveram duas formas paralelas do QOL – formulário parental e formulário para adolescentes, encontrando-se o primeiro também adaptado para a população portuguesa (Simões, 2008)		
Como ter acesso?	O acesso ao QOL-VR pode ser efetuado através da página http://www. fpce.uc.pt/avaliacao familiar que contém todos os instrumentos de avaliação apresentados neste livro. Os utilizadores deverão facultar os contactos pessoais e institucionais, bem como dados acerca do propósito da utilização do instrumento (e.g., investigação, prática clínica) e concordar com as condições de utilização e de partilha dos resultados com os autores da versão portuguesa		

Fundamentação e história

As primeiras referências à expressão qualidade de vida remontam à Grécia Antiga, onde filósofos como Aristóteles consideravam que “boa vida” designava “a vida que está de acordo com as virtudes, com o bem maior, o bem supremo” (Pimentel, 2006, p. 15). Há, também, indícios de que este termo tenha sido utilizado, pela primeira vez, na literatura médica em 1930 (Seidl & Zannon, 2004). Mais tarde, em 1964, terá reaparecido com maior intensidade devido a Lyndon Johnson, à data presidente dos Estados Unidos da América, que declarou que a qualidade de vida proporcionada às pessoas seria uma melhor medida do bem-estar da população do que o balanço dos bancos (Fleck et al., 1999).

O que se entende por qualidade de vida tem vindo a alterar-se ao longo dos tempos, segundo Couvreur (1996), antigamente, falava-se de uma filosofia ou de uma arte para viver enquanto, atualmente, fala-se de um conceito que invadiu todos os domínios, desde a ecologia à organização do trabalho, passando pela saúde. Talvez se possa afirmar que a década de 90 constitui o principal marco evolutivo do conceito qualidade de vida. Repare-se que foi a partir dessa altura que a ideia de qualidade de vida passou a integrar de forma mais intensa os discursos informais entre as pessoas e os média em geral, assistindo-se, simultaneamente, ao aumento da quantidade e da qualidade de investigações científicas sobre a qualidade de vida e sua relação com questões sociais, culturais e biológicas (Gordia, Quadros, Oliveira, & Campos, 2011). É também nos anos 90, procurando suprir a confusão conceptual em torno do constructo qualidade de vida (Fleck, 2000) e construir um instrumento de avaliação do mesmo, que a Organização Mundial de Saúde (OMS) reuniu especialistas de várias partes do mundo, formando o grupo de qualidade de vida (grupo WHOQOL). Este grupo desenvolveu

uma definição universal, comum a todas as culturas, considerando que qualidade de vida é “a percepção do indivíduo, da sua posição na vida, no contexto da cultura e sistema de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações” (WHOQOL, 1994, p. 28).

Esta definição, proposta pela OMS (grupo WHOQOL), também serve de base ao conceito de qualidade de vida familiar, uma vez que o paradigma base é transversal aos dois conceitos, assentando nas mesmas características fundamentais, a multidimensionalidade e a subjetividade (Sharlock & Verdugo, 2006). Multidimensionalidade, uma vez que para avaliar a qualidade de vida é importante ponderar diversos aspetos relativos aos domínios físico, funcional, psicológico e social do indivíduo (Haan, Aaronson, Limburg, Hewer, & Crevel 1993). E, subjetividade, dado que a sua avaliação resulta da percepção que o indivíduo tem desses domínios (Olson et al., 1983).

Segundo Sharlock e Verdugo (2006), a diferença entre qualidade de vida e qualidade de vida familiar reside no foco principal de cada um dos conceitos, ou seja, o primeiro refere-se geralmente ao indivíduo, enquanto o segundo aborda a família enquanto todo. Quando a qualidade de vida é enquadrada por uma perspetiva familiar, foca-se na percepção que o indivíduo tem do seu bem-estar e satisfação com a sua vida familiar em diferentes domínios (Fagulha, Duarte, & Miranda, 2000). Neste sentido, Olson e Barnes (1982) definem qualidade de vida (familiar) como o sentido de ajustamento da família em relação ao seu meio ambiente. O necessário aumento de complexidade que advém deste tipo de conceptualização de cariz mais familiar acarreta desafios, por exemplo, autores como Park et al. (2003) depararam-se com dificuldades na operacionalização da qualidade de vida familiar. Tal facto deve-se ao elevado número de variáveis que

influenciam a vida familiar, nomeadamente: (a) as diferentes perspetivas dos membros da família na definição da sua qualidade de vida; (b) a necessidade de incluir diferentes contextos culturais, sociais e étnicos para garantir uma melhor compreensão da variabilidade existente entre as famílias; e (c) o balanço entre a importância concedida pelas famílias aos diversos indicadores de qualidade de vida e a satisfação ou insatisfação real experimentada pelos seus membros em relação a esses indicadores (Córdoba, Verdugo, & Benito, 2006).

Apesar disso, David Olson e Howard Barnes (1982) desenvolveram o *Quality of Life* (QOL). A construção do QOL surge no mesmo âmbito de um conjunto de instrumentos de avaliação familiar, como por exemplo, o *Family Crisis Oriented Personal Evaluation Scales* (F-COPES). Qualquer um desses instrumentos possui como enquadramento teórico de base o Modelo Duplo ABCX de McCubbin e Patterson (1983), que é uma extensão do Modelo ABCX de Hill (1949). São modelos orientados para a compreensão do *stress* familiar que analisam os acontecimentos indutores de *stress* que possam afetar a capacidade de adaptação do sistema familiar (Weber, 2011). O modelo ABCX (Hill, 1949) aborda a capacidade de resposta da família a algo que, de alguma forma, a ameaça e obriga à sua reestruturação. Para tal, o autor considera a existência de quatro fatores fundamentais, aos quais atribuiu as letras A, B, C e X. Considera-se que A é um evento *stressor*; B corresponde aos recursos familiares para lidar com as novas exigências, C corresponde à definição que a família faz do acontecimento (individual e coletivamente), e X a crise. O Modelo Duplo ABCX (McCubbin & Patterson, 1983) pretende complementar o anterior por considerar que o modelo de Hill (1949) reduz o seu foco às variáveis pré-crise. Assim, acrescenta os esforços que os membros da família fazem, ao longo do tempo, para se adaptar,

propondo que sejam contempladas três fases: a pré-crise, a crise e a pós-crise (McCubbin & Patterson, 1983). Os autores acrescentam, assim, quatro fatores fundamentais: o fator aA que corresponde ao acumular de fatores de *stress*, o fator bB que representa os esforços da família para ativar ou adquirir novos recursos, o fator cC que implica as modificações da percepção familiar da situação total de crise, e o fator xX que corresponde à adaptação da família.

O QOL contempla duas formas paralelas, o formulário parental (40 itens) e o formulário para adolescentes (25 itens), construídos, segundo os autores (Olson & Barnes, 1982), para que o estudo da qualidade de vida refletisse as preocupações diferenciais de pais e filhos. Trata-se de um instrumento de autorresposta, cujos itens são cotados através de uma escala de *Likert* de 5 pontos (1 corresponde a “Insatisfeito”, 2 a “Pouco Satisfeito”, 3 a “Geralmente Satisfeito”, 4 a “Muito Satisfeito” e 5 a “Extremamente Satisfeito”). No que respeita à validade destes dois formulários, os autores verificaram (Olson & Barnes, 1982), através de uma Análise Fatorial Exploratória (AFE) (método de componentes principais), com rotação varimax, a existência de 12 fatores no que respeitava ao formulário parental e 11 fatores no formulário para adolescentes. Onze fatores eram comuns a ambos os formulários: Vida Familiar, Amigos, Família Alargada, Saúde, Casa, Educação, Tempo, Religião, Média, Bem-Estar Financeiro, Vizinhaça e Comunidade. Ao formulário parental acrescia o fator Emprego. No que respeita à fiabilidade dos itens do inventário, o formulário parental apresentava um coeficiente alfa de Cronbach de .92 e o formulário para adolescentes de .86, para a escala total (Olson & Barnes, 1982), considerada uma consistência interna muito boa e boa, respetivamente (Pestana & Gageiro, 2008).

Em Portugal, o formulário parental é aquele que tem sido estudado e que está na base do QOL-VR.

2. Estudos em Portugal

Como foi desenvolvido/ adaptado e validado?

Estudos de tradução e adaptação

O formulário parental do QOL encontra-se traduzido desde 2006 (tradução do grupo de investigação da Subárea Sistémica, Saúde e Família, da Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade de Coimbra, coordenado pela Prof. Doutora Ana Paula Relvas) e adaptado para a população portuguesa (Simões, 2008). A versão portuguesa (Simões, 2008) do instrumento apresentou propriedades psicométricas referentes à precisão semelhantes às encontradas pelos autores da versão original, apresentando, para a escala total (40 itens), um coeficiente de alfa de Cronbach de .92, consistência interna considerada muito boa (Pestana & Gageiro, 2008). No que respeita aos estudos de validade, realizou-se uma AFE (método de componentes principais), seguida de rotação varimax. A versão portuguesa apresenta algumas alterações em relação à versão original, reunindo 11 fatores, em vez dos 12 originais: Bem-Estar Financeiro, Tempo, Vizinhaça e Comunidade, Casa, Média, Relações Sociais e Saúde, Emprego, Religião, Família e Conjugalidade, Filhos e Educação (Simões, 2008). A principal diferença reside no desaparecimento dos fatores Amigos e Família Alargada, cujos itens foram integrados no fator Relações Sociais e Saúde.

Não obstante a existência desta versão adaptada para a população portuguesa, é reconhecido que as versões reduzidas dos instrumentos facilitam a sua aplicação em termos da gestão do tempo e do cansaço dos participantes (Ballueska & Gorostiaga, 2012; Podsakoft & MacKenzie, 1994), representando o seu desenvolvimento uma mais-valia. Para além disso, em 2013, esta necessidade mostrou-se muito relevante, no âmbito de uma investigação de doutoramento conduzida pelas autoras. O protocolo de investigação

utilizado era especialmente extenso (cerca de hora de preenchimento, em média), possivelmente potenciador de uma menor adesão ao estudo por parte dos participantes, havendo, portanto, necessidade de substituir alguns instrumentos desse protocolo por medidas menos extensas, nomeadamente no que respeitava à avaliação da qualidade de vida. E é neste enquadramento que se iniciam os trabalhos de desenvolvimento e adaptação de uma versão reduzida do QOL (formulário parental) que viria a designar-se QOL-VR.

Os estudos para desenvolver o QOL-VR podem dividir-se em duas fases: 1) redução dos itens e primeiros estudos psicométricos (validade e fiabilidade); 2) estudos psicométricos (validade e fiabilidade) da versão desenvolvida na etapa anterior numa nova amostra da população geral. Uma vez que o protocolo de investigação, a amostra utilizada e as análises estatísticas efetuadas em cada uma destas fases são diferentes, os dados serão apresentados separadamente para cada uma destas fases: Fase 1 e Fase 2.

Fase 1

Nesta fase utilizaram-se os dados recolhidos através de um questionário de dados sociodemográficos e do formulário parental do QOL (Olson & Barnes, 1982), tradução portuguesa, realizada em 2006, também utilizada no estudo de adaptação do QOL (Simões, 2008).

Para a realização deste estudo (Fase 1), utilizou-se uma compilação de amostras recolhidas na população geral ($N=231$) (através do método de amostragem por conveniência), entre 2006 e 2008, com os instrumentos referidos, no âmbito dos estudos de Mestrado Integrado em Psicologia Clínica, Subárea Sistémica, Saúde e Família, da Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade de Coimbra, realizados nesses mesmos anos. O nível socioeconómico (NSE) foi calculado segundo a tipologia de Simões (1994) e utilizou-se a tipologia das áreas urbanas do Instituto Nacional de

Estatística (INE) (2009) para classificar as áreas de residência – Áreas Predominantemente Urbanas (APU), Áreas Medianamente Urbanas (AMU) e Áreas Predominantemente Rurais (APR) (cf. Quadro 2).

Quadro 2.

Caracterização da amostra (Fase 1)

		Frequência (n)	Percentagem (%)
Sexo	Masculino	77	33.3
	Feminino	154	66.7
Faixa etária	20-29	24	10.4
	30-39	73	31.6
	40-49	82	35.5
	50-59	32	13.9
	60-69	13	5.6
	> 70	7	3.0
Escolaridade	< 1º Ciclo	6	2.6
	1º Ciclo	31	13.4
	2º Ciclo	38	16.5
	3º Ciclo	51	22.1
	Secundário	42	18.2
	Curso profissional Licenciatura ou >	17 46	7.3 19.9
Estado civil	Casado	179	77.5
	União de facto	52	22.5
NSE	Baixo	68	29.4
	Médio	139	60.2
	Elevado	24	10.4
Residência	APU	91	39.4
	AMU	73	31.6
	APR	67	29.0

Redução dos itens do QOL (Fase 1)

Após a verificação da adequação da amostra para a realização da análise fatorial - índice Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) e teste de esfericidade de Bartlett - (KMO = .86; $\chi^2(780) = 5290.75, p < .001$), realizou-se uma AFE. Para a extração de fatores, utilizou-se o método de componentes principais (CP). Obtiveram-se 11 fatores que explicavam 70.92% da variância

total. De seguida, atendendo ao critério de retenção fatorial, *scree plot*, proposto por Cattell (1966), realizou-se uma análise fatorial, forçada à extração de quatro fatores, com rotação varimax. O primeiro fator explicava 12,76% da variância total dos dados, o segundo 12,16%, o terceiro 11,49% e o quarto 10,57, perfazendo um total de variância explicada de 46,97% (cf. Quadro 3).

Quadro 3.

Cargas fatoriais (loadings) dos itens do QOL nos fatores (solução após rotação varimax)

Item	Fator				h^2
	1	2	3	4	
1. Família				.582	.793
2. Casamento				.591	.714
3. Filhos				.416	.690
4. Crianças				.389	.572
5. Amigos				.595	.589
6. Familiares				.569	.592
7. Saúde				.620	.719
8. Saúde familiares				.439	.570
9. Condições habitação	.359			.520	.633
10. Responsabilidades domésticas			.455	.450	.765
11. Responsabilidades domésticas outros			.438	.458	.711
12. Espaço suas necessidades			.685	.329	.826
13 Espaço família			.640	.328	.814
14. Educação	.467				.693
15. Programas educativos			.331	.468	.728
16. Tempo-livre			.737		.816
17. Tempo si			.759		.840
18. Tempo família		.310	.703		.818
19. Tempo casa			.767		.770
20. Tempo dinheiro	.575		.343		.629

21. Religião família	.433			.868
22. Religião comunidade	.547			.848
23. Emprego	.457			.675
24. Segurança emprego	.413			.768
25. Televisão		.350		.526
26. Programas televisivos	.489			.754
27. Filmes	.631			.769
28. Jornais e revistas	.636			.679
29. Rendimento	.703			.634
30. Dinheiro necessidades familiares	.804			.769
31. Emergências financeiras	.702			.603
32. Dinheiro deve	.532	.346		.582
33. Poupança	.735			.775
34. Dinheiro futuras necessidades	.803			.822
35. Escolas	.699			.717
36. Compras	.702			.714
37. Segurança	.707			.717
38. Bairro	.530		.367	.700
39. Instalações recreativas	.620			.623
40. Serviços saúde	.569			.543
% Variância explicada	12.759	12.162	11.486	10.566

Nota. Cargas fatoriais (*loadings*) $\geq .35$ assinaladas a negrito. $N = 231$.

A partir desta base, iniciou-se o trabalho de redução da escala. Para tal, procedeu-se à seleção dos cinco itens de cada fator com maior carga fatorial. Deste processo resultou um conjunto de 20 itens com potencial interesse para a versão reduzida da escala: 1, 2, 5, 6, 7, 12, 16, 17, 18, 19, 27, 28, 29, 30, 31, 33, 34, 35, 36, 37. Estes 20 itens encontram-se distribuídos por quatro fatores: o fator 1 é composto pelos itens 29, 30, 31, 33 e 34 e diz respeito à dimensão Bem-Estar Financeiro; o fator 2 é composto pelos itens 27, 28, 35, 36 e

37 e remete para a dimensão Média e Comunidade; o fator 3 é composto pelos itens 12, 16, 17, 18 e 19 e refere-se à dimensão Tempo; e, por fim, o fator 4 é composto pelos itens 1, 2, 5, 6 e 7 e diz respeito à dimensão Família, Amigos e Saúde (cf. Quadro 4). Estes quatro fatores congregam seis dos fatores do instrumento original, tendo os restantes sido eliminados atendendo à análise estatística realizada.

Quadro 4.

Estrutura Fatorial do QOL-VR

Fator	Itens	
Significativos e Saúde	1. Família	
	2. Casamento	
	5. Amigos	
	6. Familiares	
	7. Saúde	
	Tempo	12. Espaço suas necessidades
		16. Tempo livre
17. Tempo si		
18. Tempo família		
19. Tempo casa		
Média e Comunidade	27. Filmes	
	28. Jornais e revistas	
	35. Escolas	
	36. Compras	
	37. Segurança	
Bem-Estar Financeiro	29. Rendimento	
	30. Dinheiro necessidades familiares	
	31. Emergências financeiras	
	33. Poupança	
	34. Dinheiro futuras necessidades	

A versão reduzida obtida constitui uma versão para adultos casados ou em união e facto e não especificamente parental, uma vez que os itens relativos aos filhos foram eliminados e o item relativo ao casamento foi mantido.

Estudos de validade interna: Análise fatorial confirmatória (AFC) (Fase 1)

Para obtermos as estatísticas de ajustamento para os resultados da etapa anterior, realizámos uma AFC do modelo resultante: quatro fatores, relacionados entre si - Bem-Estar Financeiro, Tempo, Média e Comunidade e Família, Amigos e Saúde. Este modelo apresentou, em geral, índices de ajustamento adequados - $\chi^2 = 256.154$ ($p < .001$), $\chi^2/df = 1.578$, $CFI = .962$, $GFI = .902$, $RMSEA: .050$ ($Lo = .038$, $Hi = .062$) - uma vez que χ^2/df é inferior a 5, os índices de CFI e GFI são superiores a .90 e $RMSEA$ é inferior a .10 (Maroco, 2010). Para se obter este ajustamento final foram necessárias algumas modificações sugeridas pelos índices de modificação. Note-se que apenas se realizaram alterações quando o índice de modificação era elevado e simultaneamente correspondia a uma alteração teoricamente plausível. Por exemplo, acrescentou-se uma correlação entre os erros do item 33 (nível de poupança) e 34 (dinheiro para futuras necessidades da família). Teoricamente, facilmente se aceitam as alterações sugeridas, uma vez que o conteúdo dos itens remete para aspetos que se encontram visivelmente associados (neste caso, poupanças financeiras).

Associação entre subescalas (Fase 1)

As quatro subescalas encontram-se relacionadas entre si ($p < .05$), de forma fraca a moderada ($.246 < r < .473$) (Pestana & Gageiro, 2008). Estas correlações positivas eram esperadas, uma vez que as subescalas representam domínios de um mesmo conceito, a qualidade de vida, tido como multidimensional e dependente não só de fatores pessoais e ambientais como, também, das interações entre os mesmos (Cummins, 2005). Estes dados permitem considerar que o QOL-VR é composto por quatro subescalas dependentes, reforçando a utilidade do seu uso conjunto em detrimento de uma utilização independente.

Estudos de precisão: Análise dos itens, consistência interna (Fase 1)

Os fatores Bem-Estar Financeiro, Tempo e Média e Comunidade apresentam uma consistência interna boa ($.81 < \alpha < .89$) e o fator Família, Amigos e Saúde apresenta uma consistência interna razoável ($\alpha = .72$) (Pestana & Gageiro, 2008). A correlação item-total indica uma adequada capacidade discriminante de todos os itens ($> .30$) (Wilmut, 1975). Este índice de discriminação varia entre .46 e .82 no fator Bem-Estar Financeiro, entre .36 e .83 no fator Tempo, entre .35 e .75 no fator Média e Comunidade e entre .46 e .82 no fator Família, Amigos e Saúde.

Fase 2

Nesta fase utilizou-se um protocolo de investigação que continha, para além do QOL-VR, um questionário de dados sociodemográficos e duas medidas de validade concorrente: 1) o *Systemic Clinical Outcome and Routine Evaluation–15* (SCORE-15) (Stratton, Bland, Janes, & Lask, 2010; versão portuguesa de Vilaça, Silva, & Relvas, 2014), um instrumento de autorresposta que avalia o funcionamento familiar através de 15 itens que se distribuem por três dimensões - Forças da Família, Comunicação Familiar e Dificuldades da Família - e de cinco questões que se reportam à rotina da família, à natureza e impacto dos problemas familiares e possíveis necessidades terapêuticas; o sujeito avalia de que modo é que cada item descreve a sua família, através de uma escala de *Likert* de 5 pontos (de Descreve-nos Muito Bem a Descreve-nos Muito Mal), correspondendo uma maior pontuação a maiores dificuldades familiares; e 2) a Escala de Congruência (EC) (Lee, 2002; versão portuguesa de Cunha, Silva, & Relvas, 2014) que avalia a congruência, ou seja, a relação com o próprio, com os outros e com o contexto, através de 16 itens, representativos de duas dimensões: Espiritual/Universal e Intra/Interpessoal. O sujeito responde aos itens segundo uma escala de *Likert* de 7 pontos (de Discordo Fortemente a Concordo Fortemente).

Para se proceder à constituição da amostra, foi considerado o critério de um rácio mínimo (sujeitos:itens) de 5:1 para a realização de análises fatoriais (Wong, Tong, Silva, Abrishami, & Chung, 2009). Atendendo aos 20 itens do QOL-VR, esta condição impunha um limite mínimo de 100 participantes. No entanto, a amostra recolhida é composta por 254 participantes. Consideraram-se, ainda, os seguintes critérios de inclusão/ exclusão: a) sujeitos com idade igual ou superior a 18 anos, b) nacionalidade portuguesa, e c) saber ler e escrever. A folha de rosto do protocolo de investigação continha a apresentação e os objetivos do estudo, instruções de preenchimento (e.g., solicitação de respostas sinceras e claras; preenchimento integral de todos os instrumentos) e esclarecimentos relativos ao carácter confidencial, anónimo e voluntário da participação. Devido a este último facto, os participantes não assinaram qualquer tipo de declaração de consentimento informado (American Psychological Association, 2002). No caso do recrutamento presencial, esta informação, para além de se encontrar escrita na primeira página do protocolo foi, também, apresentada e discutida com todos os participantes. A administração presencial do protocolo de investigação ocorreu em locais escolhidos pelos participantes (e.g., domicílio, local de trabalho), garantindo-se, dentro do possível e razoável, contextos favoráveis ao preenchimento do protocolo.

A maioria dos participantes ($n = 212$, 83.5%) foi recrutada através da rede de pessoas conhecidas de um dos autores (método “bola de neve”) e cerca de um quinto ($n = 42$; 16.5%) a partir de uma recolha *on-line*. Não se verificaram diferenças estatisticamente significativas entre as duas formas de recrutamento, quer no que respeita ao QOL-VR [$t(248) = 0.507$, ns] como às medidas de validade convergente (SCORE-15 e EC), respetivamente, $t(85) = 1.278$, ns e $t(252) = -1.257$, ns.

O recrutamento dos participantes estendeu-se até ao final do primeiro trimestre de 2012 e deste processo resultou a amostra caracterizada no Quadro 5. Mais uma vez, o NSE foi calculado segundo a tipologia de Simões (1994) e utilizou-se a tipologia das áreas urbanas do INE (2009) para classificar as áreas de residência – Áreas Predominantemente Urbanas (APU), Áreas Medianamente Urbanas (AMU) e Áreas Predominantemente Rurais (APR).

Quadro 5.

Caracterização da amostra (Fase 2)

		Frequência (n)	Percentagem (%)
Sexo	Masculino	98	38.6
	Feminino	156	61.4
Faixa etária	18-25	90	35.4
	26-30	39	15.4
	31-39	38	15.0
	40-49	44	17.3
	50-60	43	16.9
Escolaridade	1º Ciclo	31	12.2
	2º Ciclo	5	2.0
	3º Ciclo	3	1.2
	Secundário incompleto	34	13.4
	Secundário completo	68	26.8
	Curso profissional	17	6.7
	Bacharelato	1	0.4
Licenciatura ou >	95	37.4	
Estado civil	Solteiro	127	50.0
	Casado	106	41.7
	União de facto	9	3.5
	Divorciado	8	3.1
	Viúvo	4	1.6
NSE	Baixo	87	34.3
	Médio	153	60.2
	Elevado	14	5.5
Residência	APU	211	83.0
	APR	39	15.4
		4 missings	1.6

Estudos de validade interna: Análise fatorial confirmatória (AFC) (Fase 2)

O QOL-VR foi testado, desta feita, na nova amostra (amostra fase 2), diferente daquela que lhe deu origem (amostra fase 1). Para tal, realizou-se uma AFC. O QOL-VR, em geral, revelou possuir índices de ajustamento adequados - $\chi^2 = 274.397$ ($p < .001$), $\chi^2/df = 1.759$, $CFI = .946$, $GFI = .904$, $RMSEA: .055$ (Lo = .044, Hi = .065) - uma vez que χ^2/df é inferior a 5, os índices de CFI e GFI são superiores a .90 e $RMSEA$ é inferior a .10 (Maroco, 2010). Para se obter este ajustamento final, à semelhança do sucedido na fase anterior, também foram necessárias algumas modificações sugeridas pelos índices de modificação. Note-se que apenas se realizaram alterações quando o índice de modificação era elevado e simultaneamente correspondia a uma alteração teoricamente plausível. Por exemplo, acrescentou-se uma correlação entre os erros do item 7 (tempo para si) e 8 (quantidade de tempo livre). Teoricamente, facilmente se aceitam as alterações sugeridas, uma vez que o conteúdo dos itens remete para aspetos que se encontram visivelmente associados (tempo disponível).

Associação entre subescalas (Fase 2)

Também nesta amostra (Fase 2), as quatro subescalas encontram-se relacionadas entre si ($p < .05$), desta feita de forma moderada ($.325 < r < .541$) (Pestana & Gageiro, 2008). Mais uma vez, estas correlações positivas eram esperadas, uma vez que as subescalas representam domínios de um mesmo conceito, a qualidade de vida, tido como multidimensional e dependente não só de fatores pessoais e ambientais como, também, das interações entre os mesmos (Cummins, 2005). Tal como referido anteriormente, o QOL-VR é composto por quatro subescalas dependentes, reforçando a utilidade do seu uso conjunto em detrimento de uma utilização independente.

Estudo de validade convergente (Fase 2)

Utilizaram-se duas medidas de validade convergente – SCORE-15 e EC. Verificou-se que os quatro fatores do QOL-VR, bem como o resultado total do instrumento, se associam no sentido negativo com o SCORE-15, com uma força moderada (Pestana & Gageiro, 2008) ($-.505 < r < -.308$, $p < .05$). Ou seja, de acordo com o esperado teoricamente (Vilaça, Stratton, Sousa, & Relvas, 2014), quanto maior a qualidade de vida (familiar), menores as dificuldades familiares e vice-versa.

O fator Família, Amigos e Saúde do QOL-VR, bem como o resultado total do instrumento associam-se, no sentido positivo, à EC. No primeiro caso a associação é moderada ($r = .435$, $p < .05$) e no segundo fraca ($r = .297$, $p < .05$). Em termos teóricos a direção da relação faz sentido (Lee, 2002), pois quanto maior a qualidade de vida, sobretudo a medida pelo fator Família, Amigos e Saúde, maior a congruência e vice-versa.

Estudos de precisão: Análise dos itens, consistência interna (Fase 2)

Nesta amostra (Fase 2), os fatores Bem-Estar Financeiro e Tempo mantêm uma consistência interna boa (Pestana & Gageiro, 2008) ($\alpha = .89$, $\alpha = .85$, respetivamente). Já os fatores Família, Amigos e Saúde e Média e Comunidade diminuem ligeiramente os valores de consistência interna ($\alpha = .67$; $\alpha = .75$; respetivamente), comparativamente com os apresentados na amostra da Fase 1, apresentando, desta feita, valores razoáveis ou muito próximos disso (Pestana & Gageiro, 2008). Mais uma vez a correlação item-total indica uma adequada capacidade discriminante de todos os itens ($> .30$) (Wilmut, 1975). Este índice de discriminação varia entre .58 e .72 no fator Bem-Estar Financeiro, entre .50 e .70 no fator Tempo, entre .46 e .54 no fator Média e Comunidade e entre .48 e .61 no fator Família, Amigos e Saúde.

3. Aplicação

Como aplicar, cotar e interpretar?

O material necessário para a aplicação do QOL-VR é apenas a versão em papel do questionário e uma caneta. A aplicação requer que o sujeito cote cada um dos 20 itens no que diz respeito ao grau de satisfação com os aspetos apresentados. Os itens são cotados numa escala de tipo *Likert*, de 1 (Insatisfeito) a 5 (Extremamente Satisfeito). O cálculo do resultado total e respetivas subescalas implica a soma dos itens abrangidos.

Os estudos que aqui se apresentam permitiram calcular os primeiros valores de referência. Uma vez que os valores de referência identificados nas duas amostras estudadas (Fase 1 e Fase 2) são muito próximos, optou-se por apresentar, apenas, os verificados na amostra da Fase 2, uma vez que esta foi recolhida mais recentemente e é composta por um número superior de participantes. Assim, apresentam-se no Quadro 6 as médias e desvios-padrão para o resultado total do QOL-VR e suas subescalas, para a totalidade da amostra e considerando o sexo dos respondentes.

Passando para a interpretação dos resultados, quer total, quer das quatro subescalas, podemos inferir que quanto maiores forem os resultados da escala total e das subescalas maior será a qualidade de vida percebida.

4. Vantagens, Limitações e Estudos Futuros

A versão reduzida do QOL, o QOL-VR, constitui uma medida de qualidade de vida válida e fiável, enriquecedora do leque de instrumentos de avaliação, disponíveis em Portugal (para a população geral). Para além disso, pelo facto de conter apenas metade dos itens da versão original, economiza tempo na administração, tornando-se menos maçador para os sujeitos. Permite avaliar a qualidade de vida do indivíduo, numa perspetiva familiar e subjetiva, isto é, atendendo ao grau de satisfação percebido pelo sujeito.

Quadro 6.

Valores de referência QOL-VR: Amostra total e por sexo

Resultados QOL-VR	Amostra Total		Sexo		Sexo	
	(N = 254)		Masculino		Feminino	
	M	DP	M	DP	M	DP
Bem-Estar Financeiro	13.92	4.30	14.7	4.30	13.3	4.22
			4		8	
Média e Comunidade	14.93	3.07	15.4	3.44	14.6	2.78
			3		1	
Tempo	15.70	4.05	16.4	3.90	15.2	4.08
			9		0	
Família, Amigos e Saúde	18.89	3.20	19.4	2.80	18.4	3.43
			6		4	
Total	62.97	11.31	64.9	10.63	64.9	10.63
			6		6	

Uma melhor qualidade de vida familiar associa-se a um funcionamento mais adaptativo das famílias (e dos indivíduos), pelo que a sua avaliação pode ser um importante indicador da saúde das mesmas, permitindo, ainda, a prevenção de eventuais perturbações, físicas ou psicológicas, no sistema familiar (Fagulha et al., 2000).

As limitações deste prendem-se, sobretudo, com as características das amostras (amostras não probabilística de conveniência e não estratificadas e de dimensão relativamente reduzida). Para além disso, o Fator 4, Família, Amigos e Saúde, abrange três aspetos relativamente distintos, o que se refletiu na sua menor consistência interna, pelo que a utilização desta subescala deve ser feita cautelosamente. Aliás, recomenda-se,

atendendo também à associação entre subescalas, que a utilização e interpretação das mesmas comtemple as quatro subescalas e o resultado global.

Futuramente será importante desenvolver estudos que melhorem as características psicométricas do Fator 4. Pode igualmente ser útil analisar o desempenho do QOL-VR: a) em outras populações específicas (e.g., doença crónica), e b) em diferentes culturas. Poderia, ainda, constituir uma mais-valia a elaboração e estudo de novos itens para uma versão reduzida do QOL, não exclusiva para indivíduos casados/união de facto.

5. Bibliografia

- Almeida, S. (2013). *Escala de Qualidade de Vida Familiar: Desenvolvimento de uma versão reduzida para a população portuguesa* (Dissertação de mestrado integrado não publicada). Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra, Coimbra, Portugal.
- American Psychological Association. (2002). *Ethical principles of psychologists and code of conduct*. Washington, DC, USA: Author.
- Balluerka, N., & Gorostiaga, A. (2012). Elaboración de versiones reducidas de instrumentos de medida: Una perspectiva práctica. *Psychosocial Intervention, 21*(1), 103-110.
- Cattell, R. B. (1966). The screen test for the number of factors. *Multivariate Behavioral Research, 1*, 245-276.
- Córdoba, L. A., Verdugo, M. A., & Benito, J. G. (2006). Adaptación de la Escala de Calidad de Vida Familiar en Cali (Colombia). In M. Á. Verdugo (Ed.), *Cómo mejorar la calidad de vida de las personas con discapacidad. Instrumentos y estrategias de evaluación* (pp. 29-41). Salamanca, Espanha: Amarú.
- Couvreur, C. (1996). *A qualidade de vida: Arte para viver no século XXI*. Loures, Portugal: Lusociência.
- Cummins, R. A. (2005). Moving from the quality of life concept to a theory. *Journal of Intellectual Disability Research, 49*, 699-706.
- Cunha, D., Silva, J., Relvas, A. P. (2014). Escala de Congruência (EC). In A. P. Relvas & S. Major (Eds.), *Avaliação familiar: Funcionamento e intervenção* (Vol. I, pp. 113-139). Coimbra, Portugal: Imprensa da Universidade de Coimbra.

- Fagulha, T., Duarte, M. E., & Miranda, M. J. (2000). A “qualidade de vida”: Uma nova dimensão psicológica?. *Psychologica*, 25, 5-17.
- Fleck, M. (2000). O instrumento de avaliação de qualidade de vida da Organização Mundial da Saúde (WHOQOL-100): Características e perspectivas. *Ciência e Saúde Coletiva*, 5(1), 33-38.
- Fleck, M. A., Leal, O. F., Louzada, S., Xavier, M., Chachamovich, E., Vieira, G., & ... Pinzon, V. (1999). Desenvolvimento da versão em português do instrumento de avaliação de qualidade de vida da OMS (WHOQOL-100). *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 21(1), 19-28. doi: 10.1590/S1516-44461999000100006
- Gordia, A. P., Quadros, T., Oliveira, M., & Campos, W. (2011). Qualidade de vida: Contexto histórico, definição, avaliação e fatores associados. *Revista Brasileira de Qualidade de Vida*, 3(1), 40-52.
- Haan, R., Aaronson, N., Limburg, M., Hewer, R., & Crevel, H. (1993). Measuring quality of life in stroke. *Stroke*, 24, 320-327.
- Hill, R. (1949). *Families under stress: Adjustment to the crises of war separation and reunion*. New York, NY, USA: Harper & Brothers.
- Instituto Nacional de Estatística (INE). (2009). *Tipologia de áreas urbanas*. Retirado de <http://smi.ine.pt/Versao/Detalhes/1961>
- Lee, B. (2002). Development of a Congruence Scale based on the Satir Model. *Contemporary Family Therapy: An International Journal*, 24, 217-239. doi: 1014390009534
- Maroco, J. (2010). *Análise de equações estruturais*. Lisboa, Portugal: Escolar.
- McCubbin, H. I., & Patterson, J. M. (1983). Family stress process: The Double ABCX Model of family adjustment and adaptation. *Marriage and Family Review*, 6, 7-37.

- Olson, D. H., & Barnes, H. (1982). Quality of life. In D. Olson et al. (Eds.), *Family inventories* (pp. 137-148). St-Paul, Minnesota, USA: University of Minnesota, Family Social Science.
- Olson, D. H., McCubbin, H. I., Barnes, H., Larsen, A., Moxen, M., & Wilson, M. (1983). *Families: What makes them work*. London, England: Sage.
- Park, J., Hoffman, L., Marquis, J., Turnbull, A. P., Poston, D., Hannan, H., Wang, M., & Nelson, L. L. (2003). Toward assessing family outcomes of service delivery: Validation of a quality of life survey. *Journal of Intellectual Disability Research*, 47, 367-384.
- Pestana, M. H., & Gageiro, J. (2008). *Análise de dados para ciências sociais: A complementaridade do SPSS (5ª ed.)*. Lisboa, Portugal: Sílabo.
- Pimentel, F. (2006). *Qualidade de vida e oncologia*. Coimbra, Portugal: Almedina.
- Podsakoff, P., & MacKenzie, S. (1994). An examination of the psychometric properties and nomological validity of some revised and reduced substitutes for leadership scales. *Journal of Applied Psychology*, 79(5), 702-713.
- Schalock, R., & Verdugo, M. A. (2006). Revisión actualizada del concepto de Calidad de Vida. In M. Á. Verdugo (Ed.), *Cómo mejorar la calidad de vida de las personas con discapacidad. Instrumentos y estrategias de evaluación* (pp. 29-41). Salamanca, Espanha: Amarú.
- Seidel, E. M. F., & Zannon, C. M. L. (2004). Quality of life and health: Conceptual and methodological issues. *Cadernos de Saúde Pública*, 20(2), 580-588.
- Simões, J. (2008). *Qualidade de vida: Estudo da validação para a população portuguesa* (Dissertação de mestrado integrado não publicada). Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra, Coimbra, Portugal.

- Simões, M. (1994). *Investigação no âmbito da aferição nacional do teste das Matrizes Progressivas Coloridas de Raven (M.P.C.R.)* (Dissertação de doutoramento não publicada). Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra, Coimbra, Portugal.
- Stratton, P., Bland, J., Janes, E., & Lask, J. (2010). Developing a practicable outcome measure for systemic family therapy: The SCORE. *Journal of Family Therapy*, 32, 232-258.
- Vilaça, M., Silva, J., & Relvas, A. P. (2014). Systemic Clinical Outcome Routine Evaluation (SCORE-15). In A. P. Relvas & S. Major (Eds.), *Avaliação familiar: Funcionamento e intervenção* (Vol. I, pp. 25-47). Coimbra, Portugal: Imprensa da Universidade de Coimbra.
- Vilaça, M., Stratton, P., Sousa, B., & Relvas, A. P. (2014). *The 15-item Systemic Clinical Outcome and Routine Evaluation (SCORE-15) scale: Validation studies*. Artigo submetido para publicação.
- WHOQOL Group. (1994). Development of the WHOQOL: Rationale and current status. *International Journal of Mental Health*, 23(3), 24-56.
- Twycross, R. (2003). *Introducing palliative care* (4th ed.). Oxford, England: Radcliffe Publishing.
- Weber, J. (2011). *Individual and family stress and crises*. California, CA, USA: SAGE.
- Wilmut, J. (1975). Objective test analysis: Some criteria for item selection. *Research in Education*, 13, 27-56.
- Wong, J., Tong, D., Silva, D., Abrishami, A., & Chung, F. (2009). Development of the functional recovery index for ambulatory surgery and anesthesia. *Anesthesiology*, 110(3), 596-602.

APÊNDICE C

PROTOCOLO DE INVESTIGAÇÃO*

*A formatação apresentada é diferente da original, visando reduzir a dimensão do documento.

Por favor, preencha o questionário que se segue, assinalando a resposta certa com um X ou escrevendo a informação solicitada.

1. Qual o seu sexo? Feminino Masculino
2. Qual a sua nacionalidade? _____ 3. Qual a sua idade? _____ 4. Qual o seu local de residência? _____
5. Qual a escolaridade que concluiu?
- | | | | | | | | | | |
|-----------------|--------------------------|--------|--------------------------|---------|--------------------------|--------------------|--------------------------|--------------|--------------------------|
| Nenhuma | <input type="checkbox"/> | 6º Ano | <input type="checkbox"/> | 9º Ano | <input type="checkbox"/> | 12º Ano | <input type="checkbox"/> | | |
| Escola Primária | <input type="checkbox"/> | 7º Ano | <input type="checkbox"/> | 10º Ano | <input type="checkbox"/> | Curso Profissional | <input type="checkbox"/> | Mestrado | <input type="checkbox"/> |
| 5º Ano | <input type="checkbox"/> | 8º Ano | <input type="checkbox"/> | 11º Ano | <input type="checkbox"/> | Licenciatura | <input type="checkbox"/> | Doutoramento | <input type="checkbox"/> |
6. Qual é a sua profissão? _____
7. É jogador profissional de algum tipo de jogo a dinheiro (exemplo: Poker)? Não Sim
8. É religioso(a)? Não, nada Sim, moderadamente Sim, muito
- 8.1. Se sim, qual a religião que segue? _____
9. No passado, recebeu algum tipo de ajuda psicológica? Não Sim
- 9.1. Se sim, qual o motivo? _____
10. Atualmente, recebe algum tipo de ajuda psicológica? Não Sim
- 10.1. Se sim, qual o motivo? _____
11. Na sua opinião, qual a intervenção terapêutica (tratamento) que poderá ser mais útil para os problemas de jogo a dinheiro?
- Terapia Individual Terapia de Casal Terapia Familiar Nenhuma
12. Qual o seu estado civil? _____ 12.1. Desde quando? _____
13. Responda apenas se for casado ou se viver em união de facto:
- 13.1. O seu cônjuge/companheiro joga a dinheiro (exemplo: rapsadinha, euromilhões, jogos de casino, outros)? Não Sim
- 13.1.1. Se sim, de que forma?
- | | |
|---|--------------------------|
| Como uma atividade de lazer, sem problemas associados | <input type="checkbox"/> |
| Como uma dependência, com problemas associados | <input type="checkbox"/> |
| Profissionalmente, o jogo é a sua profissão | <input type="checkbox"/> |
- 13.2. Assinale a alínea ou as alíneas que pensa ser/serem experienciada(s) pelo seu cônjuge/companheiro relativamente ao jogo a dinheiro:
- | | |
|--|--------------------------|
| a) preocupação com o jogo (e.g., planificação para os próximos jogos); | <input type="checkbox"/> |
| b) necessidade de aumentar as quantias apostadas no sentido de obter a desejada excitação | <input type="checkbox"/> |
| c) dificuldade em controlar, reduzir ou parar o comportamento face ao jogo | <input type="checkbox"/> |
| d) inquietude ou irritabilidade quando tenta reduzir ou parar de jogar | <input type="checkbox"/> |
| e) o jogo pode funcionar como forma de escape a problemas ou como forma de aliviar a tristeza, o desânimo, a ansiedade ou outro estado emocional | <input type="checkbox"/> |
| f) perdas repetidas ao jogo e comportamento de “resgate” no sentido de as recuperar | <input type="checkbox"/> |
| g) mentir à família, terapeuta ou outros quanto à extensão e envolvimento no jogo | <input type="checkbox"/> |
| h) envolvimento em atividades ilegais para financiar o jogo | <input type="checkbox"/> |
| i) pôr em risco ou perder relações significativas, emprego ou oportunidades de carreira ou académicas por causa do jogo | <input type="checkbox"/> |
| j) contar com os outros para obter dinheiro com o fim de regularizar uma situação financeira desesperada devido ao jogo | <input type="checkbox"/> |

Systemic Clinical Outcome and Routine Evaluation–15 (SCORE-15)

(Stratton, Bland, Janes, & Lask, 2010)

Versão portuguesa de Vilaça, Silva e Relvas (2014)

Solicitamos que nos descreva a forma como vê a sua família neste momento. Quando dizemos “a sua família” referimo-nos às pessoas que vivem em sua casa.

Evite refletir aprofundadamente acerca da resposta, mas procure responder a **todas as questões** apresentadas, assinalando a **opção** que melhor quantifica o modo como cada afirmação descreve a sua família.

Como diria que cada afirmação <u>descreve a sua família</u> ?	1. Descreve-nos: Muito bem	2. Descreve-nos: Bem	3. Descreve-nos: Em parte	4. Descreve-nos: Mal	5. Descreve-nos: Muito mal
1) Na minha família, falamos uns com os outros sobre coisas que têm interesse para nós	1	2	3	4	5
2) Na minha família muitas vezes não se diz a verdade uns aos outros	1	2	3	4	5
3) Todos nós somos ouvidos na nossa família	1	2	3	4	5
4) Sinto que é arriscado discordar na nossa família	1	2	3	4	5
5) Sentimos que é difícil enfrentar os problemas do dia-a-dia	1	2	3	4	5
6) Confiamos uns nos outros	1	2	3	4	5
7) Sentimo-nos muito infelizes na nossa família	1	2	3	4	5
8) Na minha família, quando as pessoas se zangam, ignoram-se intencionalmente	1	2	3	4	5
9) Na minha família parece que surgem crises umas atrás das outras	1	2	3	4	5
10) Quando um de nós está aborrecido/perturbado é apoiado pela família	1	2	3	4	5
11) As coisas parecem correr sempre mal para a minha família	1	2	3	4	5
12) As pessoas da minha família são desagradáveis umas com as outras	1	2	3	4	5
13) Na minha família as pessoas interferem demasiado na vida umas das outras	1	2	3	4	5
14) Na minha família culpamo-nos uns aos outros quando as coisas correm mal	1	2	3	4	5
15) Somos bons a encontrar novas formas de lidar com as dificuldades	1	2	3	4	5

Quais as palavras que melhor descreveriam a sua família?

.....
.....

Como descreveria o principal problema/dificuldade que a sua família enfrenta neste momento?

O principal problema é

.....

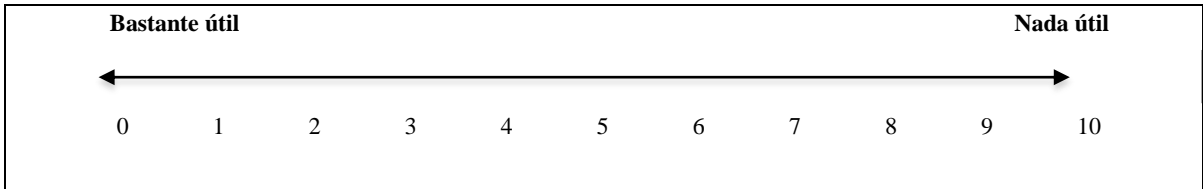
Numa escala de 0 a 10, em que 0 corresponde a “Ausência do problema” e 10 corresponde a “Muito grave”, qual a gravidade do problema? (Atenção à direção da escala)



Numa escala de 0 a 10, em que 0 corresponde a “Muito bem” e 10 corresponde a “Muito mal”, como é que se estão a organizar enquanto família? (Atenção à direção da escala)



Numa escala de 0 a 10, em que 0 corresponde a “Bastante útil” e 10 corresponde a “Nada útil”, como considera que a terapia familiar/ de casal seria útil para a sua família? (Atenção à direção da escala)



“QUESTÕES INDEPENDENTES”

(Cunha & Relvas, 2012)

Por favor, assinale com um círculo o número (de 0 a 6) que melhor quantifica a sua resposta.

1. Sente que, na sociedade em que vive, o jogo a dinheiro é uma atividade:

0	1	2	3	4	5	6
Nada						Muitíssimo
reprovável/criticável						reprovável/criticável
1						1

2. Se quiser jogar a dinheiro, encontrar ou aceder a este tipo de jogos é:

0	1	2	3	4	5	6
Nada						Muitíssimo
fácil						fácil

3. Para as pessoas com quem vivia, durante a sua infância e adolescência/ juventude, os jogos a dinheiro eram vistos como:

0	1	2	3	4	5	6
Nada						Muitíssimo
problemáticos						problemáticos

4. Para as pessoas com quem vivia, durante a sua infância e adolescência/juventude, o dinheiro e os bens materiais eram:

0	1	2	3	4	5	6
Nada						Muitíssimo
importantes						importantes

5. O ambiente que se vivia em sua casa, durante a sua infância e adolescência/juventude, era:

0	1	2	3	4	5	6
Muitíssimo						Muitíssimo
mau						bom

6. As pessoas com quem vivia, durante a sua infância e adolescência/juventude, recorriam a práticas violentas:

0	1	2	3	4	5	6
Sim,						Não,
sempre						nunca

Responda a este questionário apenas se é casado ou vive em união de facto

QUALIDADE DE VIDA – VERSÃO REDUZIDA (QOL-VR)

(Olson & Barnes, 1982)
Versão Portuguesa de Cunha e Relvas (2015)

De acordo com o seu grau de satisfação, assinale a classificação mais indicada (1, 2, 3, 4, ou 5) à frente do tópico em questão.

<u>QUAL O SEU NÍVEL DE SATISFAÇÃO COM ?</u>	1. Insatisfeito(a)	2. Pouco Satisfeito(a)	3. Geralmente Satisfeito(a)	4. Muito Satisfeito(a)	5. Extremamente Satisfeito(a)
1. A sua família	1	2	3	4	5
2. O seu casamento/ união de facto	1	2	3	4	5
3. Os seus amigos	1	2	3	4	5
4. A sua relação com os seus familiares (tios, tias, avós, etc.)	1	2	3	4	5
5. A sua própria saúde	1	2	3	4	5
6. Espaço para as suas próprias necessidades	1	2	3	4	5
7. Quantidade de tempo livre	1	2	3	4	5
8. Tempo para si	1	2	3	4	5
9. Tempo para a família	1	2	3	4	5
10. Tempo para a lida da casa	1	2	3	4	5
11. A qualidade dos filmes	1	2	3	4	5
12. A qualidade dos jornais e revistas	1	2	3	4	5
13. As escolas na sua comunidade	1	2	3	4	5
14. As compras na sua comunidade	1	2	3	4	5
15. A segurança na sua comunidade	1	2	3	4	5
16. O seu nível de rendimento	1	2	3	4	5
17. Dinheiro para as necessidades familiares	1	2	3	4	5
18. A sua capacidade para lidar com emergências financeiras	1	2	3	4	5
19. Nível de poupança	1	2	3	4	5
20. Dinheiro para futuras necessidades da família	1	2	3	4	5

Responda a este questionário apenas se é casado ou vive em união de facto

ESCALA DE AJUSTAMENTO DIÁDICO (DAS)

(Spanier, 1976)

Versão Portuguesa de Lourenço (2006)

A maior parte das pessoas têm desacordos nas suas relações. Por favor, indique o nível aproximado de acordo ou desacordo entre si e o(a) seu(sua) companheiro(a) para cada um dos itens da lista que se segue.

	Concordamos sempre	Concordamos quase sempre	Discordamos às vezes	Discordamos muitas vezes	Discordamos quase sempre	Discordamos sempre
1. Gerir os rendimentos da família	5	4	3	2	1	0
2. Assuntos recreativos	5	4	3	2	1	0
3. Assuntos religiosos	5	4	3	2	1	0
4. Demonstrações de afeto	5	4	3	2	1	0
5. Amigos	5	4	3	2	1	0
6. Relações sexuais	5	4	3	2	1	0
7. Convencionalidade (comportamento correto e adequado)	5	4	3	2	1	0
8. Filosofia de vida	5	4	3	2	1	0
9. Formas de tratar os pais e/ou os sogros	5	4	3	2	1	0
10. Metas, objetivos e outras coisas consideradas importantes	5	4	3	2	1	0
11. Quantidade de tempo passado juntos	5	4	3	2	1	0
12. Tomada de decisões importantes	5	4	3	2	1	0
13. Tarefas de casa	5	4	3	2	1	0
14. Interesses e atividades de lazer (tempos livres)	5	4	3	2	1	0
15. Decisões acerca da vida profissional	5	4	3	2	1	0

	Sempre/A todo o momento	A maior parte das vezes	Com mais frequência do que pouca	Às vezes	Raramente	Nunca
16. Com que frequência fala sobre ou considerou divorciar-se, separar-se ou em terminar a vossa relação?	0	1	2	3	4	5
17. Com que frequência você ou o seu(sua) companheiro(a) saiu de casa depois de uma discussão doméstica?	0	1	2	3	4	5
18. Em geral, com que frequência pensa que as coisas entre si e o(a) seu(sua) companheiro(a) vão bem?	0	1	2	3	4	5
19. Tem confidências com o(a) seu(sua) companheiro(a)?	0	1	2	3	4	5
20. Alguma vez se arrependeu de ter casado (ou de viver junto)	0	1	2	3	4	5
21. Com que frequência discute/briga com o seu(sua) companheiro(a)?	0	1	2	3	4	5
22. Com que frequência você e o seu(sua) companheiro(a) "dão cabo dos nervos um do outro"?	0	1	2	3	4	5

	Todos os dias	Quase todos os dias	Às vezes	Raramente	Nunca
23. Beija o(a) seu(sua) companheiro(a)?	4	3	2	1	0

Entre si e o seu(sua) companheiro(a) com que frequência ocorrem as seguintes situações?

	Em todas	Na maioria	Em algumas	Em poucas	Em nenhuma
24. Você e o seu(sua) companheiro(a) tomam parte juntos em actividades fora de casa?	4	3	2	1	0

	Nunca	Menos do que uma vez por mês	Uma ou duas vezes por mês	Uma ou duas vezes por semana	Uma vez por dia	Mais do que uma vez por dia
25. Terem uma estimulante troca de ideias?	0	1	2	3	4	5
26. Rirem juntos?	0	1	2	3	4	5
27. Conversarem calmamente sobre alguma coisa?	0	1	2	3	4	5
28. Trabalharem juntos nalguma coisa?	0	1	2	3	4	5

Há alguns aspectos sobre os quais por vezes os casais concordam ou discordam. Indique se algum dos itens causou diferenças de opinião ou foi problemático nas últimas semanas (Assinale *sim* ou *não*).

	Sim	Não
29. Estar demasiado cansado para ter relações sexuais	0	1
30. Não demonstrar amor	0	1

31. Os retângulos que se seguem correspondem a diferentes graus de felicidade na sua relação de casal. O retângulo do meio (“feliz”) corresponde ao grau de felicidade encontrado na maioria das relações. Assinale o retângulo que melhor corresponde ao seu grau de felicidade, fazendo um balanço global da sua relação de casal.

Extremamente infeliz	Bastante infeliz	Um pouco infeliz	Feliz	Muito feliz	Extremamente feliz	Perfeita
0	1	2	3	4	5	6

32. Qual das seguintes afirmações descreve melhor a forma como se sente sobre o futuro da sua relação de casal? Coloque apenas um círculo na letra correspondente a uma das afirmações.

- A. Quero desesperadamente que a minha relação seja bem sucedida, e faria qualquer coisa para que isso acontecesse.
- B. Quero muito que a minha relação seja bem sucedida, e farei o que puder para que isso aconteça.
- C. Quero muito que a minha relação seja bem sucedida e farei a minha parte para que isso aconteça.
- D. Seria bom que a minha relação fosse bem sucedida, mas não posso fazer muito mais do que aquilo que faço atualmente para a manter.
- E. Seria bom que a minha relação fosse bem sucedida, mas recuso-me a fazer mais do que aquilo que faço actualmente para a manter.
- F. A minha relação nunca pode ser bem sucedida, e não há nada mais que eu possa fazer para a manter.

Responda a este questionário apenas se é casado ou vive em união de facto

ESCALA DE AVALIAÇÃO DA SATISFAÇÃO EM ÁREAS DA VIDA CONJUGAL (EASAVIC)

(Narciso & Costa, 1996)

Pense na sua relação conjugal. Para cada um dos itens deverá escolher a afirmação da escala que melhor descreve o que você sente.						
	1. Nada Satisfeito(a)	2. Pouco satisfeito(a)	3. Razoavelmente satisfeito(a)	4. Satisfeito(a)	5. Muito satisfeito(a)	6. Completamente satisfeito(a)
1. O modo como gerimos a nossa situação financeira	1	2	3	4	5	6
2. A distribuição de tarefas domésticas	1	2	3	4	5	6
3. O modo como tomamos decisões	1	2	3	4	5	6
4. A distribuição de responsabilidades	1	2	3	4	5	6
5. O modo como passamos os tempos livres	1	2	3	4	5	6
6. A quantidade de tempos livres	1	2	3	4	5	6
7. O modo como nos relacionamos com os amigos	1	2	3	4	5	6
8. O modo como nos relacionamos com a família do meu cônjuge	1	2	3	4	5	6
9. O modo como nos relacionamos com a minha família	1	2	3	4	5	6
10. A minha privacidade e autonomia	1	2	3	4	5	6
11. A privacidade e autonomia do meu cônjuge	1	2	3	4	5	6
12. A nossa relação com a minha profissão	1	2	3	4	5	6
13. A nossa relação com a profissão do meu cônjuge	1	2	3	4	5	6
14. A frequência com que conversamos	1	2	3	4	5	6
15. O modo como conversamos	1	2	3	4	5	6
16. Os assuntos sobre os quais conversamos	1	2	3	4	5	6
17. A frequência dos conflitos que temos	1	2	3	4	5	6
18. O modo como resolvemos os conflitos	1	2	3	4	5	6
19. O que sinto pelo meu cônjuge	1	2	3	4	5	6
20. O que o meu cônjuge sente por mim	1	2	3	4	5	6
21. O modo como expresso o que sinto pelo meu cônjuge	1	2	3	4	5	6
22. O modo como o meu cônjuge expressa o que sente por mim	1	2	3	4	5	6
23. O desejo sexual que sinto pelo meu cônjuge	1	2	3	4	5	6
24. O desejo sexual que o meu cônjuge sente por mim	1	2	3	4	5	6
25. A frequência com que temos relações sexuais	1	2	3	4	5	6
26. O prazer que sinto quando temos relações sexuais	1	2	3	4	5	6
27. O prazer que o meu cônjuge sente quando temos relações sexuais	1	2	3	4	5	6
28. A qualidade das nossas relações sexuais	1	2	3	4	5	6
29. O apoio emocional que dou ao meu cônjuge	1	2	3	4	5	6
30. O apoio emocional que o meu cônjuge me dá	1	2	3	4	5	6
31. A confiança que tenho no meu cônjuge	1	2	3	4	5	6
32. A confiança que o meu cônjuge tem em mim	1	2	3	4	5	6

	Pense na sua relação conjugal. Para cada um dos itens deverá escolher a afirmação da escala que melhor descreve o que você sente.					
	1. Nada Satisfeito(a)	2. Pouco satisfeito(a)	3. Razoavelmente satisfeito(a)	4. Satisfeito(a)	5. Muito satisfeito(a)	6. Completamente satisfeito(a)
33. A admiração que sinto pelo meu cônjuge	1	2	3	4	5	6
34. A admiração que o meu cônjuge sente por mim	1	2	3	4	5	6
35. A partilha de interesses e atividades	1	2	3	4	5	6
36. A atenção que dedico aos interesses do meu cônjuge	1	2	3	4	5	6
37. A atenção que o meu cônjuge dedica aos meus interesses	1	2	3	4	5	6
38. Os nossos projetos para o futuro	1	2	3	4	5	6
39. As minhas expectativas quanto ao futuro da nossa relação	1	2	3	4	5	6
40. As expectativas do meu cônjuge quanto ao futuro da nossa relação	1	2	3	4	5	6
41. O aspeto físico do meu cônjuge	1	2	3	4	5	6
42. A opinião que o meu cônjuge tem sobre o meu aspeto físico	1	2	3	4	5	6
43. As características e hábitos do meu cônjuge	1	2	3	4	5	6
44. A opinião que o meu cônjuge tem sobre as minhas características e hábitos	1	2	3	4	5	6

ESCALA DE CONGRUÊNCIA (EC)

(Lee, 2002)

Versão portuguesa de Cunha, Silva, Vilaça, Gonçalves e Relvas (2014)

Baseando-se na sua experiência da semana passada, incluindo hoje, assinale o grau de concordância com cada uma das seguintes afirmações, usando a escala.	1. Discordo fortemente		2. Discordo		3. Discordo ligeiramente		4. Não concordo nem discordo		5. Concordo ligeiramente		6. Concordo		7. Concordo fortemente	
	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	7
1. Reajo de forma exagerada em situações de conflito.	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	7
2. O meu espírito está ligado ao espírito de Deus ou ao Universo	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	7
3. Sinto-me culpado(a) com facilidade.	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	7
4. Sei que tenho recursos para resolver os problemas da vida.	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	7
5. Aceito o meu passado.	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	7
6. Culpo-me quando as coisas correm mal.	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	7
7. Relaciono-me com Deus.	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	7
8. Aprecio o mistério da Vida ou de Deus como sendo uma parte de mim.	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	7
9. Aprecio o mistério da Vida ou de Deus como algo maior do que eu.	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	7
10. Tenho uma imagem positiva de Deus.	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	7
11. Sinto-me tenso(a) quando estou com outras pessoas.	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	7
12. Sinto que tem de ser culpa minha se alguém não está feliz.	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	7
13. Estou em conflito comigo próprio.	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	7
14. Duvido de mim próprio.	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	7
15. Confio na bondade de Deus ou do Universo.	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	7
16. Há uma força vital no todo que existe em mim.	1	2	3	4	5	6	7	1	2	3	4	5	6	7

INVENTÁRIO DE DIFERENCIAÇÃO DO SELF-REVISTO (IDS-R)

(Skowron & Schmitt, 2003)

Versão portuguesa de Major, Rodríguez-González, Miranda, Rousselot e Relvas (2014)

Por favor, leia atentamente cada afirmação e decida se esta é geralmente verdadeira para si, numa escala de 1 (nada) a 6 (muito). Se acha que uma afirmação não se aplica a si (por exemplo, atualmente, não está casado(a) ou comprometido(a) numa relação, ou um ou ambos os pais já faleceram), por favor responda à questão de acordo com o que lhe parece que seriam os seus pensamentos e sentimentos nessa situação. Certifique-se que responde a todos os itens e procure, dentro do possível, ser o mais sincero e preciso nas suas respostas.		1. Nada verdadeiro para mim					6. Muito verdadeiro para mim						
		2	3	4	5	6	2	3	4	5	6		
1.	As pessoas têm reparado que sou excessivamente emotivo(a).	1	2	3	4	5	6	1	2	3	4	5	6
2.	Tenho dificuldade em expressar os meus sentimentos às pessoas que me são queridas.	1	2	3	4	5	6	1	2	3	4	5	6
3.	Sinto-me, frequentemente, inibido(a) junto da minha família.	1	2	3	4	5	6	1	2	3	4	5	6
4.	Tendo a manter-me bastante calmo(a), mesmo sob stress (sob pressão).	1	2	3	4	5	6	1	2	3	4	5	6
5.	Normalmente, preciso de muito encorajamento por parte de outros quando começo um trabalho ou tarefa importante.	1	2	3	4	5	6	1	2	3	4	5	6
6.	Quando alguém que me é próximo me desilude, afasto-me dele/dela por um tempo.	1	2	3	4	5	6	1	2	3	4	5	6
7.	Independentemente do que aconteça na minha vida, sei que nunca perderei a noção daquilo que sou enquanto pessoa.	1	2	3	4	5	6	1	2	3	4	5	6
8.	Tendo a distanciar-me quando as pessoas se aproximam demasiado de mim.	1	2	3	4	5	6	1	2	3	4	5	6
9.	Quero corresponder às expectativas que os meus pais têm de mim.	1	2	3	4	5	6	1	2	3	4	5	6
10.	Gostaria de não ser tão emotivo(a).	1	2	3	4	5	6	1	2	3	4	5	6
11.	Normalmente, não altero o meu comportamento apenas para agradar a outra pessoa.	1	2	3	4	5	6	1	2	3	4	5	6
12.	O(a) meu(minha) esposo(a)/companheiro(a) não toleraria se eu lhe expressasse os meus verdadeiros sentimentos sobre algumas coisas.	1	2	3	4	5	6	1	2	3	4	5	6
13.	Quando o(a) meu(minha) esposo(a)/companheiro(a) me critica, isso incomoda-me durante dias.	1	2	3	4	5	6	1	2	3	4	5	6
14.	Por vezes, os meus sentimentos tomam conta de mim e tenho dificuldades em pensar com clareza.	1	2	3	4	5	6	1	2	3	4	5	6
15.	Quando estou a ter uma discussão com alguém, consigo separar os meus pensamentos acerca do assunto dos meus sentimentos para com essa pessoa.	1	2	3	4	5	6	1	2	3	4	5	6
16.	Sinto-me, frequentemente, desconfortável quando as pessoas se aproximam demasiado de mim.	1	2	3	4	5	6	1	2	3	4	5	6
17.	Sinto necessidade de aprovação de praticamente toda a gente na minha vida.	1	2	3	4	5	6	1	2	3	4	5	6
18.	Por vezes, sinto muitos altos e baixos emocionais.	1	2	3	4	5	6	1	2	3	4	5	6
19.	Não faz sentido aborrecer-me com coisas que não posso mudar.	1	2	3	4	5	6	1	2	3	4	5	6
20.	Estou preocupado(a) por perder a minha independência nas relações íntimas.	1	2	3	4	5	6	1	2	3	4	5	6
21.	Sou excessivamente sensível a críticas.	1	2	3	4	5	6	1	2	3	4	5	6
22.	Tento corresponder às expectativas dos meus pais.	1	2	3	4	5	6	1	2	3	4	5	6
23.	Aceito-me bastante bem.	1	2	3	4	5	6	1	2	3	4	5	6
24.	Sinto, frequentemente, que o(a) meu (minha) esposo(a)/companheiro(a) exige demasiado de mim.	1	2	3	4	5	6	1	2	3	4	5	6
25.	Concordo, frequentemente, com os outros apenas para não criar conflitos.	1	2	3	4	5	6	1	2	3	4	5	6
26.	Se tiver tido uma discussão com o(a) meu(minha) esposo(a)/companheiro(a), tendo a pensar nisso o dia todo.	1	2	3	4	5	6	1	2	3	4	5	6
27.	Sou capaz de dizer “não” aos outros mesmo quando me sinto pressionado por eles.	1	2	3	4	5	6	1	2	3	4	5	6
28.	Quando uma das minhas relações se torna muito intensa, sinto o impulso de fugir dela.	1	2	3	4	5	6	1	2	3	4	5	6
29.	Discussões com os meus pais ou irmão(s) ainda me conseguem fazer sentir terrivelmente.	1	2	3	4	5	6	1	2	3	4	5	6
30.	Se alguém está aborrecido comigo, não consigo aceitar isso facilmente.	1	2	3	4	5	6	1	2	3	4	5	6
31.	Estou mais preocupado(a) em fazer aquilo que acho que está correto, do que em obter a aprovação dos outros.	1	2	3	4	5	6	1	2	3	4	5	6
32.	Nunca consideraria voltar-me para algum dos membros da minha família na procura de apoio emocional.	1	2	3	4	5	6	1	2	3	4	5	6
33.	Sinto-me, frequentemente, inseguro(a) quando os outros não estão por perto para me ajudar a tomar uma decisão.	1	2	3	4	5	6	1	2	3	4	5	6
34.	Sou muito sensível quanto a ser magoado por outros.	1	2	3	4	5	6	1	2	3	4	5	6
35.	A minha autoestima depende realmente do que os outros pensam de mim.	1	2	3	4	5	6	1	2	3	4	5	6
36.	Quando estou com o(a) meu(minha) esposo(a)/companheiro(a), sinto-me frequentemente sufocado(a).	1	2	3	4	5	6	1	2	3	4	5	6
37.	Ao tomar decisões, raramente me preocupo com o que os outros irão pensar.	1	2	3	4	5	6	1	2	3	4	5	6
38.	Pergunto-me, frequentemente, acerca do tipo de impressão que crio.	1	2	3	4	5	6	1	2	3	4	5	6
39.	Quando as coisas correm mal, falar sobre elas normalmente piora-as.	1	2	3	4	5	6	1	2	3	4	5	6
40.	Sinto as coisas mais intensamente que os outros.	1	2	3	4	5	6	1	2	3	4	5	6
41.	Normalmente, faço o que acredito que é correto independentemente do que os outros dizem.	1	2	3	4	5	6	1	2	3	4	5	6
42.	A nossa relação poderia ser melhor se o(a) meu(minha) esposo(a)/companheiro(a) me desse o espaço de que necessito.	1	2	3	4	5	6	1	2	3	4	5	6
43.	Tendo a sentir-me bastante estável sob stress (sob pressão).	1	2	3	4	5	6	1	2	3	4	5	6
44.	Por vezes, sinto-me mal disposto(a) depois de discutir com o(a) meu(minha) esposo(a)/companheiro(a).	1	2	3	4	5	6	1	2	3	4	5	6
45.	Sinto que é importante ouvir as opiniões dos meus pais antes de tomar decisões.	1	2	3	4	5	6	1	2	3	4	5	6
46.	Preocupa-me que as pessoas que me são próximas fiquem doentes, magoadas ou perturbadas.	1	2	3	4	5	6	1	2	3	4	5	6

BRIEF SYMPTOMS INVENTORY (BSI)

(Derogatis & Spencer, 1982)
Versão portuguesa de Canavarro (1999)

A seguir encontra-se uma lista de problemas ou sintomas que, por vezes, as pessoas apresentam. Assinale num dos espaços à direita de cada sintoma aquele que melhor descreve o GRAU EM QUE CADA PROBLEMA O AFETOU DURANTE A ÚLTIMA SEMANA. Para cada problema ou sintoma marque apenas um espaço com uma cruz. Não deixe nenhuma pergunta por responder.

Em que medida foi afetado pelos seguintes sintomas:	0. Nunca	1. Poucas vezes	2. Algumas vezes	3. Muitas vezes	4. Muitíssimas vezes
1. Nervosismo ou tensão interior.	0	1	2	3	4
2. Desmaios ou tonturas.	0	1	2	3	4
3. Ter a impressão que as outras pessoas podem controlar os seus pensamentos.	0	1	2	3	4
4. Ter a ideia de que os outros são culpados pela maioria dos seus problemas.	0	1	2	3	4
5. Dificuldade em se lembrar de coisas passadas ou recentes.	0	1	2	3	4
6. Aborrecer-se ou irritar-se facilmente.	0	1	2	3	4
7. Dores sobre o coração ou no peito.	0	1	2	3	4
8. Medo na rua ou praças públicas.	0	1	2	3	4
9. Pensamentos de acabar com a vida.	0	1	2	3	4
10. Sentir que não pode confiar na maioria das pessoas.	0	1	2	3	4
11. Perder o apetite.	0	1	2	3	4
12. Ter um medo súbito sem razão para isso.	0	1	2	3	4
13. Ter impulsos que não se podem controlar.	0	1	2	3	4
14. Sentir-se sozinho mesmo quando está com mais pessoas.	0	1	2	3	4
15. Dificuldade em fazer qualquer trabalho.	0	1	2	3	4
16. Sentir-se sozinho.	0	1	2	3	4
17. Sentir-se triste.	0	1	2	3	4
18. Não ter interesse por nada.	0	1	2	3	4
19. Sentir-se atemorizado.	0	1	2	3	4
20. Sentir-se facilmente ofendido nos seus sentimentos.	0	1	2	3	4
21. Sentir que as outras pessoas não são amigas ou não gostam de si.	0	1	2	3	4
22. Sentir-se inferior aos outros.	0	1	2	3	4
23. Vontade de vomitar ou mal estar no estômago.	0	1	2	3	4
24. Impressão de que os outros o costumam observar ou falar de si.	0	1	2	3	4
25. Dificuldade em adormecer.	0	1	2	3	4
26. Sentir necessidade de verificar várias vezes o que faz.	0	1	2	3	4
27. Dificuldade em tomar decisões.	0	1	2	3	4
28. Medo de viajar de autocarro, de comboio, ou de metro.	0	1	2	3	4
29. Sensação de lhe faltar o ar.	0	1	2	3	4
30. Calafrios ou afrontamentos.	0	1	2	3	4
31. Ter de evitar certas coisas, lugares, ou actividades por lhe causarem medo.	0	1	2	3	4
32. Sensação de vazio na cabeça.	0	1	2	3	4
33. Sensação de anestesia (encortçamento ou formigueiro) no corpo.	0	1	2	3	4
34. Ter a ideia de que deveria ser castigado pelos seus pecados.	0	1	2	3	4
35. Sentir-se sem esperança perante o futuro.	0	1	2	3	4
36. Ter dificuldades em se concentrar.	0	1	2	3	4
37. Falta de forças em partes do corpo.	0	1	2	3	4
38. Sentir-se em estado de tensão ou aflição.	0	1	2	3	4
39. Pensamentos sobre a morte ou que vai morrer.	0	1	2	3	4
40. Ter impulsos de bater, ofender, ou ferir alguém.	0	1	2	3	4
41. Ter vontade de destruir ou partir coisas.	0	1	2	3	4
42. Sentir-se embaraçado junto de outras pessoas.	0	1	2	3	4
43. Sentir-se mal no meio das multidões, como lojas, cinemas ou assembleias.	0	1	2	3	4
44. Ter dificuldade em sentir-se "próximo" de outra pessoa.	0	1	2	3	4
45. Ter ataques de terror ou pânico.	0	1	2	3	4

Em que medida foi afetado pelos seguintes sintomas:	0. Nunca	1. Poucas vezes	2. Algumas vezes	3. Muitas vezes	4. Muitíssimas vezes
46. Entrar facilmente em discussão.	0	1	2	3	4
47. Sentir-se nervoso quando tem que ficar sozinho.	0	1	2	3	4
48. Sentir que as outras pessoas não dão o devido valor ao seu trabalho ou às suas capacidades.	0	1	2	3	4
49. Sentir-se tão desassossegado que não consegue manter-se sentado quieto.	0	1	2	3	4
50. Sentir que não tem valor.	0	1	2	3	4
51. A impressão de que, se deixasse, as outras pessoas se aproveitariam de si.	0	1	2	3	4
52. Ter sentimentos de culpa.	0	1	2	3	4
53. Ter a impressão que alguma coisa não regula bem na sua cabeça.	0	1	2	3	4

South Oaks Gambling Screen (SOGS)

(Lesieur & Blume, 1987)
Versão Portuguesa de Lopes (2009)

1. Indique por favor em qual ou quais dos seguintes tipos de jogo já apostou ao longo da sua vida. (Para uma resposta mais específica, responda ao tipo de jogo pensando no **último mês**). Para cada tipo de jogo assinale uma das hipóteses de resposta “Nenhuma”, “Menos de uma vez por semana”, “Uma vez ou mais por semana”

		Nunca	Menos de Uma Vez por semana	Uma vez ou mais vezes por semana
a.	Raspadinha			
b.	Lotaria			
c.	Totoloto/euromilhões			
d.	Totobola/totogolo			
e.	Slot Machines (máquinas de poker, frutos e/ou outras máquinas de jogo)			
f.	Bingo			
g.	Jogos de Casino			
h.	Jogos de cartas a dinheiro			
i.	Jogos de dados a dinheiro			
j.	Rifas (para a angariação de fundos)			
k.	Jogos de perícia: bilhar, snooker ou golf a dinheiro			
l.	Jogos desportivos			
m.	Corridas de cavalos			
n.	Investimentos especulativos em ações, títulos ou certificados			

2. Qual foi a maior quantia de dinheiro que **já alguma vez apostou num dia?** (Assinale apenas uma das opções)

Nunca apostei dinheiro ao jogo	
Menos de 1€	
Entre 1 a 10€	
Entre 10 a 100€	
Entre 100 a 1000€	
Entre 1000 a 10.000€	
Superior a 10.000€	

3. Assinale qual ou quais das seguintes pessoas tem (ou teve) problemas com o jogo:

Pai	
Mãe	
Irmão/ Irmã	
Avô/Avó	
Marido/Esposa ou companheira(o)	
Filho(s)	
Um amigo ou alguém importante para mim	
Outro parente	
Ninguém	

4. Quando joga e perde, com que frequência volta no dia seguinte para tentar **recuperar o dinheiro** que perdeu? **(Assinale apenas uma das opções)**

Nunca	
Algumas vezes (menos de metade das vezes que perco)	
A maior parte das vezes que perco	
Sempre que perco	

5. Alguma vez **afirmou ter ganho dinheiro com o jogo, não sendo verdade? De facto, até perdeu.**

Não (ou nunca joguei)	
Sim, menos de metade das vezes que perco	
Sim, a maior parte das vezes	

6. **Sente que tem um problema** com as apostas a dinheiro ou com o jogo?

Não	
Sim, no passado mas agora não	
Sim, na maior parte das vezes	

Assinale “**Sim**” ou “**Não**” para cada uma das questões:

7	Alguma vez jogou ou apostou mais do que pretendia?	Não	Sim
8	Já houve peças que o criticaram pelas apostas que faz e/ou lhe disseram que tinha problemas com o jogo, de qualquer maneira quer queira ou não tem a noção de que essas críticas são verdadeiras?	Não	Sim
9	Alguma vez se sentiu culpado pela forma como joga, ou isso acontece enquanto joga?	Não	Sim
10	Alguma vez sentiu como se quisesse parar de apostar dinheiro ou de jogar mas não era capaz?	Não	Sim
11	Alguma vez escondeu talões de apostas, bilhetes de lotaria, dinheiro de jogo ou outros sinais de apostas ou de jogo da sua esposa(o)/companheira(o), filhos ou outra pessoa importante para si?	Não	Sim
12	Alguma vez discutiu com as pessoas com quem vive sobre como gere o dinheiro..., lida com o dinheiro..., usa o dinheiro... e/ou gasta o dinheiro?...	Não	Sim
13	(Se respondeu Sim à questão nº12). As discussões sobre dinheiro referem-se às suas apostas no jogo?	Não	Sim
14	Já alguma vez pediu um empréstimo a alguém e não pagou devido ao jogo?	Não	Sim
15	Alguma vez chegou atrasado(a) ao trabalho (ou escola) devido ao jogo?	Não	Sim

16. Se tiver de pedir dinheiro emprestado para o jogo ou para pagar dívidas de jogo, a quem ou onde obtêm esse dinheiro (Assinale “Sim” ou “Não” para cada uma das afirmações):

a	Do dinheiro para casa	Não	Sim
b	Esposa(o)/Companheira(o)	Não	Sim
c	Outros familiares	Não	Sim
d	Bancos, Empresas de empréstimos, ou sociedades de créditos	Não	Sim
e	Cartões de Crédito	Não	Sim
f	Agiotas/ usuários	Não	Sim
g	Troca de títulos, ações, certificados de aforro ou outros	Não	Sim
h	Venda de propriedades ou bens pessoais	Não	Sim
i	Pede empréstimo pessoal ou passa cheques sem cobertura	Não	Sim
j	Tem (ou teve) uma linha de crédito com um corretor de apostas	Não	Sim
k	Tem (ou teve) uma linha de crédito com o casino	Não	Sim