



UC/FPCE\_2012

Universidade de Coimbra  
Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação

**Jogo Patológico e Congruência. Estudo Exploratório sobre o Funcionamento do Jogador Patológico**

Joana Patrícia Ferreira de Carvalho Augusto (e-mail:  
joanaaugustoo@gmail.com)

Dissertação de Mestrado em Psicologia, área de especialização em Psicologia Clínica (subárea de especialização em Sistémica, Saúde e Família) sob a orientação da Professora Doutora Ana Paula Relvas e da Mestre Diana Cunha

### **Jogo Patológico e Congruência. Estudo Exploratório sobre o Funcionamento do Jogador Patológico**

**Resumo:** Bonnie Lee (2002a, 2002b) define congruência como um estado de abertura, consciência e ligação entre as três dimensões do ser humano: Interpessoal, Intrapísica e Universal-Espiritual. A Escala de Congruência (EC) desenvolvida por essa autora (Lee, 2002b) revelou-se um instrumento útil na avaliação da congruência. Em Portugal, a EC encontra-se adaptada e validada para a população geral, com níveis de fiabilidade satisfatória (e.g.,  $\alpha = .84$ ).

Este estudo pretendeu explorar as características psicométricas da EC numa amostra clínica de jogadores patológicos, bem como estudar a congruência. Desta forma, foi utilizada uma amostra de 32 jogadores patológicos, à qual foi administrado um protocolo constituído pelos seguintes instrumentos: questionários de dados sociodemográficos, EC, *Systemic Clinical Outcome and Routine Evaluation* (SCORE-15), Qualidade de Vida (QOL), Escala de Ajustamento Mútuo (EAM), Inventário de Sintomas Psicopatológicos (BSI) e *South Oaks Gambling Screen* (SOGS). A EC revelou uma boa consistência interna nesta amostra ( $\alpha = .84$ ). Apenas no que respeita ao fator 2 da EC, o índice de consistência interna não foi satisfatório. O coeficiente de estabilidade temporal revelou-se muito bom e o Coeficiente de Bipartição bom. Da análise da validade convergente resultaram correlações significativas com as dificuldades familiares e a gravidade do jogo. A escala não demonstrou diferenças ao nível das características sociodemográficas, exceto no estado civil, onde os sujeitos casados surgem como mais congruentes. Comparativamente à população geral, verificou-se que os homens jogadores são menos congruentes, não existindo diferenças no que concerne ao sexo feminino. Assim pode afirmar-se que, de uma maneira geral, a EC constituiu uma boa medida da congruência nesta amostra de jogadores patológicos, sendo que o estudo da congruência teria beneficiado de uma amostra mais heterogénea (e.g., severidade de jogo, idade dos participantes).

**Palavras-chave:** Congruência, Escala de Congruência, Jogo patológico, estudos psicométricos;

**Pathological Gambling and Congruence. An exploratory study about the Pathological Gambler behavior**

**Abstract:** Bonnie Lee defines congruence as an openness state, consciousness and connection between the three dimensions of the human being: Interpersonal, Intrapsychic and Universal-Spiritual. The Congruence Scale developed by the mentioned author revealed itself to be a useful instrument when it comes to the evaluation of the congruence construct. In Portugal, the CS is currently adapted and validated for the general population, where it found satisfactory values on the reliability statistics (e.g.  $\alpha = .84$ ). The present study was meant to explore the psychometric characteristics of the CS on a specific clinical population composed of pathologic gamblers, as well as to study the sample's congruence. As so, a sample composed of 32 pathologic gamblers was used, to whom was given a protocol that contained the following instruments: sociodemographic data questionnaires, CS, Systemic Clinical Outcome and Routine Evaluation (SCORE-15), Quality of Life (QOL), Dyadic adjustment scale (DAS) Brief Symptom Inventory (BSI) and South Oaks Gambling Screen South (SOGS). The CS has shown a high internal consistency in this sample. Only in factor 2 of the CS did the internal consistency index shown itself unsatisfying. The temporal stability analysis has revealed to be very high and the CS has shown a Splithalf Coefficient considered high. From the concurrent validity analysis resulted a significant correlation between family difficulties and gambling severity. The scale didn't show differences in sociodemographic characteristics, except on marital status, where married subjects seem more congruent. Compared to the general population, it was found that male gamblers are less congruent, and no differences were found regarding females. As a whole, it can be said that, in a general way, the CS constitutes a good congruence measure on this sample of pathologic gamblers, not going without notice that the congruence study would have benefited from a more heterogeneous sample (e.g. gambling severity, participants' age).

**Key Words:** Congruence, Congruence Scale, Pathological gambling, psychometric studies;

## **Agradecimentos**

À minha mãe, por ter acreditado em mim e me ter permitido chegar até aqui;

À Diana, por toda a dedicação, orientação e disponibilidade incessáveis;

Ao meu pai e ao Fábio, pela sua ajuda instrumental, apoio e amor;

À Professora Ana Paula, pela orientação e conselhos rigorosos;

À Professora Emília, uma amiga sempre (e ainda) disponível;

Às Professoras Madalena Alarcão e Madalena Carvalho, que fomentaram o meu empenho e dedicação pelo Mestrado;

À Alexandra, Daniela, Joana e Telmo, que tornaram esta jornada cheia de alegria, companheirismo e amizade;

Ao “Castanhas”, companheiro das longas horas solitárias a trabalhar na tese;

Aos meus amigos e família, que não desistiram de mim, mesmo depois da minha “retirada social” em prol da vida académica;

Às colegas Ana Raquel e Sandrina, pela partilha e troca de informação, sem as quais não seria possível concretizar este projeto;

Às pessoas que concordaram em participar neste estudo, sem ela não teria sido possível concluir este trabalho;

Para o João Paulo

## Índice

<b>INTRODUÇÃO</b> .....	1
<b>I – ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL</b> .....	1
<b>1. CONCEITO DE CONGRUÊNCIA E SUA EVOLUÇÃO</b> .....	1
<b>1.1. O CONCEITO DE CONGRUÊNCIA TAL COMO É UTILIZADO NA ESCALA DE CONGRUÊNCIA (EC)</b> .....	3
<b>2. JOGO PATOLÓGICO E CONGRUÊNCIA</b> .....	4
<b>2.1. DEFINIÇÃO DE JOGO PATOLÓGICO</b> .....	4
<b>3. A ESCALA ORIGINAL</b> .....	7
<b>3.1. VERSÃO PORTUGUESA DA EC</b> .....	9
<b>II - OBJETIVOS</b> .....	10
<b>III – METODOLOGIA</b> .....	10
<b>1. AMOSTRA</b> .....	10
<b>2. INSTRUMENTOS</b> .....	13
<b>3. PROCEDIMENTOS</b> .....	16
<b>IV - RESULTADOS</b> .....	20
<b>1. CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA DE JOGADORES PATOLÓGICOS EM FUNÇÃO DO JOGO PATOLÓGICO E DA CONGRUÊNCIA</b> .....	21
<b>2. ESTUDOS PSICOMÉTRICOS DA EC</b> .....	25
<b>3. INFLUÊNCIA DAS VARIÁVEIS SOCIODEMOGRÁFICAS E ASSOCIADAS AO JOGO PATOLÓGICO, NA CONGRUÊNCIA</b> .....	27
<b>3.1. VARIÁVEIS SOCIODEMOGRÁFICAS E CONGRUÊNCIA</b> .....	27
<b>3.2. VARIÁVEIS ASSOCIADAS AO JOGO PATOLÓGICO E CONGRUÊNCIA</b> .....	28
<b>V - DISCUSSÃO</b> .....	29
<b>VI - CONCLUSÕES</b> .....	39
<b>BIBLIOGRAFIA</b> .....	39
<b>ANEXOS</b> .....	47

## **Introdução**

O contributo dos profissionais da Psicologia abrange uma panóplia de tarefas, entre as quais a investigação (Almeida, Gonçalves, & Simões, 1995; Simões, 2000). Além disso, a imagem do psicólogo está fortemente associada à avaliação psicológica, responsável, em grande parte, pela difusão e representação social e até científica da atividade dos psicólogos (Almeida et al., 1995; Noronha, Nunes, & Ambiel, 2007; Simões, 2000; Simões, Almeida, Machado, & Gonçalves, 2007). Desta forma, a avaliação e o recurso a testes e outros instrumentos de medida psicológica constituem um elemento essencial da identidade desta classe profissional (Simões, 2005).

Fazendo jus a duas das principais funções do psicólogo supracitadas – investigação e avaliação psicológica - no presente trabalho, apresentam-se alguns estudos psicométricos da Escala de Congruência (EC) (Lee, 2002b), numa população clínica específica de jogadores patológicos. O interesse pelo estudo deste construto nesta população específica prende-se com investigações prévias de Bonnie Lee que indicam uma baixa congruência em jogadores – o que poderá ser consequência da dependência do jogo. Desta forma, pretende-se: 1) estudar o comportamento da EC nesta população clínica específica; 2) incrementar o conhecimento acerca do construto avaliado – a congruência; 3) explorar o funcionamento dos jogadores patológicos quanto a essa dimensão.

## **I – Enquadramento conceptual**

### **1. Conceito de congruência e sua evolução**

O conceito de congruência, apesar de ter sido trabalhado por alguns autores ao longo dos anos (e.g., Carl Rogers, Virgínia Satir), ainda é difícil de esclarecer, particularmente devido à sua complexidade. Uma das mais reconhecidas definições de congruência partiu de Carl Rogers (Evans, 1975; Fonseca, 2009; Greenberg & Geller, 2001; Rogers, 1961; Rogers, 1992). Este autor, muito centrado no “eu” e no que o define, conceptualizou a congruência como a percepção e a consciencialização do que o indivíduo está a viver num determinado momento (Evans, 1975; Fonseca, 2009; Greenberg & Geller, 2001; Rogers,

1992). Ser congruente passa, então, por aceitar a própria experiência e os sentimentos vivenciados, ser capaz de os comunicar e expressar através do comportamento, bem como compreender-se a si mesmo e aos outros (Evans, 1975; Fonseca, 2009; Greenberg & Geller, 2001; Rogers, 1992). A congruência expressa-se, então, quando o “eu” está consciente do que acontece no organismo, transformando-se e evoluindo de acordo com este último (Evans, 1975; Fonseca, 2009; Rogers, 1992). Se a experiência do indivíduo é discrepante do modo como ele se organizou, ou seja, a sua autoimagem não corresponde ao que está de facto a acontecer, a pessoa vive uma situação de incongruência, o que a torna vulnerável a sintomas de ansiedade e outras perturbações psicopatológicas (Evans, 1975; Rogers, 1992). Para além disto, congruência, na *terapia centrada na pessoa*, é uma das três posturas *Rogerianas*, a par com a empatia e o olhar positivo incondicional que o terapeuta deve adotar, durante o processo terapêutico (Greenberg & Geller, 2001). A congruência terapêutica foi alvo de muita dedicação e reflexão por parte de Carl Rogers que defende que o terapeuta congruente facilita a construção de uma relação de confiança com o paciente (Fonseca, 2009; Greenberg & Geller, 2001; Rogers, 1992). Neste contexto (o terapêutico), ser congruente consiste em recusar usar uma máscara ou representar um papel que não corresponde à realidade do indivíduo (Fonseca, 2009).

Outro dos grandes contributos acerca do conceito de congruência partiu de Virgínia Satir (Satir, Banmen, Gerber & Gomori, 1991). Sendo um construto subjacente ao Modelo de Mudança da autora, a congruência definida por Satir serviu de inspiração aos trabalhos, posteriormente, desenvolvidos por Bonnie Lee (2002a, 2002b, 2002c, 2009).

Este construto (congruência) foi sendo atualizado ao longo dos anos. Na década de 50, a autora definia congruência como um estado de consciência e de reconhecimento dos sentimentos, de uma forma não-reativa; nos anos 60, o conceito centrava-se no estado de plenitude do indivíduo e na forma como este está concentrado em si próprio e na sua autoaceitação; e, por fim, durante a década de 1980, a autora acrescenta-lhe um nível mais abstrato, o da espiritualidade/universalidade (Satir et al., 1991; Lee, 2002b). Esta evolução do construto de congruência reflete as três dimensões centrais de compreensão do ser humano: Dimensão Interpessoal, Dimensão Intrapsíquica e Dimensão Universal-espiritual (Satir et al., 1991).

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).

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). Todas estas componentes interagem reciprocamente e influenciam o comportamento e a comunicação humanos (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).

A Dimensão Universal-espiritual representa a experiência humana comum, independentemente do contexto cultural, histórico ou familiar (Satir et al., 1991). De facto, os seres humanos partilham anseios e aspirações universais, tais como amar e ser amado, ser aceite e respeitado ou viver com um propósito (Satir et al., 1991). Estes anseios e aspirações necessitam de ser satisfeitos e, por isso, quando tomamos consciência da sua existência, criamos condições para a sua realização (Lee, 2002a, 2009; Satir et al., 1991). Ser congruente a este nível, implica que o indivíduo reconheça a sua humanidade, aquilo que anseia e se esforça por realizar (Lee, 2002b; Satir et al., 1991). Por outro lado, o *self* representa algo que também é universal aos seres humanos: a “força de vida”, uma conexão humana a uma base espiritual dinâmica, o núcleo do que somos, que nos inspira e evoca a nossa reverência e temor sobre o mistério da vida (Satir et al., 1991). Desta forma, os níveis universais e espirituais interligam-se, pois os anseios refletem o que o espírito humano necessita para prosperar (Satir et al., 1991).

Em suma, Satir apresentou um modelo conceptual do ser humano baseado nas três dimensões suprarreferidas, onde um estado de congruência depende da forma como estas dimensões se harmonizam (Satir et al., 1991).

### 1.1. O conceito de congruência tal como é utilizado na Escala de Congruência (EC)

Na última década, Bonnie Lee tem-se dedicado ao estudo da congruência,

tendo construído um instrumento que permite avaliar esse construto (Lee, 2002b), a Escala de Congruência (EC). Inspirada na definição de congruência de Satir (Satir et al., 1991), Lee (2002a, 2002b), conceptualiza congruência como um estado de consciência, abertura e ligação entre as dimensões-chaves que formam a compreensão sistémica do ser humano – Dimensões Interpessoal, Intrapsíquica e Universal-espiritual.

Posteriormente Lee (2002c, 2009), fruto da sua prática clínica, acrescenta a Dimensão Transgeracional às três dimensões propostas por Virgínia Satir. Esta nova dimensão diz respeito às aprendizagens feitas no seio da família de origem e ao modo como estas influenciam e moldam o presente do indivíduo (Lee, 2002c, 2009). Ser congruente a este nível passa por ter consciência dos padrões aprendidos na família de origem, permitindo ao indivíduo identificar e compreender as suas competências emocionais e cognitivas, bem como a influência de tais padrões nas últimas e na sua vida presente (Lee, 2002c, 2009). Segundo a perspetiva de Lee (2002c, 2009), as quatro dimensões estão inter-relacionadas e influenciam-se mutuamente.

Em suma, a partir da formulação inicial de Satir, o construto de congruência foi evoluindo, tornando-se mais abrangente e sistémico. É um conceito que permanece adaptado à contemporaneidade e de acordo com Beaudry (2002), apesar de ter surgido há mais de meio século, manter-se-á atual ao longo dos tempos, mudando apenas no sentido de se ajustar aos novos desenvolvimentos evolutivos.

## **2. Jogo Patológico e Congruência**

Antes de se clarificarem as relações entre jogo patológico e congruência, parece importante esclarecer o que se entende pelo primeiro, no presente trabalho, tecendo algumas considerações sobre este problema.

### **2.1. Definição de Jogo Patológico**

Atendendo à definição de Garrido, Jaén e Dominguez (2004), considera-se que o jogo patológico depende da conjugação de uma série de fatores quantitativos – a frequência, a quantidade de tempo dedicado à atividade e a quantidade de dinheiro gasto – e de fatores qualitativos - a perda de controlo dos

impulsos e as mudanças de estado de espírito.

Porém, para facilitar a compreensão deste problema, é importante conhecer o *continuum* através do qual o jogo pode variar (Ladouceur, 2002). Neste sentido, um primeiro nível de relação que se pode estabelecer com o jogo é de cariz social. Assim, um *jogador social ou recreativo* joga casualmente pelo entretenimento e diversão que a atividade lhe proporciona, tendo um domínio completo sobre o tempo que joga e o dinheiro que aposta. Neste caso, o jogo não tem qualquer impacto negativo na vida da pessoa (Abbott, Cramer & Sherrets, 1995; Santos, 2007). O nível seguinte seria o de *jogador problema*. Este tipo de jogador atribui uma elevada importância ao jogo, ao qual dedica grande parte do seu tempo e dinheiro, mas mantendo algum controlo (Abbott et al., 1995; Blaszczynski & Nower, 2002). Determinadas consequências negativas começam a emergir, por exemplo, ao nível familiar e financeiro, apesar de não serem tão devastadoras como no caso de um jogador patológico (Abbott et al., 1995; Blaszczynski & Nower, 2002).

Contudo, a distinção entre *jogador problema* e *jogador patológico* é ténue. Com efeito, rapidamente um *jogador problema* se pode tornar num jogador patológico, aliás, bem como um *jogador social* se pode tornar num jogador patológico, num curto período de tempo (Abbott et al., 1995; Santos, 2007). Segundo Souza, Silva, Oliveira, Bitterncourt, & Freire (2009, p. 349) “o intervalo de tempo previsto entre começar a jogar e perder o controlo (...) varia de um a vinte anos, sendo mais comum num período médio de cinco anos”. Ao longo deste progresso, o jogador passa pelas três fases evolutivas do jogo patológico: fase de ganhos, fase de perdas e fase de desespero (Abbott et al., 1995; Correia, Lauer & Scarioli, 2003; Ladouceur, 2002; Souza et al., 2009).

A fase de ganhos caracteriza-se, assim, por sucessivas vitórias que dão ao indivíduo a crença de que tem sorte ao jogo e de que é um excelente jogador (Abbott et al., 1995; Correia et al., 2003; Ladouceur, 2002; Souza et al., 2009). Desta forma, aumenta a excitação de jogar, existindo maior probabilidade de aumento das apostas, o que conduz à fase seguinte (Abbott et al., 1995; Correia et al., 2003; Ladouceur, 2002; Souza et al., 2009).

Na fase de perdas, o jogador apresenta um otimismo exacerbado e irrealista de que vai ganhar muito dinheiro com o jogo (Abbott et al., 1995; Correia et al., 2003; Ladouceur, 2002; Souza et al., 2009). Quando começa a perder, investe ainda mais no jogo, para recuperar o que perdeu. De facto, o dinheiro ganho no

jogo, é apostado para ganhar mais (Abbott et al., 1995; Correia et al., 2003; Ladouceur, 2002; Souza et al., 2009). Rapidamente, o jogador começa a despender o seu salário ou outras economias para jogar. Nesta fase, verifica-se um aumento de tempo e dinheiro investidos no jogo e as perdas começam a ser intoleráveis (Abbott et al., 1995; Correia et al., 2003; Ladouceur, 2002; Souza et al., 2009).

Por fim, o jogador passa pela fase de desespero, onde se denota um isolamento da sua família e amigos. O jogador sente falta das primeiras vitórias e o tempo e montantes investidos no jogo aumentam, na esperança de recuperar algum do dinheiro perdido (Abbott et al., 1995; Correia et al., 2003; Ladouceur, 2002; Souza et al., 2009). O jogador pode mesmo recorrer a métodos ilegais para sustentar o jogo ou para pagar dívidas (Abbott et al., 1995; Correia et al., 2003; Ladouceur, 2002; Souza et al., 2009). Em termos físicos e psicológicos, nesta fase, o jogador encontra-se esgotado, sendo comum a depressão, o suicídio/tentativas de suicídio e o aparecimento de outros comportamentos aditivos, como o alcoolismo ou o abuso de substâncias (Abbott et al., 1995; Correia et al., 2003; Ladouceur, 2002; Souza et al., 2009). Esta última fase parece descrever bem a dimensão patológica do jogo.

Abbott et al. (1995) alertam que desde cedo, isto é, mesmo numa fase inicial do problema, o jogador patológico manifesta sinais de problemas com o jogo, sendo exemplos disso as faltas ao emprego, pedidos de empréstimos, desentendimentos com a família sobre o jogo, pensamentos de culpa e remorsos sobre a forma como joga e a consideração de formas ilegais de obter dinheiro para jogar.

Bonnie Lee (2002c, 2009) associou ao jogo patológico as temáticas congruência e conjugalidade, desenvolvendo a Terapia de Casal Centrada na Congruência (TCC) que aplicou a díades com um elemento jogador patológico. A autora (Lee, 2002c) relata que uma das motivações dos casais para participarem na Terapia seria o desejo/anseio de se ligarem novamente, de melhorarem a comunicação e de recuperarem dos seus dissabores conjugais. Evidências de abusos (físicos, emocionais, sexuais), negligência ou abandono na família de origem dos jogadores patológicos emergiram durante a TCC (Lee, 2002c). Ainda neste sentido, a maioria dos jogadores patológicos, participantes na TCC, revelou que os seus progenitores sofriam de algum tipo de comportamento aditivo (Lee, 2002c). Outro dos padrões registados nestes clientes varia nos polos extremos da

atenção e apoio obtido pelos pais - alguns jogadores revelaram a falta de apoio moral e emocional por parte da família de origem, aquando de acontecimentos traumáticos (Lee, 2002c), e outros relataram a existência de expectativas demasiado elevadas por parte da família de origem, bem como posturas muito rígidas e inflexíveis (Lee, 2002c). Adicionalmente, a comunicação funcional, a expressão de afeto e o reconhecimento por parte da família de origem para com o jogador eram escassos ou inexistentes (Lee, 2002c). Por fim, os jogadores mencionaram, também, uma grande instabilidade familiar e sentimentos de mágoa, ressentimento, medo e solidão (Lee, 2002c).

Estes dados permitiram à autora concluir que em termos de congruência, os jogadores patológicos em geral, e estes que participaram na TCC (Lee, 2002c), em particular, não desfrutaram de uma interação harmoniosa entre as dimensões-chave do ser humano, isto é, apresentam níveis baixos de congruência, o que pode agravar os seus problemas com o jogo. Para além de confirmar os seus pressupostos de base, tais aspetos justificam a aplicação clínica do construto, pelo menos na terapia de casal. De facto, a TCC desenvolvida por Lee (2002c) resultou num conjunto de progressos por parte dos jogadores (e dos seus cônjuges) a esse nível (Lee, 2002c; Lee & Rovers, 2008). Parece, portanto, importante compreender mais profundamente as características da congruência nesta população, de modo a promover a eficácia das intervenções com jogadores.

### 3. A escala original

Na sua complexidade e subjetividade, o conceito de congruência não é fácil de medir. De facto, ainda não existiam instrumentos que explorassem os construtos e objetivos específicos do modelo de Satir, onde se inclui a congruência (Lee, 2002b). Perante tal carência, Lee sentiu-se motivada a desenvolver a Escala de Congruência, o que poderia, também, servir para avaliar a eficácia do modelo de Satir. A Escala de Congruência teria, além disso, como objetivo estabelecer uma ligação com outros modelos de terapia e construtos, como por exemplo o bem-estar, a satisfação conjugal e a espiritualidade (Lee, 2002b).

Para que a congruência se tornasse um conceito mensurável foi operacionalizado em *itens* discretos e específicos. Desta forma, o objetivo seria que os *itens* refletissem descrições concretas de estados psicológicos e comportamentos específicos, como por exemplo os *itens* 1 “Reajo de forma

exagerada em situações de conflito” e 10 «Aceito o meu passado». Para chegar à elaboração de *itens* específicos, baseou-se em diversos contributos de Virgínia Satir, dos quais são exemplo os *workshops* desta autora, nos quais ela explicava os conceitos do seu modelo de forma didática e demonstrando-os através de representações e *role-play* com os participantes (Lee, 2002b). Tendo em conta que a congruência é um processo para o qual o indivíduo se direciona – e não algo que alguém possui – foi conceptualizado como uma variável contínua (Lee, 2002b).

Inicialmente, a escala tinha sido desenhada para avaliar as três dimensões da congruência definidas por Virgínia Satir (Satir et al., 1991). No entanto, ao utilizar uma rotação *quartimax*, foram extraídos 4 fatores. O primeiro fator – Dimensão Intrapsíquica-Interpessoal - englobava os *itens* representados pelas dimensões intrapsíquica e interpessoal, exceto dois dos *itens* que tinham sido conceptualizados, inicialmente, na dimensão universal-espiritual; não obstante, esses *itens* eram passíveis de representar a dimensão intrapsíquica, pelo que foram aceites neste Fator 1 (Lee, 2002b). O Fator 2, denominado de Dimensão Espiritual, coincide com todos os *itens* englobados na dimensão universal-espiritual, que remetem para um sentido de confiança, propósito e de ligação com o transcendente (Lee, 2002b). O terceiro fator recai sobre a capacidade de escolha do indivíduo para atualizar as regras e crenças aprendidas no seio familiar, ao mesmo tempo que renova papéis, regras e crenças limitadoras. A este fator foi dado o nome de Dimensão Criativa, uma vez que avalia o aspeto mais criativo da congruência; desta forma, os *itens* refletem o modo como o indivíduo consegue quebrar os ensinamentos aprendidos, de maneira a responder de uma forma mais eficaz ao contexto do presente (Lee, 2002b). Por fim, a Dimensão *Comunal* que, previamente, reunia *itens* das dimensões interpessoal e universal-espiritual originais. Os *itens* deste fator remetem o sujeito para uma dimensão auto transcendente, para a sua participação numa extensa unidade humana (Lee, 2002b).

Então, os *itens* dos quatro fatores extraídos não correspondiam exatamente às dimensões em que foram, inicialmente, conceptualizados. Por outro lado, a autora ressalva que a amostra usada (constituída por participantes dos *workshops* de Satir, na sua maioria mulheres 73%;  $N=86$ ) não era suficientemente grande para as análises realizadas. Logo, seriam necessários mais estudos de modo a confirmar a fiabilidade e validade de construto. Assim, não só uma amostra maior mas também outras populações seriam benéficas para confirmar a estrutura

fatorial da Escala de Congruência (Lee, 2002b). Apesar destas fragilidades, a EC de Lee (2002b) foi muito recentemente adaptada e validada para a população portuguesa (Gonçalves, 2012), considerando a relevância do que afirma a autora, ou seja, que se trata de um instrumento que fornece informação acerca do funcionamento global do sujeito, do seu grau de adaptabilidade desenvolvimental, dentro de uma perspectiva despatologizadora do funcionamento humano, mostrando-se uma medida abrangente, com importância clínica, não-clínica e científica.

### 3.1. Versão portuguesa da EC

A validação da EC em Portugal contou com uma amostra de 254 sujeitos, na sua maioria ( $n = 156$ ) do sexo feminino (61,40%). A média de idades da amostra é de 34,09, com uma idade mínima e máxima de 18 e 60 anos, respetivamente (Gonçalves, 2012).

Da análise fatorial realizada (método de componentes principais com rotação *varimax*) emerge uma estrutura de 3 fatores que explica 41,50% da variância, sendo que o primeiro fator explica 22,50%, o segundo 12,60% e o terceiro fator explica 6,30% da mesma. Foram eliminados sete *itens* da escala original, pois prejudicavam a consistência interna da EC e/ou apresentavam uma carga fatorial baixa. Manteve-se o *item* 12 que, apesar de não saturar em nenhum dos três fatores, contribui para a consistência interna global da EC (Gonçalves, 2012). Analisando o conteúdo dos *itens*, definiram-se os três fatores: “Dimensão Espiritual/Universal”, “Dimensão de Auto-Culpabilização” e “Dimensão Meta-Relacional”. O primeiro diz respeito às questões da espiritualidade e universalidade, contendo *itens* como “Relaciono-me com Deus” e “Sinto-me parte da grande família humana”. O segundo fator corresponde à posição comunicacional “*placating*”, caracterizada pelo conflito consigo próprio, traduzindo-se em alguém que sente uma forte auto-culpabilização (Satir et al., 1991). Este fator inclui *itens* como “Sinto-me culpado com facilidade” ou “Culpo-me quando as coisas correm mal”. Por fim, o terceiro fator diz respeito à relação do indivíduo consigo próprio, com os outros e com a vida (Gonçalves, 2012). Contém *itens* como “Expresso apreço pelos outros” e “Tenho energia e gosto pela vida”.

No que concerne à fidelidade da EC, utilizou-se o Alfa de *Cronbach*, o

Coefficiente de Bipartição e o Teste-reteste, sendo que ambas as medidas revelaram boas qualidades psicométricas do instrumento ( $\alpha = .84$ ;  $r = .74, p < .01$ ;  $r = .78, p < .01$ , respetivamente) (Gonçalves, 2012).

## II - Objetivos

Tal como foi adiantado na introdução do presente trabalho, este estudo tem como principais objetivos perceber as qualidades psicométricas da Escala de Congruência numa população de jogadores patológicos, incrementando o conhecimento acerca do construto avaliado – a congruência – e explorar o funcionamento dos jogadores patológicos quanto a esta dimensão.

Mais especificamente, pretende-se:

1. Caracterizar a amostra em estudo - jogadores patológicos, sem qualquer forma de tratamento/intervenção formal – em termos:
  - a. Sociodemográficos;
  - b. Variáveis relacionadas com o jogo patológico (e.g., tipos de jogo, montantes apostados);
  - c. Do nível de congruência, tal como é medido pela EC (Lee, 2002b, validado por Gonçalves, 2012) e respetivas subescalas;
2. Estudar psicometricamente a Escala de Congruência, numa amostra de jogadores patológicos;
3. Analisar a influência das variáveis (a) sociodemográficas (e.g., sexo, escolaridade) e (b) do jogo patológico (e.g. tipo, gravidade) na congruência;

## III – Metodologia

Este trabalho trata-se de um estudo exploratório, utilizando uma metodologia quantitativa (e.g. análises descritivas e correlacionais).

### 1. Amostra

A amostra deste estudo foi constituída através do método de amostragem por conveniência. Consideraram-se os seguintes critérios de inclusão: 1) ser jogador patológico, 2) estar, no momento, isento de qualquer tipo de

intervenção/tratamento formal, 3) ter idade compreendida entre os 18 e os 60 anos, 4) saber ler e escrever.

Foram recrutados 32 jogadores patológicos, 21 (65.60%) do sexo masculino e 11 (34.40%) do sexo feminino, com idades compreendidas entre os 19 e os 57 anos, sendo que a faixa etária mais predominante (56.30%) varia entre os 19 e os 29 anos ( $M=32.66$ ;  $DP=11.29$ ) (Cf. Tabela 1). Todos os sujeitos têm nacionalidade portuguesa e a maioria (78.10%) reside em áreas predominantemente urbanas, sendo que o local de residência mais comum é Coimbra (17 indivíduos) (Cf. Tabela 1). Relativamente ao estado civil, 68.80% dos sujeitos são solteiros, 25.00% estão casados ou vivem em união de facto e os restantes (6.30%) encontram-se divorciados ou separados (Cf. Tabela 1). Quanto à escolaridade, esta amostra é caracterizada, maioritariamente, por participantes com o secundário completo (37.50%) ou licenciatura (28.10%) (Cf. Tabela 1).

Para caracterizar os participantes quanto ao nível socioeconómico (NSE), utilizou-se a tipologia de Simões (1994), composta pelos níveis baixo, médio e alto. No entanto, acrescentaram-se a esta categorização os sujeitos estudantes e/ou desempregados, uma vez que não se inserem em nenhum dos níveis propostos pelo autor. Desta forma, a amostra é composta por: 13 (40.60%) estudantes, 6 (18.75%) sujeitos de NSE médio, 6 (18.75%) participantes de NSE elevado, 5 (15.63%) desempregados e, por fim, apenas 2 (6.25%) dos participantes se enquadram no NSE baixo (Cf. Tabela 1).

Por fim, apenas 3 sujeitos referiram ter recebido acompanhamento psicológico individual – dois para o tratamento da depressão e um para o jogo. Este último revelou que a intervenção (individual) não surtiu efeito e que não apreciou o modo de intervenção do psicólogo.

A maioria dos dados foi recolhida presencialmente (68.80%) (Cf. Tabela 2). Porém, como forma de aumentar o número de participantes, o protocolo de avaliação foi colocado *online*. Desta forma, foi possível juntar 10 (31.30%) novos sujeitos à amostra (Cf. Tabela 2). Não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas entre os dois métodos de recolha na maioria das medidas – EC [ $t(30) = -.36$ ;  $p\text{-value} = .72$ ], SCORE [ $t(30) = -1.46$ ;  $p\text{-value} = .16$ ], EAM [ $U(6) = 6.00$ ;  $p\text{-value} = .56$ ], BSI [ $t(30) = -.57$ ;  $p\text{-value} = .57$ ] e SOGS [ $U(30) = 94.50$ ;  $p\text{-value} = .52$ ] - apresentando-se como única exceção a este padrão de comparações, o Qualidade de Vida [ $t(28) = 2.30$ ;  $p\text{-value} = .03$ ], no qual os participantes “presenciais” pontuaram mais elevado. No entanto, este

resultado pode ser consequência do preenchimento *online* oferecer maior garantia no que diz respeito à confidencialidade dos dados e ao anonimato. Desta forma, o indivíduo que responde *online* tende a dar respostas mais honestas, uma vez que não existe preocupação com a desejabilidade social (Carvalheira, 2007). Neste sentido, e de um modo geral, as respostas dos “sujeitos *online*” desta amostra parecem revelar menos desejabilidade social, uma vez que pontuam mais nas escalas que medem aspetos negativos (e.g. BSI, SCORE e SOGS) do que os respondentes “presenciais”, ainda que estas diferenças não sejam estatisticamente significativas.

**Tabela 1. Dados Sociodemográficos**

		Total N=32	
		Frequência	Percentagem %
<b>Sexo</b>	Masculino	21	65.50%
	Feminino	11	34.40%
<b>Idade</b>	19-29	18	56.30%
	30-39	2	6.30%
	40-49	9	28.10%
	50-59	3	9.40%
<b>Estado Civil</b>	Solteiro	22	68.80%
	Casado/união de facto	8	25.00%
	Divorciado/separado	2	6.30%
<b>Área de Residência</b>	Área predominantemente urbana	25	78.10%
	Área mediantemente urbana	3	9.40%
	Área predominantemente rural	4	12.50%
<b>Escolaridade</b>	Primária	1	3.10%
	Secundário Incompleto	6	18.80%
	Secundário Completo	12	37.50%
	Curso Profissional	3	9.40%
	Licenciatura	9	28.10%
	Doutoramento	1	3.10%
<b>Nível socioeconómico</b>	Baixo	2	6.25%
	Médio	6	18.75%
	Alto	6	18.75%
	Estudante	13	40.60%
	Desempregado	5	15.63%

**Tabela 2. Modo de Recolha**

Total N=32		
	Frequência	Percentagem %
<b>Modo de Recolha</b>	Presencial	68.80%
	Internet	31.30%

## 2. Instrumentos

Tendo em conta os objetivos definidos para o presente estudo, desenvolveu-se um protocolo de investigação composto por um questionário de dados sociodemográficos e seis escalas de autorresposta que se apresentam de seguida.

### Questionário de dados sociodemográficos

De forma a enriquecer a caracterização da amostra foi elaborado um questionário de dados sociodemográficos que cobria os seguintes aspetos: sexo, estado civil, nacionalidade, local de residência, idade, escolaridade, profissão e participação prévia em consultas de Psicologia. Todas as condições de confidencialidade e anonimato foram asseguradas.

### Escala de Congruência (EC) (Lee, 2002b; versão portuguesa de Gonçalves, 2012)

A EC é uma escala de autorresposta, composta por 31 *itens* e, como foi referido, permite avaliar a congruência através de 3 fatores – Espiritual/Universal, Auto-responsabilização e Meta-relacional e quanto maior a pontuação obtida, maior o índice de congruência.

A versão portuguesa da EC apresenta um coeficiente de Alfa de *Cronbach* de .84, revelando uma boa consistência interna.

É incluída neste estudo como forma de avaliar esse construto, numa população clínica específica – jogadores patológicos.

### *Systemic Clinical Outcome and Routine Evaluation* (SCORE-15) (Cahill, O'Reilly, Carr, Dooley, & Stratton, 2010; em adaptação para Portugal - Relvas e cols.)

O SCORE-15 é um questionário de autorresposta que mede as dificuldades percebidas pelo indivíduo no seio familiar. Este instrumento permite obter medidas em três dimensões: Competências Familiares, Dificuldades Familiares e Comunicação Familiar. Além dos 15 *itens* que compõem estas dimensões, a escala inclui ainda 5 questões sobre a rotina da família, a natureza e o impacto dos problemas familiares e possíveis necessidades terapêuticas.

O instrumento possui uma boa Consistência Interna, com um coeficiente de Alfa de *Cronbach* de .88, para a população não-clínica portuguesa. Deste modo, é

pedido ao respondente que avalie de que forma cada *item* descreve a sua família; as respostas variam de 1 (Muito bem) a 5 (Muito mal), sendo que uma maior pontuação indica maiores dificuldades familiares.

Na criação da EC, Lee (2002b) utilizou um questionário que avaliava as mudanças após a psicoterapia<sup>1</sup> (*Outcome Questionnaire*), onde constatou a existência de uma associação moderada entre as duas medidas. O SCORE foi, então, incluído neste estudo para testar a validade convergente com a EC.

### **Qualidade de Vida – Formulário parental (QOL) (Olson & Barnes, 1982; adaptado por Relvas, Alberto & Simões, 2008)**

O QOL é um questionário de autorresposta e tem como objetivo avaliar a qualidade de vida percebida pelo sujeito. É constituído por 38 *itens* que medem 11 fatores (Bem-estar Financeiro, Tempo, Vizinhança e Comunidade, Casa, *Mass media*, Relações Sociais e Saúde, Emprego, Religião, Família e Conjugalidade, Filhos e Educação). Uma maior qualidade de vida percebida é caracterizada por pontuações alta neste instrumento.

O QOL apresentou uma muito boa Consistência Interna, para a população portuguesa, de .92.

Foi incluído neste trabalho com o intuito de testar a validade convergente com a EC, visto que a congruência se percebe como uma interação harmoniosa entre as dimensões que constituem o indivíduo e, por isso, se deve refletir numa qualidade de vida elevada (Lee, 2002a, 2002b). Além disso, Lee (2002b) na sua investigação encontrou valores moderados de associação entre a EC e a Qualidade de vida.

### **Escala de Ajustamento Mútuo (EAM) (Spanier, 1976) (adaptado e validada por Lourenço & Relvas, 2003)**

Constituído por 32 *itens* que avaliam 4 dimensões (Satisfação Mútua, Consenso Mútuo, Expressão Afetiva e Coesão Mútua), este instrumento permite avaliar o ajustamento conjugal. Desta forma, apenas é preenchido por indivíduos que se encontrem casados ou em união de facto. É um instrumento de autorresposta podendo ser preenchido apenas por um membro do casal. A cotação

---

<sup>1</sup> De facto, este instrumento foi criado, inicialmente, para avaliar as mudanças após a Terapia Familiar (Olson e Barnes, 1982).

é feita através do somatório das 4 dimensões avaliadas, sendo que uma pontuação superior significa maior ajustamento.

Possui muito boa Consistência Interna ( $\alpha = .93$ ), revelando-se uma boa medida do ajustamento mútuo.

É introduzido neste protocolo de forma a avaliar a validade convergente com a EC, uma vez que um bom ajustamento conjugal poderá refletir, não só altos índices de congruência, mas também em níveis elevados no que diz respeito à Dimensão Interpessoal do sujeito.

### **Inventário de Sintomas Psicopatológicos (BSI) (Derogatis, 1982; adaptado e validado por Canavarro, 1999)**

Questionário de autorresposta, constituído por 53 *itens*, pode ser respondido a partir dos 13 anos, por indivíduos com ou sem doenças mentais. Sendo um questionário de autorresposta, avalia sintomas psicopatológicos, de acordo com 9 dimensões (Somatização, Obsessões-compulsões, Sensibilidade Interpessoal, Depressão, Ansiedade, Hostilidade, Ansiedade Fóbica, Ideação Paranóide e Psicoticismo) e fornece o cálculo de três Índices Globais (Índice Geral de Sintomas, Total de Sintomas Positivos e Índice de Sintomas Positivos).

Existem pontuações para a população geral e para populações clínicas. Pontuações mais altas revelam maiores índices de psicopatologia. Este instrumento possui boas características psicométricas – a consistência interna das várias escalas varia entre .62 e .80 e a estabilidade temporal entre .63 e .81. Parece ser uma boa medida de sintomas psicopatológicos, auxiliando o diagnóstico psiquiátrico/psicológico. No entanto, não deve ser usado como instrumento único de diagnóstico.

É utilizado no presente estudo para testar a validade convergente com a EC.

### **South Oaks Gambling Screen (SOGS) (Lesieur e Blume, 1987; Versão portuguesa de Lopes, 2009)**

O SOGS foi elaborado segundo os critérios do DSM-III para a perturbação de jogo patológico. O instrumento possui 20 *itens* que avaliam a gravidade do jogo patológico, possuindo ainda uma tabela que permite conhecer os tipos de jogos que cada indivíduo pratica habitualmente.

A sua pontuação varia entre 0 e 20 sendo que a partir dos 5 pontos, considera-se que o sujeito apresenta maior probabilidade de ser jogador

patológico. A escala apresenta muito boa Consistência Interna ( $\alpha = .97$ ) e moderada estabilidade teste-reteste ( $r=.71$ ) no que diz respeito à escala original<sup>2</sup>.

O SOGS foi incluído no protocolo como forma de excluir indivíduos que não apresentassem indícios de jogo patológico e, também, para testar a validade convergente com a EC.

### 3. Procedimentos

#### a) Seleção e recolha da amostra

Como foi referido aquando da caracterização da amostra, a recolha dos dados foi realizada de dois modos: presencialmente e *online* (Cf. Tabela 2). De modo a encontrar sujeitos, procedeu-se à divulgação do estudo através de amigos, conhecidos e familiares. No caso em que o preenchimento foi realizado *online*, o protocolo foi colocado, pela mesma ordem, num *site* indicado para esse efeito, que incluía uma secção onde se explicavam o estudo e os seus objetivos. De modo a divulgar o estudo e a possibilidade de preenchimento *on-line*, foi enviado um *e-mail* explicativo para uma rede de pessoas conhecidas. Ainda no mesmo sentido, a investigadora contactou alguns fóruns de jogos *online* e, também, os “Jogadores Anónimos”.

#### b) Aplicação do protocolo

No primeiro caso, foram explicados aos sujeitos a natureza e os objetivos do estudo, bem como a garantia do anonimato e confidencialidade dos dados, razão pela qual não foi assinado qualquer consentimento informado (APA, 2002). A aplicação do protocolo foi feita por duas investigadoras que partilharam a mesma amostra de jogadores. Promoveram-se, ao máximo, as condições de acústica e de luminosidade adequadas, para que cada participante pudesse preencher o protocolo sem interrupções e solicitou-se que respondessem de forma honesta, sem deixar *itens* em branco. Para os sujeitos que preencheram *online*, foram dadas as mesmas indicações (natureza do estudo, objetivos, garantia de confidencialidade e anonimato, solicitação de respostas honestas e a todos os *itens*) por escrito.

Passados 3 meses, foi aplicado o mesmo protocolo a 20 dos sujeitos que

---

<sup>2</sup> Os dados da adaptação à população portuguesa não foram divulgados.  
Jogo Patológico e Congruência. Estudo Exploratório sobre o Funcionamento do Jogador Patológico  
Joana Patrícia Ferreira de Carvalho Augusto (e-mail:joanaaugustoo@gmail.com) 2012

participaram no estudo, inicialmente.

### c) Análise e tratamento dos dados

Visto que algumas variáveis não possuíam os sujeitos bem distribuídos pelas diferentes categorias, foram recodificadas de modo a conseguir alguma uniformização. Assim, de modo a homogeneizar o  $n$  em cada categoria em análise, algumas foram aglutinadas.

#### i. Variáveis sociodemográficas

No caso das idades, criaram-se dois grupos: jogadores com idade até 30 anos e jogadores com idade superior a 30 anos. Na variável “Estado civil”, executou-se um procedimento semelhante. Visto que só existiam 2 sujeitos na categoria “Divorciado/Separado”, estes foram colocados na categoria de “Não casados”, juntamente com os jogadores solteiros. Também na variável “Escolaridade” foi necessário condensar os sujeitos em categorias mais abrangentes. Assim, na categoria “Secundário incompleto” incluem-se os sujeitos que não terminaram o secundário (Escola primária e Secundário incompleto), na categoria “Secundário Completo”, os sujeitos que terminaram o secundário ou que concluíram um curso profissional e, por fim, na categoria “Ensino Superior”, aqueles que possuem licenciatura, mestrado ou doutoramento. Aglutinaram-se, ainda, as duas categorias de área de residência - “Área mediantemente urbana” e “Área predominantemente rural” - em “Área não urbana” (Cf. Tabela 3).

#### ii. Variáveis relacionadas com o jogo patológico

O tipo de jogo foi distribuído por dois grupos: jogos de reforço imediato e jogos de reforço tardio. Deste modo, incluiu-se no primeiro grupo, os seguintes jogos: raspadinha, *slot machines*, bingo, jogos de casino, jogos de cartas a dinheiro, jogos de dados a dinheiro e jogos de perícia. O segundo grupo abrange jogos como a lotaria, o Totoloto/Euromilhões, Totobola/Totogolo, rifas e investimentos especulativos. Os jogos desportivos e corridas de cavalos foram excluídos desta distribuição, uma vez que se podem enquadrar em qualquer um dos grupos apresentados. Quanto à variável “montante máximo apostado num dia”, criaram-se dois grandes grupos: menos de 100€ e mais de 100€. Por fim, no que respeita ao grau de severidade do jogo, distribuíram-se os sujeitos por dois grupos: aqueles que pontuam até 8 (valor médio) no SOGS e os que pontuam acima desse valor.

Em seguida, selecionaram-se os 6 casos contrastantes de pontuação extrema no SOGS - menor e maior exuberância de sintomas - criando-se mais duas categorias comparativas (pontuação baixa e pontuação alta) (Cf. Tabela 3). As análises dos dados foram, então, realizadas segundo as categorias definidas com esta recodificação.

**Tabela 3. Variáveis recodificadas**

	<b>Variáveis antigas</b>	<b>N</b>	<b>Variáveis recodificadas</b>	<b>N</b>
<b>Idade</b>	19-29	18	<30 anos	18
	30-39	2		
	40-49	9	>30 anos	14
	50-59	3		
<b>Estado civil</b>	Casados/união de facto	8	Casados	8
	Solteiros	22	Não casados	24
	Divorciados/separados	2		
<b>Escolaridade</b>	Primária	1	Secundário	7
	Sec. Incompleto	6	Incompleto	
	Sec. completo	12	Secundário completo	15
	Curso profissional	3		
	Licenciatura	9	Ensino superior	10
	Doutoramento	1		
<b>Área de residência</b>	Área predominantemente urbana	25	Urbana	25
	Área mediantemente urbana	3		
	Área predominantemente rural	4	Não urbana	7
<b>Tipo de jogo</b>	Raspadinha			
	Slot Machines			
	Bingo			
	Jogos de casino			
	Jogos de cartas a dinheiro		Reforço imediato	
	Jogos de dados a dinheiro			
	Jogos de perícia			

	Variáveis antigas	N	Variáveis recodificadas	N
	Lotaria			
	Totoloto/Euromilhões			
	Totobola/Totogolo		Reforço tardio	
	Rifas			
	Investimentos especulativos			
<b>Montante máximo</b>	1-10€	4	<100€	18
	10-100€	14		
	100-1000€	8		
	1000-10000€	3	>100€	14
	Mais de 10000€	3		
<b>Gravidade de jogo</b>			<8 pontos	21
			>8 pontos	11
			Pontuação baixa	6
			Pontuação alta	6

Todos os dados foram analisados com o programa *Statistical Package for Social Sciences* (SPSS), versão 17.0.

- 1) No que respeita às estatísticas descritivas, calcularam-se médias e desvios-padrão, de modo a caracterizar a amostra em termos sociodemográficos, de jogo patológico (jogos mais jogados e montante máximo apostado num dia) e de congruência. Procedeu-se à comparação dos resultados obtidos na EC e seus fatores com a população geral, através de um *Test-t* para uma amostra.
- 2) Procedeu-se à análise da Consistência Interna através do coeficiente de Alfa de *Cronbach*, Coeficiente de Bipartição, correlações entre a EC e subescalas – bem como destas, entre si - e Coeficiente de Estabilidade (teste-reteste) para verificar a fiabilidade da EC nesta população. A análise da estabilidade temporal foi realizada com um intervalo de 3 meses, com 20 sujeitos. Realizou-se a análise da validade convergente da EC e suas subescalas com os restantes instrumentos utilizados no protocolo, através de correlações de *Pearson* ou *Spearman*, dependendo do cumprimento ou do incumprimento dos pressupostos para uso de estatística paramétrica.
- 3) Com o recurso aos testes *One-Way ANOVA* ou *Test-t* para duas amostras independentes ou aos seus equivalentes não paramétricos -

*Kruskal-Wallis* ou *Mann-Whitney* -, estimou-se a influência das variáveis sexo, idade, estado civil, escolaridade e área de residência na congruência, bem como do tipo de jogo, do montante máximo apostado e da severidade dos sintomas de jogo, na congruência. De modo a perceber a relação entre a severidade dos sintomas de jogo e a congruência recorreu-se aos testes de *Mann-Whitney* e *Test-t*.

#### IV - Resultados

##### *Pressupostos*

Antes de iniciar a análise estatística, procedeu-se à averiguação da normalidade da distribuição dos dados. Para tal, foi utilizado o teste de *Kolmogorov-Smirnov* para os dados decorrentes de todos os instrumentos, exceto do EAM, para os qual se utilizou o teste de *Shapiro-Wilk*, uma vez que apresentava um *N* inferior a 30 (Maroco, 2007; Pestana e Gageiro, 2008) Consideram-se, ainda, nesta análise da normalidade os *QQ Plots* e os quocientes de Simetria e de Curtose pelo seu erro padrão. Concluiu-se que apenas os dados obtidos com as escalas EAM e SOGS não apresentam uma distribuição normal, razão pela qual se utilizaram testes não-paramétricos para a análise dos mesmos.

Para a análise das variâncias, procedeu-se à confirmação dos pressupostos de normalidade e de homogeneidade das variâncias para as variáveis sexo, idade, estado civil, escolaridade, área de residência, montante máximo apostado, grau de severidade do jogo patológico e tipo de jogo, no que respeita à Escala de Congruência global e respetivas subescalas. Todos os dados seguem uma distribuição normal, exceto os respeitantes às áreas de residência não urbanas para a EC global e para o Fator 3, para os quais se utilizarão testes não paramétricos. Relativamente à homogeneidade das variâncias, através do Teste de *Levene*, verificaram-se algumas violações deste pressuposto, nomeadamente nos dados decorrentes das variáveis idade, montante máximo apostado num dia e grau de severidade no jogo, no Fator 1, e escolaridade e tipo de jogo no Fator 2.

No que concerne às correlações, foram eliminados os *outliers* encontrados nas escalas SCORE, BSI – um *outlier* moderado em cada instrumento - e EAM – um *outlier* severo -, de forma a prevenir um possível enviesamento dos resultados.

Com as escalas EC e seus fatores, QOL, SCORE e BSI foram utilizadas estatísticas paramétricas – *R* de *Pearson* - e com os restantes instrumentos usou-se

o coeficiente de Ró de *Spearman*. Todas as variáveis cumprem o pressuposto da linearidade. No entanto, as escalas que não cumprem o pressuposto da normalidade (EAM e SOGS), apresentam uma menor relação de linearidade com as outras variáveis. Ainda assim, a sua distribuição parecia seguir a tendência da linearidade.

### **1. Caracterização da amostra de jogadores patológicos em função do jogo patológico e da congruência**

Com o objetivo de caracterizar a amostra de jogadores patológicos em termos do jogo e da congruência, apresentam-se, de seguida, os resultados decorrentes das análises descritivas e inferenciais.

#### *Jogo patológico*

Em termos de severidade dos sintomas apresentados (SOGS), verifica-se que a média das pontuações para a presente amostra é 8.13 ( $DP=3.54$ ), sendo que as mulheres ( $M=8.91$ ;  $DP=3.94$ ) pontuaram mais do que os homens ( $M=7.71$ ;  $DP=3.33$ ). No entanto, tal diferença não se apresenta estatisticamente significativa [ $U(93.50)=.37$ ;  $p\text{-value}<.05$ ].

A caracterização do jogo considerou o tipo de jogos mais praticados e os montantes máximos apostados. No que respeita ao primeiro aspeto, a maioria dos sujeitos joga na Raspadinha (50.00%), jogos de casino (43.80%), Totoloto/Euromilhões e Bingo (43.80%) menos de uma vez por semana. Os restantes sujeitos apostam no Totoloto/Euromilhões (50.00%), Raspadinha (28.10%) e jogos desportivos (21.90%) mais do que uma vez por semana (Cf. Tabela 4). Assim, de um modo geral, a maioria dos sujeitos (90.60%) joga no Totoloto/Euromilhões e na Raspadinha (78.10%). Cerca de metade da amostra pratica jogos de casino (53.20%), Bingo (53.10%), jogos desportivos (50.00%) e *Slot machines* (46.69%) (Cf. Tabela 4). As percentagens menos expressivas são referentes a corridas de cavalos (9.40%), jogos de dados a dinheiro (12.50%) e investimentos especulativos (18.80%) (Cf. Tabela 4).

**Tabela 4. Frequência de jogos**

	Frequência		Total
	Menos de uma vez por semana	Mais de uma vez por semana	
Raspadinha	50.00%	28.10%	78.10%
Lotaria	34.40%	3.10%	37.50%
Totoloto/Euromilhões	40.60%	50.00%	90.60%
Totobola/Totogolo	21.90%	9.40%	31.30%
Slot machines	34.40%	12.50%	46.90%
Bingo	40.60%	12.50%	53.10%
Jogos de casino	43.80%	9.40%	53.20%
Jogos de dados a dinheiro	12.50%	0%	12.50%
Rifas	37.50%	0%	37.50%
Jogos de perícia	37.50%	6.30%	43.80%
Jogos desportivos	28.10%	21.90%	50.00%
Corridas de cavalos	6.30%	3.10%	9.40%
Investimentos especulativos	12.50%	6.30%	18.80%

Relativamente à divisão em tipos de jogo conforme o reforço (imediate ou tardio), verifica-se que a maioria dos jogadores aposta em jogos de reforço imediato (62.50%). Os restantes 12 jogadores (37.50%) praticam jogos de reforço tardio (Cf. Tabela 5).

**Tabela 5. Frequência e percentagem de tipo de jogo, em função do reforço**

Tipo de jogo	Frequência		Percentagem	
	Reforço imediato	Reforço tardio		
	20	12	62.50%	37.50%
<b>Total</b>	<b>32</b>		<b>100%</b>	

Relativamente à categorização aglutinada do montante máximo apostado num dia, usada em análises posteriores, verifica-se que 56.30% dos sujeitos referem ter gasto menos de 100€ e que os restantes participantes (43.80%) apostaram mais de 100€ (Cf. Tabela 6).

**Tabela 6. Frequência e percentagem do montante máximo apostado num dia**

Montante	Frequência	Percentagem
Menos de 100€	18	56.30%
Mais de 100€	14	43.80%
<b>Total</b>	<b>32</b>	<b>100%</b>

### *Congruência*

A presente amostra de jogadores patológicos obteve uma pontuação média total de 148.56 ( $DP= 19.37$ ) na Escala de Congruência. Apesar de este valor ser inferior à média da população geral ( $M=155.26$ ;  $DP=19.32$ ), esta diferença não é estatisticamente significativa [ $t(32) = -1.96$ ;  $p\text{-value} = .06$ ]. No Fator 1 (“Espiritual/Universal”), os jogadores patológicos pontuaram, em média, 37.22 ( $DP=11.45$ ) valor inferior ao da população geral ( $M=41.87$ ;  $DP=11.21$ ), sendo esta diferença significativa do ponto de vista estatístico [ $t(31) = -2.30$ ;  $p\text{-value} = .03$ ]. No Fator 2 (“Auto-culpabilização”), o valor médio é 48.25 ( $DP=7.16$ ) na amostra de jogadores e 49.09 ( $DP=8.62$ ) na amostra da população geral, não se apurando diferenças estatisticamente significativas [ $t(31) = -.66$ ;  $p\text{-value} = .51$ ] entre estes valores (Cf. Tabela 7). Por fim, o Fator 3 (“Meta-relacional”) revela um valor de 58 pontos no percentil 50, muito próximo do valor da população normativa (59), sugerindo a inexistência de diferenças estatisticamente significativas (Cf. Tabela 8).

**Tabela 7. Médias da População Geral e dos Jogadores Patológicos na EC, Fator 1 e Fator 2**

		Média	Desvio-padrão	Mínimo	Máximo	N
EC total	População Geral	155.26	19.32	106	199	254
	Jogadores Patológicos	148.56	19.37	110	185	32
Fator 1	População Geral	41.87	11.21	12	62	254
	Jogadores Patológicos	37.22	11.45	14	60	32
Fator 2	População Geral	49.09	8.62	24	68	254
	Jogadores Patológicos	48.25	7.16	34	64	32

**Tabela 8. Distribuição em percentis do Fator 3 da EC, na População Geral e nos Jogadores Patológicos**

		Percentis	5	10	25	50	75	90	95
População Geral	Resultados		44	50	55	59	64	67	70
	Resultados		46.65	47.9	52	58	61.75	66.7	70.05

Em função do sexo, apenas se verificaram diferenças estatisticamente significativas entre as médias da EC, na comparação entre os homens jogadores patológicos (EC:  $M=146.05$ ,  $DP=18.80$ ; F1:  $M=36.33$ ,  $DP=10.03$ ; F2:  $M=47.29$ ,  $DP=6.34$ ) e os homens da população geral (EC:  $M=156.50$ ,  $DP=18.55$ ; F1:  $M=41.31$ ,  $DP=11.63$ ; F2:  $M=50.30$ ,  $DP=7.92$ ), na Escala de Congruência global [ $t(20) = -2.55$ ;  $p\text{-value} = .02$ ], no Fator 1 [ $t(20) = -2.27$ ;  $p\text{-value} = .03$ ] e no Fator 2 [ $t(20) = -2.18$ ;  $p\text{-value} = .04$ ] (Cf. Tabela 9, 10 e 11). O valor obtido para o percentil 50 pelos jogadores patológicos do sexo masculino (57) no Fator 3, encontra-se entre os percentis 25 e 50 para os indivíduos do mesmo sexo, na população normativa seguindo, assim, a tendência de valores mais baixos da amostra clínica no construto (Cf. Tabela 12). Já as mulheres apresentam um valor muito semelhante (59) ao das mulheres da população geral (60) (Cf. Tabela 12). Os resultados sugerem, então, a inexistência de diferenças relativamente à pontuação no Fator 3, entre a amostra de jogadores e a população geral, em função do sexo.

**Tabela 9. Médias da População Geral e dos Jogadores Patológicos na Escala de Congruência, por sexo**

		Média	Desvio-padrão	Mínimo	Máximo	N
População Geral	Homens	156.50	18.55	117	199	98
	Mulheres	154.48	19.54	106	195	156
Jogadores Patológicos	Homens	146.05	18.80	110	184	21
	Mulheres	156.37	20.44	123	185	11

Tabela 10. Médias da População Geral e dos Jogadores Patológicos no Fator 1 da EC, por sexo

		Média	Desvio-padrão	Mínimo	Máximo	N
População Geral	Homens	41.31	11.63	12	62	98
	Mulheres	42.22	10.97	13	62	156
Jogadores Patológicos	Homens	36,3333	10.03	15	53	21
	Mulheres	38,9091	14.15	14	60	11

Tabela 11. Médias da População Geral e dos Jogadores Patológicos no Fator 2 da EC, por sexo

		Média	Desvio-padrão	Mínimo	Máximo	N
População Geral	Homens	50.30	7.92	24	68	98
	Mulheres	48.33	8.97	28	65	156
Jogadores Patológicos	Homens	47.29	6.34	34	57	21
	Mulheres	50.10	8.35	36	64	11

Tabela 12. Distribuição em percentis do Fator 3, na População Geral e Jogadores Patológicos, por sexo

		Percentis	5	10	25	50	75	90	95
População Geral	Homens		47.80	50.90	55	59.50	64.25	69	71
	Mulheres		43	49.40	55	59	64	66	68
Jogadores Patológicos	Homens		46.10	47.60	51	57	61	68.60	71.70
	Mulheres		47	48	52	60	63	66	-

## 2. Estudos psicométricos da EC

Os estudos psicométricos levados a cabo com a EC incluíram as análises da Fiabilidade (coeficiente de Consistência Interna; coeficiente de Bipartição, correlação entre fatores e entre estes e o *score* global e coeficiente de estabilidade temporal) e de Validade Convergente.

### *Fiabilidade*

No que concerne à Consistência Interna da Escala de Congruência, obteve-se um bom coeficiente de Alfa de *Cronbach* (Pestana & Gageiro, 2008), de .84. Já o Fator 1 “Espiritual/Universal” apresenta um índice de .91, revelando uma muito boa Consistência Interna (Pestana & Gageiro, 2008). Na amostra de jogadores patológicos, para o Fator 2 da EC, o Alfa de *Cronbach* apresenta um valor muito

fraco: .58 (Pestana & Gageiro, 2008). Por fim, o Fator 3 “Meta-relacional” apresenta um coeficiente de .62, considerado fraco (Pestana & Gageiro, 2008) (Cf. Anexo 1).

Quanto ao coeficiente de Bipartição, obteve-se um valor de .82 ( $r=.70$ ), considerado bom (Pestana & Gageiro, 2008).

Encontraram-se correlações significativas entre a EC e suas subescalas: EC e Fator 1 [ $r(30) = .88$ ;  $p\text{-value} = .00$ ], EC e Fator 2 [ $r(30) = .49$ ;  $p\text{-value} = .00$ ] e EC e Fator 3 [ $r(30) = .84$ ;  $p\text{-value} = .00$ ]. No que concerne às correlações entre as subescalas da EC, verificou-se um resultado estatisticamente significativo entre o Fator 1 e 3 [ $r(30) = .70$ ;  $p\text{-value} = .00$ ] (Cf. Anexo 2).

A análise da estabilidade temporal revelou correlações significativas entre os dois momentos de avaliação, para a EC total [ $\rho(18) = .94$ ;  $p\text{-value} = .00$ ], Fator 1 [ $\rho(18) = .98$ ;  $p\text{-value} = .00$ ], Fator 2 [ $\rho(18) = .94$ ;  $p\text{-value} = .00$ ] e Fator 3 [ $\rho(18) = .80$ ;  $p\text{-value} = .00$ ] (Cf. Anexo 3).

#### *Estudos de Validade Convergente*

A EC correlacionou-se positivamente com o QOL [ $r(28) = .14$ ;  $p\text{-value} = .48$ ] e a EAM [ $\rho(5) = .32$ ;  $p\text{-value} = .49$ ], ambas as correlações fracas (Pestana & Gageiro, 2008). Porém, nenhuma delas apresentou significância estatística. Associações negativas fracas foram obtidas entre a EC e o SCORE [ $r(29) = -.37$ ;  $p\text{-value} = .04$ ], o BSI [ $r(29) = -.13$ ;  $p\text{-value} = .47$ ] e o SOGS [ $\rho(30) = -.91$ ;  $p\text{-value} = .62$ ], sendo apenas estatisticamente significativa a relação entre a congruência e as dificuldades familiares (SCORE), ainda que de forma fraca (Pestana & Gageiro, 2008) (Cf. Anexo 4).

Relativamente ao Fator 1 (Espiritual/Universal), foram encontradas associações positivas com o QOL [ $r(28) = .07$ ;  $p\text{-value} = 0.70$ ], a EAM [ $\rho(5) = .20$ ;  $p\text{-value} = .67$ ] e BSI [ $r(29) = .70$ ;  $p\text{-value} = .73$ ], porém nenhum se revelou estatisticamente significativa. Este Fator revelou, ainda, correlações negativas com o SCORE [ $r(29) = -.30$ ;  $p\text{-value} = .10$ ] e o SOGS [ $\rho(30) = .01$ ;  $p\text{-value} = .96$ ], mas nenhuma com relevância estatística (Cf. Anexo 4).

O Fator “Auto-culpabilização” correlacionou-se de forma positiva com o QOL [ $r(28) = .12$ ;  $p\text{-value} = .54$ ] e a EAM [ $\rho(5) = .58$ ;  $p\text{-value} = .17$ ], de forma não significativa do ponto de vista estatístico. Correlacionou-se, negativamente, com o SCORE [ $r(29) = -.30$ ;  $p\text{-value} = .11$ ], o BSI [ $r(29) = -.36$ ;  $p\text{-value} = .05$ ] e o SOGS [ $\rho(30) = -.38$ ;  $p\text{-value} = .03$ ], sendo que a significância estatística apenas

se verificou com estes dois últimos instrumentos (BSI e SOGS) (Cf. Anexo 4).

Por fim, o Fator 3 – “Meta-relacional” apresentou associações positivas com os instrumentos QOL [ $r(28) = .10$ ;  $p\text{-value} = .61$ ] e EAM [ $\rho(5) = .55$ ;  $p\text{-value} = .21$ ] e negativas com o SCORE [ $r(29) = -.22$ ;  $p\text{-value} = .23$ ], o BSI [ $r(29) = -.12$ ;  $p\text{-value} = .54$ ] e o SOGS [ $\rho(30) = .12$ ;  $p\text{-value} = .50$ ]. Contudo, nenhuma destas associações se revelou estatisticamente significativa (Cf. Anexo 4).

### **3. Influência das variáveis sociodemográficas e associadas ao jogo patológico, na congruência**

O construto de congruência nesta amostra de jogadores patológicos foi analisado em função das variáveis sociodemográficas e de jogo patológico.

#### **3.1. Variáveis sociodemográficas e congruência**

O estudo da congruência em função das variáveis sociodemográficas incluiu: sexo, idade, estado civil, escolaridade e residência.

##### *Sexo*

Nesta amostra de jogadores patológicos, as mulheres apresentam uma média superior ( $M=156.36$ ;  $DP=20.44$ ) à dos homens ( $M=146.05$ ;  $DP=18.80$ ) na EC. O nível de significância do *Test-t* [ $t(30) = 1.02$ ;  $p\text{-value} = .32$ ] para a escala global, em função do sexo, aponta para a inexistência de significância estatística da diferença de médias. No Fator 1, os homens jogadores pontuaram 36.33 ( $DP=10.03$ ) e as mulheres 39.00 ( $DP=14.15$ ). Também no Fator 2, as mulheres apresentaram uma pontuação superior ( $M=50.09$ ;  $DP=8.53$ ) à dos homens ( $M=47.29$ ;  $DP=6.34$ ). Por fim, igualmente no terceiro fator, as mulheres apresentam uma média ( $M=58.64$ ;  $DP=6.15$ ) superior à dos homens ( $M=56.76$ ;  $DP=7.00$ ). Contudo, em nenhum dos casos as diferenças revelaram significância estatística: [ $t(30) = .60$ ;  $p\text{-value} = .55$ ], [ $t(30) = 1.06$ ;  $p\text{-value} = .30$ ], [ $t(30) = .75$ ;  $p\text{-value} = .46$ ], respetivamente.

##### *Idade*

Não foram encontrados resultados estatisticamente significativos entre as diferenças nas médias da EC [ $t(30) = -.15$ ;  $p\text{-value} = .88$ ] e seus fatores - [ $U(30) = 105.50$ ;  $p\text{-value} = .44$ ], [ $t(30) = .52$ ;  $p\text{-value} = .61$ ], [ $t(30) = -.07$ ;  $p\text{-value} = .95$ ], através das análises de *Test-t* e *Mann-Whitney*, em função da idade.

### *Estado Civil*

No que concerne à Escala total da EC, foi encontrada uma diferença estatisticamente significativa [ $t(30) = 2.44$ ;  $p\text{-value} = .02$ ] entre as médias do grupo dos sujeitos “casados” ( $M=162$ ;  $DP=14.48$ ) e do grupo dos “não casados” ( $M=144.08$ ;  $DP=18.93$ ), sendo o primeiro mais congruente. Também ao nível do Fator 1, respeitante à vertente “Espiritual/Universal”, os indivíduos “casados” apresentam maiores índices de congruência ( $M=45.25$ ;  $DP=8.38$ ) do que os “não casados” ( $M=35.54$ ;  $DP=11.20$ ), revelando-se esta diferença estatisticamente significativa [ $t(30) = 2.47$ ;  $p\text{-value} = .02$ ]. Para os Fatores 2 [ $t(30) = .91$ ;  $p\text{-value} = .37$ ] e 3 [ $t(30) = 1.82$ ;  $p\text{-value} = .08$ ], não se verificaram diferenças significativas, do ponto de vista estatístico, entre as médias da EC, em função do estado civil.

### *Escolaridade*

Quanto à escolaridade, não se verificaram diferenças estatisticamente significativas entre as médias de congruência quer no que respeita à escala global [ $F(30) = .11$ ;  $p\text{-value} = .90$ ], quer aos seus fatores: Fator 1 [ $F(30) = .17$ ;  $p\text{-value} = .84$ ], Fator 2 [ $H(30) = .06$ ;  $p\text{-value} = .80$ ] e Fator 3 [ $F(30) = .58$ ;  $p\text{-value} = .57$ ].

### *Residência*

Por fim, no que diz respeito à área de residência também não se verificaram diferenças estatisticamente significativas entre as médias de congruência na escala global [ $U(30) = 75$ ;  $p\text{-value} = .57$ ] e nos seus fatores: Fator 1 [ $t(30) = .09$ ;  $p\text{-value} = .96$ ], Fator 2 [ $t(30) = -.31$ ;  $p\text{-value} = .76$ ] e Fator 3 [ $U(30) = 67.50$ ;  $p\text{-value} = .36$ ].

## **3.2. Variáveis associadas ao jogo patológico e congruência**

As variáveis associadas ao jogo patológico consideradas para estudar a congruência, nesta amostra, compreenderam: o tipo de jogo, o montante máximo apostado e a gravidade de jogo.

### *Tipo de jogo e montantes*

As médias na EC, em função do tipo de jogo – de reforço imediato ( $M=148.60$ ;  $DP=16.78$ ) e de reforço tardio ( $M=148.50$ ;  $DP=23.89$ ) - revelaram-se semelhantes. Desta forma, o *Test-t* confirma a ausência de significância estatística entre estas diferenças [ $t(30) = .01$ ;  $p\text{-value} = .99$ ].

No que diz respeito ao Fator 1 “Espiritual/Universal”, os sujeitos que preferem os jogos de reforço imediato pontuam mais ( $M=38.25$ ;  $DP=11.46$ ) do que os restantes sujeitos ( $M=35.50$ ;  $DP=11.71$ ). Todavia, esta diferença não se revelou estatisticamente significativa [ $t(30) = .65$ ;  $p\text{-value} = .52$ ]. Nos Fatores 2 e 3 – “Auto-culpabilização” e “Meta-relacional” – os indivíduos que jogam jogos de reforço tardio pontuaram mais ( $Md=18.29$ ,  $DP=219.50$ ;  $M=58$ ,  $DP=7.50$ , respetivamente) do que os que jogam jogos de reforço imediato ( $M=15.43$ ,  $DP=308.50$ ;  $M=57.05$ ;  $DP=6.32$ , respetivamente) mas, mais uma vez, estas diferenças não se revelaram estatisticamente significativas [ $U(30) = 98.50$ ;  $p\text{-value} = .40$ ;  $t(30) = -.38$ ;  $p\text{-value} = .70$ , respetivamente]

A ausência de significância estatística volta a verificar-se para as diferenças introduzidas pelo montante máximo apostado num só dia nas médias de congruência total [ $t(30) = .51$ ;  $p\text{-value} = .62$ ] e suas subescalas [ $U(30) = 124.00$ ;  $p\text{-value} = .94$ ], [ $t(30) = 1.07$ ;  $p\text{-value} = .29$ ] e [ $t(30) = .04$ ;  $p\text{-value} = .97$ ].

Desta forma, não se verificaram diferenças estatisticamente significativas em termos de congruência, em função destas variáveis.

#### *Gravidade do jogo*

A comparação de médias de congruência entre os grupos que se encontram acima e abaixo da média da gravidade do jogo, revelou-se não significativa do ponto de vista estatístico, no que respeita à EC total [ $t(30) = 1.06$ ;  $p\text{-value} = .30$ ] e seus fatores – Fator 1 [ $U(30) = 92.00$ ;  $p\text{-value} = .35$ ], Fator 2 [ $t(30) = 1.64$ ;  $p\text{-value} = .11$ ] e Fator 3 [ $t(30) = .03$ ;  $p\text{-value} = .98$ ].

Comparando as médias do jogo patológico entre os 6 sujeitos que pontuaram mais nesse aspeto e os 6 que pontuaram menos, não se verificaram, igualmente, diferenças estatisticamente significativas nas médias da EC total [ $t(10) = .04$ ;  $p\text{-value} = .97$ ], nem nos seus respetivos fatores – Fator 1 [ $t(10) = -.84$ ;  $p\text{-value} = .42$ ], Fator 2 [ $t(10) = 1.20$ ;  $p\text{-value} = .26$ ] e Fator 3 [ $t(10) = -.38$ ;  $p\text{-value} = .71$ ].

## **V - Discussão**

O presente estudo propunha-se a estudar as características psicométricas da Escala de Congruência numa amostra clínica de jogadores, enquanto se fomentava o conhecimento acerca da congruência e, ainda, sobre o funcionamento dos jogadores patológicos nesta dimensão, em particular. Em seguida, apresenta-se a

discussão dos resultados expostos anteriormente.

### *Caracterização da amostra de jogadores patológicos em função do jogo patológico e da congruência*

#### *Jogo patológico*

Relativamente ao primeiro objetivo definido para este estudo, verificou-se que a amostra de jogadores patológicos apresenta uma média de 8.13, o que se pode considerar um valor baixo, tendo em conta que a escala varia de 0 a 20. Neste sentido, estamos perante uma amostra de jogadores com uma severidade de jogo patológico não muito elevada. Este facto pode dever-se, em parte, às características do instrumento (SOGS) utilizado para medir esta variável. De acordo com os seus autores (Lesieur e Blume, 1987) o SOGS apenas indica a probabilidade da pessoa ser jogador patológico, não constituindo um ponto de corte rigoroso. Para além disso, é um instrumento passível de gerar “falsos positivos”, ou seja, indicar a existência de jogo patológico, quando este não existe (Coombs, 2004; Lesieur e Blume, 1987). Neste sentido, é possível que desta amostra também constem alguns “falsos positivos” e, portanto, apenas jogadores sociais e não patológicos, contribuindo para os baixos níveis de gravidade de jogo patológico verificados.

#### *Congruência*

No que diz respeito à Escala de Congruência e seus fatores, a população geral apresenta índices mais altos de congruência do que os jogadores patológicos (Gonçalves, 2012), tal como seria esperado. Contudo, estas diferenças só parecem ser estatisticamente significativas no que concerne aos resultados relativos ao Fator 1 (Espiritual/Universal), revelando que os jogadores patológicos não parecem encontrar-se tão conectados ao seu lado transcendente e religioso. Desta forma, os resultados parecem sugerir que existe um bloqueio no que concerne a esta dimensão da congruência. De facto, Walsh, Ciarrocchi, Piedmont e Haskins (2007) encontraram resultados acerca da influência da religião no jogo patológico que indicam que a ligação do indivíduo ao seu lado transcendente e espiritual parece prever a recuperação da dependência do jogo. Encontraram ainda uma relação entre a prática religiosa e o aumento do bem-estar cognitivo e a diminuição do afeto negativo (Walsh et al., 2007). Além disso, verificaram que o afeto negativo se correlacionava com o decréscimo da abstinência. Desta forma,

concluíram que o jogador patológico não tem tendência para se sentir ligado ao transcendente ou à religião (Walsh et al., 2007), o que pode contribuir para a manutenção da dependência. Neste sentido, a religião aparenta ser um “fator de proteção” no que concerne não só à dependência do jogo patológico (Walsh et al., 2007), mas também a outras dependências, como o alcoolismo (Brown & Peterson, 1991) sendo, portanto, esperável, que esta amostra apresente valores baixos no Fator 1. O facto de só se terem detetado diferenças entre médias, estatisticamente significativas, ao nível deste fator, pode advir de limitações deste estudo, como o baixo número de participantes e os baixos níveis de gravidade do jogo. Ainda assim, os resultados parecem sugerir que os jogadores patológicos apresentam níveis mais baixos de congruência, na dimensão Espiritual/Universal, corroborando, em parte, os resultados das investigações desenvolvidas por Lee (2002c), bem como a sua ideia de que os jogadores patológicos usufruiriam de melhores resultados terapêuticos, se utilizadas intervenções centradas na congruência (Lee, 2009).

Em termos de sexo, os homens jogadores revelaram-se menos congruentes na pontuação global da EC e nos Fatores 1 e 2, em comparação com os homens da população geral. De facto, a literatura aponta para baixa congruência dos jogadores patológicos (Lee, 2002c), no entanto, seria expectável que esta diferença fosse transversal ao sexo dos jogadores. Possivelmente o tamanho da subamostra feminina (n=11) não possua sensibilidade estatística para detetar eventuais diferenças significativas na congruência.

Os homens jogadores demonstram baixos níveis de congruência não só na sua componente “Espiritual/Universal”, como já foi discutido anteriormente, mas também apresentam maiores sinais de culpa. De facto, a culpa, a par da sintomatologia psicopatológica, é uma característica frequentemente apontada pela literatura como presente em grande parte dos jogadores patológicos (Abbott et al., 1995; Correia et al., 2003; Jiménez-Murcia et al., 2010; Ladouceur, 2002; Souza et al., 2009). Com efeito, foram encontradas correlações entre o Fator “Auto-culpabilização” e os instrumentos que medem a gravidade do jogo patológico e os sintomas psicopatológicos – como será discutido mais adiante, no âmbito da validade convergente - o que ajuda a compreender melhor este resultado (ainda que esteja mais marcado no sexo masculino). Neste sentido, parece que os homens desta amostra sentem maior culpabilidade e conflito consigo próprios do que os da população normativa, sendo que o mesmo não se

verificou no sexo feminino. Todavia, este resultado contraria estudos que indicam maiores índices de culpabilidade em mulheres, devido ao desfasamento existente entre o ato de jogar a dinheiro e o papel social da mulher (Lesieur & Blume, 1991). Ainda assim, retira-se um dado importante: os jogadores do sexo masculino apresentam maiores índices de (auto) culpabilização e conflito, do que os da população normativa.

### *Estudos psicométricos*

#### *Fiabilidade*

A EC global apresentou um valor bom de Consistência Interna, semelhante ao obtido pela população geral. Os coeficientes de consistência interna relativos aos seus fatores também se aproximam dos obtidos pela população normativa, à exceção do Fator 2 (“Auto-culpabilização”), que apresenta um valor “inadmissível”, segundo Pestana e Gageiro (2008), nesta amostra. O Fator 1 representa uma Consistência Interna muito boa e o Fator 3, fraca (Pestana & Gageiro, 2008). De um modo geral, a EC comportou-se de forma semelhante, nesta amostra clínica, como na população normativa. Desta forma, a EC parece ser uma medida fiável, no que concerne à avaliação da congruência. No entanto, a utilização do Fator 2 enquanto subescala, nesta amostra clínica específica, deve ser feita de forma cautelosa, parecendo útil a realização de novos estudos que permitam apurar esta característica.

O Coeficiente de Bipartição revelou-se bom (Pestana e Gageiro, 2008), nesta amostra. Este resultado traduz uma maior fiabilidade do que a verificada na amostra da população geral: coeficiente considerado razoável (Gonçalves, 2012; Pestana & Gageiro, 2008). Este resultado reitera a boa consistência interna da EC, referida anteriormente.

A pontuação total da EC revelou associações positivas fortes com os Fatores 1 e 2. Com o Fator 3, a EC demonstrou uma associação positiva moderada. Estes valores revelaram-se mais elevados que os da população geral. De facto, na população geral evidenciaram-se associações moderadas para a EC e os seus fatores (Gonçalves, 2012). As correlações entre a EC e as suas subescalas revelam que estas medem o que é suposto medirem, ou seja, a congruência. Além disso, os Fatores 1 e 3 demonstraram uma correlação significativa entre si, o que pode significar que a relação que o indivíduo mantém com o seu lado espiritual, está associado à relação que mantém consigo e com os outros.

Obtiveram-se valores satisfatórios no que concerne à estabilidade temporal da Escala de Congruência. Ainda que o intervalo de tempo favoreça o não enviesamento dos resultados devido ao efeito de aprendizagem poderia, por outro lado, mostrar maior sensibilidade ao caráter dinâmico e desenvolvimental da congruência (Satir et al., 1991). De facto, como foi referido no enquadramento teórico, a congruência é algo que se desenvolve - e não que se possui, o que se poderia traduzir numa menor correlação entre os resultados nos dois momentos de avaliação. Porém, visto que nestes jogadores os níveis de congruência mostraram maior estabilidade temporal do que na população geral, pode inferir-se que os jogadores patológicos desta amostra apresentam uma maior vulnerabilidade ao bloqueio dos níveis de congruência, tirando menos proveito do seu dinamismo e caráter evolutivo. Estes resultados ganham maior inteligibilidade aquando da interpretação da inexistência de diferenças ao nível da idade, na congruência, discutida posteriormente.

#### *Validade convergente*

Ao testar a validade convergente da EC com os outros instrumentos, verificou-se uma correlação estatisticamente significativa entre o SCORE, que avalia as dificuldades familiares e a EC, sendo essa negativa e fraca (Pestana e Gageiro, 2008). Os resultados sugerem que uma baixa congruência está associada – de uma forma frágil – a maiores dificuldades familiares e *vice-versa*. Este resultado seria esperável, dado que a literatura aponta que as dificuldades familiares parecem caracterizar a vida dos jogadores patológicos, quer ao nível da família de origem (Felsher, Derevensky, & Gupta, 2003; Gupta e Derevensky, 1997; Ladouceur, Jacques, Ferland, & Giroux, 1998; Lee, 2002c), como na conjugalidade (Abbott et al., 1995; Cunha & Relvas, 2012; Fernández, Rincón, & Álvarez, 2002). Também Lee (2002c) verificou que os jogadores apresentavam baixa congruência e dificuldades ao nível da família. Desta forma, parece que quanto maiores as dificuldades familiares, menor a congruência e o contrário também é válido. Não se pode, porém, delinear uma relação de causa-efeito. Ainda assim, poderia ser interessante, em estudos futuros, perceber de que modo as duas variáveis (congruência e dificuldades familiares) se influenciam mutuamente. Além disso, esta associação fraca pode, mais uma vez, ser reflexo das limitações deste estudo e, por isso, uma amostra com maior representatividade do jogo patológico poderia fornecer correlações mais elevadas, visto que a grande

maioria da literatura acerca desta dependência aponta nesse sentido.

Foram encontradas, ainda, duas correlações fracas negativas entre o Fator “Auto-culpabilização” e a pontuação total do BSI e do SOGS. No entanto, este resultado deve ser interpretado com prudência, uma vez que as associações obtidas não são muito fortes e que este Fator da EC apresenta um valor “inadmissível” no que concerne à sua Consistência Interna, como foi referido anteriormente. Não obstante, este resultado vai de encontro à literatura que afirma que os jogadores apresentam frequentemente sintomas psicopatológicos como a depressão, culpabilidade, ansiedade ou mesmo o suicídio (Abbott et al., 1995; Correia et al., 2003; Jiménez-Murcia et al., 2010; Ladouceur, 2002; Souza et al., 2009). Neste sentido, parece que a posição *placating* – ou “Auto-culpabilização” – definida por Satir et al. (1991) é a que mais se associa à severidade do jogo nesta amostra – principalmente no sexo masculino, como visto anteriormente, no que concerne às dimensões avaliadas pela EC. Efetivamente, a culpa é relatada na literatura como sendo um dos *sintomas* principais do jogo patológico tornando-se mais intensa quanto maior a sua severidade (Abbott et al., 1995; Correia et al., 2003; Jiménez-Murcia et al., 2010; Ladouceur, 2002; Souza et al., 2009). Este resultado revela-se muito interessante, tendo em conta as limitações desta amostra, nomeadamente a baixa severidade do jogo patológico, fazendo pensar que este aspeto da culpabilidade é realmente marcante para os jogadores patológicos. Desta forma, percebe-se o benefício da TCC no tratamento dos jogadores patológicos, dado o seu enfoque nos sentimentos de culpa (Lee, 2009).

### *Influência das variáveis sociodemográficas e associadas ao jogo patológico, na congruência*

#### *Sexo*

A análise das diferenças entre médias dos homens e mulheres jogadores, na Escala da Congruência e seus fatores, não revelou diferenças estatisticamente significativas. Esta inexistência de diferenças vai de encontro aos resultados encontrados para a população geral (Gonçalves, 2012). Efetivamente, nem Satir et al. (1991) ou Lee (2002b, 2002c) referem o sexo como variável que afete a congruência. No entanto, ao analisar alguns aspetos que constituem a congruência, poderia fazer sentido que se encontrassem diferenças, em função do sexo. Por exemplo, vários estudos indicam que as mulheres têm mais propensão a sentimentos de ansiedade generalizada, bem como a outros problemas clínicos –

físicos e psicológicos – do que os homens (Marañon, 2006) e estes parecem associar-se negativamente à congruência, como referido anteriormente. Como foi suprarreferido, os homens jogadores apresentam-se menos congruentes do que os da população geral, mas não se verificam diferenças entre os jogadores, em função do sexo. Seria, de facto, esperável que as mulheres jogadoras apresentassem igualmente diferenças em relação às da população geral ou em relação aos homens jogadores. No entanto, como já foi referido, é provável que as limitações metodológicas concernentes à amostra, nomeadamente o seu tamanho, resultem numa insensibilidade na deteção de possíveis diferenças estatisticamente significativas entre sexo, na congruência.

#### *Idade*

Também a idade revelou uma inexistência de influência na congruência. Este resultado pode ser fruto de se utilizar uma amostra muito jovem, que se encontra muito saturada na faixa dos 20 anos. Recorrendo à Psicologia do Desenvolvimento, à medida que o indivíduo cresce, a sociedade coloca novas exigências, cada vez mais complexas, que provocam novas crises, às quais ele tem que responder e se adaptar (Erikson, 1980). Seguindo a leitura da congruência, estas exigências e crises seriam oportunidades para o indivíduo se experimentar, aprender e se desenvolver, favorecendo maiores níveis nesse construto. Também alguns estudos demonstram que as pessoas mais velhas têm tendência a dar respostas mais prudentes, logo, menos impulsivas, o que seria sinal de alta congruência (Marañon, 2006; Marchand, 2005). Neste sentido, seria de esperar que os jogadores mais velhos demonstrassem maior congruência, como foi apurado na população geral (Gonçalves, 2012). Além disso, a literatura aponta para a existência de maiores índices de sintomatologia psicopatológica, nomeadamente a depressão, bem como grande isolamento social e superior impulsividade nos jogadores mais novos (Jiménez-Murcia et al., 2010). Ora, sinais como imaturidade, não-aceitação das suas responsabilidades, não identificação dos seus objetivos e baixo desenvolvimento de capacidade e confiança para a resolução de problemas nos jogadores mais jovens (Jiménez-Murcia et al., 2010) podem ser encarados como representações de baixa congruência.

É possível argumentar que este resultado se deve à idade jovem da amostra e/ou ao baixo grau de severidade do jogo. No entanto, pode colocar-se, ainda, outra hipótese: a dependência do jogo pode contribuir para a manutenção de um

estado de incongruência, tornando esta amostra impassível de manifestar uma interação harmoniosa entre as três dimensões humanas. Neste sentido seria plausível afirmar que, tratando-se de uma população clínica, a inexistência de diferenças na congruência, em função da idade, se deve às características dos jogadores (devidas ao problema) que não favorecem a congruência, independentemente das outras variáveis pessoais, como a idade.

#### *Estado civil*

Na análise da influência do estado civil na congruência, foram encontrados alguns resultados estatisticamente significativos. No que concerne à escala total e ao Fator “Espiritual/Universal”, os sujeitos casados pontuam mais do que os jogadores não casados, sendo esse resultado estatisticamente significativo. Ainda que não se tenham verificado resultados significativos em todos os fatores da EC, estas diferenças eram esperadas. De facto, os sujeitos casados possuem uma experiência de vida adicional – o matrimónio. Isto pode contribuir para maiores níveis de congruência. Estes resultados sugerem, então, que uma experiência tão complexa e exigente como o casamento, pode possibilitar um maior autoconhecimento e crescimento ao nível da relação consigo próprio, com o(s) outro(s) e, ainda, com o seu lado mais transcendente, favorecendo uma maior congruência. Caillé (1991), por exemplo, equaciona a relação de casal como paradoxal, no sentido em que têm que existir movimentos que permitam aos indivíduos estar unidos e, ao mesmo tempo, não deixarem de se desenvolver a eles próprios. Também a aprendizagem deste equilíbrio, além de toda a restante complexidade inerente à relação conjugal, parece fornecer novas e exigentes oportunidades de autoconhecimento e desenvolvimento do indivíduo podendo resultar, conseqüentemente, em maiores níveis de congruência.

#### *Escolaridade*

Tendo em conta o que já foi referido anteriormente, a inexistência de diferenças entre as médias de congruência, em função da escolaridade, parece fazer sentido. Efetivamente, a congruência não se traduz numa aprendizagem académica, mas sim numa aprendizagem que advém das experiências vividas pelo indivíduo. Neste sentido, a escolaridade não deve ter qualquer influência na congruência, tal como foi encontrado na população geral (Gonçalves, 2012).

### *Área de residência*

Também a área de residência não revelou diferenças estatisticamente significativas nem nesta amostra, nem na população geral (Gonçalves, 2012). De facto, só faria sentido que a área de residência exercesse influência na congruência, se existisse a prova de que uma área predominantemente urbana, por exemplo, proporcionaria mais oportunidades do indivíduo se desenvolver e crescer o que poderia, então, exercer um impacto na congruência. Não se verificando esta hipótese, é plausível que a área de residência não se relacione com a congruência.

### *Tipos de jogo e montantes*

Coombs (2004) distingue duas categorias de jogadores: de ação e de fuga. Os primeiros procurariam jogos que exigissem certas capacidades que pudessem ser aprendidas de forma a controlar o jogo (Coombs, 2004). Desta forma, prefeririam jogos como os de cartas, de casino ou de perícia, o que coincidiria com a maioria dos jogos enquadrados na categoria de reforço imediato. Além disso, estes jogadores seriam movidos pela sensação que lhes dá jogar – descarga de adrenalina, sensação de serem bons jogadores e o reconhecimento como tal –, mais do que pelo ganhar no jogo ou ganhar quantias elevadas de dinheiro (Coombs, 2004). Já os que encaram o jogo como uma fuga, jogam como forma de escapar às suas preocupações diárias e, portanto, procuram jogos que lhes permitam manter o anonimato e que envolva o mínimo de contato com outras pessoas (Coombs, 2004), tais como o Totoloto/Euromilhões ou a Lotaria. Neste sentido, os jogadores de fuga teriam mais tendência para jogos de reforço tardio. Segundo esta tipologia de Coombs (2004), jogadores homens, mais jovens, caracterizariam os jogadores de ação. Já os jogadores de fuga seriam caracterizados por pessoas mais velhas, na sua maioria mulheres (Coombs, 2004). Após esta relação entre o tipo de reforço e o tipo de jogadores fornecido por Coombs (2004), os resultados encontrados – maior predominância de jogos de reforço imediato – ganha uma nova interpretação. De facto, esta amostra é constituída, na sua maioria, por jovens do sexo masculino que seriam, então, movidos pela descarga emocional que o jogo lhes proporciona, em vez de uma fuga à realidade. Também Formiga (2011) verificou a maior tendência do sexo masculino para se colocar em situações de risco (e.g. busca de adrenalina). Tal como Coombs (2004) define os jogadores de ação, também os indivíduos do estudo de Formiga (2011)

demonstram propensão a um certo tipo de comportamentos onde se poderia colocar o ato de jogar. Desta forma, com esta amostra maioritariamente jovem e do sexo masculino, parece fazer sentido que os jogos de reforço imediato sejam os preferidos, uma vez que proporcionam maiores níveis de emoção, percepção de controlo e competitividade entre os jogadores (Coombs, 2004).

O facto de a amostra ser constituída na sua maioria por estudantes e desempregados, pode favorecer as baixas quantias gastas no jogo. De facto, para alguém que tem o orçamento controlado como um estudante universitário ou um indivíduo desempregado, quantias entre 10 e 100€ podem significar grande parte desse mesmo orçamento. Por outro lado, a literatura indica que o jogador, na fase de desespero, tenta recuperar o dinheiro perdido no jogo, ainda que tenha que recorrer a métodos ilegais ou à contração de dívidas (Abbott et al., 1995; Correia et al., 2003; Ladouceur, 2002; Souza et al., 2009). De facto, a perda de controlo parece ser uma das grandes características do jogo patológico, nomeadamente a incapacidade de controlar o montante gasto/apostado no jogo (Coombs, 2004). Assim, seria de esperar que o montante máximo apostado destes jogadores atingisse quantias mais elevadas. No entanto, este resultado pode ser fruto da combinação, por um lado, de grande parte destes jogadores terem um orçamento limitado e, por outro lado, de não apresentarem um elevado grau de severidade em termos do jogo patológico.

#### *Gravidade do jogo*

Não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas nos níveis de congruência, no que diz respeito à severidade do jogo patológico, ao contrário dos resultados encontrados por Lee (2002c). De facto, tal como foi suprarreferido, se existissem jogadores com maior pontuação no SOGS, ou seja com uma maior severidade de sintomas associados ao jogo, talvez se verificassem tais diferenças. Ao comparar casos extremos, encontrou-se o mesmo padrão de resultados, podendo isto dever-se ao carácter pouco contrastante desses resultados. Efetivamente, a pontuação no SOGS não assume uma distribuição normal, apresentando uma assimetria à direita (maior percentagem de pontuações mais baixas no instrumento). Porém, reforça-se a ideia de que uma amostra com sujeitos mais heterogéneos do ponto de vista da gravidade do jogo, poderia, eventualmente, fornecer diferentes resultados.

## VI - Conclusões

No que diz respeito às características psicométricas da EC, em particular no que respeita à fiabilidade (coeficiente de Consistência Interna, coeficiente de Bipartição, correlações entre EC e suas subescalas e estabilidade temporal), os resultados obtidos revelaram-se, de uma maneira geral, bastante satisfatórios. Assim, a EC parece constituir uma boa medida da congruência nesta amostra clínica, chamando-se à atenção, apenas, para as fragilidades psicométricas do Fator 2 (“Auto-culpabilização”). Em termos de validade concorrente, verificou-se que a congruência se encontra associada, de forma negativa, às dificuldades familiares, sendo essa correlação fraca. Destaca-se que o Fator da EC que mais se relaciona com o jogo é a “Auto-culpabilização”. Parece, então, que mais do que os aspetos relacionais ou espirituais, os sentimentos de culpa são os que mais se associam ao jogo patológico. As intervenções com jogadores, focadas na congruência, devem ser sensíveis a este aspeto.

A variável sociodemográfica que mais parece influenciar os níveis de congruência é o estado civil, sendo que os indivíduos casados apresentam níveis superiores, provavelmente pela maior experiência de vida que possuem, em particular, a derivada do matrimónio.

Não se verificaram diferenças nas médias da congruência, em função do tipo de jogo ou do montante máximo apostado, bem como em termos de severidade do jogo. Provavelmente esta inexistência é devida às fragilidades estatísticas da amostra (e.g. tamanho, grau de severidade).

No que diz respeito às limitações do presente estudo, aponta-se: 1) foi utilizada uma amostra não probabilística, de conveniência e, portanto, não representativa da população clínica em apreço; 2) a referida amostra conta com um *N* bastante diminuto; 3) a amostra é saturada em indivíduos jovens, que apresentam baixa severidade de jogo patológico e, principalmente, solteiros. Estas limitações devem-se à dificuldade sentida em recrutar jogadores patológicos (pontuação superior a 5 no SOGS), em detrimento dos habituais jogadores sociais. Aliás, esta parece ser a grande dificuldade em conduzir estudos com esta população (Wohl & Sztainert, 2011).

Desta forma, poderia ser útil replicar este estudo, em condições que superam-se as limitações apontadas, a fim de averiguar com melhor garantia possíveis diferenças ao nível da congruência, em função das variáveis sociodemográficas e de jogo patológico. Não obstante, este trabalho reflete um

caráter inovador, pela conjugação do estudo da congruência com o jogo patológico, escassamente investigados em Portugal. O estudo da congruência nesta população fornece, ainda, novas pistas de intervenção com esta população clínica, segundo uma abordagem mais sistémica do problema.

## Bibliografia

- Abbott, D. A., Cramer, S. L., & Sherrets, S. D. (1995). Pathological Gambling and the Family: Practice Implications. *Families in Society*, 76 (4), 213-219.
- Almeida, L. S., Gonçalves, M. M. & Simões, M. R. (1995). *Provas psicológicas em Portugal*. Braga: Apport.
- American Psychiatric Association (2002). *Ethical principles of psychologists and code of conduct*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Beaudry, G. (2002). The family reconstruction process and its evolution to date: Virginia Satir's transformational process. *Contemporary Family Therapy*, 20(1), 79-91.
- Blaszczynski, A., & Nower, L. (2002). A pathways model of problem and pathological gambling. *Society for the Study of Addiction to Alcohol and Other Drugs*, 97, 487-499.
- Brown, H. P., & Peterson, J. H. (1991). Assessing spirituality in addiction treatment and follow-up: Development of the Brown-Peterson Recovery Progress Inventory (B-PRPI). *Alcoholism Treatment Quarterly*, 8, 21-50.
- Cahill, P., O'Reilly, K., Carr, A., Dooley, B., & Stratton, P. (2010). Validation of a 28-item version do the Systemic Clinical Outcome and Routine Evaluation in an Irish context: the SCORE-28. *Journal do Family Therapy*, 32, 210-231.
- Caillé, P. (1991). *Un et Un Font Trois, lecouple révélé à lui-même*. Paris: ESF.
- Canavarro, M. C. (1999). Inventário de Sintomas Psicopatológicos – B.S.I. In M. R. Simões, M. M. Gonçalves, & L. S. Almeida (Eds.), *Testes e provas psicológicas em Portugal* (vol. II, pp. 95-109). Braga: APPORT/SHO.
- Carvalho, A. A. (2007). Novas metodologias de investigação psicológica na Internet: Uma revisão teórica. *Psychologica*, 46, 67-84.

- Coombs, R. H. (2004). *Handbook of addictive disorders: a practical guide to diagnosis and treatment*. New Jersey: John Wiley e Sons.
- Correia, A. C. F., Lauar, H. & Scarioli, S. (2003). Jogo Patológico. *Casos Clínicos em Psiquiatria*. Recuperado em 27 de Setembro de 2011, de [www.medicina.ufmg.br/ccp](http://www.medicina.ufmg.br/ccp).
- Cunha, D. & Relvas, A. P. (submetido para publicação). Pathological Gambling and Couple: Towards an integrative systemic model. *Journal of Gambling Studies*
- Derogatis, L. R. (1982). *BSI: Brief Symptom Inventory*. Minneapolis: National Computer Systems.
- Erikson, E. H. (1980). *Identity and the life cycle: a reissue*. New York: W. W. Norton.
- Evans, R. (1975). *Carl Rogers: The Man and His Ideas*. New York: E. P. Dutton.
- 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.
- Fernández, M., Rincón, P., & Álvarez, A. (2002) Relaciones de pareja y juego patológico: un estudio descriptivo a través de la Escala de Ajuste Diádico (DAS). *Apuntes de Psicología*, 20(1), 33-48.
- Fonseca, M. J. (2009). Carl Rogers: Uma Concepção Holística do Homem – da terapia centrada no cliente à pedagogia centrada no aluno. *Repositório Científico do Instituto Politécnico de Viseu*. Recuperado em 04 de Abril de 2012, de [http://repositorio.ipv.pt/bitstream/10400.19/340/1/Carl\\_Rogers\\_Uma\\_Concepcao\\_Holistica\\_do\\_Homem.pdf](http://repositorio.ipv.pt/bitstream/10400.19/340/1/Carl_Rogers_Uma_Concepcao_Holistica_do_Homem.pdf).

- Formiga, N. S. (2011). Busca de sensação e género. *Psicologia.pt*. Recuperado em 24 de Maio de 2012, de <http://www.psicologia.pt/artigos/textos/A0580.pdf>.
- Garrido, M., Jaén, P., & Domínguez, A. (2004). *Ludopatía y relaciones familiares: Clínica y tratamiento*. Barcelona: Paidós.
- Gonçalves, S. (2012). *Adaptação da Congruence Scale para a população portuguesa*. Tese de Mestrado, Universidade de Coimbra, Coimbra, Portugal.
- Greenberg, L. & Geller, S. (2001). Congruence e Therapeutic Presence. *Rogers' Therapeutic Conditions: Congruence*, 1, 131-149.
- Gupta, R., & Derevensky, J. (1997). Familial and social influences on juvenile gambling behavior. *Journal of Gambling Studies*, 13(3), 179-192.
- Jiménez-Murcia, S., Álvarez-Moya, E. M., Stinchfield, R., Fernández-Aranda, F., Granero, R., Aymamí, N., Gómez-Peña, M., Bove, F., & Menchón, J. M. (2010). Age of Onset in Pathological Gambling: Clinical, Therapeutic and Personality Correlates. *Journal of Gambling Studies*, 26, 235-248.
- 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.
- Lee, B. K. (2001). *The religious significance of the Satir Model: Philosophical, ritual, and empirical perspectives*. Tese de Doutoramento, Univerisade de Ottawa, Ottawa, Canadá.
- Lee, B. K. (2002a). Congruence in Satir's model: Its spiritual and religious significance. *Contemporary Family Therapy*, 24(1), 57-78.

- Lee, B. K. (2002b). Development of a Congruence Scale based on Satir Model. *Contemporary Family Therapy*, 24(1), 263-286.
- Lee, B. K. (2002c). *Well-being by Choice not by Chance: An Integrative, System-based Couple Treatment Model for Problem Gambling*. Final Report. Ontario Problem Gambling Research Centre, Guelph, Ontario.
- Lee, B. K. (2009). Congruence Couple Therapy for Pathological Gambling. *Mental Health Addiction*, 7, 45-67.
- Lee, B. K., & 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. *The American Journal of Psychiatry*, 144 (9), 1184-1188.
- Lesieur, H. R., & Blume, S. B. (1991). *When lady luck loses: Women and compulsive gambling*. New York: Springer.
- Lopes, H. (2009). Epidemiologia de dependência de jogo a dinheiro em Portugal, *Jogo Remoto*, recuperado em 04 de Abril de 2012, de <http://jogoremoto.pt/docs/extra/IrjRWr.pdf>.
- Lourenço, M. M. (2006). *Casal: Conjugalidade e Ciclo Evolutivo*. Tese de Doutoramento, Universidade de Coimbra, Coimbra, Portugal.
- Marañón, B. R. (2006). *Psicología de las diferencias individuales: Teoría y práctica*. Madrid: Pirámide.
- Marchand, H. (2005). *A Idade da Sabedoria – Maturidade e Envelhecimento*. Porto: Âmbar.
- Maroco, J. (2007). *Análise Estatística – Com utilização do SPSS*. Lisboa: Sílabo.

- Noronha, A. P., Nunes, M. F. O. & Ambiel, R. A. M. (2007). Importância e domínios de avaliação psicológica: um estudo com alunos de Psicologia. *Paidéia*, 17, 231-244.
- Oliveira, M. E., & Sáad, A. C. (2006). Jogo patológico: uma abordagem terapêutica combinada. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 55(2), 162-165.
- Pestana, M. H. & Gageiro, J. N. (2008). *Análise de dados para ciências sociais – a complementaridade do SPSS*. Lisboa: Sílabo.
- Rogers, C. (1961). *Tornar-se Pessoa*. Lisboa: Padrões Culturais.
- Rogers, C. (1992). The Necessary and Sufficient Conditions of Therapeutic Personality Change. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 60(6), 827-832.
- Santos, T. (2007, Abril). Jogo Patológico, uma revisão da literatura. *Psicologia.com.pt*. Recuperado em 22 de Setembro de 2011, de <http://www.psicologia.pt/artigos/textos/A0375.pdf>.
- Satir, V., Banmen, J., Gerber, J. & Gomori, M. (1991). *The Satir Model: Family Therapy and Beyond*. Palo Alto: Science and Behavior Books.
- Simões, J. M. (2008). *Qualidade de Vida: estudo de validação para a população portuguesa*. Tese de Mestrado, Universidade de Coimbra, Coimbra, Portugal.
- Simões, M. R. (1994). *Investigações no âmbito da aferição nacional do Teste das Matrizes Progressivas Coloridas de Raven (M.P.C.R.)*. Tese de Doutoramento, Universidade de Coimbra, Coimbra, Portugal.
- Simões, M. R. (2000). *Investigações no âmbito da aferição nacional do Teste das Matrizes Progressivas Coloridas de Raven (M.P.C.R.)*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Jogo Patológico e Congruência. Estudo Exploratório sobre o Funcionamento do Jogador Patológico  
Joana Patrícia Ferreira de Carvalho Augusto (e-mail:joanaaugustoo@gmail.com) 2012

- Simões, M. R. (2005). Potencialidades e limites do uso de instrumentos no processo de avaliação psicológica. *Psicologia, Educação e Cultura*, IX(2), 237-264.
- Simões, M. R., Almeida, L. S., Machado, C., & Gonçalves, M. M. (2007). *Avaliação Psicológica: Instrumentos validados para a População Portuguesa*. Coimbra: Quarteto.
- Spanier, G. (1976). Measuring dyadic adjustment: New scales for assessing the quality of marriage and similar dyads. *Journal of Marriage & the Family*, 38, 15-28.
- Souza, C. C., Silva, J. G., Oliveira, M. S., Bittencourt, S. A., & Freire, S. D. (2009). Jogo Patológico e Motivação para Mudança de Comportamento. *Psicologia Clínica*, 21(2), 345-361.
- Walsh, J. M., Ciarrocchi, J. W., Piedmont, R. L., & Haskins, D. (2007). Spiritual transcendence and religious practices in recovery from pathological gambling: Reducing pain or enhancing quality of life?. *Research in the Social Scientific Study of Religion*, 18, 155-175.
- Wohl, M. J., & Sztainert, T. (2011). Where Did All the Pathological Gamblers Go? Gambling Symptomatology and Stage of Change Predict Attrition in Longitudinal Research. *Journal of Gambling Studies*, 27, 155-169.

## **Anexos**

**Anexo 1:** Consistência Interna da EC e suas subescalas

**Anexo 2:** Correlações entre a EC e suas subescalas

**Anexo 3:** Validade Convergente

**Anexo 4:** Estabilidade temporal da EC e subescalas

**Anexo 1 – Consistência Interna da EC e suas subescalas**

		<b>Alfa de Cronbach</b>	<b>N de itens</b>
<b>EC total</b>	<b>População Geral</b>	.84	31
	<b>Jogadores Patológicos</b>	.84	31
		<b>Alfa de Cronbach</b>	<b>N de itens</b>
<b>Fator 1</b>	<b>População Geral</b>	.91	9
	<b>Jogadores Patológicos</b>	.91	9
		<b>Alfa de Cronbach</b>	<b>N de itens</b>
<b>Fator 2</b>	<b>População Geral</b>	.73	10
	<b>Jogadores Patológicos</b>	.58	10
		<b>Alfa de Cronbach</b>	<b>N de itens</b>
<b>Fator 3</b>	<b>População Geral</b>	.74	11
	<b>Jogadores Patológicos</b>	.62	11

**Anexo 2 – Correlações entre a EC e suas subescalas**

	<b>Correlação</b>		
	<b>R de Pearson</b>	<b>Sig. (2-tailed)</b>	<b>N</b>
<b>EC – EC1</b>	.88**	.00	32
<b>EC – EC2</b>	.49**	.00	32
<b>EC – EC3</b>	.84**	.00	32
<b>EC1 – EC2</b>	.09	.62	32
<b>EC1 – EC3</b>	.70**	.00	32
<b>EC2 – EC3</b>	.21	.23	32

**Anexo 3. Estabilidade temporal da EC e subescalas**

	<b>Rho de Spearman</b>	<b>p-value</b>	<b>N</b>
<b>EC total</b>	0.94**	.00	20
<b>Fator 1</b>	0.98**	.00	20
<b>Fator 2</b>	0.94**	.00	20
<b>Fator 3</b>	0.80**	.00	20

\*\*a correlação é significativa a um nível de .01

## Anexo 4 - Validade Convergente

	Correlação		Sig. (2-tailed)	N
	R de <i>Pearson</i>	Ró de <i>Spearman</i>		
EC - SCORE	-.37*		.04	31
EC - QOL	.14		.47	30
EC - EAM		.32	.49	7
EC - BSI	-.13		.47	31
EC - SOGS		-.91	.62	32
EC1 - SCORE	-.30		.10	31
EC2 - SCORE	-.30		.11	31
EC3 - SCORE	-.22		.23	31
EC1 - QOL	.07		.70	30
EC2 - QOL	.12		.54	30
EC3 - QOL	.10		.61	30
EC1 - EAM		.20	.67	7
EC2 - EAM		.58	.17	7
EC3 - EAM		.55	.21	7
EC1 - BSI	.70		.73	31
EC2 - BSI	-.36*		.05	31
EC3 - BSI	-.12		.54	31
EC1 - SOGS		-.01	.96	32
EC2 - SOGS		-.38*	.03	32
EC3 - SOGS		.12	.50	32

\*a correlação é significativa a um nível de .05

\*\*a correlação é significativa a um nível de .01