



UC/FPCE\_2013

Universidade de Coimbra  
Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação

**Influência da vinculação no adulto na associação entre o ajustamento diádico e o ajustamento individual: Um estudo comparativo com casais com perturbação mental e casais da população geral**

Stephanie Raquel Gonçalves Alves  
(e-mail: [stephanie.alves17@hotmail.com](mailto:stephanie.alves17@hotmail.com))

Dissertação de Mestrado Integrado em Psicologia Clínica e Saúde, Especialização em Intervenções Cognitivo-Comportamentais em Perturbações Psicológicas e Saúde, sob a orientação do Professor Doutor Marco Daniel Pereira.

## **Influência da vinculação no adulto na associação entre o ajustamento diádico e o ajustamento individual: Um estudo comparativo com casais com perturbação mental e casais da população geral**

O peso que a psicopatologia adquire na vida social do indivíduo tem sido observado, havendo evidência de que os problemas de saúde mental num dos cônjuges podem também ter efeitos persistentes na relação conjugal, assim como no bem-estar do elemento saudável. No entanto, são ainda poucos os estudos que consideram o casal enquanto unidade de análise. Compreender a adaptação individual e conjugal, explorando o papel da relação diádica e da vinculação no adulto no contexto de uma situação adversa de um dos seus membros, apresentam-se como os principais objetivos deste estudo. A amostra total é constituída por 108 casais: 54 casais onde um elemento tem uma perturbação diagnosticada (27 casais em que o elemento doente é a mulher [GCMD] e 27 casais onde é o homem [GCHD]) e 54 casais da população geral (GC). O protocolo de avaliação inclui uma ficha de dados sociodemográficos, clínicos e relacionais e os seguintes instrumentos: Brief Symptom Inventory (BSI); a escala de qualidade de vida EUROHIS-QOL-8; a Escala de Ajustamento Diádico – Revista (EAD-R); e, a escala de vinculação Experiências em Relações Próximas – Versão reduzida (ERP-VR). Os resultados mostram que os casais dos grupos clínicos, em particular as mulheres, apresentam valores mais baixos de QdV e mais elevados de sintomatologia depressiva e ansiosa, comparativamente aos casais do GC. O ajustamento diádico destes casais também se revelou inferior, e apenas se associa a maior ajustamento individual quer do próprio quer do parceiro nos casais do GCHD. No que concerne à vinculação, os casais dos grupos clínicos apresentam valores mais elevados de ansiedade e de evitamento, particularmente as mulheres doentes na dimensão ansiedade e os homens doentes na dimensão evitamento. Uma distribuição heterogénea foi observada relativamente aos estilos de vinculação (seguro vs. inseguro) nos homens e nas mulheres, sendo que a maioria dos casais mostra congruência do estilo de vinculação intra-casal, à exceção do padrão verificado no GCMD. Os grupos diferem ainda em termos do padrão de correlações estabelecidas entre as dimensões de vinculação e a adaptação individual e relacional. Foi encontrado um efeito de mediação da vinculação na associação entre ajustamento diádico e indicadores de adaptação individual, mas apenas para as mulheres doentes. Concluímos que são esperados diferentes padrões de adaptação, possivelmente relacionados com as especificidades da população clínica, do género do elemento doente e da duração do quadro clínico. As implicações clínicas dos resultados são consideradas.

**Palavras-chave:** Saúde mental, casal, qualidade de vida, sintomatologia psicopatológica, ajustamento diádico, vinculação.

## **The influence of adult attachment on the association between dyadic adjustment and individual adjustment: A comparative study between couples with a mental disorder and couples of the general population**

The importance that psychopathology acquires in an individual's social life has been observed with existing proof that the mental disorder problems of one of the spouses can have persistent effects on the couple's relationship, just like it can have the same effects on the welfare of the healthy element. Nevertheless, there are few studies that consider the couple as a unit of analysis. Understanding the individual and marital adaptation, exploring the role of the dyadic relationship and the adult attachment in the context of an adverse situation of one of the spouses, are the main topics of this study. The total sample consisted of 108 couples: 54 couples where one member was diagnosed with a mental disorder (27 where the female spouse was the patient [GCMD] and 27 where the male spouse was the patient [GCHD]) and 54 couples of the general population (GC). The assessment protocol included a sociodemographic, clinical and relational data sheet, and the following self-reporting measures: Brief Symptom Inventory (BSI); the scale of the quality of life EUROHIS-QOL-8; the scale of Dyadic Adjustment Scale – Revised (DAS-R); and, the attachment scale Experiences in Close Relationship-Revised (ECR-R). The results showed that couples of the clinical groups, especially women, presented lower levels of quality of life and higher levels of depressive and anxious symptoms compared to couples of the general population. The dyadic adjustment of these couples also showed to be lower, and only relates to a higher individual adjustment of the diagnosed spouse or the other spouse in GCHD couples. Regarding attachment, the couples in clinical groups showed higher values of anxiety and avoidance, particularly women patients in the anxiety dimension and sick men in the avoidance dimension. A heterogeneous distribution was observed in relation to attachment styles (secure vs. insecure) in men and women and most couples' showed a congruence of intra-couple attachment styles, except for the pattern verified in the GCMD couples. The groups also differed in terms of correlation patterns established between dimensions of attachment and relational and individual adaptation. We found a mediating effect of attachment on the association between dyadic adjustment and adaptation indicators individual, but only for women patients. We conclude that different adaptation patterns are expected, possibly related to the specificities of the clinical population, the gender of the ill spouse and the duration of the clinical condition. The clinical implications of the results will be considered.

**Key words:** Mental health, couple, quality of life, psychopathological symptoms, dyadic adjustment, attachment

## **Agradecimentos**

Ao Professor Doutor Marco Pereira, pela orientação, profissionalismo, aprendizagem e incentivos em fazer mais e, sobretudo, melhor. O meu sincero obrigado!

À Professora Doutora Cristina Canavarro pela sua presença, disponibilidade e orientação sentidas de uma maneira ou outra, pelas oportunidades que me concedeu com vista a um futuro promissor.

À Doutora Carla Crespo, Doutora Helena Moreira, Doutora Mariana Moura Ramos, Doutora Ana Fonseca, Doutora Bárbara Nazaré e ainda ao Professor Doutor Marco Pereira pela aprendizagem de competências essenciais embutidas num processo de investigação!

Aos casais que contribuíram para um trabalho desta índole e que o tornaram exequível!

Aos meus amigos e colegas, pelo carinho, cumplicidade e solidariedade, pelos desabafos partilhados, pelo incentivo e pela força constantemente recebidos. Por acreditarem sempre em mim.

Aos meus pais, por todos os sacrifícios feitos para que eu pudesse seguir este sonho, pelo carinho, pelos fins de semana “recuperadores” e tanto mais. Pela confiança que sempre depositaram em mim, pela liberdade concedida na tomada de decisões pessoais e pelo apoio sempre presente!

Ao Bruno, a minha *base segura*.

## Índice

<b>Introdução</b>	1
<b>Enquadramento conceptual</b>	4
Problemas de saúde mental e Díades: Relações e Desafios	4
Psicopatologia e Qualidade de Vida	7
Conjugalidade, Saúde Mental e Qualidade de Vida	8
Teoria da Vinculação	10
Vinculação, (problemas de) Saúde mental e Qualidade de Vida	11
Vinculação e Satisfação Conjugal	12
Objetivos da investigação e hipóteses	15
Método	17
Participantes	17
Procedimento	18
Instrumentos de avaliação	19
Análises estatísticas	21
Resultados	22
Discussão	32
Contributos do estudo	46
Limitações	47
Investigações futuras	48
Conclusões	49
Referências	52

## Índices de Figuras

<b>Figura 1.</b> Modelo de moderação-mediação para a associação entre o ajustamento diádico e o ajustamento individual.	16
<b>Figura 2.</b> Gráficos de interação Grupo x Género nos indicadores de adaptação individual.	24
<b>Figura 3.</b> Gráficos de interação Grupo x Género nas dimensões de vinculação.	27

## Índices de Quadros

<b>Quadro 1.</b> Características sociodemográficas da amostra (n = 216)	17
<b>Quadro 2.</b> Dados de fiabilidade dos instrumentos de avaliação quando aplicados aos três grupos em estudo	21
<b>Quadro 3.</b> Estatísticas descritivas dos indicadores de adaptação individual e conjugal, por grupo e género	22
<b>Quadro 4.</b> Efeitos principais das variáveis grupo, género e interação nos indicadores de adaptação individual e conjugal	23
<b>Quadro 5.</b> Correlações entre as dimensões do ajustamento diádico e a adaptação individual (GCMD)	25
<b>Quadro 6.</b> Correlações entre as dimensões do ajustamento diádico e a adaptação individual (GCHD)	25
<b>Quadro 7.</b> Correlações entre as dimensões do ajustamento diádico e a adaptação individual (GC)	26
<b>Quadro 8.</b> Estatísticas descritivas das dimensões de vinculação, por grupo e género	26
<b>Quadro 9.</b> Efeitos principais das variáveis grupo, género e interação nas dimensões de vinculação	27
<b>Quadro 10.</b> Caracterização dos estilos de vinculação, por grupo e género	28
<b>Quadro 11.</b> Caracterização da congruência/incongruência do estilo de vinculação intracasal	28
<b>Quadro 12.</b> Correlações entre as dimensões de vinculação e a adaptação individual e conjugal (GCMD)	29
<b>Quadro 13.</b> Correlações entre as dimensões de vinculação e a adaptação individual e conjugal (GCHD)	29
<b>Quadro 14.</b> Correlações entre as dimensões de vinculação e a adaptação individual e conjugal (GC)	30
<b>Quadro 15.</b> Efeitos diretos do ajustamento diádico nos indicadores de ajustamento individual	30
<b>Quadro 16.</b> Efeitos condicionais indiretos: Estimativa pontual, erro padrão e IC a 95% para os efeitos indiretos do ajustamento diádico na depressão através das dimensões de vinculação nos diferentes níveis dos moderadores	31
<b>Quadro 17.</b> Efeitos condicionais indiretos: Estimativa pontual, erro padrão e IC a 95% para os efeitos indiretos do ajustamento diádico na ansiedade através das dimensões de vinculação nos diferentes níveis dos moderadores	31
<b>Quadro 18.</b> Efeitos condicionais indiretos: Estimativa pontual, erro padrão e IC a 95% para os efeitos indiretos do ajustamento diádico na qualidade de vida através das dimensões de vinculação nos diferentes níveis dos moderadores	31

## Introdução

Os problemas de saúde mental constituem um dos aspetos da saúde pública que as sociedades modernas têm tentado minimizar, mas cujo impacto no bem-estar dos indivíduos continua a ser significativo e até crescente. Na União Europeia (EU), calcula-se que mais de 1 em cada 4 adultos sofra de perturbação mental, cuja principal expressão é feita através de sintomatologia depressiva e ansiosa, resultando em cerca de 58.000 suicídios por ano na zona do pacto europeu. O sofrimento e a interferência nas várias áreas do funcionamento dos indivíduos, das famílias e da comunidade provocados pelos problemas de foro mental são hoje consensuais, tornando-se imperativo a promoção de uma saúde mental positiva, um direito humano que permite aos cidadãos usufruir de bem-estar e qualidade de vida (*European Pact for Mental Well-Being*, 2008).

Definir saúde mental, bem como identificar os seus potenciais determinantes nem sempre é fácil (Alves & Rodrigues, 2010). A Organização Mundial de Saúde (OMS) define “saúde” como *um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não apenas a ausência de doença ou enfermidade* (World Health Organization [WHO], 2003, p.7), na qual a dimensão positiva da saúde mental é considerada. Esta última inclui conceitos de bem-estar subjetivo, sentido de autoeficácia, autonomia, competência, dependência intergeracional, e auto-atualização do seu potencial intelectual e emocional. É assim definida como o *estado de bem-estar no qual o indivíduo realiza as suas capacidades, pode fazer face ao stress normal da sua vida, trabalhar de forma produtiva e frutífera, e contribuir para a comunidade em que se insere* (WHO, 2003, p. 7), sendo reconhecida como o produto de múltiplas e complexas interações (entre fatores biológicos, psicológicos e sociais) (Alves & Rodrigues, 2010).

As repercussões que problemas a este nível acarretam, não só a nível individual como também conjugal e familiar, estão hoje bem documentadas na literatura. Por exemplo, Heene, Buysse e Van Oost (2007), numa amostra clínica de casais onde um elemento estava deprimido, verificaram que tanto o indivíduo doente como o elemento saudável apresentavam valores de psicopatologia superiores aos casais da população geral, e ambos os elementos reportaram níveis significativamente baixos de ajustamento conjugal nas suas relações. Dada a centralidade que as relações românticas assumem na vida de muitas pessoas, é compreensível que o funcionamento conjugal influencia e seja influenciado pela saúde mental de ambos os companheiros (Baucom, Whisman, & Paprocki, 2012; Whisman & Baucom, 2012). De facto, existe evidência empírica clara de que problemas do foro mental têm um impacto negativo na relação conjugal, o que, por sua vez, poderá exacerbar a sintomatologia psiquiátrica presente num dos elementos, suportando uma relação negativa e bidirecional entre psicopatologia e ajustamento diádico (Beach, Katz, Kim, & Brody, 2003; Whisman, no prelo; Whisman & Baucom, 2012; Whisman & Uebelacker, 2009; Whisman, Uebelacker, & Weinstock, 2004). É sobretudo no âmbito da depressão que a investigação empírica se tem focado (Røsand, Slinning, Eberhard-Gran, Røysamb, & Tambs, 2012; Whisman & Baucom, 2012), sugerindo que, para aqueles que estão casados, existe uma considerável e significativa associação entre o *distress* conjugal e a evolução da depressão (Bodenmann et al.,

2008). Também noutros contextos (e.g., Perturbações pelo Uso de Substâncias), o interesse pela compreensão das dinâmicas conjugais tem vindo a crescer (e.g., Homish & Leonard, 2007; Homish, Leonard, & Cornelius, 2008; Leonard & Eiden, 2007; Marshal, 2003; Mudar, Leonard, & Soltysinski, 2001; Ostermann, Sloan, & Taylor, 2005; Quigley & Leonard, 2000).

A investigação neste domínio tem demonstrado que se os indivíduos experienciam problemas na sua relação conjugal, respondem menos aos tratamentos individualizados dirigidos à sua perturbação, uma vez que o *distress* conjugal não é abordado no tratamento, além de que nem sempre as melhorias verificadas na sintomatologia psicopatológica, decorrentes desses tratamentos, se traduzem em melhorias no ajustamento diádico (Baucom et al., 2012; Whisman & Baucom, 2012). Desta forma, torna-se compreensível que alguns autores tenham vindo a propor que o casal seja considerado em abordagens interventivas num contexto de saúde mental (Baucom et al., 2012; Heene et al., 2007; Whisman & Baucom, 2012), nomeadamente no âmbito da depressão (Beach et al., 2003), pelo que estudos considerando o casal enquanto unidade de análise são relevantes no sentido de serem conhecidas especificidades (individuais e conjugais) das díades neste contexto. Mais especificamente, no contexto da depressão, Beach et al. (2003) consideram que compreender a influência dos processos conjugais na sintomatologia depressiva requer uma verdadeira perspetiva diádica.

Mas o desafio nesta área de investigação deverá não só procurar compreender as dinâmicas conjugais num contexto de perturbação mental, como também num âmbito de promoção de saúde mental e, em particular, de qualidade de vida (QdV).

A qualidade de vida (QdV) é definida pela OMS como a *perceção do indivíduo sobre a sua posição de vida, dentro do contexto dos sistemas de cultura e valores nos quais está inserido e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações* (WHOQOL Group, 1994, p. 28), onde a sua natureza subjetiva, transcultural e multidimensional são realçadas. Este conceito tem sido amplamente estudado no âmbito de condições crónicas de saúde, onde a imprevisibilidade da progressão da doença, a interferência no funcionamento individual, relacional e familiar, as limitações físicas e funcionais muitas vezes associadas a perturbação emocional, constituem um risco para a QdV do indivíduo (Canavarro, Pereira, Moreira, & Paredes, 2010). Se a maioria dos esforços clínicos e de investigação têm demonstrado uma maior atenção, por um lado, ao impacto de intervenções no âmbito da redução de sintomatologia psicopatológica, têm negligenciado, por outro, a promoção da QdV (Ishak et al., 2013). Atendendo à ampla evidência que demonstra que a QdV é sensível à presença de doença mental, as intervenções terapêuticas deverão também se focar numa melhoria do bem-estar físico e psicossocial do indivíduo (Gameiro, Carona, Silva, & Canavarro, 2010; Ishak et al., 2013), onde o foco deverá estar na funcionalidade e nos recursos pessoais do indivíduo e, neste caso em particular, do casal, uma vez que no domínio da saúde mental, a “cura” nem sempre constitui um objetivo realista (Canavarro, 2010).

Para essa melhoria, a literatura aponta que, ao nível da conjugalidade, a satisfação percebida da relação íntima poderá potenciar uma melhoria ao nível do bem-estar e QdV (Norgren, Souza, Kaslow, Hammerschmidt, & Sharlin, 2004; Scorsolini-Comin & Santos, 2011). Nesta lógica, espera-se



que numa situação de maior adversidade, uma relação percebida como satisfatória esteja associada a maior QdV, por sua vez associada a níveis baixos de sintomatologia psicopatológica (Ishak et al., 2013). No entanto, não foram realizados, do nosso conhecimento, estudos que pretendessem estudar a associação entre as duas variáveis (satisfação conjugal e QdV) no contexto específico da doença mental, focando-se essencialmente na questão do impacto do apoio social (no sentido lato do termo) na QdV percebida em doentes com problemas de natureza mental. Para além disso, torna-se pertinente averiguar se essa associação é contingente à presença de outros potenciais mecanismos, tais como as dinâmicas de vinculação no adulto, dadas as suas claras implicações a nível individual e conjugal, tal como será discutido seguidamente.

Face ao exposto, constituindo-se como um cenário vulnerável à presença de psicopatologia (Whisman & Baucom, 2012) e como um cenário privilegiado para a promoção de um funcionamento individual e conjugal saudável (Bradbury, Fincham, & Beach, 2000; Khaleque, 2004; Myers, 1999), torna-se pertinente analisarmos que fatores são suscetíveis de promover um maior ajustamento diádico (ou, de forma particular, uma maior satisfação conjugal).

A literatura evidencia, a partir de uma multiplicidade de estudos, que existem diversos fatores que contribuem para uma relação percebida como satisfatória, tais como a personalidade, a quantidade e a qualidade das interações conjugais, os papéis de género, a natureza das estratégias de resolução de problemas e conflitos, a intimidade e o funcionamento sexual, e ainda, os estilos de vinculação no adulto (Norgren et al., 2004; Ottu & Akpan, 2011). Estes últimos têm sido apontados como determinantes significativos do ajustamento e da satisfação experienciados nas relações conjugais (Mikulincer & Shaver, 2007), com implicações claras e significativas ao nível da expressão e regulação emocionais (Mikulincer & Shaver, 2007), na avaliação de potenciais ameaças e estratégias de *coping* (Berant, Mikulincer, & Florian, 2001 in Reizer, Possick, & Ein-Dor, 2010), nas relações interpessoais (Campbell, Simpson, Boldry, & Kashy, 2005), e para a saúde (mental e física) e bem-estar dos indivíduos (Karreman & Vingerhoets, 2012; Loving & Slatcher, 2013; Mikulincer & Shaver, 2007; Wei, Liao, Ku, & Shaffer, 2011) que, no seu todo, justificam a pertinência do seu estudo.

O conceito de vinculação define e operacionaliza a necessidade básica da construção de (pelo menos) uma relação afetiva estável, continuada e significativa, uma necessidade que não terminaria na infância mas se estenderia até à idade adulta. Quando satisfeita de forma *segura*, asseguraria o desenvolvimento pleno e integral do indivíduo, ao passo que o contrário poderia acarretar prejuízos significativos em diversos domínios (pessoal, familiar, íntimo, e social) (Mikulincer & Shaver, 2007). Por outras palavras, uma vinculação *segura* tem sido associada a estratégias de *coping* adaptativas, bem-estar psicológico e autoconceito positivo – não só do próprio como também do parceiro – (Mikulincer & Shaver, 2007, 2012), refletindo-se na QdV de ambos os elementos da díade (Karreman & Vingerhoets, 2012). Por seu turno, num contexto de adversidade, um estilo de vinculação seguro, ao proporcionar apoio e contribuir para o sentido de segurança e bem-estar do outro, estaria associado a maior ajustamento diádico (Meyers & Landsberger, 2002; Mikulincer & Shaver, 2007, 2012).

Partindo de uma revisão exaustiva da literatura, no presente estudo, considerou-se pertinente averiguar não só as associações já estabelecidas, em estudos prévios, mas também o impacto das dimensões de vinculação e do ajustamento diádico na adaptação dos casais num contexto de perturbação mental. A interligação que estes fatores adquirem quando se trata de uma relação conjugal tem vindo a ser demonstrada, assim como a interdependência existente no casal, tornando-se fundamental o estudo do casal como unidade de análise, para que as intervenções ao nível da saúde mental possam ser pensadas em função da sua eficácia e impacto positivo. Para além disso, pretende-se que deste estudo resultem implicações relevantes ao nível da prática clínica, onde os objetivos deverão ser, simultaneamente, diminuir a sintomatologia psicopatológica e contribuir para um maior ajustamento individual mas também conjugal (Baucom et al., 2012; Whisman, no prelo).

Considerando díades das quais um dos elementos tem um problema mental diagnosticado e díades da população-geral, trata-se de um estudo pertinente ao rever o papel de variáveis *positivas*, tais como a QdV num contexto de perturbação mental, e compreender de que forma poderão estar relacionadas com outras variáveis (dimensões de vinculação e de ajustamento diádico) no sentido de serem conhecidos fatores e mecanismos potencialmente relevantes da relação conjugal no contexto de um problema de saúde mental de um dos seus companheiros. Por sua vez, o estudo de dois grupos distintos, os clínicos e o de controlo, permite conhecer o impacto da psicopatologia na adaptação conjugal e individual de ambos os elementos do casal, e conhecer que recursos estão a ser mobilizados e que possibilitam a adaptação num contexto de saúde mental.

### **Enquadramento conceptual**

#### **Problemas de saúde mental e Díades: Relações e desafios**

Os problemas de saúde mental têm, muitas vezes, um impacto significativo no funcionamento relacional dos indivíduos, associando-se frequentemente a uma diminuição da qualidade percebida nas relações íntimas (Whisman & Baucom, 2012). No entanto, as repercussões negativas e significativas dos problemas de saúde mental no seio familiar e particularmente na esfera conjugal nem sempre são reconhecidas [WHO, 2003], embora seja extensa a investigação empírica que documente que a saúde mental e o funcionamento das relações íntimas estão fortemente associados entre si (Baucom et al., 2012; Whisman & Baucom, 2012), mesmo que indiretamente (e.g., papel dos estilos de vinculação: Heene, Buysse, & Oost, 2005, 2007; Loving & Slatcher, 2013).

As teorias interpessoais da doença mental argumentam que a presença de problemas mentais num dos elementos pode ter efeitos adversos nos padrões de comunicação e interação, interferir com as rotinas, gerar stress e sobrecarga na relação, podendo dar origem a conflitos conjugais e reduzindo a qualidade da relação (Townsend, Miller, & Guo, 2001; Whisman, 1999; Whisman, no prelo). Whisman e Baucom (2012) argumentam que a forma como cada casal se consegue adaptar às mudanças decorrentes de problemas de saúde mental dos companheiros difere de relação para relação. Para alguns companheiros, essas mudanças conseguem ser esmagadoras, resultando num afastamento do apoio dado e recebido ou num aumento de

conflitos na relação (Whisman, 1999, 2007), suportando a associação negativa entre psicopatologia e satisfação conjugal, consistentemente evidenciada empiricamente, tanto em homens como em mulheres (Røsand et al., 2012), quer no âmbito da sintomatologia depressiva (e.g., Kouros & Cummings, 2011) e ansiosa (e.g., Pankiewicz, Majkovicz, & Krzykowski, 2012), ou ainda das perturbações de consumo (e.g., Cranford, Floyd, Schulenberg, & Zucker, 2011) e das perturbações alimentares (e.g., Whisman, Dementyeva, Baucom, & Bulik, 2012).

Curiosamente, Merikangas (1984, *in* Butterworth & Rodgers, 2008) verificou que nos casais em que só um dos elementos sofria de um problema psiquiátrico, as taxas de divórcio não eram significativamente elevadas (comparativamente aos casais em que ambos sofriam de uma perturbação mental), avançando a seguinte explicação: o fato de se só um dos elementos sofrer de uma perturbação psiquiátrica, o elemento saudável poderá compensar o *impairment* apresentado pelo outro; ora, quando os dois sofrem de problemas mentais, tal não é possível. Por outro lado, e contrariamente ao que Butterworth e Rodgers (2008) observaram, no caso específico de algumas perturbações (e.g., perturbações pelo uso de substâncias), o impacto negativo sentido na relação conjugal poderá ser maior quando apenas um dos parceiros sofre desta condição clínica. Por exemplo, discrepâncias no consumo excessivo de álcool têm sido associadas a baixo ajustamento conjugal concomitante (Mudar et al., 2001) e a um declínio longitudinal na adaptação diádica (Homish & Leonard, 2007) quer percebidos pelo(a) próprio(a) quer pelo(a) parceiro(a) (Marshall, 2003), a maior probabilidade de agressividade e violência contínuas na relação (Leonard & Eiden, 2007; Marshall, 2003; Quigley & Leonard, 2000) e a maior probabilidade de ocorrerem ruturas nos relacionamentos (Ostermann et al., 2005). Por sua vez, discrepâncias no abuso de drogas ilícitas têm repercussões semelhantes na relação diádica, onde ambos os elementos tendem, frequentemente, a experienciar uma diminuição da satisfação conjugal percebida (Homish et al., 2008). Para além disso, destaca-se o facto de a maioria destes indivíduos apresentarem frequentemente outros problemas de saúde mental associados, sendo os mais frequentes a Perturbação Borderline da Personalidade, a Perturbação Bipolar, a Esquizofrenia e as Perturbações do Humor (Conrod & Stewart, 2005). Para estes casais, o facto de um dos elementos ter um problema de consumo de substâncias pode ser uma fonte de conflitos conjugais, conduzindo frequentemente a uma diminuição da oportunidade de partilha de experiências positivas (Whisman & Baucom, 2012).

Adotando uma perspetiva diádica, importa referir que o ajustamento individual de um dos companheiros é importante não apenas para a sua saúde mental e ajustamento conjugal ao longo do tempo, mas também para o ajustamento conjugal e saúde mental do seu parceiro (Whisman & Baucom, 2012). De facto, Whisman et al. (2004) verificaram que o ajustamento conjugal estava associado tanto com a sintomatologia do indivíduo deprimido e ansioso, bem como com a sintomatologia depressiva do parceiro. Røsand et al. (2012) verificaram que, para as esposas, a autoestima e o desemprego do parceiro tiveram um maior impacto no seu *distress* emocional; no caso dos homens, a satisfação conjugal e a presença de doenças somáticas nas esposas predizem maior *distress* emocional. De forma semelhante, Beach et al. (2003), num estudo longitudinal, verificaram que o ajustamento diádico da esposa predizia não só a sintomatologia depressiva

da própria bem como a do parceiro, sucedendo o mesmo para os homens, e que níveis mais baixos de ajustamento diádico predizem um aumento de sintomatologia depressiva ao longo do tempo, tanto em homens como em mulheres; por sua vez, Whisman e Uebelacker (2009) observaram que era a sintomatologia depressiva do elemento doente que predizia o pior ajustamento conjugal do próprio e do parceiro. Kouros e Cummings (2011) observaram que, no caso dos homens, elevados níveis de sintomatologia depressiva prediziam subseqüentes decréscimos na qualidade da relação, sendo que os prejuízos experienciados a esse nível, por sua vez, contribuíam para a manutenção dos sintomas depressivos; no caso das esposas, verificaram que elevados níveis de conflituosidade conjugal prediziam um aumento dos sintomas depressivos ao longo do tempo. Os resultados destes estudos demonstram ainda o referido por Whisman e Baucom (2012): o *distress* conjugal pode ser tanto uma consequência da sintomatologia psicopatológica bem como um antecedente (e.g., Beach et al., 2003; Kouros & Cummings, 2011; Whisman & Uebelacker, 2009). No domínio dos comportamentos aditivos, Cranford et al. (2011) verificaram, num estudo longitudinal com 105 casais onde um dos elementos tinha uma história de alcoolismo crônico, que a história de alcoolismo do homem se associava negativamente aos comportamentos negativos da mulher (e.g., criticismo, violência verbal e física, etc.) tendo, conseqüentemente, repercussões no seu bem-estar e saúde emocional. Nesta mesma linha, Homish, Leonard e Kearns-Bodkin (2006) observaram, num estudo com recém-casais, que os problemas de álcool no companheiro homem se relacionavam com a presença de sintomatologia depressiva na companheira não consumidora.

No campo específico da depressão, é ampla a investigação empírica que se tem focado na relação entre esta condição clínica e o *distress* conjugal (Kouros & Cummings, 2011; Røsand et al., 2012; Whisman & Baucom, 2012), sugerindo que a presença de sintomatologia depressiva num dos elementos pode ter um impacto negativo importante no funcionamento da relação (e.g., Kouros & Cummings, 2011; Whisman & Uebelacker, 2009) e vice-versa (e.g., Beach et al., 2003; Kouros & Cummings, 2011).

Vários estudos têm identificado falta de positividade verbal e não-verbal, padrões de interação assimétricos, um nível elevado de passividade/evitamento, estados emocionais negativos bem como uma reciprocidade negativa nos casais em que um dos membros está deprimido (Beach & Bodenmann, 2010). Casais em que um dos elementos sofre de depressão são, geralmente, mais negativos e menos agradáveis nas interações conjugais comparativamente a casais sem um elemento deprimido (Johnson & Jacob, 1997). Em linha com estes resultados, os indivíduos deprimidos exibem na sua comunicação com o parceiro uma elevada frequência de interrupções, expressão de afetos negativos, criticismo e postura defensiva, e baixo nível de positividade verbal. Os parceiros de indivíduos deprimidos, por sua vez, mostram elevado criticismo e negativismo em relação ao elemento doente e à relação conjugal (Benazon & Coyne, 2000). Também ao nível dos estilos atribucionais encontramos diferenças; por exemplo, no que respeita à relação entre saúde mental e relação conjugal, as mulheres identificam consistentemente a baixa satisfação conjugal como causa da depressão enquanto os homens identificam a depressão como causadora de baixa satisfação conjugal (Fincham, Beach, & Kemp-Fincham, 1997).

No entanto, ressalva-se que nem todos os casais com um elemento

deprimido experienciam *distress* conjugal (Beach & Bodenmann, 2010; Coyne, Thompson, & Palmer, 2002; Scott & Cordova, 2002), sendo por isso importante a análise de potenciais fatores envolvidos nesta associação. Além disso, são de esperar diferenças de género no contexto da depressão, uma vez que existem diferenças notórias nalguns aspetos associados a este quadro clínico (e.g., Beach & Bodenmann, 2010; Heene et al., 2007; Johnson & Jacob, 1997, 2000).

Consequentemente, e independentemente de como se desenvolvem, os problemas mentais, na generalidade, podem originar ou intensificar dificuldades conjugais já existentes, o que por sua vez tem um impacto na manutenção ou recorrência de sintomas psiquiátricos (Leonard & Eiden, 2007; Townsend et al., 2001; Whisman & Baucom, 2012), tendo repercussões na qualidade de vida (QdV) de ambos os elementos (Ishak et al., 2013).

### **Psicopatologia e qualidade de vida**

Na área da saúde mental, vários estudos têm demonstrado que os problemas de saúde mental estão íntima e negativamente relacionados com a QdV (e.g., Brett et al., 2012; Evans, Banerjee, Leese, & Huxley, 2007; Gameiro et al., 2008; Gamma & Angst, 2001; Ishak et al., 2013; Katschnig, 2006; Priebe et al., 2010), sendo essa associação mais significativa em indivíduos com perturbações mentais graves (Evans et al., 2007), particularmente naqueles que apresentam sintomatologia depressiva severa (Gameiro et al., 2010; Hansson, 2006). Gameiro et al. (2010) verificaram, nos grupos estudados (clínicos e não clínicos), que o aumento da frequência, intensidade e duração de sintomas depressivos tende a fazer-se acompanhar de uma diminuição da QdV percebida pelos indivíduos. Ishak et al. (2013) verificaram que, numa amostra de 319 doentes sofrendo de Perturbação Depressiva Major (de acordo com os critérios do DSM-IV), a QdV tendia a diminuir em função do grau de severidade dos sintomas depressivos, resultados estes consistentes com os de outros estudos que demonstraram que perturbações psiquiátricas têm um impacto significativamente negativo na QdV, sendo igual ou mais severo comparativamente ao impacto observado nas doenças físicas. Os resultados de Gameiro et al. (2008), numa amostra da população geral, também corroboram a evidência da literatura, que destaca o impacto negativo da sintomatologia depressiva na QdV.

Uma diminuição da QdV percebida tem sido ainda verificada em doentes com Perturbação de Stress Pós-Traumático (e.g., d'Ardenne, Capuzzo, Fakhoury, Jankovic-Gavrilovic, & Priebe, 2005), e ainda em doentes com Síndrome da fadiga crónica, onde a sintomatologia depressiva foi considerada o preditor mais forte da avaliação subjetiva da QdV do doente (e.g., Rakib et al., 2005). Uma grande parte da investigação sobre QdV em saúde mental foca-se sobretudo no campo da Esquizofrenia (Priebe et al., 2010), pelo que alguns autores (e.g., Hansson, 2006) chamam à atenção para o erro de se generalizarem conclusões acerca do impacto das “perturbações mentais severas” na QdV, até porque alguns estudos poderão demonstrar resultados bem interessantes (e.g., Priebe et al., 2010).

Segundo Evans et al. (2007), as restrições sentidas em vários domínios de vida (e.g., saúde, família, económico) poderão estar refletidas em valores mais baixos de QdV. No estudo de Gamma e Angst (2001), os autores verificaram que a baixa QdV das mulheres seria mais influenciada

por fatores sociais, tais como a relação com o parceiro, não se verificando o mesmo para os homens. Em estudos com adultos idosos, as relações sociais e a percepção de apoio social desempenham um papel importante na predição da QdV (Brett et al., 2012). Igualmente, Lawford e Eiser (2001) hipotetizam mesmo que uma melhoria ao nível da QdV seria função dos fatores protetores presentes, à semelhança do que Suresky, Zauszniewski e Bekhet (2008) observaram, isto é, que em famílias cuidadoras de um membro com perturbação mental, o sentido de coerência do cuidador influenciava a QdV percebida pelo mesmo. Variáveis individuais como a mestria, a autonomia, o locus de controlo, o sentido de coerência na vida, a auto-eficácia e auto-estima têm sido sugeridas como importantes preditores da QdV (Hansson, 2006), ao passo que a baixa QdV avaliada por indivíduos com problemas de saúde mental se caracteriza por sentimentos de desespero e exclusão social, ausência de sentido de auto-controlo e autonomia, *distress* emocional, baixa autoestima e autoconfiança, atividade reduzida, entre outros (Connell, Brazier, O’Cathain, Lloyd-Jones, & Paisley, 2012). No entanto, e do nosso conhecimento, pouco se sabe acerca do real impacto dos problemas mentais de um dos companheiros na QdV do outro elemento, e no casal como um todo. Face ao exposto, torna-se imperativo explorar esta questão, e averiguar que fatores, em termos diádicos, são suscetíveis de promoverem uma maior saúde mental e QdV no contexto específico de problemas de saúde mental.

### **Conjugalidade, saúde mental e qualidade de vida**

Relações conjugais satisfeitas são fontes significativas de apoio social e bem-estar (Baumeister & Leary, 1995; Myers, 1999; Sarason, Sarason, & Gurung, 2001; Uchino, Cacioppo, & Kiecolt-Glaser, 1996), funcionamento psicológico (Baucom, Kirby, & Kelly, 2009; Givertz & Safford, 2011), felicidade (Myers & Diener, 1995), contribuindo frequentemente para uma melhor QdV (Arriaga, 2001; Norgren et al., 2004). De facto, as relações familiares e sociais são, para vários autores, consideradas importantes componentes da QdV do indivíduo, à parte de outras, tais como a satisfação com o trabalho, a segurança e o bem-estar pessoal, e ainda a saúde física e mental (Hansson, 2006; Skevington, Lotfy, & O’Connell, 2004). Com efeito, estabelecer uma relação com um parceiro romântico, que seja estável e segura, é um dos principais objetivos para muitos indivíduos e é considerado um importante preditor de saúde e bem-estar (Baumeister & Leary, 1995).

No seu capítulo *Close relationships and quality of life*, Myers (1999) levantou a seguinte questão: *Do close, supportive, intimate human connections enhance quality of life?* (p. 376). O autor considera que os humanos têm necessidades básicas, não só fisiológicas, como também de *pertença* sendo que a satisfação desta necessidade seria algo imprescindível ao funcionamento do indivíduo, nas várias dimensões que abarca (físico, psicológico e social). São vários os autores que destacam a importância que a satisfação e a qualidade experienciadas nas relações íntimas assumem nas em várias áreas de vida, seja ao nível do bem-estar e satisfação com a vida (Khaleque, 2004; Scorsolini-Comin & Santos, 2011), ao nível pessoal e profissional (Norgren et al., 2004; Overall, Fletcher, & Simpson, 2010), bem como em termos de saúde física e mental, verificando-se implicações semelhantes tanto em homens como em mulheres (Baucom et al., 2009; Norgren et al., 2004). Khaleque (2004) observou, numa amostra de estudantes universitários, correlações positivas e significativas entre relações

de intimidade nos adultos, qualidade de vida e ajustamento psicológico, afigurando-se a relação conjugal como um importante preditor do ajustamento psicológico.

Uma vez que as relações conjugais satisfazem determinadas necessidades psicológicas, os indivíduos que evitam tais relações (ou apresentam dificuldades a esse nível) são mais propensos a se sentirem sozinhos e a expressar um maior número de problemas de ordem psicológica (e.g., ansiedade, abuso de substâncias, suicídio) (Khaleque, 2004; Whisman & Baucom, 2012). De facto, o sofrimento psicológico, os obstáculos ao estabelecimento de relações saudáveis, a presença muito frequente de um estigma e sentimentos de inadequação resultam num sentido perverso de solidão e isolamento (Connell et al., 2012).

Embora seja compreensível que as relações conjugais tenham importantes implicações para o ajustamento psicológico e desenvolvimento do adulto (Baucom et al., 2009), não existe, do nosso conhecimento, evidência empírica suficiente sobre a influência das relações íntimas na QdV dos adultos e que tomasse o casal como unidade de análise, no contexto específico da doença mental. Para além disso, a investigação tem sobretudo focado a importância que o sentido de pertença e o apoio social percebido (proporcionado por familiares, amigos, grupo de pares, colegas, etc.) assumiam na QdV de doentes com problemas de saúde mental (e.g., Connell et al., 2012), não incidindo, especificamente, na esfera conjugal. Por exemplo, Bengtsson-Tops e Hansson (2001) observaram, em doentes esquizofrénicos, que a satisfação com a rede social ou as relações sociais se associavam a uma melhor percepção de QdV. Yanos, Rosenfield e Horwitz (2001) verificaram que interações sociais negativas estavam relacionadas com uma pior QdV se, em particular, essas interações eram percebidas como estigmatizantes para o indivíduo. Em estudos longitudinais (e.g., Hansson & Björkman, 2006), a pertinência de se estudar a rede social dos indivíduos com problemas de saúde mental grave, em particular, foi reforçada, dada a sua forte associação com a QdV percebida pelos doentes, sendo que a sua importância para a QdV tenderia a ser cada vez mais forte ao longo do tempo.

Resulta do que foi exposto que, para muitos indivíduos, a relação que estabelecem com o seu parceiro romântico é uma das relações interpessoais mais importantes que desenvolvem ao longo da vida e é considerada um importante fator para a saúde mental (Baucom et al., 2012; Khaleque, 2004; Loving & Slatcher, 2013; Whisman & Baucom, 2012). Quando positiva, está relacionada com uma maior satisfação com a vida e menores níveis de depressão, e poderá atuar como um fator protetor quando em situações de stresse emocional, diminuindo a possível expressão de psicopatologia (Røsand et al., 2012), ou ainda em contextos de doença crónica (para uma revisão, cf. Loving & Slatcher, 2013), ao passo que baixos níveis de ajustamento diádico podem se constituir fatores de risco para o desenvolvimento de várias formas de psicopatologia (Beach et al., 2003; Khaleque, 2004; Whisman & Baucom, 2012). Nesta linha, torna-se pertinente explorar os fatores suscetíveis de promoverem uma maior satisfação diádica num contexto de perturbação mental, contribuindo para uma maior QdV e diminuição de sintomatologia psicopatológica em ambos os parceiros.

Vários autores destacaram a importância dos estilos de vinculação no adulto (Mikulincer & Shaver, 2007, 2012) para a satisfação percebida na

relação diádica, sendo que alguns já avaliaram o seu papel mediador na relação entre a satisfação conjugal e a sintomatologia depressiva (e.g., Heene et al., 2005, 2007; Parker, Tambling, & Campbell, 2013). É sobre estes que nos iremos debruçar de seguida.

### **Teoria da Vinculação**

A Teoria da Vinculação – originalmente desenvolvida por Bowlby (1969/1980) para explicar a natureza dos laços afetivos estabelecidos entre o bebé e o seu cuidador primário – oferece-nos um quadro conceptual que permite compreender melhor as diferenças individuais no funcionamento adaptativo do adulto (Fraley & Shaver, 2000; Mikulincer & Shaver, 2007).

No contexto das relações românticas, parte do pressuposto de que as representações mentais previamente e continuamente estabelecidas acerca do próprio e dos outros, os designados Modelos Internos Dinâmicos (“Internal Working Models”), regulam as nossas emoções, os nossos pensamentos e comportamentos, influenciando assim o funcionamento das relações diádicas de vários modos (Hazan & Shaver, 1987, 1994; Holland, Fraley, & Roisman, 2012; Ognibene & Collins, 1998; Simpson, Rholes, Oriña, & Grich, 2002). De uma forma geral, estes modelos tendem a influenciar a forma como percebemos os nossos parceiros românticos; como fazemos inferências, julgamentos, e tomamos decisões acerca das suas atitudes; como pensamos, sentimos e nos comportamos em contextos interpessoais; e como/de quê nos lembramos – ou falhamos em lembrar – acerca de reações prévias dos nossos companheiros (Mikulincer & Shaver, 2007; Simpson & Rholes, 2012).

De forma sintetizada, a investigação sobre a vinculação no adulto tem verificado que diferenças individuais neste domínio podem ser conceptualizadas em duas dimensões (Mikulincer & Shaver, 2007): ansiedade e evitamento. A dimensão *evitamento* relaciona-se com o desconforto com a proximidade e com a dependência aos parceiros românticos, a preferência pela distância emocional, independência e autossuficiência e com o uso de estratégias de desativação para lidar com a insegurança e a perturbação emocional. Por sua vez, a dimensão *ansiedade* relaciona-se com um forte desejo de proximidade e proteção, de tranquilização, medo do abandono, preocupações intensas acerca da disponibilidade do companheiro e do seu valor para este, e com o uso de estratégias de hiperativação para lidar com a insegurança e a perturbação emocional.

Trabalhos anteriores nesta área categorizaram a vinculação dos indivíduos em *estilos* de vinculação discretos (Hazan & Shaver, 1987) ou em padrões de vinculação (Bartholomew & Horowitz, 1991). Hazan e Shaver (1987) verificaram que os três principais estilos de vinculação identificados por Ainsworth, Blehar, Waters e Wall, em 1978 – *seguro*, *inseguro-ansioso* e *inseguro-evitante* – se manifestavam no amor romântico. Por sua vez, Bartholomew e Horowitz, em 1991, a partir da combinação das duas dimensões definiram um modelo de quatro categorias: *seguro*, *preocupado*, *desligado* e *amedrontado*.

O estilo de vinculação *seguro* estaria situado na região onde tanto a *ansiedade* bem como o *evitamento* são baixos e é definido pelo conforto com a proximidade, confiança na disponibilidade, responsividade e apoio de outros importantes. De uma forma geral, os indivíduos com um estilo de vinculação seguro têm uma visão positiva de si (i.e., como dignos de amor e



afeição por parte de outros; tendem a apresentar uma maior autoestima e percepções de competência pessoal) e dos outros (i.e. percebem outros importantes como geralmente responsivos e disponíveis), o que os ajuda a desenvolver e manter perspectivas positivas e otimistas acerca do parceiro e das relações. O conforto sentido com a proximidade, a intimidade e a interdependência, sem perder a sua autonomia, bem como o elevado compromisso, confiança e satisfação experienciados, conduzem a uma elevada qualidade percebida da relação. Por sua vez, os indivíduos com um estilo de vinculação inseguro-ansioso veem-se a si mesmos como não merecedores de cuidado e apoio por parte de outros, sem valor e sem confiança neles próprios, variando o seu autoconceito em função da aprovação/aceitação por parte dos outros. Consequentemente, os indivíduos ansiosos tendem a se envolver em relações íntimas caracterizadas por afetos negativos e baixos níveis de confiança e satisfação percebida. Finalmente, os indivíduos com um estilo de vinculação inseguro-evitante tendem a ter uma visão positiva de si e como sendo invulneráveis a sentimentos negativos, privilegiando a *sua* autonomia e as *suas* necessidades (Collins & Feeney, 2004; Collins & Read, 1990; Mikulincer & Shaver, 2007; Overall & Simpson, 2013; Shaver, Schachner, & Mikulincer, 2005; Simpson & Rholes, 2012; Simpson, Rholes, & Nelligan, 1992).

#### **Vinculação, (problemas de) saúde mental e qualidade de vida**

Os estilos de vinculação têm sido considerados importantes para o bem-estar do adulto, refletindo-se na sua QdV, humor positivo, vitalidade e interesse nas coisas (Karreman & Vingerhoets, 2012), tendo-se ainda verificado um impacto na saúde física (Loving & Slatcher, 2013). Um estilo de vinculação seguro tem sido associado a elevado bem-estar, enquanto os estilos inseguros se encontram frequentemente associados a baixos níveis de bem-estar (Karreman & Vingerhoets, 2012; Wei et al., 2011), satisfação com a vida (Lavy & Littman-Ovadia, 2011) e elevados níveis de sintomatologia psiquiátrica (Mikulincer & Shaver, 2007). Quer nos reportemos à dimensão *ansiedade* ou *evitamento* ou a ambas, os indivíduos com elevados níveis nestas dimensões tendem a experienciar maior sofrimento psicológico e psicopatologia (Mikulincer & Shaver, 2012), devido às especificidades características de cada dimensão explícitas no ponto anterior. Mikulincer e Shaver (2012) consideram mesmo que uma vinculação insegura pode ser vista como uma vulnerabilidade geral ao desenvolvimento de perturbações mentais, cuja expressão sintomatológica depende, por sua vez, da interação entre fatores genéticos, desenvolvimentais e ambientais. De facto, são diversos os estudos que têm demonstrado que uma vinculação insegura está associada a depressão (e.g., Cantazaro & Wei, 2010; Heene et al., 2005, 2007; Scharfe, 2007; Scott & Cordova, 2002) – mesmo que mediada por outras variáveis, tais como o apoio social percebido (Boo, 2010; Mak, Bond, Simpson, & Rholes, 2010) –, a ansiedade clinicamente significativa (e.g., Bosmans, Braet, & Van Vlierberghe, 2010) e ao desenvolvimento de algumas perturbações de natureza mental, tais como a perturbação obsessivo-compulsiva (e.g., Doron, Moulding, Kyrios, Maja, & Mario, 2009), a perturbação pós-stress traumático (e.g., Ein-Dor, Doron, Solomon, Mikulincer, & Shaver, 2010) e ainda as perturbações do comportamento alimentar (e.g., Illing, Tasca, Balfour, & Bissada, 2010). Alguns autores encontraram efeitos diferenciais para a dimensão *ansiedade* e *evitamento*.

Por exemplo, Shaver et al. (2005) observaram, numa amostra de 72 casais, uma associação entre a dimensão *ansiedade* e a sintomatologia depressiva, não se verificando o mesmo para a dimensão *evitamento*. Por sua vez, Wei, Vogel, Ku e Zakalik (2005) verificaram que embora a hipersensibilidade medeie a relação entre a dimensão *ansiedade* e a sintomatologia depressiva, um *desligamento* medeia a relação entre um estilo de vinculação inseguro-evitante e depressão.

As ligações causais entre um estilo de vinculação inseguro e depressão têm sido exploradas e a evidência apoia uma visão tanto causal como dinâmica da associação entre as variáveis (Scharfe, 2007) que, se atendermos às questões nucleares da depressão (e.g., enviesamentos cognitivos significativos; visão negativa do Eu e dos Outros) (Leahy, Holland & McGuin, 2012) facilmente compreendemos possíveis dinâmicas entre os dois fenómenos.

Também em relação às Perturbações do Consumo, o interesse na compreensão de possíveis ligações com as questões de vinculação tem vindo a crescer, tendo a investigação nesta área demonstrado que uma vinculação insegura, na sua generalidade, se pode constituir como uma vulnerabilidade ao consumo de substâncias (Borhani, 2013; Mikulincer & Shaver, 2007; Schindler, Thomasius, Sack, Gemeinhardt, Kustner, & Eckert, 2005; Schindler, Thomasius, Petersen, & Sack, 2009). Mais especificamente, os estudos nesta área têm apontado no sentido de uma maior prevalência do padrão inseguro-evitante (e.g., Finzi-Dottan, Cohen, Iwaniec, Sapir, & Wietzman, 2003; Mickelson, Kessler, & Shaver, 1997) ou desligado<sup>1</sup> (Caspers, Yucuis, Troutman, & Spinks, 2006) em indivíduos com comportamentos aditivos graves, surgindo os consumos regulares e abusivos de álcool e outras substâncias ilícitas como um mecanismo de regulação emocional alternativo à procura de proximidade junto de outros (Carriço & Paixão, 2010; Schindler et al., 2005; Schindler et al., 2009).

Apesar das considerações e evidências aqui expostas, Simpson e Rholes (2010) consideram que a investigação neste domínio se deve focar na compreensão de como as diferentes estratégias de regulação emocional e as estratégias de *coping* associados a cada estilo de vinculação influenciam, a longo prazo, a saúde do indivíduo (quer falemos de resultados positivos, quer negativos).

Se as implicações dos estilos de vinculação no adulto para a saúde mental do indivíduo são largamente suportadas empiricamente, a associação desta variável-chave, a vinculação, com a satisfação conjugal também não carece de evidência empírica.

### **Vinculação e satisfação conjugal**

É impossível considerarmos apenas um fator contributivo para a satisfação conjugal, mas a investigação sobre os estilos de vinculação nas relações amorosas tem demonstrado que são importantes indicadores da satisfação ou insatisfação conjugal (Banse, 2004; Collins & Read, 1990; Feeney, 1999a; Fraley & Shaver, 2000; Fuller & Fincham, 1995; Guerrero,

<sup>1</sup> Os indivíduos que apresentam um padrão de vinculação desligado (Bartholomew & Horowitz, 1991) apresentam características de vinculação semelhantes àqueles com um estilo de vinculação inseguro-evitante, que valorizam a realização e autossuficiência, mantendo um sentimento de auto-valor à custa da intimidade. Consideram que as figuras de vinculação não são confiáveis e responsivas, distanciando-se dos outros e restringindo expressões de emocionalidade.

Farinelli, & McEwan, 2009; Heene et al., 2005; Kane et al., 2007; Mikulincer & Shaver, 2007; Ottu & Akpan, 2011), mesmo que a associação entre as duas variáveis seja mediada por outros processos, tais como a comunicação emocional (Guerrero et al., 2009) e o controlo/ regulação emocional (Feeney, 1999b), o apoio social (Meyers & Landsberger, 2002), bem como o sofrimento psicológico percebido (Meyers & Landsberger, 2002; Reizer et al., 2010). Mais especificamente, tem apontado que os parceiros com um estilo de vinculação seguro são mais responsivos às necessidades dos seus companheiros, funcionam como uma *base segura* nos momentos de maior adversidade e tendem a perceber o apoio recebido, em circunstâncias semelhantes, como adequado (Collins & Ford, 2010; Mikulincer & Shaver, 2007; Simpson et al., 1992). Face a situações adversas de perigo, incerteza ou *distress*, os indivíduos com um estilo de vinculação seguro tendem a regular as suas emoções de forma eficaz (Mikulincer & Shaver, 2007), manifestam esperança, otimismo e resiliência (Gjerde, Onishi, & Carlson, 2004) e contribuem para o sentido de segurança de outros (Mikulincer & Shaver, 2007; Simpson & Rholes, 2012). Estes indivíduos lidam com o stresse de uma maneira adaptativa e construtiva, focada na resolução do problema (e.g., expressão e negociação mútuas), enquanto os indivíduos com um estilo de vinculação inseguro tendem a recorrer a abordagens disfuncionais e destrutivas (e.g., fazer ameaças) (Overall & Simpson, 2013; Scharfe, 2007; Wei, Heppner, & Mallickrod, 2003). Fatores como o apoio mútuo, a expressão emocional e a comunicação, mais facilmente associados a um estilo de vinculação seguro, são determinantes importantes da satisfação e qualidade percebidas numa relação íntima (Mikulincer & Shaver, 2007). Nesta linha de ideias, uma vinculação segura estaria associada a maiores níveis de satisfação conjugal, elevados níveis de intimidade conjugal e sexual, proximidade, e menos infidelidade, abuso ou rejeição (Butzer & Campbell, 2008; Feeney, 1999a; Mikulincer, Florian, Cowan, & Cowan 2002; Mikulincer & Shaver, 2007), em suma, a um funcionamento conjugal mais saudável e estável (Simpson & Rholes, 2012).

Por seu turno, uma vinculação insegura tem sido associada a baixos níveis de satisfação conjugal (Butzer & Campbell, 2008; Collins & Feeney, 2004; Collins & Read, 1990; Kachadourian, Fincham, & Davila, 2004; Mikulincer & Shaver, 2012) e mais conflito durante as interações diádicas (e.g., Campbell et al., 2005). Um aspeto importante e particular do ajustamento diádico é a capacidade para lidar com o conflito de uma forma eficaz e um estilo de vinculação inseguro tem sido associado a estratégias de resolução de conflitos ineficazes (Mikulincer & Shaver, 2007). Por exemplo, perante situações adversas, indivíduos com um estilo de vinculação inseguro-ansioso tendem a avaliar acontecimentos stressores como mais ameaçadores, avaliam-se como incapazes de lidar com a situação e utilizarem estratégias de *coping* focadas na emoção (i.e., estratégias de hiperativação ou de intensificação da expressão emocional) (Mikulincer & Shaver, 2007; Simpson & Rholes, 2012; Overall & Simpson, 2013), envolvendo reações hipersensíveis de procura de proximidade (e.g., procura de tranquilização crónica; Shaver et al., 2005). Por sua vez, estas reações estariam associadas ao *distress* e insatisfação conjugal (Caughlin & Scott, 2010; Mikulincer & Shaver, 2012). Quanto aos indivíduos com um estilo de vinculação inseguro-evitante, alguns estudos demonstraram que eles avaliam eventos stressores como ameaçadores mas também se avaliam a si mesmos

como capazes de lidar com as adversidades, usando preferencialmente estratégias de minimização e inibição da procura de proximidade e de pedidos de ajuda, bem como da expressão emocional, nomeadamente quando os seus companheiros, ou os próprios, estão em *distress* ou necessitam de apoio (Mikulincer & Shaver, 2007; Overall & Simpson, 2013; Simpson et al., 1992). Comparativamente aos indivíduos *seguros*, os *inseguros* tendem a ter uma visão mais negativa dos seus parceiros (Feeney & Noller, 1991), a perceber os seus parceiros como menos apoiantes (Collins & Read, 1990) e a encontrar explicações mais negativas para o comportamento do parceiro (Collins, 1996). Em suma, os indivíduos com um estilo de vinculação inseguro tendem a reportar experiências relacionais mais negativas nas áreas da satisfação conjugal, intimidade, confiança e compromisso (Campbell et al., 2005; Campbell, Simpson, Kashy, & Rholes, 2001; Collins & Feeney, 2004; Feeney, 1999a; Hazan & Shaver, 1994; Tran & Simpson, 2009). Mais concretamente, os indivíduos que pontuam elevado na dimensão *ansiedade* tendem a reportar mais conflitos diários com o seu parceiro (Campbell et al., 2005) e as esposas que pontuam elevado na dimensão *evitamento* tendem a ser menos dependentes em relação aos seus parceiros (Campbell et al., 2001).

Assim, a investigação nesta área tem consistentemente observado uma correlação positiva entre um estilo de vinculação seguro e satisfação conjugal e associações negativas entre estilos de vinculação inseguros e satisfação conjugal tanto para homens e mulheres casadas (Feeney, 1999ab; Krenke, 2006; Ottu & Akpan, 2011; Reizer et al., 2010), embora se possam verificar diferenças de género. Além disso, e embora tanto os indivíduos que pontuam elevado na dimensão *ansiedade* bem como na dimensão *evitamento* reportem relações amorosas como mais pobres, a satisfação conjugal poderá ser afetada de forma diferente (cf. Mikulincer & Shaver, 2007; Shaver et al., 2005).

Importa ainda mencionar que o estilo de vinculação afeta não só a própria satisfação conjugal como também a satisfação conjugal do parceiro, estando os estilos de vinculação de ambos os parceiros frequentemente associados, observando-se congruência intracasal. Por outras palavras, mesmo se o indivíduo tem um estilo de vinculação seguro, a forma como pensa, sente e age numa relação (o modo como regula o seu comportamento, emoções e pensamentos) pode ser contingente em função do parceiro ter um estilo de vinculação seguro, ansioso ou evitante (Overall & Simpson, 2013; Simpson & Rholes, 2010). Por exemplo, apesar de os indivíduos com um estilo de vinculação inseguro-ansioso lidarem de uma forma menos construtiva em discussões conjugais, se os seus companheiros estiverem mais envolvidos na relação, acabam por se sentirem menos rejeitados nas interações, e acabam por agir de forma mais construtiva (Tran & Simpson, 2009) e a mostrar-se mais otimistas acerca da sua relação (Campbell et al., 2005). Por sua vez, Frazier, Byer, Fischer, Wright e DeBord (1996) verificaram que nem todos os parceiros preferem indivíduos com um estilo de vinculação seguro, procurando os indivíduos quer com um estilo inseguro-ansioso quer com um estilo inseguro-evitante companheiros com dinâmicas de vinculação semelhantes, observando-se o mesmo para os indivíduos com um estilo de vinculação seguro (Feeney, 1994). Para além disso, os companheiros de indivíduos *seguros* apresentam, geralmente, níveis mais elevados de satisfação conjugal ao longo do tempo (Banse, 2004; Feeney,

1994; Hirschberger, Srivastava, Marsh, Cowan, & Cowan, 2009) e os parceiros de indivíduos *inseguros* reportam tipicamente baixos níveis de satisfação conjugal (Banse, 2004; Charania & Ickes, 2007; Collins & Read, 1990; Feeney, 1994; Frazier et al., 1996; Kane et al., 2007), embora possam ocorrer exceções (Campbell et al., 2005; Tran & Simpson, 2009).

Já Bowlby (1969) argumentava que o sistema comportamental de vinculação ficaria mais ativado em situações indutoras de stresse (e.g., fatores pessoais: quando um indivíduo está doente, cansado, ou em pânico; fatores ambientais: eventos perigosos ou desafiantes) ou em contextos em que o indivíduo percebia uma ameaça à sua relação (e.g., conflitos conjugais, separação prolongada em relação à figura de vinculação). Esta perspectiva de stresse-diátese das dinâmicas de vinculação sugere que os estilos de vinculação apresentariam associações ainda mais fortes com o funcionamento conjugal quando os indivíduos estariam expostos a situações de stresse (Campbell et al. 2001; Simpson et al., 2002; Simpson & Rholes, 2012), sendo possível hipotetizar que os estilos de vinculação predizem o funcionamento conjugal quando o casal se encontra sob circunstâncias adversas (Holland et al., 2012).

### **Objetivos da investigação e hipóteses**

A presença de doença mental num dos companheiros pode ser concetualizada como uma situação de stresse no seio conjugal (Min et al., 2013), acarretando desafios tanto para o membro doente como para o membro saudável, tal como já referido acima. Assim, os indivíduos com um estilo de vinculação seguro mantêm uma avaliação positiva das relações e deles próprios em situações de *distress* conjugal, tornando-os menos vulneráveis à presença de sintomatologia psicopatológica e sendo assim menos provável que a sua QdV sofra repercussões negativas. Segundo Mikulincer e Florian (1998), uma vinculação segura é uma *fonte* que ajuda os indivíduos a realizarem avaliações menos negativas de eventos stressantes, a lidar construtivamente com essas circunstâncias, aumentando assim o seu bem-estar e ajustamento. Em contraste, uma vinculação insegura pode ser vista como um fator de risco, associada a baixo ajustamento conjugal, estratégias de enfrentamento menos eficazes e, conseqüentemente, a um pior ajustamento individual (Heene et al., 2005, 2007). À exceção dos estudos que analisaram o papel mediador da vinculação na associação entre ajustamento diádico e sintomatologia depressiva (Heene et al., 2005, 2007; Parker et al., 2013), não foram realizados, do nosso conhecimento, estudos que pretendessem compreender o papel que as dimensões de vinculação no adulto poderão ter na relação entre o ajustamento diádico do casal, sintomatologia depressiva e ansiosa e QdV, num contexto de vivência de perturbação mental de um dos cônjuges. Tendo em conta o impacto que a vinculação parece assumir num maior ajustamento diádico e num maior ajustamento psicológico individual, coloca-se a hipótese que as dinâmicas de vinculação explicariam a associação entre o ajustamento diádico e o ajustamento individual.

No seguimento do exposto, como **objetivo geral** do presente estudo, pretende-se investigar a influência da vinculação no adulto na relação entre o ajustamento diádico e a adaptação individual (avaliada em termos de QdV e sintomatologia depressiva e ansiosa) em casais que estejam a passar por um problema de saúde mental de um dos seus elementos e em casais da população em geral.

Este objetivo geral divide-se em **seis objetivos específicos**:

1) Caracterizar a adaptação individual (QdV e sintomatologia depressiva e ansiosa) e conjugal (ajustamento diádico) face ao problema mental de um dos companheiros (grupos clínicos), comparando-as com as de casais sem experiência de problemas mentais (grupo de controlo);

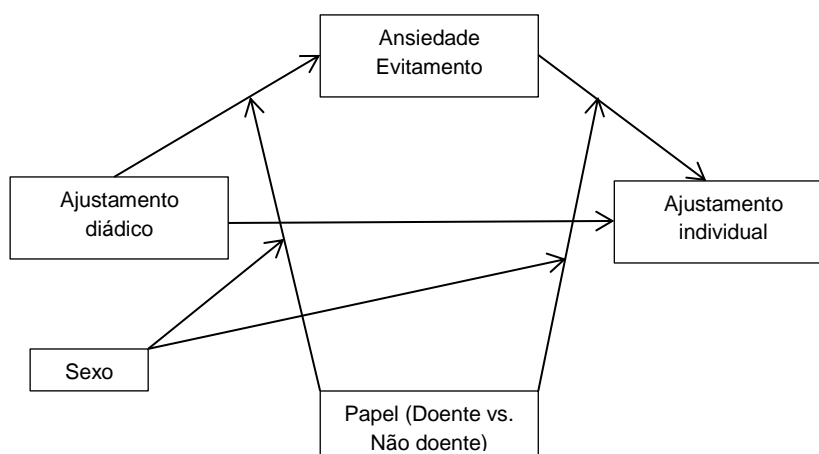
2) Examinar o papel do papel do género nos indicadores de adaptação acima expostos nas amostras clínicas (i.e., ser mulher e ser doente; ser mulher e não ser doente; ser homem e ser doente; ser homem e não ser doente);

3) Explorar a associação entre o ajustamento diádico e os indicadores de adaptação individual e analisar os efeitos do parceiro (*partner-effects*) nos grupos clínicos e de controlo;

4) Caracterizar as dimensões e os estilos de vinculação dos dois elementos do casal e analisar a congruência/incongruência de estilo de vinculação intra-casal nos grupos clínicos e de controlo;

5) Explorar a associação entre as dimensões de vinculação e os indicadores de adaptação individual e conjugal, e analisar os efeitos do parceiro (*partner-effects*) nos grupos clínicos e de controlo;

6) Explorar a associação entre o ajustamento diádico e o ajustamento individual, analisando o potencial efeito mediador das duas dimensões de vinculação e o efeito moderador do papel de doente e do sexo (cf. Figura 1).



**Figura 1. Modelo de moderação-mediação para a associação entre o ajustamento diádico e o ajustamento individual.**

Tendo em conta a revisão bibliográfica realizada, estabelecemos as seguintes hipóteses de trabalho:

H1) Espera-se que os casais dos grupos clínicos apresentem valores mais baixos de QdV e ajustamento diádico, e mais elevados de sintomatologia depressiva e ansiosa, comparativamente aos casais da população geral;

H2) Nos grupos clínicos e de controlo, espera-se que a um maior ajustamento diádico (consenso, satisfação e coesão) se associem níveis mais baixos de sintomatologia depressiva e ansiosa, e mais elevados de QdV, quer do próprio(a) quer do parceiro(a);

H3) Espera-se que os casais do GC apresentem uma vinculação mais segura (i.e., baixos níveis de *ansiedade e/ou evitamento*) comparativamente aos casais dos grupos clínicos;

H4) Espera-se que os estilos de vinculação dos dois elementos sejam congruentes dentro do casal, nos três grupos;

H5) Nos três grupos, espera-se encontrar uma associação entre valores mais baixos nas dimensões *ansiedade* e *evitamento* de vinculação e níveis mais baixos de sintomatologia depressiva e ansiosa, e mais elevados de QdV e ajustamento diádico, quer do próprio(a) quer do parceiro(a);

## Método

### Participantes

A amostra foi constituída por dois grupos clínicos e um grupo de controlo. O primeiro grupo clínico foi composto por 27 casais ( $n = 54$ ) em que a mulher tem uma perturbação mental diagnosticada (GCMD), sendo o segundo formado por 27 casais ( $n = 54$ ) onde o elemento com um quadro psiquiátrico diagnosticado é o homem (GCHD). Por sua vez, o grupo de controlo (GC) foi constituído por uma amostra homóloga de 54 casais ( $n = 108$ ) provenientes da população geral, ou seja, casais onde nenhum dos elementos está a receber acompanhamento psicológico e/ou psiquiátrico. A amostra total foi composta, deste modo, por 108 casais ( $n = 216$ ). As características sociodemográficas da amostra são descritas no Quadro 1.

Globalmente, a maioria dos participantes são casados e têm filhos, encontram-se empregados, vivem no meio urbano e referem religião católica (cf. Quadro 1).

**Quadro 1. Características sociodemográficas da amostra ( $n = 216$ )**

	GCMD ( $n = 54$ )		GCHD ( $n = 54$ )		GC ( $n = 108$ )		$\chi^2$	V de Cramer
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%		
<b>Sexo</b>							-	-
Masculino	27	50.0	27	50.0	54	50.0		
Feminino	27	50.0	27	50.0	54	50.0		
<b>Estado civil</b>							17.67***	.29
Casado	54	100.0	38	70.4	84	77.8		
União de facto	0	0.00	16	29.6	24	22.2		
<b>Situação Profissional</b>							21.94**	.23
Empregado	38	70.4	34	63.0	95	88.0		
Desempregado	8	14.8	15	27.8	7	6.5		
Reformado	8	14.8	4	7.4	6	5.6		
Estudante	0	0.00	1	1.9	0	0.00		
<b>Filhos</b>							3.65	.13
Não	8	14.8	16	29.6	22	20.4		
Sim	46	85.2	38	70.4	86	79.6		
<b>Residência</b>							7.13*	.18
Meio rural	8	14.8	10	18.5	6	5.6		
Meio urbano	46	85.2	44	81.5	102	94.4		
<b>Religião</b>							6.21	.12
Católica	51	94.4	47	87.0	95	88.0		
Nenhuma	2	3.7	7	13.0	13	12.0		
Outra	1	1.9	0	0.00	0	0.00		
	<i>M (DP)</i>		<i>M (DP)</i>		<i>M (DP)</i>		<i>F</i>	$\eta_p^2$
<b>Idade</b>	49.48 (11.42)		41.31 (10.17)		43.24 (10.31)		9.20***	.08
<b>Escolaridade</b>	9.56 (4.43)		9.83 (3.53)		11.56 (3.81)		6.25**	.05
<b>Duração da relação</b>	23.0 (11.71)		13.37 (9.37)		17.06 (11.2)		10.81***	.09

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

A análise comparativa dos grupos mostrou a existência de algumas diferenças estatisticamente significativas na generalidade das variáveis analisadas. Globalmente, no que diz respeito ao estado civil, observou-se que os participantes do GCMD estão todos casados (100%), sendo que a maioria dos do GCHD (70.4%) bem como dos do GC (77.8%) também estão casados. Quanto à situação profissional, verifica-se que 88.0% dos casais do GC encontram-se empregados, sendo as percentagens no GCHD (63.0%) e no GCMD (70.4%) mais baixas. Em relação à residência, os casais do GC vivem maioritariamente no meio urbano (94.4%), enquanto no GCMD e no GCHD apenas 85.2% e 81.5% dos casais (respetivamente) vive em meio urbano. A partir dos testes post hoc de *Bonferroni*, verificou-se que os casais do GCMD eram mais velhos comparativamente ao GCHD ( $p < .001$ ) e ao GC ( $p < .01$ ), e reportavam uma maior duração da relação conjugal quer em relação ao GCHD ( $p < .001$ ) quer em comparação com o GC ( $p < .01$ ). Em termos de escolaridade, observou-se que tanto o GCMD como o GCHD apresentam valores significativamente mais baixos comparativamente ao GC ( $p < .01$ . e  $p < .05$ , respetivamente).

### **Caracterização em relação à condição clínica**

Relativamente ao GCMD, a maioria refere Perturbações do Humor (77.8%), particularmente sintomatologia depressiva, e uma minoria apresenta Perturbações do Humor comórbidas com outros quadros clínicos, nomeadamente Perturbações do Comportamento Alimentar (3.7%) e Perturbações pelo Uso de Substâncias (3.7%)<sup>2</sup>. Quanto ao GCHD, a maioria reporta comorbilidade entre Perturbações do Humor e Perturbações pelo Uso de Substâncias (maioritariamente alcoolismo crónico) (48.1%), uma minoria apenas Perturbações pelo Uso de Substâncias (7.4%) e outra minoria reporta quadros aditivos com comorbilidade com Perturbações da Personalidade (7.4%) ou com Perturbações do Controlo dos Impulsos (7.4%). Apenas sete participantes mencionam exclusivamente Perturbações do Humor (25.9%), e somente um refere Perturbações Psicóticas (3,7%). Para o GCMD, a duração média dos problemas psiquiátricos é de 11 anos ( $DP = 8.25$ ), sendo de 4.3 anos ( $DP = 4.50$ ) no GCHD.

### **Procedimento**

A amostra foi recrutada segundo o método de amostragem não probabilística, por conveniência. Os casais constituintes do grupo clínico foram recrutados no Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra (CHUC) – Hospital Sobral Cid (HSC), e na Clínica Psiquiátrica de S. José, em Lisboa, durante o período que decorreu entre os meses de Fevereiro de 2012 e Maio de 2013. Em termos de critérios de inclusão, definiu-se que os participantes tinham de ter uma idade mínima de 18 anos e de estar casados ou viver em união de facto há pelo menos dois anos. Tiveram ainda de concordar em participar no estudo e de ter conhecimento suficiente de português que lhes permita preencher a bateria de avaliação. A presença de perturbações cognitivas que impedissem a compreensão e consequente preenchimento do protocolo, e/ou outra condição crónica de saúde no parceiro foram considerados fatores de exclusão. Como critério de inclusão

<sup>2</sup> Três participantes não referem o tipo de sintomatologia psicopatológica apresentada de momento (11.1%).



para o grupo clínico, foi considerado obrigatório que apenas um dos elementos do casal estivesse diagnosticado com um problema de saúde mental, sendo a ausência de perturbação mental nos dois elementos do casal fator de exclusão. O único critério de exclusão do grupo de controlo foi que nenhum dos cônjuges tivesse a ser acompanhado em consultas de Psiquiatria e/ou Psicologia.

A investigação seguiu todas as recomendações éticas subjacentes à realização de estudos com seres humanos, de acordo com as normas éticas e deontológicas prescritas nacional e internacionalmente neste contexto (e.g., Declaração de Helsínquia; Programa 7º Quadro da Comissão Europeia). Todos os participantes foram informados sobre a natureza e os objetivos do estudo, estando essa informação presente no consentimento informado que assinaram. Neste, foram explicitados os objetivos do estudo, o papel dos participantes e dos investigadores, incluía informação de que a participação seria voluntária, os dados recolhidos seriam utilizados somente para fins de investigação e seriam tratados de forma coletiva, assegurava a confidencialidade e anonimato das respostas aos questionários, bem como a garantia de não haver qualquer repercussão no atendimento clínico recebido em caso de recusa de participação. O preenchimento do protocolo de avaliação pretendeu ser realizado, por ambos os elementos do casal, de uma forma independente. Foram entregues a ambos os elementos do casal e nos devolvidos dentro do mesmo envelope selado pelos mesmos.

### **Instrumentos de avaliação**

#### Ficha de dados sociodemográficos, clínicos e relacionais/familiares

Na ficha de dados sociodemográficos, clínicos e relacionais/familiares constavam informações como: sexo, idade, estado civil, duração da relação conjugal, habilitações literárias, situação profissional e profissão, residência, e religião. Incluía ainda perguntas relacionadas com a história médica e psicopatológica (e.g., “tem, ou alguma vez teve, problemas psiquiátricos/psicológicos?”; “tem, ou alguma vez teve, acompanhamento psicológico ou psiquiátrico?”), e com a situação relacional e contexto familiar (e.g., “quantos casamentos [ou uniões de facto] teve anteriormente?”; “qual a duração de cada um(a) deles(as)?”).

#### Ajustamento diádico

O ajustamento diádico foi avaliado através da Escala de Ajustamento Diádico-Revista (EAD-R; Busby, Christensen, Crane & Larson, 1995; Versão Portuguesa [VP]: Pereira, Canavarro, & Davide, 2009) desenvolvida a partir da *Dyadic Adjustment Scale* (DAS; Spanier, 1976). A EAD-R consiste numa medida de autorresposta, que visa avaliar, de forma global, o nível de ajustamento conjugal para casais que estão casados ou vivem em união de facto, permitindo classificá-los quanto à existência ou não de dificuldades de ajustamento (Busby et al., 1995). É composta por 14 itens, sendo as respostas aos mesmos obtidas através de diferentes tipos de escalas de resposta: do item 1 ao 6, a escala varia de Sempre de acordo (5) a Sempre em desacordo (0); do item 7 ao 10, de Sempre (0) a Nunca (5); o item 11 é respondido através da escala Todos os dias (4) a Nunca (0); e, do item 12 ao 14, de Nunca (0) a Frequentemente (5). Na sua organização, é constituída

por três subescalas: consenso (i.e., tomada de decisão, valores e afeto; itens 1-6), satisfação (i.e., estabilidade e conflito; itens 7-10) e coesão (i.e., atividades e discussão; itens 11-14), sendo ainda possível a obtenção de um resultado total. Do ponto de vista psicométrico, os valores  $\alpha$  de Cronbach encontrados no estudo original revelam boas características psicométricas: .81 para a subescala do consenso diádico; .85 para a satisfação; .80 para a coesão; e, .90 para o resultado total (Busby et al., 1995).

#### Vinculação no Adulto

A vinculação no adulto foi avaliada com recurso à versão reduzida do Experiência em Relações Próximas (ERP-VR) – Experiences in Close Relationship-Revised (ECR-R; Wei, Russell, Mallinckodt, & Vogel, 2007; VP: Moreira et al., 2006). Este instrumento, originalmente desenvolvido por Brennan, Clark e Shaver (1998), e adaptado por Wei et al. (2007) consiste num questionário de autorresposta composto por 12 itens que se destinam a avaliar as duas dimensões básicas de vinculação nos adultos: seis avaliam a *Ansiedade* e seis avaliam o *Evitamento*. Os sujeitos respondem numa escala de tipo Likert que vai de Discordo fortemente (1) a Concordo fortemente (7). O estudo original revelou boas características psicométricas, apresentando valores de  $\alpha$  de Cronbach de .78 (Ansiedade) e de .84 (Evitamento) (Wei et al., 2007).

#### Sintomatologia psicopatológica

A psicopatologia foi avaliada com o Brief Symptom Inventory (BSI; Derogatis, 1982/1993; VP: Canavarro, 2007), um questionário de autorresposta composto por 53 itens que avalia sintomatologia psicopatológica em termos de nove dimensões básicas de psicopatologia (Somatização; Obsessões-Compulsões; Sensibilidade Interpessoal; Depressão; Ansiedade; Hostilidade; Ansiedade Fóbica; Ideação Paranóide; e, Psicoticismo) e três índices globais: o Índice Geral de Sintomas (IGS); o Total de Sintomas Positivos (TSP); e, o Índice de Sintomas positivos (ISP). Neste, o indivíduo deve classificar o grau em que cada problema o afetou durante a última semana, numa escala de cinco pontos ancorada em Nunca (0) a MUITÍSSIMAS VEZES (4). O estudo de aferição do BSI para a população portuguesa revelou bons níveis de consistência interna nas suas nove escalas (entre .62 e .80), coeficientes teste-reteste (entre .63 e .81) e validade de constructo e discriminante (Canavarro, 2007). No presente estudo apenas foram utilizadas as dimensões de ansiedade e depressão.

#### Qualidade de Vida

Para avaliar a QdV foi utilizado o EUROHIS-QOL-8 (Power, 2003; VP: Pereira, Melo, Gameiro, & Canavarro, 2011), que consiste numa medida de autoavaliação da QdV, constituída por oito itens. Cada item é respondido através de uma escala de resposta de cinco pontos, variando entre Muito má e Muito boa ou Nada e Completamente ou ainda Muito insatisfeito(a) e Muito satisfeito(a). A partir do somatório dos oito itens, obtém-se um resultado total, sendo que a um valor mais elevado corresponde uma melhor percepção da QdV. No que diz respeito às características psicométricas do instrumento, o EUROHIS-QOL-8 apresentou, no estudo piloto, um  $\alpha$  de Cronbach de .78 (Power, 2003), no estudo de campo inicial, com uma amostra de 10 países (Schmidt, Mühlhan, & Power, 2006), apresentou um  $\alpha$

de Cronbach de .83, valor idêntico ao encontrado nos estudos da versão Portuguesa (Pereira et al., 2011).

No Quadro 2, são descritos os resultados das análises de fiabilidade realizadas para o conjunto dos instrumentos utilizados e para os três grupos em estudo.

**Quadro 2. Dados de fiabilidade dos instrumentos de avaliação quando aplicados aos três grupos em estudo**

Instrumento de avaliação	Variáveis avaliadas	Alfa de Cronbach		
		GCMD (n=54)	GCHD (n=54)	GC (n=108)
	Consenso	.78	.91	.72
Escala de Ajustamento	Satisfação	.80	.92	.80
Diádico – Revista (EAD-R)	Coessão	.79	.83	.65
	Total (14 itens)	.87	.95	.80
Experiência em Relações Próximas – Versão Reduzida (ERP-VR)	Ansiedade	.55	.77	.64
	Evitamento	.65	.80	.77
Brief Symptom Inventory (BSI)	Depressão	.92	.91	.81
	Ansiedade	.87	.79	.80
EUROHIS-QOL-8	Total (8 itens)	.89	.93	.77

Os valores de consistência interna obtidos revelaram-se aceitáveis para todos os instrumentos e para os três grupos, à exceção da dimensão ansiedade da escala de vinculação para o GCMD, cujo alfa de Cronbach ( $\alpha = 0.55$ ) é considerado inaceitável, implicando uma interpretação cuidadosa dos resultados.

### Análises estatísticas

O tratamento estatístico e análise dos dados foram realizados recorrendo à versão 20.0 do programa estatístico IBM SPSS (*Statistical Package for the Social Sciences*). Em primeiro lugar, para a caracterização da amostra, recorreu-se à estatística descritiva (frequências relativas, médias e desvios-padrão). Com o objetivo de averiguar a existência de diferenças entre os dois grupos constituídos, relativamente às variáveis consideradas, recorremos a testes de comparação de médias, nomeadamente a análises univariadas da variância (ANCOVA) e análises multivariadas da variância (MANCOVA) de medidas repetidas usando a variável género como fator intra-sujeitos (uma vez que os participantes estavam emparelhados em casais – o casal enquanto unidade de análise) e o grupo (clínicos vs. controlo) como fator entre-sujeitos, e os diferentes indicadores de adaptação (individual e conjugal) como variáveis dependentes<sup>3</sup>. O estudo das associações entre as variáveis em estudo foi realizado através de coeficientes de correlação Rho de Spearman. No que se prende com as análises de moderação mediada, recorreu-se à estratégia de *bootstrapping* recomendada por Preacher e Hayes (2008). O *bootstrapping* é um processo não paramétrico de amostragem com

<sup>3</sup> Dada a influência das variáveis idade, habilitações literárias e duração da relação conjugal nas variáveis analisadas, bem como na análise comparativa dos grupos em estudo, o efeito das mesmas foi controlado nas análises estatísticas.

reposição, no qual são calculados os efeitos indiretos de várias amostras do tamanho da amostra original. Este método é recomendado porque não requer a normalidade da distribuição (Hayes, 2009) e reduz a probabilidade de ocorrência de um Erro do Tipo I. Baseados numa macro para o SPSS deste autor (PROCESS; Hayes, 2012), nestas análises foram utilizadas 5000 reposições de amostragem (*bootstrapp samples*) e um intervalo de confiança a 95%. De acordo com Preacher e Hayes, os efeitos condicionais indiretos são significativos quando o zero não está incluído no intervalo de confiança (*Bias-corrected Bootstrap Confidence Interval*) (IC). Nestas análises, a variável preditora foi o ajustamento diádico, as variáveis dependentes foram o resultado total da qualidade de vida e as dimensões de sintomatologia depressão e ansiedade, e as dimensões de vinculação foram as variáveis mediadoras. Os moderadores foram o papel (doente/não doente) e o sexo (masculino/feminino). Deste modo, será possível identificar que variáveis (demográficas, clínicas, interpessoais e intrapessoais) poderão explicar a adaptação individual e relacional a um contexto de perturbação psiquiátrica.

## Resultados

Nesta secção encontram-se apresentados os resultados obtidos a partir das análises efetuadas, segundo a ordem dos objetivos enunciados na secção anterior.

### Adaptação individual (sintomatologia psicopatológica e qualidade de vida) e ajustamento diádico nos grupos clínicos e de controlo

No que diz respeito ao primeiro objetivo, no Quadro 3 encontram-se as estatísticas descritivas dos diferentes indicadores de adaptação individual (sintomatologia ansiosa e depressiva; qualidade de vida) e de ajustamento diádico dos três grupos de estudo, separadamente por género.

**Quadro 3. Estatísticas descritivas dos indicadores de adaptação individual e conjugal, por grupo e género**

	GCMD (n = 54)		GCHD (n = 54)		GC (n = 108)	
	Masculino	Feminino	Masculino	Feminino	Masculino	Feminino
	M (EP)	M (EP)	M (EP)	M (EP)	M (EP)	M (EP)
<b>Sintomatologia psicopatológica</b>						
Depressão	0.71 (0.14)	2.02 (0.17)	2.77 (0.14)	1.87 (0.17)	0.51 (0.10)	0.74 (0.12)
Ansiedade	0.48 (0.11)	1.75 (0.13)	2.10 (0.11)	1.17 (0.13)	0.50 (0.08)	0.78 (0.09)
<b>Qualidade de vida</b>						
Total	68.06 (2.83)	47.69 (2.94)	38.54 (2.83)	54.28 (2.94)	73.67 (2.00)	71.01 (2.08)
<b>Ajustamento diádico</b>						
Consenso	3.67 (0.16)	3.42 (0.17)	2.82 (0.16)	2.72 (0.17)	3.92 (0.11)	3.94 (0.12)
Satisfação	3.79 (0.16)	3.20 (0.18)	2.76 (0.16)	2.72 (0.18)	4.19 (0.11)	3.99 (0.13)
Coesão	2.30 (0.21)	2.31 (0.21)	1.69 (0.21)	1.58 (0.21)	3.18 (0.15)	3.35 (0.15)
Total	46.42 (2.10)	42.56 (2.26)	34.73 (2.09)	33.52 (2.25)	52.96 (1.45)	53.02 (1.56)

Em relação à sintomatologia psicopatológica, verificou-se um efeito multivariado significativo do grupo [Lambda de Wilks = 0.46,  $F_{(4, 202)} = 24.36$ ,  $p < .001$ ,  $\eta_p^2 = 0.33$ ]. Os testes univariados subsequentes mostraram efeitos significativos quer para a **sintomatologia depressiva** quer para a **sintomatologia ansiosa** (cf. Quadro 4) e mostraram que os casais dos três grupos em análise se distinguem significativamente entre si ( $p < .001$ ). Pela análise dos valores médios, os dois grupos clínicos apresentam valores mais elevados de sintomatologia depressiva e ansiosa em comparação com o GC (cf. Quadro 3). O efeito multivariado da variável género não se revelou estatisticamente significativo [Lambda de Wilks = 1.00,  $F_{(2, 101)} = 0.12$ ,  $p = .891$ ,  $\eta_p^2 = 0.002$ ]. Os efeitos de interação entre o género e o grupo também se revelaram significativos [Lambda de Wilks = 0.39,  $F_{(4, 202)} = 30.79$ ,  $p < .001$ ,  $\eta_p^2 = 0.38$ ]. Os testes univariados revelaram efeitos significativos para a **sintomatologia depressiva** e para a **sintomatologia ansiosa** (cf. Quadro 4). Em ambas as dimensões, os efeitos de interação permitem verificar que os resultados das mulheres do GCMD se distinguem significativamente, quer das mulheres do grupo de controlo, quer dos homens do mesmo grupo clínico. Além disso, observámos que os resultados dos homens do GCMD se distinguem significativamente dos homens do GCHD mas não do GC. Na Figura 2, encontra-se a ilustração gráfica dos efeitos de interação.

**Quadro 4. Efeitos principais das variáveis grupo, género e interação nos indicadores de adaptação individual e conjugal**

	Grupo		Género		Grupo X Género	
	<i>F</i>	$\eta_p^2$	<i>F</i>	$\eta_p^2$	<i>F</i>	$\eta_p^2$
<b>Sintomatologia psicopatológica</b>						
Depressão	60.63***	.54	0.04	.00	39.72***	.44
Ansiedade	33.83***	.40	0.05	.00	79.97***	.61
<b>Qualidade de vida</b>						
Total	35.44***	.41	1.29	.01	33.22***	.39
<b>Ajustamento diádico</b>						
Consenso	18.70***	.27	0.02	.00	1.37	.03
Satisfação	25.02***	.33	0.09	.00	4.61*	.08
Coesão	26.07***	.34	3.98	.04	0.96	.02
Total	28.8***	.36	0.91	.01	2.32	.04

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

Em relação à **qualidade de vida**, registou-se um efeito significativo do grupo e de interação. O efeito do género não se revelou estatisticamente significativo (cf. Quadro 4). Pela análise dos valores médios, podemos observar que os casais dos grupos clínicos apresentam pior perceção de QdV comparativamente ao grupo de controlo (cf. Quadro 3). O efeito de interação encontrado sugere que os homens do GCMD se distinguem quer dos homens do GCHD, quer das mulheres de ambos os grupos clínicos (cf. Figura 2).

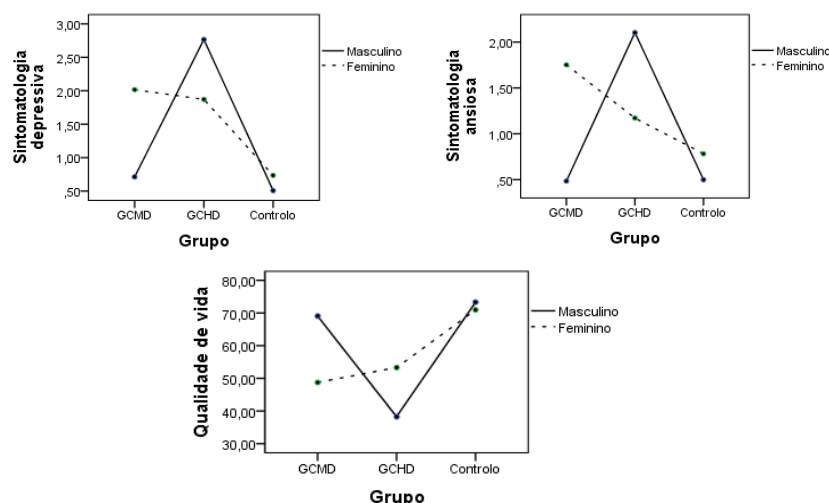


Figura 2. Gráficos de interação Grupo x Género nos indicadores de adaptação individual.

Em relação ao resultado total do **ajustamento diádico**, registou-se um efeito multivariado significativo do grupo [Lambda de Wilks = 0.60,  $F_{(6, 200)} = 9.83$ ,  $p < .001$ ,  $\eta_p^2 = 0.23$ ]. A partir dos testes *post hoc* de *Bonferroni*, constatou-se que os três grupos se distinguem significativamente entre si, apresentando os casais do GCHD os valores mais baixos de ajustamento diádico (cf. Quadro 3). Relativamente às dimensões, verificou-se um efeito significativo do grupo em todas as dimensões (cf. Quadro 4). Em relação ao **consenso**, a partir dos testes *post hoc*, verificou-se que os casais do GCHD se distinguem significativamente das díades do GCMD ( $p < .01$ ) e do GC ( $p < .001$ ), apresentando valores mais baixos nesta dimensão. Os casais do GCMD não se diferenciam significativamente dos do GC ( $p = .142$ ). Para a **coesão**, observou-se que os casais dos grupos clínicos apresentam níveis de coesão significativamente mais baixos do que os dos casais do GC ( $p < .001$ ), não se verificando diferenças significativas entre os grupos clínicos ( $p = .051$ ). No que se prende com a **satisfação**, constatámos que os três grupos se distinguem significativamente entre si (cf. Quadro 3). O efeito de género foi estatisticamente significativo [Lambda de Wilks = 0.85,  $F_{(3, 100)} = 1.42$ ,  $p = .001$ ,  $\eta_p^2 = .15$ ]. Os testes univariados mostraram que homens e mulheres se distinguem na dimensão **satisfação**, mais elevada entre os homens. O efeito de interação entre o género e o grupo não foi significativo [Lambda de Wilks = 0.89,  $F_{(6, 200)} = 1.94$ ,  $p = .076$ ,  $\eta_p^2 = .06$ ].

### Associação entre o ajustamento diádico e a adaptação individual e efeitos do parceiro nos grupos clínicos e de controlo

As correlações Rho de *Spearman* entre as dimensões do ajustamento diádico e os indicadores de adaptação individual da mulher e do parceiro encontram-se nos Quadros 5, 6 e 7, em função do grupo em análise.

No Quadro 5 encontram-se descritas as correlações entre as dimensões do ajustamento diádico e os indicadores de adaptação individual da mulher (doente) e do parceiro. Não foram encontradas correlações com significância estatística entre o ajustamento diádico da doente e a sua adaptação individual nem com os indicadores do parceiro. Relativamente ao ajustamento diádico

do parceiro, apenas a dimensão *consenso* se correlacionou positiva e significativamente com a sua QdV.

**Quadro 5. Correlações entre as dimensões do ajustamento diádico e a adaptação individual (GCMD)**

	Adaptação individual (doente)			Adaptação individual (parceiro)		
	DEP	ANS	QDV	DEP	ANS	QDV
<b>Ajustamento diádico (doente)</b>						
Consenso	-.08	.21	.05	.24	-.08	-.08
Satisfação	-.10	-.03	-.02	.17	-.22	-.05
Coessão	-.23	-.12	.38	.20	.10	.13
Total	-.15	.05	.17	.32	-.07	-.04
<b>Ajustamento diádico (parceiro)</b>						
Consenso	-.18	-.27	.21	-.22	-.34	<b>.39*</b>
Satisfação	-.11	-.14	.14	-.12	-.37	.29
Coessão	-.21	-.26	.33	.20	-.10	.19
Total	-.23	-.28	.29	-.03	-.31	.35

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

Legenda: DEP = depressão do BSI; ANS = ansiedade do BSI; QDV = qualidade de vida.

No grupo clínico onde o elemento doente é o homem (cf. Quadro 6), foi possível observar a existência de correlações significativas entre maiores valores de ajustamento diádico e menor sintomatologia ansiosa e depressiva, por um lado, e melhor QdV, por outro, quer do(a) próprio(a) quer do(a) parceiro(a). As correlações são maioritariamente fortes, com uma variação entre  $-.40$  (entre o total do ajustamento diádico do parceiro e os valores de sintomatologia ansiosa do doente) e  $.83$  (entre a coessão do parceiro e a sua QdV). De assinalar que as associações mais fortes se registaram entre as dimensões e o total do ajustamento diádico do parceiro e os seus indicadores de adaptação individual, a um nível de significação  $< .001$ .

**Quadro 6. Correlações entre as dimensões do ajustamento diádico e a adaptação individual (GCHD)**

	Adaptação individual (doente)			Adaptação individual (parceiro)		
	DEP	ANS	QDV	DEP	ANS	QDV
<b>Ajustamento diádico (doente)</b>						
Consenso	-.43*	-.47*	.74***	-.56**	-.69***	.74***
Satisfação	-.39*	-.17	.68***	-.66***	-.57**	.70***
Coessão	-.59**	-.32	.72***	-.75***	-.64***	.80***
Total	-.53**	-.43*	.81***	-.66***	-.72***	.81***
<b>Ajustamento diádico (parceiro)</b>						
Consenso	-.43*	-.44*	.74***	-.64***	-.75***	.76***
Satisfação	-.45*	-.18	.58**	-.82***	-.63***	.79***
Coessão	-.64***	-.45*	.73***	-.77***	-.77***	.83***
Total	-.50**	-.40*	.72***	-.74***	-.75***	.82***

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

Legenda: DEP = depressão do BSI; ANS = ansiedade do BSI; QDV = qualidade de vida.

Em relação ao grupo de controlo, as correlações entre o ajustamento diádico e a adaptação individual dos parceiros não se revelaram estatisticamente significativas, à exceção da dimensão *consenso* da mulher que se correlacionou negativamente com os seus valores de sintomatologia depressiva ( $r = -.35$ ) e da dimensão *satisfação* da mulher que apresentou uma correlação negativa e estatisticamente significativa com os seus valores de sintomatologia ansiosa ( $r = -.31$ ) (cf. Quadro 7). As correlações registadas atingiram valores baixos.

**Quadro 7. Correlações entre as dimensões do ajustamento diádico e a adaptação individual (GC)**

	Adaptação individual (mulher)			Adaptação individual (homem)		
	DEP	ANS	QDV	DEP	ANS	QDV
<b>Ajustamento diádico (mulher)</b>						
Consenso	-.35*	-.25	.21	-.09	.09	.20
Satisfação	-.20	-.31*	.18	-.12	-.03	-.004
Coesão	-.07	.01	.15	-.06	.13	-.001
Total	-.27	-.21	.24	-.13	.09	.10
<b>Ajustamento diádico (homem)</b>						
Consenso	-.08	-.08	-.05	-.04	-.07	.08
Satisfação	-.13	-.04	-.01	-.07	.05	-.09
Coesão	-.10	.12	.13	-.04	.17	.05
Total	-.08	.08	.06	-.06	.13	.01

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

Legenda: DEP = depressão do BSI; ANS = ansiedade do BSI; QDV = qualidade de vida.

### Dimensões e estilos de vinculação dos elementos do casal e análise da congruência/incongruência de estilo de vinculação intra-casal nos grupos clínicos e de controlo

No Quadro 8 encontram-se as estatísticas descritivas das dimensões de vinculação dos três grupos de estudo, separadamente por género.

No que respeita às **dimensões de vinculação** registou-se um efeito multivariado significativo do grupo [Lambda de Wilks = 0.75,  $F_{(4, 202)} = 7.99$ ,  $p < .001$ ,  $\eta_p^2 = 0.14$ ], de género [Lambda de Wilks = 0.90,  $F_{(2, 101)} = 5.84$ ,  $p = .004$ ,  $\eta_p^2 = 0.10$ ], bem como de interação entre o género e o grupo [Lambda de Wilks = 0.88,  $F_{(4, 202)} = 3.32$ ,  $p = .012$ ,  $\eta_p^2 = 0.06$ ].

**Quadro 8. Estatísticas descritivas das dimensões de vinculação, por grupo e género**

	GCMD ( $n = 54$ )		GCHD ( $n = 54$ )		GC ( $n = 108$ )	
	Masculino	Feminino	Masculino	Feminino	Masculino	Feminino
	M (EP)	M (EP)	M (EP)	M (EP)	M (EP)	M (EP)
<b>Vinculação</b>						
Ansiedade	3.67 (0.22)	4.46 (0.21)	4.01 (0.22)	4.17 (0.21)	3.53 (0.15)	3.60 (0.15)
Evitamento	2.75 (0.21)	2.84 (0.19)	3.49 (0.21)	2.86 (0.19)	2.14 (0.15)	2.03 (0.13)

Em relação à dimensão **ansiedade**, pela análise dos valores médios, verificou-se que os casais dos grupos clínicos apresentam valores mais elevados nesta dimensão comparativamente ao GC, embora os testes *post*

Influência da vinculação no adulto na associação entre o ajustamento diádico e o ajustamento individual: Um estudo comparativo com casais com perturbação mental e casais da população geral  
Stephanie Raquel Gonçalves Alves (e-mail: stephanie.alves17@hotmail.com) 2013



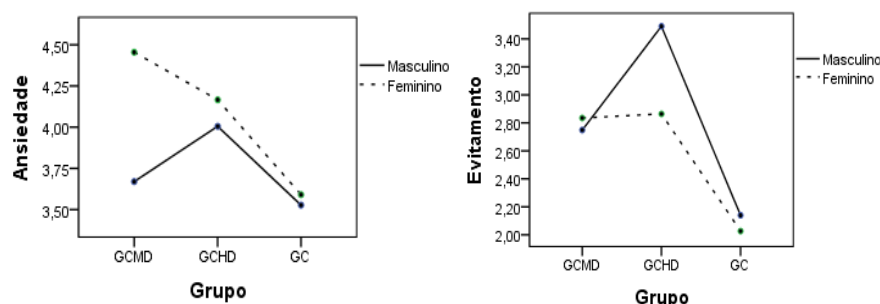
*hoc* não tenham revelado diferenças significativas (cf. Quadro 8). O efeito de interação encontrado nesta dimensão (cf. Quadro 9) sugere que as mulheres do GCMD se distinguem quer das mulheres do GC quer dos homens do mesmo grupo clínico (cf. Figura 3).

Relativamente à dimensão **evitamento**, no que respeita aos efeitos de grupo, os testes univariados revelaram que os casais dos grupos clínicos apresentaram valores mais elevados comparativamente ao GC, sendo o efeito univariado estatisticamente significativo (cf. Quadro 9). No que respeita ao género, o efeito univariado foi também estatisticamente significativo e os resultados mostraram que os homens apresentaram valores mais elevados que as mulheres (cf. Quadro 8). O efeito de interação, também significativo, sugere que os homens do GCHD se distinguem quer dos homens do GCMD e do GC quer das mulheres do mesmo grupo clínico (cf. Figura 3).

**Quadro 9. Efeitos principais das variáveis grupo, género e interação nas dimensões de vinculação**

	Grupo		Género		Grupo X Género	
	F	$\eta_p^2$	F	$\eta_p^2$	F	$\eta_p^2$
<b>Vinculação</b>						
Ansiedade	4.23*	.08	2.13	.02	3.21*	.06
Evitamento	15.00***	.23	7.59**	.07	3.35*	.06

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



**Figura 3. Gráficos de interação Grupo x Género nas dimensões de vinculação.**

A título exploratório, procurou-se avaliar os estilos de vinculação das díades do estudo. Para esse efeito, tendo em conta os resultados obtidos nas dimensões ansiedade e evitamento, em primeiro lugar procedeu-se à classificação dos participantes nos quatro estilos de vinculação propostos por Bartholomew e Horowitz (1991): seguro, preocupado, amedrontado e desligado. Tendo em consideração que esta tipologia considera a existência de um estilo seguro e três estilos inseguros, por questões de simplicidade e dada a natureza exploratória desta análise, os estilos inseguros foram agrupados em apenas uma categoria.

Deste modo, relativamente aos **estilos de vinculação**, a análise comparativa dos grupos mostrou a existência de diferenças estatisticamente significativas, quer para os homens [ $\chi^2_{(2)} = 15.27$ ,  $p < .001$ ,  $V$  de Cramer = 0.38], quer para as mulheres [ $\chi^2_{(2)} = 13.41$ ,  $p < .01$ ,  $V$  de Cramer = 0.35]. No Quadro 10, é possível observar uma distribuição equivalente entre as mulheres do GCMD e do GCHD (em ambos os grupos, 70.4% das mulheres

reportam um estilo de vinculação inseguro). No que diz respeito ao sexo masculino, 85.2% dos homens do GCHD apresentam um estilo de vinculação inseguro, ao passo que no GCMD a maioria dos homens refere um estilo de vinculação seguro (55.6%). Relativamente ao GC, tanto a maioria das mulheres como a dos homens apresenta um estilo de vinculação seguro (64.8% e 59.3%, respetivamente).

**Quadro 10. Caracterização dos estilos de vinculação, por grupo e género**

	GCMD (n = 54)		GCHD (n = 54)		GC (n = 108)	
	n	%	n	%	n	%
<b>Estilo inseguro</b>						
Masculino	12	44.4	23	85.2	22	40.7
Feminino	19	70.4	19	70.4	19	35.2
<b>Estilo seguro</b>						
Masculino	15	55.6	4	14.8	32	59.3
Feminino	8	29.6	8	29.6	35	64.8

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

Relativamente à **congruência/incongruência do estilo de vinculação intracasal**, registou-se a existência de diferenças significativas [ $\chi^2_{(8)} = 59.83$ ,  $p < .001$ ,  $V$  de Cramer = 0.53]. Em relação à **congruência intracasal**, foi possível observar que a maioria dos casais do GCHD (63.0%) e 33.3% dos do GCMD são compostos por ambos os elementos com um estilo de vinculação inseguro. Quanto à **incongruência intracasal**, verificou-se que na maioria dos casais do GCMD (37.0%) e em 22.2% dos do GCHD, é o elemento doente que apresenta um estilo de vinculação inseguro. No GC, a maioria de ambos os membros dos casais reporta um estilo de vinculação seguro (44.4%), sendo que 33% apresentam incongruência relativamente ao seu estilo de vinculação. Os resultados dos estilos de vinculação encontram-se expostos no Quadro 11.

**Quadro 11. Caracterização da congruência/incongruência do estilo de vinculação intracasal**

	GCMD (n = 54)		GCHD (n = 54)		GC (n = 108)	
	n	%	n	%	n	%
<b>Congruência intracasal</b>						
Ambos seguros	5	18.5	2	7.4	24	44.4
Ambos inseguros	9	33.3	17	63.0	12	22.2
<b>Incongruência intracasal</b>						
Seguro-Inseguro	-	-	-	-	18	33.3
Doente seguro-Parceiro inseguro	3	11.1	2	7.4	-	-
Doente inseguro-Parceiro seguro	10	37.0	6	22.2	-	-

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

### **Associação entre as dimensões de vinculação e os indicadores de adaptação individual e conjugal e análise dos efeitos do parceiro nos grupos clínicos e de controlo**

A análise das correlações de *Spearman* entre as dimensões de vinculação e os indicadores de adaptação da mulher e do parceiro encontram-se nos Quadros 12, 13 e 14, em função do grupo em análise.

Influência da vinculação no adulto na associação entre o ajustamento diádico e o ajustamento individual: Um estudo comparativo com casais com perturbação mental e casais da população geral  
Stephanie Raquel Gonçalves Alves (e-mail: stephanie.alves17@hotmail.com) 2013

Relativamente ao GCMD (cf. Quadro 12), não foram encontradas correlações com significação estatística quer entre as dimensões de vinculação do parceiro (homem) e seus indicadores de adaptação quer com a adaptação individual e conjugal do elemento doente (mulher). Em relação às dimensões de vinculação da mulher, apenas a dimensão *evitamento* se correlacionou significativa e negativamente quer com o seu ajustamento diádico ( $r = -.64$ ), quer com a adaptação conjugal do parceiro ( $r = -.38$ ) (cf. Quadro 12).

**Quadro 12. Correlações entre as dimensões de vinculação e a adaptação individual e conjugal (GCMD)**

	Adaptação (doente)				Adaptação (parceiro)			
	DEP	ANS	QDV	Total AD	DEP	ANS	QDV	Total AD
<b>Vinculação (doente)</b>								
Ansiedade	.15	.11	-.01	-.22	-.19	.004	.20	-.05
Evitamento	.21	.05	-.02	<b>-.64***</b>	-.21	-.21	.07	<b>-.38*</b>
<b>Vinculação (parceiro)</b>								
Ansiedade	-.10	-.03	.09	-.17	.02	-.11	-.27	-.26
Evitamento	.05	.09	.11	-.11	.23	.18	-.16	-.17

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

Legenda: DEP = depressão do BSI; ANS = ansiedade do BSI; QDV = qualidade de vida; Total AD = total de ajustamento diádico.

Globalmente, no grupo clínico onde o elemento doente é o homem (cf. Quadro 13), foi possível observar correlações significativas entre valores mais elevados de *evitamento* e menor ajustamento individual (valores baixos de QdV e elevados de sintomatologia ansiosa e depressiva) e conjugal, quer do(a) próprio(a) quer do(a) parceiro(a). As correlações são maioritariamente moderadas e variaram entre .41 (entre o *evitamento* do doente e a sintomatologia depressiva do parceiro) e .75 (entre o *evitamento* do doente e o seu ajustamento diádico). No que diz respeito à dimensão *ansiedade*, apenas se registaram duas correlações estatisticamente significativas, e positivas, entre a *ansiedade* do parceiro e a sua sintomatologia depressiva ( $r = .42$ ) e ansiosa ( $r = .40$ ).

**Quadro 13. Correlações entre as dimensões de vinculação e a adaptação individual e conjugal (GCHD)**

	Adaptação (doente)				Adaptação (parceiro)			
	DEP	ANS	QDV	Total AD	DEP	ANS	QDV	Total AD
<b>Vinculação (doente)</b>								
Ansiedade	-.04	-.25	.13	.02	.03	.004	-.02	.01
Evitamento	.38	.31	<b>-.65***</b>	<b>-.75***</b>	<b>.41*</b>	<b>.56**</b>	<b>-.47*</b>	<b>-.61**</b>
<b>Vinculação (parceiro)</b>								
Ansiedade	.16	.08	-.14	-.25	<b>.42*</b>	<b>.40*</b>	-.30	-.27
Evitamento	.37	<b>.43*</b>	<b>-.47*</b>	<b>-.65***</b>	.30	<b>.59**</b>	<b>-.59**</b>	<b>-.54**</b>

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

Legenda: DEP = depressão do BSI; ANS = ansiedade do BSI; QDV = qualidade de vida; Total AD = total de ajustamento diádico.

Influência da vinculação no adulto na associação entre o ajustamento diádico e o ajustamento individual: Um estudo comparativo com casais com perturbação mental e casais da população geral  
Stephanie Raquel Gonçalves Alves (e-mail: stephanie.alves17@hotmail.com) 2013

Em relação ao GC, foi possível observar, para a mulher, que valores mais elevados tanto na dimensão *ansiedade* como no *evitamento* se associavam significativamente com valores mais elevados de sintomatologia depressiva, sintomatologia ansiosa (à exceção da dimensão *evitamento*) e mais baixos de QdV e de ajustamento diádico, da própria (cf. Quadro 14). Relativamente ao homem, apenas se registaram correlações estatisticamente significativas entre a dimensão *ansiedade* e a sua adaptação individual, e com a sintomatologia depressiva ( $r = .33$ ) e a QdV da mulher ( $r = -.39$ ).

**Quadro 14. Correlações entre as dimensões de vinculação e a adaptação individual e conjugal (GC)**

	Adaptação (mulher)				Adaptação (homem)			
	DEP	ANS	QDV	Total AD	DEP	ANS	QDV	Total AD
<b>Vinculação (mulher)</b>								
Ansiedade	.43**	.33*	-.35*	-.40**	.23	.25	-.19	-.20
Evitamento	.40**	.20	-.32*	-.29*	.08	-.07	-.34*	-.27
<b>Vinculação (homem)</b>								
Ansiedade	.33*	.14	-.39**	-.22	.36**	.29*	-.36**	-.16
Evitamento	.25	.06	-.23	-.05	.09	.02	-.13	-.21

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

Legenda: DEP = depressão do BSI; ANS = ansiedade do BSI; QDV = qualidade de vida; Total AD = total de ajustamento diádico.

### **Análise do papel mediador das dimensões de vinculação e moderador do papel de doente e do sexo na associação entre o ajustamento diádico e o ajustamento individual**

Face ao objetivo de avaliar a mediação das dimensões de vinculação e potencial moderação do papel de doente e do sexo na associação entre o ajustamento diádico e o ajustamento individual, os resultados encontram-se nos quadros seguintes. Pela leitura do Quadro 15 é possível verificar que os efeitos diretos (para a totalidade da amostra) do ajustamento diádico nos indicadores de ajustamento são estatisticamente significativos, embora marginalmente significativo em relação à ansiedade, mostrando que um melhor ajustamento diádico está associado a menor sintomatologia depressiva e ansiosa e a melhor QdV.

**Quadro 15. Efeitos diretos do ajustamento diádico nos indicadores de ajustamento individual**

Efeitos diretos	Estimativa pontual	(EP)	<i>t</i>	<i>p</i>
Depressão	-0.28	0.06	-4.50	<.001
Ansiedade	-0.12	0.06	-1.88	.061
Qualidade de vida	0.41	0.06	6.72	<.001

Relativamente ao efeito mediador (da vinculação) e moderador (do papel de doente e do sexo), os resultados expostos nos quadros seguintes mostram que a associação entre o ajustamento diádico e o ajustamento individual (quer da sintomatologia depressiva e ansiosa quer da QdV) é mediada pelas dimensões de vinculação, mas apenas em níveis específicos dos moderadores, verificado através dos valores dos efeitos condicionais

indiretos, considerados significativos quando o zero não está incluído no IC. Designadamente, apenas para as mulheres doentes, a associação entre o ajustamento diádico e a adaptação individual é mediada pelas duas dimensões de vinculação. Estes dados significam que apenas nas mulheres doentes o ajustamento diádico se associa a menor ansiedade e evitamento que, por sua vez, se reflete em melhores resultados nos indicadores de ajustamento individual.

**Quadro 16. Efeitos condicionais indiretos: Estimativa pontual, erro padrão e intervalos de confiança a 95% para os efeitos indiretos do ajustamento diádico na depressão através das dimensões de vinculação nos diferentes níveis dos moderadores**

Efeitos condicionais indiretos		Estimativa pontual (EP)	Bootstrapp IC 95%	
Grupo	Sexo		Inferior	Superior
<i>Ansiedade</i>				
Doente	Masculino	-0.024 (0.02)	-0.084	0.007
Doente	Feminino	-0.094 (0.06)	<b>-0.233</b>	<b>-0.011</b>
Não doente	Masculino	-0.002 (0.04)	-0.113	0.058
Não doente	Feminino	-0.007 (0.09)	-0.242	0.130
<i>Evitamento</i>				
Doente	Masculino	-0.004 (0.05)	-0.074	0.113
Doente	Feminino	-0.095 (0.05)	<b>-0.218</b>	<b>-0.016</b>
Não doente	Masculino	-0.061 (0.12)	-0.298	0.156
Não doente	Feminino	0.003 (0.17)	-0.384	0.299

**Quadro 17. Efeitos condicionais indiretos: Estimativa pontual, erro padrão e intervalos de confiança a 95% para os efeitos indiretos do ajustamento diádico na ansiedade através das dimensões de vinculação nos diferentes níveis dos moderadores**

Efeitos condicionais indiretos		Estimativa pontual (EP)	Bootstrapp IC 95%	
Grupo	Sexo		Inferior	Superior
<i>Ansiedade</i>				
Doente	Masculino	-0.012 (0.02)	-0.069	0.024
Doente	Feminino	-0.077(0.05)	<b>-0.197</b>	<b>-0.007</b>
Não doente	Masculino	0.016(0.06)	-0.042	0.251
Não doente	Feminino	-0.016(0.05)	-0.215	0.039
<i>Evitamento</i>				
Doente	Masculino	-0.009(0.05)	-0.107	0.087
Doente	Feminino	-0.132(0.06)	<b>-0.264</b>	<b>-0.035</b>
Não doente	Masculino	-0.071(0.14)	-0.360	0.187
Não doente	Feminino	0.055(0.13)	-0.191	0.319

**Quadro 18. Efeitos condicionais indiretos: Estimativa pontual, erro padrão e intervalos de confiança a 95% para os efeitos indiretos do ajustamento diádico na qualidade de vida através das dimensões de vinculação nos diferentes níveis dos moderadores**

Efeitos condicionais indiretos		Estimativa pontual (EP)	Bootstrapp IC 95%	
Grupo	Sexo		Inferior	Superior
<i>Ansiedade</i>				
Doente	Masculino	0.057(0.05)	-0.003	0.202
Doente	Feminino	0.049(0.04)	<b>0.003</b>	<b>0.160</b>
Não doente	Masculino	-0.007(0.04)	-0.122	0.049
Não doente	Feminino	-0.017(0.07)	-0.246	0.053
<i>Evitamento</i>				
Doente	Masculino	-0.036(0.05)	-0.183	0.038
Doente	Feminino	0.108(0.05)	<b>0.036</b>	<b>0.226</b>
Não doente	Masculino	0.208(0.12)	-0.001	0.449
Não doente	Feminino	-0.118(0.12)	-0.373	0.103

## Discussão

A presente investigação teve como principal objetivo analisar o impacto dos problemas de saúde mental na adaptação individual e diádica de ambos os elementos do casal, averiguando não só as associações bem documentadas empiricamente na literatura, mas também explorar o papel que outras variáveis poderão assumir neste contexto, nomeadamente o papel do ajustamento diádico e da vinculação no adulto. Os resultados obtidos, para os três grupos em análise, são agora discutidos à luz dos objetivos e hipóteses pré-estabelecidas, articulando-os com a revisão da literatura realizada.

Em primeiro lugar, no que respeita aos indicadores de **adaptação individual**, os resultados da comparação dos três grupos estudados nas dimensões de sintomatologia psicopatológica (depressão e ansiedade) e na QdV estão na mesma linha dos obtidos em investigações prévias. De facto, observámos que os casais dos grupos clínicos (em que a mulher é o elemento do doente – GCMD – ou o homem é o doente – GCHD), comparativamente aos casais do GC, apresentaram valores mais elevados de sintomatologia depressiva e ansiosa, o que corrobora os resultados encontrados noutros estudos com casais (e.g., Beach & Bodenmann, 2010; Heene et al., 2007; Homish et al., 2006; Kouros & Cummings, 2011; Pankiewicz et al., 2012). Relativamente à QdV, também foi aqui demonstrado que esta é sensível à presença de psicopatologia num dos cônjuges, apresentando os casais dos grupos clínicos valores significativamente inferiores aos do GC, o que vai ao encontro do observado em outros estudos com amostras semelhantes (Ishak et al., 2013). Os resultados obtidos vão também no sentido dos reportados em estudos com indivíduos experienciando problemas de saúde mental (e.g., Brett et al., 2012; Evans et al., 2007; Gameiro et al., 2008; Gamma & Angst, 2001; Ishak et al., 2013; Katschnig, 2006; Priebe et al., 2010) que demonstram que a QdV nestes sujeitos, que apresentam na sua maioria sintomas depressivos, é significativamente inferior à população geral. Dado o propósito do nosso estudo e pelo facto de não existirem, do nosso conhecimento, outros estudos que tivessem explorado o impacto da doença mental na QdV do parceiro, e no casal como um todo, não nos é possível realizar análises comparativas.

A presença de efeitos cruzados demonstrou que os companheiros de mulheres que estejam a passar por um problema de saúde mental não parecem ser tão afetados pela presença de psicopatologia no cônjuge, (i.e., a sua adaptação individual, em termos de expressão de psicopatologia e QdV, não se distingue significativamente dos homens do GC), comparativamente ao que acontece nas mulheres que vivem com um elemento doente, cuja adaptação individual é mais semelhante (i.e., representada por elevada sintomatologia depressiva e ansiosa e pior QdV), àquela apresentada pelas mulheres com problemas de saúde mental diagnosticados (GCMD).

Por um lado, a prevalência de quadros distintos em cada um dos grupos clínicos (i.e., de Perturbações do Humor no GCMD e de Perturbações pelo Uso de Substâncias comórbidas a Perturbações do Humor, no GCHD) poderão ter associados desafios particulares para os membros do casal, traduzidos num maior impacto sentido particularmente ao nível individual. O facto de as mulheres, no GCHD, apresentarem um ajustamento individual equivalente àquele verificado nas mulheres do GCMD (ou seja, mulheres doentes) pode estar, de facto, relacionado com as repercussões específicas

associadas aos comportamentos aditivos disfuncionais, para além de que a maioria apresenta comorbilidade com perturbações do humor. Por exemplo, e especificamente no caso do Alcoolismo, a literatura aponta consequências nefastas para a saúde física e emocional das companheiras de indivíduos com problemas do álcool (Cranford et al., 2011; Leonard & Eiden, 2007), associando-se frequentemente com a sintomatologia depressiva presente na companheira (Homish et al., 2006). Com efeito, e embora os grupos clínicos sejam constituídos por casais onde apenas um dos elementos tinha uma condição psiquiátrica diagnosticada, não nos é possível descartar totalmente a hipótese destas mulheres não apresentarem sintomas psicopatológicos, cujo número e/ou intensidade não sejam de relevância clínica, sendo a probabilidade de isso acontecer elevada (Heene et al., 2007). Aqui, em particular, estas mulheres poderão apresentar sintomas psicopatológicos em número e/ou intensidade suficientes para que estejam a experienciar um problema de saúde mental com relevância clínica, nomeadamente sintomas depressivos e ansiosos, justificando-se assim os seus resultados.

Por outro lado, o melhor ajustamento individual dos homens que vivem com um elemento doente (em comparação às companheiras de indivíduos doentes) poderá ser explicado por diferenças de género nas interações conjugais encontradas na literatura, nomeadamente no que no âmbito da depressão se tem vindo a constatar. Por exemplo, as mulheres estão mais orientadas para a relação comparativamente aos homens, sentem-se mais responsáveis pela resolução de dificuldades conjugais, enquanto os homens estão mais focados na independência (Beach & Bodenmann, 2010; Heene et al., 2007). De uma forma geral, homem e mulher, com as suas diferentes características biológicas e de personalidade, e formas diferentes de gerir os seus vários papéis sociais (Costa, Terracciano, & McCrae, 2001), poderão lidar com a presença de doença mental num dos conjuges de forma distinta; por exemplo, as mulheres têm, muitas vezes, múltiplas responsabilidades, que assumem quer estejam quer não estejam doentes, e tendem a se sentir mais sobrecarregadas pelas diversas tarefas a realizar, e tendo em conta, ainda, que a maioria tem filhos. Para além disso, a investigação sobre diferenças de género nas características da personalidade aponta que as mulheres, globalmente, apresentam mais traços de *neuroticismo* (comparativamente aos homens), que englobam uma maior propensão à experiência de estados emocionais negativos (e.g., sintomas depressivos e ansiosos, raiva, etc.), sendo mais sensíveis à vivência dos mesmos (Costa et al., 2001). Por outro lado, a interpretação dos efeitos cruzados encontrados deverá ainda ter em conta a duração média do quadro psiquiátrico, uma vez que é superior no GCMD (sensivelmente 11 anos) e poderá ter ocorrido um efeito de habituação por parte dos homens.

Tomadas no seu conjunto, estas considerações poderão, em parte, contextualizar o menor impacto nos homens, por um lado, e maior nas mulheres, por outro, que a presença de psicopatologia no outro cônjuge assume no contexto diádico.

Por sua vez, quando se comparam os três grupos considerando como variável dependente o conjunto das três dimensões e o valor total do **ajustamento diádico**, as diferenças entre os grupos são significativas e vão ao encontro das reflexões traçadas na literatura, que enfatizam o impacto significativo e negativo que problemas de foro mental têm no ajustamento conjugal (Baucom et al., 2012; Townsend et al., 2001; Whisman, 1999;

Whisman & Baucom, 2012), nomeadamente no que concerne aos sintomas depressivos (e.g., Beach et al., 2003; Heene et al., 2007; Kouros & Cummings, 2011; Røsand et al., 2012; Whisman & Uebelacker, 2009; Whisman et al., 2004) e às perturbações de consumo (Cranford et al., 2011; Leonard & Eiden, 2007; Marshal, 2003; Mudar et al., 2001; Ostermann et al., 2005). De facto, os grupos clínicos apresentam pior ajustamento diádico, no geral, e pior *consenso*, *coesão*, e *satisfação* conjugais, em particular, comparativamente aos casais da população-geral. A primeira hipótese do nosso estudo é assim confirmada.

Destaca-se o pior ajustamento diádico dos casais que estejam a passar por um problema de saúde mental do companheiro (casais do GCHD), particularmente no que concerne ao consenso conjugal (i.e., tomada de decisão, valores e afeto). Os resultados obtidos podem ser contextualizados na literatura que enfatiza o impacto particularmente significativo e negativo de problemas de abuso ou dependência de substâncias no seio conjugal (Leonard & Eiden, 2007). Para além disso, no caso específico das Perturbações pelo Uso de Substâncias, a evidência empírica tem demonstrado que o impacto na qualidade da relação diádica é significativamente maior, e negativo, quando apenas um dos elementos sofre desta problemática (comparativamente ao que se verifica quando ambos são consumidores), traduzindo-se, por exemplo no que especificamente ao consumo excessivo de álcool diz respeito, num pobre ajustamento conjugal (Homish & Leonard, 2007; Mudar et al., 2001), em níveis mais elevados de agressividade e violência na relação (Leonard & Eiden, 2007; Quigley & Leonard, 2000) e maior probabilidade de ruturas e divórcios (Ostermann et al., 2005). A provável presença de padrões de interação negativos entre os elementos dos casais desta amostra clínica, pautados por elevados níveis de negativismo (i.e., criticismo, hostilidade, distanciamento, etc.) e baixos níveis de empatia, intimidade, cumplicidade, entre outros, característicos de casais que experienciem um problema de abuso de substâncias do seu companheiro (Leonard & Eiden, 2007; Marshal, 2003) poderão justificar o facto dos casais deste grupo apresentarem pior ajustamento diádico.

No que concerne ao impacto mais significativo na satisfação conjugal das mulheres, comparativamente à dos homens, esta observação, no que às companheiras de homens doentes diz respeito, vai ao encontro do que vários autores (e.g., Cranford et al., 2011) têm demonstrado, nomeadamente, que uma história de alcoolismo crónico do companheiro pode ter efeitos adversos nos comportamentos diádicos da companheira, traduzidos num maior negativismo (e.g., criticismo) e pobre ajustamento conjugal percebido, acompanhados por elevados níveis de violência conjugal do homem para a mulher, afetando o seu bem-estar e saúde emocional (Homish et al., 2006). Estas considerações também poderão reforçar as hipóteses mencionadas, a respeito das consequências nefastas destes quadros clínicos na saúde emocional e QdV destas mulheres. Além disso, e tal como referido, a ausência de sintomas psicopatológicos com significado clínico no parceiro do elemento doente, uma condição inerente à participação no estudo (cf. critérios de inclusão/exclusão), poderá não estar a ser cumprida, podendo estas mulheres apresentarem sintomas psicopatológicos de relevância clínica, nomeadamente depressivos e ansiosos, justificando, por sua vez, o seu baixo ajustamento diádico. Por exemplo, se sintomas depressivos estiverem presentes no elemento “saudável”, estes poderão justificar quer o



pior ajustamento individual, quer o pior ajustamento conjugal, atendendo às repercussões largamente estudadas que consideram que a relação conjugal pode ser mais vulnerável à presença de sintomas depressivos nas mulheres comparativamente à sua existência nos homens (cf. Beach & Bodenmann, 2010; Heene et al., 2007; Johnson & Jacob, 1997, 2000). A probabilidade destas mulheres também experienciarem qualquer tipo de problema relacionado com substâncias também não pode ser descartada, embora a literatura refira que, neste domínio da psicopatologia, o facto dos dois elementos terem comportamentos aditivos disfuncionais possa ter menor impacto na qualidade da relação percebida (Homish & Leonard, 2007; Mudar et al., 2001; Ostermann et al., 2005; Quigley & Leonard, 2000), o que, no presente estudo, não se verifica. Para além disso, a pior satisfação conjugal destas mulheres, poderá também explicar a pobre adaptação individual manifestada, dada vasta investigação empírica que documenta que o funcionamento conjugal influencia a saúde mental, o bem-estar e a QdV de ambos os companheiros (Arriaga, 2001; Baucom et al., 2012; Baumeister & Leary, 1995; Norgren et al., 2004; Scorsolini-Comin & Santos, 2011; Whisman & Baucom, 2012). Estas hipóteses serão discutidas posteriormente.

Por sua vez, a baixa satisfação das mulheres doentes (GCMD) é coerente com a literatura, que tem vindo a demonstrar que mulheres com perturbações do humor tendem a reportar uma pobre satisfação diádica (Kouros & Cummings, 2011; Whisman & Uebelacker, 2009; Whisman et al., 2004) podendo esta exacerbar a sintomatologia depressiva presente (e.g., Beach et al., 2003; Kouros & Cummings, 2011). Os resultados indicam-nos, contudo, que todas as mulheres, globalmente, se distinguem dos homens nesta variável. Bradbury et al. (2000) sugerem que, geralmente, as mulheres são mais sensíveis que os homens a aspetos da relação conjugal, e fazem mais esforços românticos relativamente a essa relação (Heene et al., 2005; Scott & Cordova, 2002), o que vai ao encontro dos resultados observados em estudos sobre diferenças de género nas características de personalidade (cf. Costa et al., 2001), o que poderá justificar o facto de as mulheres, de forma global, serem mais afetadas pela qualidade da relação.

No que diz respeito às considerações traçadas em relação aos grupos clínicos, importa salientar que, embora tenhamos estatisticamente controlado o efeito da duração da relação conjugal nas análises realizadas, é provável que o próprio ajustamento à doença do cônjuge seja influenciado pelos anos da relação, sendo uma variável considerada importante em estudos que pretendem a comparação das díades (Cranford et al., 2011). Outras variáveis não foram estudadas no nosso estudo, tais como variáveis de personalidade e o ambiente familiar alargado que, particularmente no campo das adições, assume uma importância considerável e poderá moderar o impacto do abuso na relação conjugal (Cranford et al., 2011). Embora não se tenham formulado hipóteses acerca da presença de efeitos de interação, é de realçar que as considerações aqui traçadas alertam-nos para a possível especificidade do género e/ou do quadro psiquiátrico, ou ainda, da pertinência de se considerar a duração da perturbação psiquiátrica.

No que respeita ao **papel do ajustamento diádico na adaptação individual do parceiro doente e do parceiro saudável**, se a literatura refere que a relação conjugal é considerada um importante fator para a saúde mental de ambos os elementos (Baucom et al., 2012; Khaleque, 2004;

Loving & Slatcher, 2013; Norgren et al., 2004; Whisman & Baucom, 2012), podendo atuar como um fator protetor quando em situações de stress emocional, diminuindo a possível expressão de psicopatologia (Røsand et al., 2012), na presente investigação, estas evidências apenas se verificaram no padrão associativo encontrado nos casais onde o doente é o homem (GCHD), onde melhores valores de ajustamento diádico se associam com menor sintomatologia ansiosa e depressiva, por um lado, e maior qualidade de vida, por outro, quer do(a) próprio(a) quer do(a) parceiro(a).

Os resultados obtidos estão em linha com os verificados por Røsand et al. (2012) que verificaram que o ajustamento diádico, quando positivo, se associa a maior satisfação com a vida e menores níveis de depressão, e poderá atuar como um fator protetor num contexto de perturbação mental. Curiosamente, as correlações foram mais fortes e significativas entre o ajustamento diádico da mulher (elemento saudável) e os seus indicadores de adaptação individual, sugerindo que a qualidade relacional percebida pela própria assume uma clara importância ao nível do seu bem-estar emocional e em termos da QdV percebida, o que vai ao encontro das reflexões realizadas acima, embora numa leitura inversa: o pior ajustamento diádico destas companheiras associa-se a pior ajustamento individual. Estas constatações vão no sentido dos resultados encontrados por Heene et al. (2005) e Wishman et al. (2004), que indicam que a atribuição feita pelos parceiros relativamente à origem da sua sintomatologia depressiva, por exemplo, é diferente, sendo que são as mulheres que mais consistentemente atribuem o seu humor depressivo a uma pobre satisfação conjugal (Fincham et al., 1997). No que diz especificamente respeito à QdV, os resultados observados no nosso estudo poderão refletir o constatado por Gamma e Angst (2001), num estudo com homens e mulheres com perturbação psiquiátrica, que a QdV das mulheres seria mais influenciada pela relação com o companheiro comparativamente aos homens.

Sublinha-se ainda os efeitos do parceiro aqui presentes, que nos dão conta da interdependência no seio conjugal e da importância de se assumir uma perspetiva diádica neste contexto, uma vez que o ajustamento conjugal de um dos companheiros não é apenas importante para a sua saúde mental mas também para a saúde mental do companheiro (Whisman & Baucom, 2012). No GCHD, o ajustamento conjugal de cada parceiro encontra-se negativamente associado quer com os seus níveis de sintomatologia depressiva e ansiosa, quer com a sintomatologia do parceiro, congruentes com os resultados de vários estudos (e.g., Beach et al., 2003; Kouros & Cummings, 2011; Whisman et al., 2004). O ajustamento diádico de cada elemento do casal encontra-se ainda positivamente relacionado com a QdV quer do(a) próprio(a) quer do(a) parceiro(a), apresentando-se a qualidade das relações conjugais, tal como percebida pelos dois elementos, como importantes componentes da QdV de ambos os companheiros, à semelhança do que alguns autores já tinham verificado para as relações familiares e sociais, no sentido lato do termo, quer na população geral (e.g., Hansson, 2006; Skevington et al., 2004) quer em amostras clínicas (Bengtsson-Tops & Hansson, 2001; Connell et al., 2012; Hansson & Björkman, 2006; Suresky et al., 2008; Yanos et al., 2001). Não foi realizado nenhum estudo, do nosso conhecimento, focado na relação conjugal em particular. Para além disso, a escassez de estudos no campo das adições não nos permite comparar as observações realizadas.

Por sua vez, o padrão de associação encontrado no grupo clínico onde o elemento doente é a mulher (GCMD) sugere que estes casais podem estar numa situação de maior vulnerabilidade, ao não existir uma relação significativa entre os indicadores de adaptação relacionais e individuais. Com efeito, a investigação nesta área tem demonstrado que se os indivíduos experienciam dificuldades na relação conjugal tendem a expressar um maior número de problemas psicológicos (Khaleque, 2004) e respondem menos aos tratamentos individualizados dirigidos à sua perturbação, uma vez que o *distress* conjugal não é abordado no processo terapêutico (Baucom et al., 2012; Whisman & Baucom, 2012). Nesta linha, a promoção da proximidade da díade de forma a ultrapassar a adversidade poderá constituir um importante recurso de adaptação e, até mesmo, contribuir para a eliminação de um fator de inadaptação, com importância quer a nível individual, quer a nível relacional, como se verificou no grupo analisado anteriormente. A investigação empírica no campo das perturbações do humor, mais especificamente, na depressão, tem demonstrado que o ajustamento conjugal pode ser um importante fator protetor neste campo, ao reduzir a expressão de sintomatologia psicopatológica nos seus elementos (Røsand et al., 2012), no entanto, no presente estudo este não parece assumir esta função nem ir ao encontro dos estudos realizados no campo da depressão que demonstraram relações significativas entre a adaptação conjugal e individual quer do próprio quer do parceiro (e.g., Beach et al., 2003; Kouros & Cummings, 2011; Whisman et al., 2004).

Mais uma vez, as questões do género do elemento doente e/ou o tipo de perturbação diagnosticada poderão explicar os distintos padrões de associação encontrados quando comparamos os dois grupos clínicos, alertando-nos para o facto de no campo das Perturbações do Humor, a promoção do ajustamento conjugal possa ser considerado um objetivo prioritário. Posto isto, considera-se que a nossa segunda hipótese de trabalho apenas foi confirmada no grupo clínico onde o elemento doente é o homem.

Em relação às **dimensões de vinculação**, observámos que os grupos clínicos reportam valores mais elevados de *ansiedade* (embora as diferenças entre os três grupos em análise não sejam significativas) e, em particular, as mulheres com um problema de saúde mental diagnosticado. Também no que concerne à dimensão *evitamento*, os grupos clínicos apresentaram resultados superiores em relação ao grupo de controlo, e o mesmo se constata em relação aos homens, na generalidade, que revelaram resultados superiores aos obtidos pelas mulheres, em especial aqueles que sofrem de uma perturbação mental (na sua maioria, perturbações pelo uso de substâncias comórbidas a perturbações do humor).

De forma global, a literatura tem apontado, por um lado, que uma vinculação segura no adulto (traduzida por baixos níveis de *ansiedade* e *evitamento*) se associa a bem-estar emocional e físico (Karreman & Vingerhoets, 2012; Lavy & Littman-Ovadia, 2011; Loving & Slatcher, 2013; Wei et al., 2011), sendo considerada um fator importante para o ajustamento psicológico dos indivíduos (Mikulincer & Shaver, 2007, 2012). Por outro lado, quer nos reportemos à dimensão *ansiedade* ou *evitamento* ou a ambas, os indivíduos com elevados níveis nas duas dimensões tendem a experienciar maior sofrimento psicológico e psicopatologia (Heene et al., 2005, 2007; Mikulincer & Shaver, 2012; Scharfe, 2007). Nesta linha, ao observarmos os valores médios superiores (em ambas as dimensões) dos

casais dos grupos clínicos em relação aos do GC, podemos considerar que esta observação vai ao encontro do referido na literatura, uma vez que estes casais, tal como já mencionado, apresentam um pior ajustamento individual em comparação com os casais do GC, tendo assim uma maior probabilidade de terem uma vinculação insegura ou da presença desta os predispor a maior vulnerabilidade para perturbações mentais o que, de acordo com alguns autores (e.g., Mikulincer & Shaver, 2012), tal pode acontecer. Por outro lado, a presença de valores ou mais elevados de *ansiedade* ou de *evitamento* (indicadores de um estilo de vinculação mais inseguro) poderão se relacionar com o baixo ajustamento diádico dos grupos clínicos, uma vez que os estudos nesta área têm demonstrado padrões de associações nesse sentido, nomeadamente no que à satisfação conjugal diz respeito (Butzer & Campbell, 2008; Campbell et al., 2005; Campbell et al., 2001; Collins & Feeney, 2004; Collins & Read, 1990; Feeney, 1999ab; Kachadourian et al., 2004; Krenke, 2006; Mikulincer & Shaver, 2012; Ottu & Akpan, 2011; Reizer et al., 2010; Tran & Simpson, 2009).

Estas considerações são coerentes com a análise exploratória sobre os **estilos de vinculação**, onde observamos que tanto os homens como as mulheres do GC – que apresentaram uma adaptação individual mais favorável – reportam maioritariamente um estilo de vinculação seguro. A nossa terceira hipótese é assim confirmada. Nesta linha de ideias, a presença de uma vinculação segura nestes casais poderá estar relacionada, por um lado, com o seu melhor ajustamento individual, uma vez que os indivíduos com um estilo de vinculação seguro tendem a ter uma visão positiva de si, como globalmente competentes, traduzindo-se numa maior autoestima (Collins & Feeney, 2004; Collins & Read, 1990; Mikulincer & Shaver, 2007; Overall & Simpson, 2013; Shaver et al., 2005; Simpson & Rholes, 2012; Simpson, Rholes, & Nelligan, 1992) e, por outro, com os seus maiores níveis de ajustamento diádico, dado que a investigação nesta área tem demonstrado que estes indivíduos tendem a ter expectativas positivas em relação aos seus parceiros, como seres disponíveis, são mais responsivos às necessidades dos seus companheiros, envolvendo-se em comportamentos de proximidade, intimidade e compromisso, onde a satisfação experienciada, conduz a uma elevada qualidade percebida da relação, com elevados níveis de intimidade conjugal e sexual (Butzer & Campbell, 2008; Collins & Ford, 2010; Feeney, 1999a; Mikulincer et al., 2002; Mikulincer & Shaver, 2007; Simpson & Rholes, 2012; Simpson et al., 1992). Considerações adicionais acerca de possíveis relações entre as dimensões de vinculação e o bem-estar emocional, a QdV percebida e o ajustamento diádico serão feitas num ponto posterior.

O facto de serem as mulheres doentes que apresentam valores mais elevados na dimensão *ansiedade* e de na dimensão *evitamento* serem os homens doentes, poderá estar relacionado com as especificidades da sua condição de saúde mental. Em primeiro lugar, se tivermos em consideração as características particulares dos quadros psiquiátricos do humor, nomeadamente a autculpabilização excessiva, a elevada expressividade emocional negativa, a visão negativa do eu e dos outros, a hipersensibilidade, entre outras, especificamente observadas no contexto da depressão (Leahy et al., 2012), o facto de as mulheres doentes apresentarem um maior desejo de proximidade, proteção e tranquilização e de recorrerem a estratégias de hiperativação para lidar com a insegurança e a perturbação emocional é

compreensível. Por exemplo, as mulheres deprimidas (comparativamente aos homens deprimidos) tendem a ruminar mais e a envolverem-se em interações conjugais negativas das quais resultam maior ativação e maior demonstração de afetos negativos (e.g., criticismo, queixas, etc.) (Beach & Bodenmann, 2010). Além disso, e tal como referido acima, as mulheres deprimidas estão mais orientadas para a relação comparativamente aos homens, assumem frequentemente o papel de “gestora” de resolução de problemas diádicos (Beach & Bodenmann, 2010; Heene et al., 2007), o que poderá ser acompanhado por preocupações intensas acerca da disponibilidade do companheiro e do seu valor para este. Estas considerações vão no sentido daquelas retiradas por Wei et al. (2005), que verificaram que a relação entre a dimensão *ansiedade* e sintomatologia depressiva era mediada por elevada hipersensibilidade. De forma global, as características do indivíduo deprimido, na sua generalidade, cruzam questões nucleares da dimensão *ansiedade*, nomeadamente o facto dos indivíduos que pontuam elevado nesta dimensão se verem a si próprios como não dignos de afeto e apoio por parte dos outros, sem valor e sem confiança neles próprios, e a tendência de estes se envolverem em relações íntimas caracterizadas por afetos negativos, reações hipersensíveis de procura de proximidade e baixos níveis de confiança e satisfação percebida (Collins & Feeney, 2004; Collins & Read, 1990; Mikulincer & Shaver, 2007; Overall & Simpson, 2013; Shaver et al., 2005; Simpson & Rholes, 2012; Simpson et al., 1992). Ao nível cognitivo, os indivíduos deprimidos apresentam enviesamentos que modificam a sua leitura da realidade, nomeadamente uma atenção seletiva para acontecimentos/situações negativas e para as suas incompetências e os seus fracassos, bem como tendem a sobrevalorizar os aspetos negativos da sua vida, em detrimento dos aspetos positivos, como o reconhecimento de competência (Leahy et al., 2012). Apoiando uma associação dinâmica entre a vinculação no adulto e a presença de psicopatologia (Scharfe, 2007), é compreensível que estes indivíduos, no presente caso, mulheres, tendem a avaliar acontecimentos stressores como mais ameaçadores, avaliarem-se como incapazes de lidar com a situação e utilizarem estratégias de *coping* focadas na emoção (i.e., estratégias de hiperativação ou de intensificação da expressão emocional) (Mikulincer & Shaver, 2007; Overall & Simpson, 2013; Simpson & Rholes, 2012), aspetos inerentes a um estilo de vinculação inseguro-ansioso. Estas considerações poderão ainda estar relacionadas com a baixa satisfação conjugal percebidas por estas mulheres e o seu baixo ajustamento individual (comparativamente às do GC), uma vez que a literatura, no que concerne especificamente à dimensão *ansiedade* aponta nesse sentido (e.g., caso da depressão; Shaver et al., 2005) embora as correlações entre a dimensão *ansiedade* e a adaptação individual e conjugal destas mulheres não se tenham mostrado significativas no nosso estudo.

Em segundo lugar, alguns estudos com o *Attachment Style Questionnaire* (Hazan & Shaver, 1987) mostraram uma prevalência do estilo inseguro-evitante em indivíduos com dependência de substâncias (Finzi-Dottan et al., 2003; Mickelson et al., 1997), enquanto que outros baseados no modelo de quatro categorias de Bartholomew e Horowitz (1991) têm verificado uma prevalência do padrão desligado (e.g., Caspers et al., 2006), embora os resultados não sejam sempre concordantes em função da base teórica subjacente às medidas de avaliação (Schindler et al., 2005; Schindler et al., 2009). Estes poderão ainda refletir a diversidade de

problemáticas psicopatológicas (duplos diagnósticos) associadas a esses sujeitos e o tipo de substâncias consumidas (Carricho & Paixão, 2010). No caso específico dos indivíduos com dependência do álcool, Senchak e Leonard (1992, *in* Schindler et al., 2005), num estudo longitudinal com casais, observaram que os homens com problema de álcool apresentam níveis elevados de *evitamento* na vinculação, não se verificando o mesmo para as mulheres com problemas do álcool. O consumo de drogas (em particular: álcool, opiáceos, canábis, benzodiazepinas, etc.), se se pensar em termos de automedicação, pode ter um propósito semelhante às estratégias de desativação do sistema de vinculação (minimização e inibição de procura de proximidade) associadas ao estilo inseguro-evitante (Carricho & Paixão, 2010; Schindler et al., 2009). Enquanto os indivíduos com uma vinculação segura recorrem a estratégias adaptativas para regular as emoções, os indivíduos com um padrão evitante encontram-se numa situação de maior vulnerabilidade para lidar com estados emocionais negativos recorrendo, muitas vezes, ao consumo abusivo de substâncias (Schindler et al., 2005). Por exemplo, Brennan e Shaver (1995, *in* Schindler et al., 2005) verificaram diferenças nos motivos para beber em função do estilo de vinculação do indivíduo: enquanto os indivíduos com um estilo inseguro-evitante bebem para reduzir a tensão e para evitarem a dependência emocional, os com um estilo inseguro-ansioso bebem para reduzir a ansiedade. Nestes casos, o consumo de substâncias, na impossibilidade de regular estados emocionais através da aproximação de uma figura *segura*, poderá surgir como uma alternativa às estratégias evitantes referidas, em situações geradoras de sofrimento emocional (Schindler et al., 2005), e justificar assim os resultados obtidos em estudos prévios e no presente estudo.

No entanto, chama-se à atenção para o facto de, no presente estudo, a presença (maioritária) de comorbilidade do abuso de substâncias com outras perturbações, particularmente do humor, colocar importantes questões em termos da interpretação dos resultados, uma vez que as diferenças nos padrões de vinculação poderão estar relacionadas com o consumo de substâncias em si ou com a interação entre estas variáveis. Tendo em conta que as perturbações aditivas se associam significativamente, ou primária ou secundariamente, a outras perturbações psiquiátricas (Conrod & Stewart, 2005), esta questão torna-se ainda mais pertinente.

Articulando os resultados observados no que às dinâmicas de vinculação diz respeito com o baixo ajustamento individual observado nos homens doentes (elevada sintomatologia depressiva e ansiosa e baixa QdV percebida), estes parecem contrariar o que a literatura tem apontado, nomeadamente que os indivíduos com um estilo de vinculação inseguro-evitante tendem a ter uma visão positiva de si e como sendo invulneráveis a sentimentos negativos (Collins & Feeney, 2004; Collins & Read, 1990; Mikulincer & Shaver, 2007; Overall & Simpson, 2013; Shaver et al., 2005; Simpson & Rholes, 2012; Simpson et al., 1992). Contudo, se tivermos como referência os estudos que analisaram a relação de uma vinculação insegura (no sentido lato do termo) e a presença de sintomas psicopatológicos, os resultados obtidos no nosso estudo vão no sentido da literatura referida acima. O padrão de associação observado nos casais do GCHD entre a dimensão evitamento e o seu ajustamento individual reforça esta afirmação, sendo os resultados coerentes com outros obtidos (e.g., para a sintomatologia

depressiva; Wei et al., 2005).

Por sua vez, o melhor ajustamento individual dos companheiros de mulheres doentes poderá ser compreendido pelo facto de estes pontuarem elevado na dimensão evitamento (em comparação com os homens do GC), tendendo estes indivíduos a ficarem psicológica e emocionalmente independentes dos seus parceiros (Feeney, 1999ab; Mikulincer & Shaver, 2007; Scott & Cordova, 2002), embora uma associação nesse sentido, no nosso estudo, não se tenha verificado nem mostrado significativa.

No que diz respeito ao **efeito de género** encontrado para a dimensão *evitamento*, o facto de a maioria dos homens apresentar resultados mais elevados nesta dimensão parece contrariar o resultado acima discutido (i.e., os homens, comparativamente às mulheres, tendem a perceber a sua relação conjugal como mais satisfatória), uma vez que estes indivíduos tendem a valorizar a sua independência e autossuficiência. Sentem-se, geralmente, desconfortáveis com a proximidade física e emocional, preocupam-se menos com a qualidade da sua relação e com o apoio facultado e recebido por parte dos seus parceiros, reportando na maioria das vezes baixa satisfação conjugal (Mikulincer & Shaver, 2007). No entanto, os resultados obtidos poderão ser compreensíveis se as companheiras destes cônjuges também pontuarem elevado na dimensão *evitamento*, uma vez que, e segundo Campbell et al. (2001), as esposas que pontuam alto no *evitamento* tendem a ser menos dependentes em relação aos seus parceiros, demonstrando assim comportamentos congruentes com o “tolerado” pelos companheiros.

Da análise exploratória sobre os **estilos de vinculação**, apurou-se que a maioria das mulheres com problemas de saúde mental diagnosticados, bem como as companheiras de homens com perturbação mental, apresentam um estilo de vinculação inseguro que, pela análise dos resultados nas dimensões, nos parece traduzir um estilo inseguro-ansioso (Hazan & Shaver, 1987) ou preocupado (Bartholomew & Horowitz, 1991) em ambas as mulheres dos grupos clínicos. À semelhança das considerações acima traçadas, a maior prevalência de um estilo inseguro poderá estar relacionada com o pobre ajustamento individual evidenciado tanto naquelas do GCMD como do GCHD, atendendo às características particulares dos padrões de vinculação marcados por elevada ansiedade, discutidas anteriormente. Assim, também relativamente às companheiras de homens doentes, que reportaram elevados níveis de sintomatologia psicopatológica e uma pior QdV, tal poderá estar relacionado com as dinâmicas da dimensão *ansiedade*.

Em relação aos homens, por um lado, aqueles que apresentam um problema de saúde mental reportam, na sua maioria, um estilo de vinculação inseguro que, pelas considerações realizadas acima, se traduzirá num estilo de vinculação inseguro-evitante (Hazan & Shaver, 1987) ou desligado (Bartholomew & Horowitz, 1991) e, portanto, compreensível à luz das interpretações teóricas suprarrealizadas. Por outro lado, a maioria dos homens que vivem com uma mulher doente reportam um estilo de vinculação seguro, o que poderá estar relacionado com o seu positivo ajustamento individual (como vimos, semelhante aos homens do GC), atendendo às relações vinculação segura e bem-estar emocional discutidas acima.

Analisando a **(in)congruência do estilo de vinculação intracasal**, observámos que no GC, a maioria dos membros dos casais são coerentes quanto ao seu estilo de vinculação (seguro). Em relação aos grupos clínicos, também se verifica, no GCHD, uma elevada congruência com a maioria dos

elementos das díades a apresentarem ambos um estilo de vinculação inseguro. Estas observações vão ao encontro à literatura, que sugere que os estilos de vinculação de ambos os companheiros são frequentemente congruentes entre si (Overall & Simpson, 2013; Simpson & Rholes, 2010), quer quando os elementos reportam um estilo inseguro-ansioso quer um estilo inseguro-evitante (Frazier et al., 1996) ou ainda quando apresentam um estilo de vinculação seguro (Feeney, 1994), estabelecendo geralmente uma relação com outros significativos com dinâmicas de vinculação semelhantes. Por seu turno, no GCMD, é mais elevada a incongruência intracasal, apresentando as mulheres maioritariamente um estilo de vinculação inseguro e os seus companheiros um estilo de vinculação seguro.

À semelhança das considerações referidas, se no caso dos casais onde o elemento doente é o homem, parece ser mais evidente que a forma como cada elemento pensa, sente e age seja contingente em função do comportamento do parceiro, parecendo as mulheres serem mais afetadas pela relação e pela condição clínica do companheiro, na presença de uma companheira doente, os homens não parecem ser tão afetados. Mais, contrariamente ao que alguns estudos têm demonstrado (e.g., Campbell et al., 2005; Tran & Simpson, 2009), o facto de estas mulheres viverem, maioritariamente, com um parceiro com um estilo de vinculação seguro, tal não parece ter um impacto positivo na forma de se comportar na relação conjugal nem se traduz num ajustamento psicológico mais favorável, bem pelo contrário. Assim, a quarta hipótese formulada apenas se confirma para os casais do GCHD e do GC.

No que concerne ao **papel das dimensões de vinculação na adaptação individual e conjugal do parceiro doente e do parceiro saudável**, foram observados distintos padrões de associação. Por exemplo, no GCMD, apenas a dimensão *evitamento* da mulher se associou, no sentido esperado (i.e., negativamente), quer com o seu ajustamento diádico quer com o ajustamento diádico do companheiro. Por um lado, a investigação na área tem demonstrado que, tal como mencionado, os indivíduos que pontuam alto no *evitamento* se preocupam menos com a qualidade da sua relação, são menos responsivos às necessidades dos outros, privilegiando a sua independência e autossuficiência, reportando na maioria das vezes baixa satisfação conjugal (Holland et al., 2012; Mikulincer & Shaver, 2007). Por outro lado, os efeitos do parceiro encontrados em alguns estudos também têm revelado que os homens com companheiras que pontuam elevado nesta dimensão tendem a reportar experiências relacionais negativas (Banse, 2004), um padrão também presente no grupo em análise, embora outros estudos tenham verificado essa associação para as companheiras de homens com um estilo inseguro-evitante mas não para os homens (e.g., Collins & Read, 1990), sendo que neste grupo, se verifica precisamente o contrário.

Por seu turno, a dimensão *ansiedade*, quer do(a) próprio(a), quer do(a) parceiro(a) não se correlacionou com nenhum dos indicadores de adaptação conjugal dos cônjuges, contrariamente aos resultados obtidos noutros estudos. Por exemplo, Campbell et al. (2005) verificaram que os indivíduos que pontuam elevado na *ansiedade* tendem a reportar mais conflitos diários com o parceiro, sendo as reações emocionais características de quem pontua elevado nesta dimensão frequentemente associadas a *distress* e insatisfação conjugal (Caughlin & Scott, 2010; Mikulincer & Shaver, 2012). No que concerne particularmente aos efeitos do parceiro, alguns autores (e.g., Banse,



2004; Collins & Read, 1990) verificaram que os indivíduos com parceiros que reportam valores elevados de *ansiedade* na vinculação tendem a perceber as suas relações como menos satisfatórias em comparação com aqueles com companheiros com valores mais baixos nesta dimensão, quer quando são as mulheres a pontuarem elevado nesta variável (Feeney, 1994; Kane et al., 2007) quer quando se trata dos homens (Frazier et al., 1996).

Finalmente, quer a dimensão *ansiedade* quer a dimensão *evitamento* não apresentaram qualquer associação com o bem-estar emocional e a QdV quer do(a) próprio(a), quer do(a) parceiro(a), contrariamente ao que Mikulincer e Shaver (2007, 2012) afirmaram, nomeadamente que os indivíduos que pontuam elevado quer numa ou noutra dimensão tendem a experienciar maior desajustamento psicológico ou que uma vinculação segura estaria associada a maior bem-estar psicológico, não só do próprio como também do parceiro, refletindo-se na QdV de ambos os elementos da díade (Karreman & Vingerhoets, 2012).

Em suma, nos casais em que a mulher experienciar um problema de saúde mental, as dinâmicas de vinculação não parecem influenciar o ajustamento individual e conjugal dos membros do casal (à exceção do discutido para a dimensão *evitamento* da mulher), à semelhança do que observámos a respeito do papel do ajustamento diádico na adaptação destas díades, no que concerne a este grupo clínico.

Já no grupo clínico onde o elemento doente é o homem (GCHD), as associações significativas verificadas entre a dimensão *evitamento* tanto do homem bem como da mulher e a adaptação individual e conjugal quer do(a) próprio(a), quer do(a) parceiro(a) vão, na sua maioria, no sentido do que se tem constantemente observado em investigações prévias. Em primeiro lugar, no que concerne ao elemento doente, observámos que valores mais elevados nesta dimensão se relacionam negativamente com a sua QdV e o seu ajustamento diádico, não se verificando quaisquer relações com a sua adaptação emocional. Estes resultados dão-nos conta da influência da dimensão *evitamento* na adaptação conjugal, observada em estudos prévios (Butzer & Campbell, 2008; Campbell et al., 2001; Collins & Feeney, 2004; Collins & Read, 1990; Holland et al., 2012; Kachadourian et al., 2004; Mikulincer & Shaver, 2012), não se verificando qualquer impacto em termos da adaptação emocional do próprio, contrariamente ao que tem sido demonstrado (Mikulincer & Shaver, 2007, 2012). Por outro lado, uma pontuação mais elevada no *evitamento* do homem associa-se positivamente à sintomatologia depressiva e ansiosa da companheira, bem como negativamente à sua QdV e com o seu ajustamento diádico, o que vai ao encontro de resultados prévios, e que nos dão conta da interdependência inerente aos processos diádicos nos quais os resultados do parceiro estão intrinsecamente ligados às tendências comportamentais do outro. Relativamente ao ajustamento diádico, os efeitos do parceiro encontrados em alguns estudos também têm revelado que as mulheres de homens que pontuam elevado nesta dimensão tendem a perceber as suas relações como menos satisfatórias (Collins & Read, 1990; Kane et al., 2007). No que concerne à adaptação individual, verificámos uma influência negativa desta dimensão dos homens no bem-estar emocional e na QdV destas mulheres, podendo-se afirmar que um maior desligamento por parte dos homens, uma menor responsividade às necessidades das parceiras e afetuosidade, adicionalmente aos desafios colocados pela psicopatologia que apresentam,

afeta significativa e negativamente o ajustamento individual da companheira, bem como o seu ajustamento diádico.

No que diz respeito à dimensão *evitamento* da companheira, foi possível observar um padrão de associação semelhante quer com os seus indicadores de adaptação quer com os do seu companheiro, onde valores mais elevados de *evitamento* se associam a pior adaptação individual quer da própria quer do parceiro (elevada sintomatologia ansiosa e baixa QdV), o que vai ao encontro do mencionado na literatura (Karreman & Vingerhoets, 2012; Mikulincer & Shaver, 2007, 2012;) e a baixo ajustamento diádico de ambos os elementos. No que concerne especificamente à adaptação conjugal do companheiro, a presença de efeitos do parceiro aqui encontrada também já fora observada noutros estudos (e.g., Banse, 2004).

Em relação à dimensão *ansiedade*, apenas esta variável na mulher se correlacionou positivamente com a sua adaptação emocional, o que apoia as hipóteses colocadas acima acerca de um possível impacto negativo de uma pontuação elevada nesta dimensão na sintomatologia depressiva e ansiosa das mulheres que vivem com um homem doente. À semelhança do discutido acima, a ausência de outras relações significativas para a *ansiedade* (tanto para o homem como para a mulher) não é congruente com os resultados de outros estudos, sobretudo respeitantes ao impacto desta dimensão na satisfação conjugal quer do(a) próprio(a) (e.g., Campbell et al., 2005; Caughlin & Scott, 2010; Mikulincer & Shaver, 2012) quer do(a) parceiro(a) (Banse, 2004; Collins & Read, 1990; Feeney, 1994; Frazier et al., 1996; Kane et al., 2007).

No que diz especificamente respeito à dimensão *ansiedade*, a escassez de associações significativas observadas no nosso estudo poderá estar relacionada com os baixos valores de consistência interna encontrados para esta dimensão, que coloca algumas reservas quanto à interpretação dos resultados obtidos nesta variável.

Finalmente, é ainda relevante sublinhar que nos casais do grupo de controlo, as dimensões de vinculação das mulheres apenas se associaram com os indicadores de adaptação individual (à exceção da associação entre a dimensão *evitamento* e a sintomatologia ansiosa) e conjugal da própria, sendo estes resultados coerentes com aqueles obtidos em estudos prévios, que constataram que uma vinculação insegura (expressa ou por elevados níveis de *ansiedade* ou por elevados níveis de *evitamento*) se associa a pior ajustamento psicológico (Cantazaro & Wei, 2010; Heene et al., 2005, 2007; Mikulincer & Shaver, 2007, 2012; Scharfe, 2007; Scott & Cordova, 2002; Sutin & Gillath, 2009), pior QdV percebida (Karreman & Vingerhoets, 2012) e baixo ajustamento conjugal (Butzer & Campbell, 2008; Campbell et al., 2005; Campbell et al., 2001; Caughlin & Scott, 2010; Collins & Feeney, 2004; Collins & Read, 1990; Feeney, 1999ab; Hazan & Shaver, 1994; Kachadourian et al., 2004; Krenke, 2006; Mikulincer & Shaver, 2012; Ottu & Akpan, 2011; Reizer et al., 2010; Tran & Simpson, 2009). No caso dos homens, apenas a dimensão *ansiedade* se associou positivamente à sintomatologia depressiva (e ansiosa) do próprio e da parceira, e negativamente à sua QdV e com a da companheira, sendo as relações encontradas coerentes com resultados prévios noutros estudos. Tendo em conta os resultados obtidos, a nossa última hipótese não foi totalmente confirmada, encontrando-se padrões de associação distintos em função da dimensão de vinculação, do grupo e do sexo do elemento em análise.

Finalmente, quando procurámos analisar se as **dimensões de vinculação mediavam a relação entre o ajustamento diádico e a adaptação individual**, apenas observámos esse padrão nas mulheres doentes. Curiosamente, quando testámos a presença de associações entre a adaptação conjugal e individual dos casais do GCMD, nenhuma associação se revelou significativa, inclusive para as mulheres doentes, observando-se um padrão similar quando explorámos a influência da vinculação no ajustamento individual e diádico. Por outro lado, nos casais do GCHD, o papel (“direto”) do ajustamento diádico na adaptação individual foi notório – bem como da influência da dimensão *evitamento* no ajustamento individual e conjugal – no entanto este não parece ser mediado pelas dimensões de vinculação nem moderado pelo papel de doente e do sexo. Assim, resulta essencialmente desta análise que, nos casais do GCHD, a influência do ajustamento diádico numa melhor adaptação individual quer do(a) próprio(a) quer do(a) parceiro(a) não é explicado pelas dimensões de vinculação, ao passo que para as mulheres doentes, tanto a *ansiedade* como o *evitamento* parecem desempenhar um papel importante na associação entre estas variáveis. No que concerne à sintomatologia depressiva, os nossos resultados vão ao encontro à escassa literatura. Por exemplo, Heene et al. (2005) observaram, numa amostra de casais da população geral, que os estilos de vinculação (seguro, inseguro-ansioso e inseguro-evitante) mediavam a associação entre a sintomatologia depressiva e o ajustamento diádico (e vice-versa), apenas para o sexo feminino. Por sua vez, numa amostra de casais onde um elemento experienciava sintomatologia depressiva severa, Heene et al. (2007) verificaram um efeito mediador do estilo inseguro-ansioso apenas quando o elemento doente era uma mulher, e não no caso dos homens deprimidos. Parker e colaboradores (2013) verificaram que a dimensão *evitamento* mediava a associação entre cada subescala do ajustamento diádico (i.e., satisfação, consenso e coesão) e a sintomatologia depressiva, ao passo que relativamente à dimensão *ansiedade* a sua influência apenas se registou para a dimensão coesão do ajustamento conjugal. Assim, e em linha com outros estudos, o padrão observado no caso das mulheres doentes sustenta que um maior ajustamento diádico está associado a menor *ansiedade* e *evitamento* que, por sua vez, se associam a maior bem-estar emocional e QdV. Além disso, os resultados obtidos indicam que para estas mulheres, a *ansiedade* e o *evitamento* associados com a adaptação conjugal são um correlato mais importante da adaptação individual, comparativamente ao ajustamento diádico *per se*, ou que um maior ajustamento conjugal percebido está associado com dinâmicas de vinculação específicas, por sua vez relacionadas com um melhor ajustamento pessoal. As mulheres que pontuam elevado na dimensão *ansiedade* têm muitas dúvidas quanto à disponibilidade e afeto por parte dos parceiros, o que poderá estar relacionado com o baixo ajustamento diádico percebido, deixando-as particularmente vulneráveis à expressão de sintomatologia psicopatológica e a uma QdV percebida como baixa. De outro ponto de vista, as mulheres que experienciam maior *distress* conjugal tendem a apresentar um estilo de vinculação marcado por uma necessidade excessiva de proximidade e de tranquilização acerca da disponibilidade do outro para com ela, podendo alternar o seu comportamento entre hostilidade e dependência quando o companheiro age de uma maneira não apoiante (Heene et al., 2007), o que as pode tornar mais vulneráveis à presença de sintomatologia psicopatológica

tendo, conseqüentemente, repercussões na sua QdV. Por sua vez, as mulheres com elevados níveis de *evitamento*, dada a sua tendência para evitar a proximidade com outros significativos, poderão se encontrar numa situação de maior vulnerabilidade em termos conjugais, com impacto negativo subsequente a nível individual. Assim, uma vinculação segura pode munir estas mulheres de recursos protetores de mal-estar psicológico e pior QdV percebida na presença de *distress* conjugal.

### **Contributos do estudo**

A análise dos resultados obtidos suscita-nos algumas reflexões que consideramos pertinentes e passamos a apresentar. Os problemas de saúde mental têm, muitas vezes, um impacto significativo no funcionamento relacional dos indivíduos, associando-se frequentemente a uma diminuição da qualidade percebida nas relações íntimas. Tal como referido, é vasta a evidência empírica de que problemas do foro mental têm um impacto negativo na relação conjugal (Whisman, no prelo; Whisman & Baucom, 2012), o que, por sua vez, poderá exacerbar a sintomatologia psiquiátrica presente num dos elementos, suportando uma relação negativa e bidirecional entre psicopatologia e ajustamento diádico (Whisman, no prelo; Whisman & Baucom, 2012). Na nossa investigação, essas associações foram não só observadas como também foram capturadas as particularidades da adaptação individual e conjugal face a um problema mental de um dos cônjuges, no contexto de quadros psicopatológicos distintos. As discrepâncias observadas entre os três grupos, de forma geral, e em particular nalguns padrões de adaptação entre os grupos clínicos, mostram-nos que devemos esperar dinâmicas de adaptação diferentes em função das especificidades de cada população clínica, do género do elemento doente e, talvez, da duração do quadro clínico.

Considerando o casal enquanto unidade de análise, o presente estudo ressalva a importância e necessidade de, no âmbito de estudo das relações conjugais, se adotar uma perspetiva diádica dos relacionamentos, ou seja, de se examinarem as características intra-individuais bem como aquelas que existem entre os parceiros. De facto, a presença de efeitos de interação apoia a ideia de que se devem privilegiar vários níveis de análise, sendo o nível diádico de análise a essência da relação íntima. Tal como alguns autores observaram (e.g., Banse, 2004; Feeney, 2006; Kane et al., 2007; Tran & Simpson, 2009; Whisman & Baucom, 2012; Whisman et al., 2004), a maioria dos estudos neste domínio focam-se no indivíduo numa relação íntima, e não no casal como unidade de análise, o que não nos permite medir os modos através dos quais os parceiros se influenciam mutuamente (i.e., os efeitos dos parceiros na adaptação individual e conjugal dos membros da díade), nomeadamente no que ao ajustamento diádico e à vinculação no adulto diz respeito, apresentando-se o presente estudo como uma mais-valia neste sentido.

Além disso, o presente estudo, ao considerar indicadores “positivos” de ajustamento, nomeadamente a qualidade de vida, e ao explorar o papel que determinadas variáveis poderiam ter no ajustamento face a um problema de saúde mental de um dos companheiros, tais como o ajustamento diádico e a vinculação no adulto, permitiu que fossem conhecidos fatores e mecanismos potencialmente relevantes da relação conjugal neste contexto, embora mais estudos se afigurem como necessários nesta área de

investigação.

Por sua vez, a comparação entre dois grupos distintos, o clínico e o de controlo, permitiu conhecer o real impacto da psicopatologia de um dos cônjuges nos seus indicadores de adaptação individual e diádica, bem como naqueles do membro saudável, e conhecer que recursos estão a ser mobilizados e que possibilitam a adaptação neste contexto.

### **Limitações**

Apesar dos contributos e forças do presente estudo, as inferências aqui realizadas deverão ser feitas no contexto das seguintes limitações. A principal limitação prende-se com o desenho transversal do estudo que nos impede de realizar inferências acerca de relações de causalidade entre as variáveis, nomeadamente sobre o poder preditivo da presença de problemas de foro mental num dos cônjuges no desajustamento conjugal ou ainda sobre o verdadeiro impacto do ajustamento diádico na adaptação individual do próprio e do companheiro ou ainda sobre o do estilo de vinculação no adulto no funcionamento individual e conjugal devendo, por isso, os resultados obtidos serem encarados com alguma precaução. Além disso, outras limitações podem ser-lhe reconhecidas, tais como a utilização de um único método de avaliação que, e não querendo retirar a utilidade dos questionários de autorresposta, se complementado com outros registos (e.g., realização de entrevista clínica, observação comportamental) poder-se-iam ter obtido conclusões mais sólidas acerca dos resultados obtidos, para além das várias potencialidades associadas à utilização de uma abordagem multi-método (e.g., as vantagens de um método compensam as fraquezas associadas a outro) (Feeney, 2006). No contexto das relações íntimas, em particular, o recurso a vários métodos de avaliação assume uma importância considerável e permite-nos uma melhor compreensão das complexas dinâmicas conjugais (Bradbury et al., 2000; Feeney, 2006; Holland et al., 2012). Além disso, dado o foco do nosso estudo para questões íntimas do casal, os resultados obtidos poderão refletir alguma deseabilidade social e preservação da intimidade. Em relação à seleção da amostra, a metodologia utilizada – método de amostragem não probabilística, por conveniência – coloca limitações quanto à extrapolação segura das conclusões obtidas para a população, para além do facto dos grupos clínicos não serem homogêneos em termos das condições clínicas prevalentes e do género do elemento doente, bem como do tempo médio de duração da perturbação, o que colocou algumas dificuldades em termos da interpretação e comparação dos resultados obtidos. Ainda no que respeita à amostra, a sua reduzida dimensão poderá ter interferido nalgumas análises, nomeadamente poderá explicar a ausência de associações estatisticamente significativas no que ao ajustamento diádico e às dinâmicas de vinculação diz respeito. Finalmente, o facto de grande parte dos estudos acerca das dinâmicas de vinculação não especificarem se se referem à dimensão ansiedade ou evitamento, ou quando se reportam aos estilos, não especificarem a base teórica subjacente (i.e., os “estilos” de Hazan e Shaver ou a tipologia de quatro estilos de Bartholomew e Horowitz), englobando tudo num “padrão de vinculação inseguro”, dificultou a comparação dos nossos resultados com a literatura, para além de que as diferentes medidas de avaliação da vinculação no adulto apenas se encontram moderadamente associadas entre si (Schindler et al., 2005).

### Investigações futuras

Em estudos futuros, e uma vez que uma das principais limitações desta investigação se prende com a sua natureza transversal, seria importante replicar o estudo em vários momentos (i.e., num desenho longitudinal), com vista à avaliação da adaptação dos casais em diferentes tempos. Dado o caráter temporal natural dos relacionamentos e, neste caso em particular, do curso e evolução que a doença mental possa assumir, é importante que se repliquem estudos de natureza longitudinal, atendendo ao possível impacto que a evolução da doença possa ter na qualidade da relação diádica (e, portanto, a sua duração e desenvolvimento deverão ser considerados). As relações são, por natureza, dinâmicas, e cada episódio de interação influencia cada parceiro e, por sua vez, o curso de interações futuras (Feeney, 2006). Neste sentido, estudos longitudinais tornam-se relevantes para se estudarem padrões de desenvolvimento e mudança das dinâmicas conjugais, num contexto de perturbação mental (Feeney, 2006; Holland et al., 2012; Whisman & Baucom, 2012). Neste contexto, seria também importante avaliar o ajustamento diádico, explorando a influência de outros fatores, por exemplo, no contexto da doença crónica, a fase da doença, desde o momento do diagnóstico até ao tratamento, parece ter um impacto diferente nas várias formas de *coping* diádico (Berg & Upchurch, 2007) e a duração da relação conjugal (como potenciais fatores moderadores). Com efeito, outras variáveis clínicas deverão ser consideradas aquando do estudo do impacto da doença mental, não só a severidade do quadro, mas também os cuidados necessários associados, a sobrecarga envolvida para outros significativos e a duração da perturbação (Hansson, 2006). Ainda a este respeito, e adicionalmente, o recurso a vários métodos de avaliação, introduzindo análises qualitativas, permitir-nos-ia uma compreensão mais exata das dinâmicas das relações conjugais num contexto de doença mental de um dos companheiros, cujos padrões de interação mudam de momento para momento e dependem de uma série de fatores (intra e interpessoais e sociais) (Feeney, 2006).

Os resultados obtidos no presente estudo suscitam um interesse particular, nomeadamente a presença dos efeitos cruzados encontrados, pelo que necessitam de aprofundamento e mais investigação para que possamos compreender a implicação que estas dimensões adquirem na vida dos casais com cônjuges com problemas de saúde mental, questão fundamental para uma prática clínica ajustada às necessidades dos doentes. Assim, sugere-se que o estudo seja replicado em grupos clínicos com amostras de maior dimensão e homogéneas em termos da perturbação diagnosticada e do género do elemento doente (i.e., explorar o impacto que o *mesmo* quadro psicopatológico assume em função do elemento doente ser homem vs. mulher) e ainda em termos da duração média da expressão dos sintomas psicopatológicos, e da duração da relação conjugal, uma vez que são fatores que podem influenciar o impacto que problemas de foro mental podem assumir na relação conjugal (Whisman & Baucom, 2012), tanto no contexto da depressão (Beach & Bodenmann, 2010) como na área dos comportamentos aditivos (Cranford et al., 2010; Leonard & Eiden, 2007). Para além destas sugestões, investigações com grupos clínicos constituídos por casais em que ambos os elementos estejam a passar por um problema de saúde mental também poderão constituir uma oportunidade com vista a uma maior compreensão do impacto da doença mental na relação diádica, uma

vez que alguns estudos observaram que o impacto no ajustamento diádico diferia em função de só um ou ambos os parceiros sofrerem de uma perturbação mental (cf. Whisman & Baucom, 2012). Para a generalidade das recomendações aqui traçadas, sugere-se que se explorem os padrões de adaptação individuais e relacionais dos elementos do casal no contexto de diferentes quadros mentais, e não só no domínio das perturbações do humor – mais especificamente na depressão – uma vez que a escassez de estudos noutros contextos é apontada como uma importante lacuna nesta área do conhecimento (Whisman & Baucom, 2012).

Por outro lado, seria ainda importante introduzir uma medida de avaliação da resiliência, por um lado, e de coping diádico (para uma revisão, cf. Bodenmann, 2005), por outro, no contexto em estudo. Em relação ao primeiro conceito, a sua importância para a qualidade de vida, bem-estar emocional, e independência funcional, apesar de se sofrer de uma doença mental, tem sido recentemente enfatizada (Min et al., 2013). Na área da saúde mental, alguns autores verificaram que uma maior resiliência prediz baixos níveis de sintomatologia depressiva, ansiosa e obsessiva-compulsiva em indivíduos saudáveis (e.g., Hjemdal et al., 2011), bem como alguns investigadores têm proposto que os pacientes com perturbações depressivas e ansiosas podem beneficiar com intervenções baseadas na promoção de resiliência (Connor & Zhang, 2006; Seok et al., 2012). Numa perspetiva diádica, seria importante explorar os fatores suscetíveis de protegerem os elementos da díade (i.e., de resiliência) de resultados mal-adaptativos num contexto de perturbação mental. Relativamente à segunda ideia, uma vasta investigação apoia a noção de que o coping diádico desempenha um papel importante na compreensão do funcionamento conjugal e no bem-estar dos indivíduos em relações conjugais (e.g., Berg & Upchurch, 2007; Bodenmann, 2005), sendo numerosos os estudos que apoiam a associação positiva entre coping diádico e o ajustamento no contexto das doenças físicas e crónicas (e.g., cancro, diabetes, doenças cardiovasculares; cf. Berg & Upchurch, 2007; Bodenmann, Meuwly, & Kayser, 2011). Do nosso conhecimento, não foram realizados estudos que considerassem esta variável no contexto de doença mental de um dos cônjuges, pelo que seria importante inclui-la em estudos posteriores.

Finalmente, no que concerne às dinâmicas da vinculação no adulto, e ao seu papel em diversos domínios da vida do indivíduo (pessoal, familiar, íntimo e social), seria importante que a investigação nesta área explorasse os mecanismos e processos através dos quais uma vinculação mais segura está associada a maior bem-estar emocional e o inverso associado a piores resultados, uma vez que esta área do estudo continua a revelar algumas lacunas (Simpson & Rholes, 2010, 2012).

### **Conclusões**

De forma geral, este estudo é pioneiro pelas análises realizadas, ao procurar esclarecer sobre a influência de aspetos relacionais (ajustamento diádico e dimensões de vinculação no adulto) na adaptação individual e conjugal de casais que experienciam um problema de saúde mental de um dos companheiros, privilegiando uma perspetiva diádica (i.e., ao avaliar o casal enquanto unidade de análise). A presença de padrões de resultados distintos em função dos grupos clínicos analisados, que se diferenciam em

termos de prevalência e duração da psicopatologia e do género do elemento doente, enfatiza a importância de se considerar o casal enquanto *unidade de análise*, não só na investigação como também na prática clínica, dadas as vantagens associadas para se conseguir uma compreensão mais abrangente e integrada, mas ao mesmo tempo específica, dos processos diádicos nos quais as necessidades, objetivos e tendências comportamentais de um parceiro estão intrinsecamente ligadas às necessidades, objetivos e tendências comportamentais do outro. Em suma, ao integrar diferentes níveis de análise (intra e inter-individual), permitiu-nos captar a complexidade inerente ao ajustamento à doença mental quando *ela* se encontra no seio de uma relação diádica.

Algumas ilações importantes do ponto de vista clínico podem ser retiradas deste estudo, nomeadamente a importância dos profissionais de saúde estarem vigilantes, de uma forma global, não só ao bem-estar emocional dos indivíduos doentes, mas também à QdV e satisfação conjugal dos mesmos, não negligenciando, ainda, a possível presença de prejuízos significativos nestas áreas do companheiro, à partida, saudável (mesmo quando este não é seguido em acompanhamento psicológico e/ou psiquiátrico, ou não lhe fora diagnosticado um quadro psicopatológico). Mais especificamente, verificámos que as mulheres tendem a ser mais afetadas pela presença de doença mental no companheiro (comparativamente ao que acontece com os homens que vivem com uma mulher doente), especialmente em termos emocionais e na QdV percebida, podendo estas beneficiarem de um acompanhamento psicológico individual. Nomeadamente, no campo específico das adições, a promoção de estratégias e competências de *coping* nas companheiras de indivíduos com problemas aditivos poderá contribuir para a redução da sintomatologia depressiva e ansiosa frequentemente presente nestas mulheres (cf. Cox, Ketner, & Blow, 2013). Adicionalmente, e atendendo ao impacto negativo e significativo que a presença de problemas de foro mental tem no ajustamento diádico como um todo (podendo este, por sua vez, contribuir para uma exacerbação dos sintomas psiquiátricos), ambos os elementos da díade poderão retirar vantagem de serem acompanhados em serviços de Psicologia/Psiquiatria, conjuntamente, dados os benefícios conhecidos associados a essas práticas interventivas num contexto de perturbação mental, particularmente no contexto das adições e da Depressão Major (e.g., Terapia de Casal; Baucom et al., 2012). Por exemplo, no que respeita às Perturbações pelo Uso de Substâncias, a terapia de casal emerge como uma modalidade efetiva para lidar com a resistência ao tratamento comumente encontrada nestes indivíduos, tendo vindo os tratamentos dirigidos à perturbação em si a ser integrados em terapêuticas mais abrangentes, considerando o casal, e que se têm mostrado mais efetivas tanto na redução do comportamento aditivo disfuncional bem como numa melhoria da qualidade relacional percebida, em comparação com os resultados obtidos com tratamentos individuais (O'Farrell & Clements, 2012; Powers, Vedel, & Emmelkamp, 2008). Também na área da Depressão, a eficácia das intervenções dirigidas ao casal tem vindo a ser demonstrada, particularmente quando o *distress* conjugal se



apresenta como um problema *major*, sendo comparável às abordagens individuais no que à redução da sintomatologia depressiva diz respeito (Barbato & D'Avanzo, 2008). Assim, os casais onde o elemento doente é a mulher, em particular, poderão beneficiar de intervenções dirigidas à relação como um todo, uma vez que se encontram numa situação de maior vulnerabilidade em termos conjugais (Baucom et al., 2012; Whisman & Baucom, 2012). Além disso, Baucom e colaboradores (2012) consideram que as intervenções dirigidas ao casal não pressupõem necessariamente que ambos os membros sofram de perturbação mental, podendo o elemento saudável, quando integrado na abordagem terapêutica, desempenhar um papel importante na promoção da mudança individual. Por exemplo, nos casais em que o elemento doente era a mulher, e onde verificámos que os parceiros apresentaram um ajustamento individual positivo, estes poderiam assumir o papel de “terapeuta substituto” (*partner-assisted*; Baucom et al., 2009; Baucom et al., 2012), encorajando as companheiras a realizar mudanças favoráveis. No caso específico do tratamento da depressão, uma das abordagens prioritárias é a ativação comportamental, e o companheiro do indivíduo doente poderá ajudar a elaborar um plano semanal de atividades, a encorajar a realização das mesmas e, sobretudo, a reforçar o esforço e sucesso alcançados. Contudo, uma vez que estes casais também apresentaram um pior ajustamento diádico, quando comparado aos casais da população-geral, estes também poderão beneficiar de terapias dirigidas ao casal como um todo (e.g., Terapia Cognitivo-Comportamental para casais; Epstein & Baucom, 2002), especialmente se o elemento saudável demonstrar um comportamento negativo nas interações conjugais (e.g., hostilidade, distanciamento). Assim, um trabalho primariamente dirigido ao casal como um todo, pode facilitar a promoção de competências essenciais para que o elemento saudável funcione como um “terapeuta substituto” favorável, para que deste modo as dificuldades emocionais possam ser trabalhadas em conjunto (Baucom et al., 2012), embora esta abordagem nem sempre seja exequível (e.g., presença de violência conjugal; Cox et al., 2013).

É ainda relevante sublinhar que a presente investigação também destaca a importância de os esforços clínicos se concentrarem não só na diminuição dos sintomas psicopatológicos – com vista a um ajustamento individual e diádico mais favorável – mas também na promoção da saúde mental e, em particular, da QdV percebida quer do elemento doente quer do elemento saudável, uma vez que esta também se mostrou sensível à presença de psicopatologia num dos companheiros.

No que concerne especificamente às questões da vinculação, embora no nosso estudo o seu papel na adaptação à presença de doença mental num dos cônjuges apenas se tenha verificado no grupo clínico dos homens doentes (e apenas relativamente à dimensão *evitamento*) esta parece ter, quando associada ao ajustamento diádico, um papel significativo no ajustamento individual das mulheres que experienciam um problema de saúde mental. Neste contexto, os nossos resultados apoiam a ideia de que ajudar estes casais a desenvolverem perceções mais seguras e positivas dos seus parceiros e das suas relações (cf. Heene et al., 2005; Parker et al., 2013)

pode aumentar quer a sua satisfação individual quer conjugal, no que pelo menos às mulheres se constatou.

Em suma, a interligação que as demais repercussões negativas e significativas associadas aos problemas de saúde mental adquirem na díade conjugal (tanto aos níveis intra como interpessoal) tem vindo a ser demonstrada e, partindo do pressuposto de que os indivíduos funcionam psicológica e fisicamente melhor quando envolvidos em relações íntimas percebidas como satisfatórias (Baucom et al., 2009), torna-se fundamental mais estudos nesta área para que a prevenção e a intervenção ao nível da saúde mental, considerando os casais e que melhor se ajustem às suas necessidades e recursos, possam ser pensadas em função da sua eficácia e impacto positivo.

### Referências

- Ainsworth, M. D. S., Blehar, M. C., Waters, E., & Wall, S. (1978). Patterns of attachment: A psychological study of the strange situation. Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Alves, A., & Rodrigues, N. (2010). Determinantes sociais e económicos da Saúde Mental. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 28(2), 127-131. Retirado de <http://www.scielo.gpeari.mctes.pt/pdf/rpsp/v28n2/v28n2a03.pdf>
- Arriaga, X. B. (2001). The ups and downs of dating: Fluctuations in satisfaction in newly-formed romantic relationships. *Journal of Personality and Social Psychology*, 80, 754-765. doi:10.1037/0022-3514.80.5.754
- Banse, R. (2004). Adult attachment and marital satisfaction: Evidence for dyadic configuration effects. *Journal of Social and Personal Relationships*, 21(2), 273-282. doi:10.1177/0265407504041388
- Barbato, A. & D'Avanzo, B. (2008). Efficacy of Couple Therapy as a Treatment for Depression: A Meta-Analysis. *Psychiatric Quarterly*, 79, 121-132. doi:10.1007/s11126-008-9068-0
- Bartholomew, K., & Horowitz, L. M. (1991). Attachment styles among young adults: A test of a four-category model. *Journal of Personality and Social Psychology*, 61, 226-244. doi:10.1037/0022-3514.61.2.226
- Baucom, D. H., Kirby, J. S., & Kelly, J. T. (2009). Couple-Based Interventions to Assist Partners with Psychological and Medical Problems. In K. Hahlweg, M. Grawe-Gerber, & D. H. Baucom (Eds.), *Enhancing Couples: The Shape of Couple Therapy to Come* (pp. 79-93). Göttingen: Hogrefe.
- Baucom, D. H., Whisman, M. A., & Paprocki, C. (2012). Couple-based interventions for psychopathology. *Journal of Family Therapy*, 34, 250-270. doi:10.1111/j.1467-6427.2012.00600.x
- Baumeister, R. F., & Leary, M. R. (1995). The need to belong: Desire for interpersonal attachments as a fundamental human motivation. *Psychological Bulletin*, 117, 497-529. doi:10.1037//0033-2909.117.3.497
- Beach, B. G., & Bodenmann, G. (2010). Depression, marital satisfaction and communication in couples: Investigating gender differences. *Behavior Therapy*, 41, 306-316. doi:10.1016/j.beth.2009.09.001
- Beach, S. R. H., Katz, J., Kim, S., & Brody, G. H. (2003). Prospective

- effects of marital satisfaction on depressive symptoms in established marriages: A dyadic model. *Journal of Social and Personal Relationships*, 20, 355-371. doi:10.1177/0265407503020003005
- Bengtsson-Tops, A. & Hansson, L. (2001). Quantitative and qualitative aspects of the social network in schizophrenic patients living in the community. Relationship to sociodemographic characteristics and clinical factors and subjective quality of life. *International Journal of Social Psychiatry*, 47(3), 67-77. doi:10.1177/002076400104700307
- Benazon, N. R., & Coyne, J. C. (2000). Living with a depressed spouse. *Journal of Family Psychology*, 14, 71-79. doi:10.1037/0893-3200.14.1.71
- Berg, C. A. & Upchurch, R. (2007). A Developmental-Contextual Model of Couples Coping With Chronic Illness Across the Adult Life Span. *Psychological Bulletin*, 133(6), 920-954. doi:10.1037/0033-2909.133.6.920
- Bodenmann, G. (2005). Dyadic coping and its significance for marital functioning. In T. A. Revenson, K. Kayser, & G. Bodenmann (Eds.), *Couples coping with stress: Emerging perspectives on dyadic coping* (pp. 33-49). Washington, DC: American Psychological Association
- Bodenmann, G., Meuwly, N., & Kayser, K. (2011). Two Conceptualizations of Dyadic Coping and Their Potential for Predicting Relationship Quality and Individual Well-Being: A Comparison. *European Psychologist*, 16(4), 255-266. doi:10.1027/1016-9040/a000068
- Bodenmann, G., Plancherel, B., Beach, S. R., Widmer, K., Gabriel, B., Meuwly, N., ... Schramm, E. (2008). Effects of coping-oriented couples therapy on depression: A randomized clinical trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 76(6), 944-954. doi:10.1037/a0013467
- Boo, J. (2010). *The relationship between adult attachment and depression as mediated by social support, self-esteem, and optimism*. Dissertação de doutoramento não publicada. Ball State University.
- Borhani, Y. (no prelo). Substance Abuse and Insecure Attachment Styles: A Relational Study. *LUX: A Journal of Transdisciplinary Writing and Research from Claremont Graduate University*. Retirado de <http://scholarship.claremont.edu/lux/vol2/iss1/4>
- Bosmans, G., Braet, C., & Van Vlierberghe, L. (2010). Attachment and symptoms of psychopathology: early maladaptive schemas as a cognitive link? *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 17(5), 374-385. doi:10.1002/cpp.667
- Bowlby, J. (1969). *Attachment and loss: Vol. 1. Attachment*. New York: Basic Books.
- Bowlby, J. (1973). *Attachment and loss: Vol. 2. Separation: Anxiety and anger*. New York: Basic Books.
- Bowlby, J. (1980). *Attachment and loss: Vol. 3. Loss*. New York: Basic Books.
- Bradbury, T. N., Fincham, F. D., & Beach, S. R. (2000). Research on the nature and determinants of marital satisfaction: A decade in review. *Journal of Marriage and the Family*, 62, 964-980. doi:10.1111/j.1741-3737.2000.00964.x
- Brennan, K. A., Clark, C. L., & Shaver, P. R. (1998). Self-report measurement of adult attachment: An integrative overview. In J. A. Simpson & W. S. Rholes (Eds.), *Attachment theory and close*

- relationships* (pp. 46-76). New York: Guilford.
- Brett, C. E., Gow, A. J., Corley, J., Pattie, A., Starr, J. M., & Deary, I. J. (2012). Psychosocial factors and health as determinants of quality of life in community-dwelling older adults. *Quality of Life Research, 21*, 505-516. doi:10.1007/s11136-011-9951-2
- Busby, D. M., Christensen, C., Crane, D. R., & Larson, J. H. (1995). A revision of the dyadic adjustment scale for use with distressed and nondistressed couples: construct hierarchy and multidimensional scales. *Journal of Marital and Family Therapy, 21*(3), 289-308. doi:10.1111/j.1752-0606.1995.tb00163.x
- Butterworth, P., & Rodgers, B. (2008). Mental health problems and marital disruption: Is it the combination of husbands and wives' mental health problems that predicts later divorce? *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology, 43*(9), 758-763. doi:10.1007/s00127-008-0366-5
- Butzer, B., & Campbell, L. (2008). Adult attachment, sexual satisfaction, and relationship satisfaction: A study of married couples. *Personal Relationships, 15*, 141-154. doi:10.1111/j.1475-6811.2007.00189.x
- Campbell, L., Simpson, J. A., Boldry, J., & Kashy, D. A. (2005). Perceptions of conflict and support in romantic relationships: The role of attachment anxiety. *Journal of Personality and Social Psychology, 88*, 510-531. doi:10.1037/0022-3514.88.3.510
- Campbell, L., Simpson, J. A., Kashy, D. A., & Rholes, W. S. (2001). Attachment orientations, dependence, and behavior in a stressful situation: An application of the actor-partner interdependence model. *Journal of Social and Personal Relationship, 18*(6), 821-843. doi:10.1177/0265407501186005
- Canavarro, M. C. (2007). Inventário de Sintomas Psicopatológicos – BSI. In M. M. Gonçalves, M. R. Simões, L. S. Almeida, & C. Machado (Eds.), *Avaliação Psicológica: Instrumentos validados para a População Portuguesa. Vol. III*. Coimbra: Quarteto.
- Canavarro, M. C. (2010). Qualidade de vida: Significados e níveis de análise. In M. C. Canavarro & A. Vaz Serra (Coords.), *Qualidade de vida e saúde: Uma abordagem na perspectiva da Organização Mundial da Saúde* (pp. 3-21). Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Canavarro, M. C., Pereira, M., Moreira, H., & Paredes, T. (2010). Qualidade de vida e saúde: Aplicações do WHOQOL. *Alicerces, 3*, 243-268.
- Cantazaro, A. & Wei, M. (2010). Adult attachment, dependence, self-criticism, and depressive symptoms: A test of a mediational model. *Journal of Personality, 78*(4), 1135-1162. doi:10.1111/j.1467-6494.2010.00645.x
- Carriço, C. N. & Paixão, R. (2010). Vinculação, memórias de infância e estilos defensivos na população dependente de substâncias: Estudo comparativo e multivariado. *Psychologica, 52*(2), 559-584.
- Caspers, K. M., Yucuis, R., Troutman, B., & Spinks, R. (2006). Attachment as an organizer of behavior: implications for substance abuse problems and willingness to seek treatment. *Substance Abuse Treatment, Prevention, and Policy, 1*:32. doi:10.1186/1747-597X-1-32
- Caughlin, J. P., & Scott, A. M. (2010). Toward a communication theory of the demand/withdraw pattern of interaction in interpersonal relationships. In S. W. Smith & S. R. Wilson (Eds.), *New directions in interpersonal communication research* (pp. 180-200). Los Angeles: Sage.

- Charania, M. R., & Ickes, W. (2007). Predicting marital satisfaction: Social absorption and individuation versus attachment anxiety and avoidance. *Personal Relationships, 14*, 187-208. doi:10.1111/j.1475-6811.2007.00150.x
- Collins, N. L. (1996). Working models of attachment: Implications for explanation, emotion, and behavior. *Journal of Personality and Social Psychology, 71*, 810-832. doi:10.1037/0022-3514.71.4.810
- Collins, N. L., & Feeney, B. C. (2004). An attachment theory perspective on closeness and intimacy. In D. Mashek & A. Aron (Eds.), *Handbook of closeness and intimacy* (pp. 163-187). Mahwah, NJ: Erlbaum.
- Collins, N. L., & Ford, M. B. (2010). Responding to the needs of others: The caregiving behavioral system in intimate relationships. *Journal of Social and Personal Relationships, 27*(2), 235-244. doi:10.1177/0265407509360907
- Collins, N. L., & Read, S. J. (1990). Adult attachment, working models, and relationship quality in dating couples. *Journal of Personality and Social Psychology, 58*(4), 644-663. Retirado de <http://www.apa.org/pubs/journals/psp/index.aspx>
- Connell, J., Brazier, J., O’Cathain, A., Lloyd-Jones, M., & Paisley, S. (2012). Quality of life of people with mental health problems: A synthesis of qualitative research. *Health and Quality of Life Outcomes, 10*:138. doi:10.1186/1477-7525-10-138
- Connor, K. M., & Zhang, W. (2006). Recent advances in the understanding and treatment of anxiety disorders. Resilience: Determinants, measurement, and treatment responsiveness. *CNS Spectrums, 11*(10 Suppl 12), 5-12. Retirado de <http://www.cnsspectrums.com/>
- Conrod, P. J., & Stewart, S. H. (2005). A critical look at dual focused Cognitive-Behavioral treatments for comorbid substance use and psychiatric Disorders: Strengths, Limitations and Future Directions. *Journal of cognitive psychotherapy, 19*(3), 261-284. doi:10.1891/jcop.2005.19.3.261
- Costa, P. T., Jr., Terracciano, A., & McCrae, R. R. (2001). Gender differences in personality traits across cultures: Robust and surprising findings. *Journal of Personality and Social Psychology, 81*, 322-331. doi:10.1037/0022-3514.81.2.322
- Cox, R. B., Ketner, J. S., & Blow, A. J. (2013). Working With Couples and Substance Abuse: Recommendations for Clinical Practice. *The American Journal of Family Therapy, 41*(2), 160-172. doi:10.1080/01926187.2012.670608
- Coyne, J. C., Thompson, R., & Palmer, S. C. (2002). Marital quality, coping with conflicts, marital complaints, and affection in couples with a depressed wife. *Journal of Family Psychology, 16*, 26-37. doi:10.1037/0893-3200.16.1.26
- Cranford, J. A., Floyd, F. J., Schulenberg, J. E., & Zucker, R. A. (2011). Husbands’ and wives’ alcohol use disorders and marital interactions as longitudinal predictors of marital adjustment. *Journal of Abnormal Psychology, 120*(1), 210-222. doi:10.1037/a0021349
- d’Ardenne, P., Capuzzo, N., Fakhoury, W. K., Jankovic-Gavrilovic, J., & Priebe, S. (2005). Subjective quality of life and posttraumatic stress disorder. *Journal of Nervous and Mental Disease, 193*(1), 62-65. doi:10.1097/01.nmd.0000149221.09294.92

- Derogatis, L. R. (1982/1993). *BSI: Brief Symptom Inventory* (3rd ed.). Minneapolis: National Computers Systems.
- Ditzen, B., Schmidt, S., Strauss, B., Nater, U. M., Ehlert, U., & Heinrichs, U. (2008). Adult attachment and social support interact to reduce psychological but no cortisol responses to stress. *Journal of Psychosomatic Research*, *64*, 479-486. doi:10.1016/j.jpsychores.2007.11.011
- Doron, G., Moulding, R., Kyrios, M., Maja, N., & Mario, M. (2009). Adult attachment insecurities are related to obsessive compulsive phenomena. *Journal of Social and Clinical Psychology*, *28*(8), 1022-1049. doi:10.1521/jscp.2009.28.8.1022
- Ein-Dor, T., Doron, G., Solomon, Z., Mikulincer, M., & Shaver, P. (2010). Together in pain: Attachment-related dyadic processes and posttraumatic stress disorder. *Journal of Counseling Psychology*, *57*(3), 17-27. doi:10.1037/a0019500
- Epstein, N. & Baucom, D. H. (2002). *Enhanced Cognitive-Behavioral Therapy for Couples: a Contextual Approach*. Washington, DC: American Psychological Association.
- European Pact for Mental Well-Being. (2008). Brussels: Author.
- Evans, S., Banerjee, S., Leese, M., & Huxley, P. (2007). The impact of mental illness on quality of life: A comparison of severe mental illness, common mental disorder and healthy population samples. *Quality of Life Research*, *16*(1), 17-29. doi:10.1007/s11136-006-9002-6
- Feeney, J. A. (1994). Attachment style, communication patterns, and satisfaction across the life cycle of marriage. *Personal Relationships*, *1*(4), 333-348. doi:10.1111/j.1475-6811.1994.tb00069.x
- Feeney, J. A. (1999a). Adult romantic attachment and couple relationships. In J. Cassidy & P. R. Shaver (Eds.), *Handbook of attachment: Theory, research, and clinical applications* (pp. 355-377). New York: Guilford.
- Feeney, J. A. (1999b). Adult attachment, emotional control, and marital satisfaction. *Personal Relationships*, *6*(2), 169-185. doi:10.1111/j.1475-6811.1999.tb00185.x
- Feeney, J. A., & Noller, P. (1991). Attachment style and verbal descriptions of romantic partners. *Journal of Social and Personal Relationships*, *8*, 187-215. doi:10.1177/0265407591082003
- Feeney, J. A. (2006). Studying close relationships: Methodological challenges and advances. In P. Noller & J. A. Feeney (Eds.), *Close Relationships: Functions, Forms and Processes* (pp. 49-64). NY: Psychology Press.
- Fincham, F., Beach, S., & Kemp-Fincham, S. (1997). Marital quality: A new theoretical perspective. In R. Sternberg & M. Hojjat (Eds.), *Satisfaction in close relationships* (pp. 1-22). New York: Guilford.
- Finzi-Dottan, R., Cohen, O., Iwaniec, D., Sapir, Y., & Weitzman, A. (2003). The drug user husband and his wife: Attachment styles, family cohesion and adaptability. *Substance Use and Misuse*, *38*(2), 271-292. doi:10.1081/JA-120017249
- Fraley, R. C. & Shaver, P. R. (2000). Adult romantic attachment: Theoretical developments, emerging controversies, and unanswered questions. *Review of General Psychology*, *4*(2), 132-154. doi: 10.1037//1089-2680.4.2.132
- Frazier, P. A., Byer, A. L., Fischer, A. R., Wright, D. M., & DeBord, K. A.

- (1996). Adult Attachment style and partner choice: Correlational and experimental findings. *Personal Relationships*, 3(2), 117-136. doi:10.1111/j.1475-6811.1996.tb00107.x
- Fuller, T. L. & Fincham, F. D. (1995). Attachment style in married couples: Relation to current marital functioning, stability over time, and method of assessment. *Personal Relationships*, 2, 17-34. doi:10.1111/j.1475-6811.1995.tb00075.x
- Gameiro, S., Carona, C., Pereira, M., Canavarro, M. C., Simões, M., Rijo, D., ... Vaz-Serra, A. (2008). Sintomatologia depressiva e qualidade de vida na população geral. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 9(1), 103-112.
- Gameiro, S., Carona, C., Silva, S., & Canavarro, M. C. (2010). Qualidade de vida e depressão: Um estudo comparativo com doentes com diagnóstico clínico de depressão major, utentes de centros de saúde e indivíduos da população geral. In M. C. Canavarro & A. Vaz Serra (Coords.), *Qualidade de vida e saúde: Uma abordagem na perspectiva da Organização Mundial da Saúde* (pp. 299-323). Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.
- Gamma, A. & Angst, J. (2001). Concurrent psychiatric comorbidity and multimorbidity in a community study: Gender differences and quality of life. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 251(2), 43-46. doi:10.1007/BF03035126
- Givertz, M. & Safford, S. (2011). Longitudinal impact of communication patterns on romantic attachment and symptoms of depression. *Current Psychology*, 30, 148-172. doi:10.1007/s12144-011-9106-1
- Gjerde, P. F., Onishi, M., & Carlson, K.S. (2004). Personality characteristics associated with romantic attachment: A comparison of interview and self-report methodologies. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 30(11), 1402-1415. doi:10.1177/0146167204264291
- Guerrero, L. K., Farinelli, L., & McEwan, B. (2009). Attachment and relational satisfaction: the mediating effect of emotional communication. *Communication Monographs*, 76(4), 487-514. doi:10.1080/03637750903300254
- Hansson, L. (2006). Determinants of quality of life in people with severe mental illness. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 113(429), 46-50. doi:10.1111/j.1600-0447.2005.00717.x
- Hansson, L. & Björkman, T. (2006). Are factors associated with subjective quality of life in people with severe mental illness consistent over time? – A 6-year follow-up study. *Quality of Life Research*, 16(1), 9-16. doi:10.1007/s11136-006-9119-7
- Hayes, A. F. (2009). Beyond Baron and Kenny: Statistical mediation analysis in the new millennium. *Communication Monographs*, 76, 408-420. doi:10.1080/03637750903310360
- Hayes, A. F. (2012). PROCESS: A versatile computational tool for observed variable mediation, moderation, and conditional process modeling [White paper]. Retirado de <http://www.afhayes.com/public/process2012.pdf>
- Hazan, C., & Shaver, P. (1987). Romantic love conceptualized as an attachment process. *Journal of Personality and Social Psychology*, 52(3), 511-524. doi:10.1037/0022-3514.52.3.511
- Hazan, C., & Shaver, P. R. (1994). Attachment theory as an organizational framework for research on close relationships. *Psychological Inquiry*, 5(1), 1-22. doi:10.2307/1449075

- Heene, E., Buysse, A., & Oost, P. (2005). Indirect pathways between depressive symptoms and marital distress: The role of conflict communication, attributions, and attachment style. *Family Process, 44*(4), 413-440. doi:10.1111/j.1545-5300.2005.00070.x
- Heene, E., Buysse, A., & Oost, P. (2007). An interpersonal perspective on depression: the role of marital adjustment, conflict communication, attributions, and attachment within a clinical sample. *Family Process, 46*(4), 499-514. doi:10.1111/j.1545-5300.2007.00228.x
- Hirschberger, G., Srivastava, S., Marsh, P., Cowan, C. P., & Cowan, P. A. (2009). Attachment, marital satisfaction, and divorce during the first fifteen years of Parenthood. *Personal Relationships, 16*(3), 401-420. doi:10.1111/j.1475-6811.2009.01230.x
- Hjemdal, O., Vogel, P. A., Solem, S., Hagen, K., & Stiles, T. C. (2011). The relationship between resilience and levels of anxiety, depression, and obsessive-compulsive symptoms in adolescents. *Clinical Psychology and Psychotherapy, 18*(4), 314-321. doi:10.1002/cpp.719
- Holland, A. S., Fraley, R. C., & Roisman, G. I. (2012). Attachment styles in dating couples: Predicting relationship functioning over time. *Personal Relationships, 19*(2), 234-246. doi:10.1111/j.1475-6811.2011.01350.x
- Homish, G. G., & Leonard, K. E. (2007). The drinking partnership and marital satisfaction: The longitudinal influence of discrepant drinking. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 75*(1), 43-51. doi:10.1037/0022-006X.75.1.43
- Homish, G. G., Leonard, K. E., & Kearns-Bodkin, J. N. (2006). Alcohol use, alcohol problems, and depressive symptomatology among newly married couples. *Drug and Alcohol Dependence, 83*, 185-192. doi:10.1016/j.drugalcdep.2005.10.017
- Homish, G. G., Leonard, K. E., & Cornelius, J. R. (2008). Illicit drug use and marital satisfaction. *Addictive Behaviors, 33*(2), 279-291. doi:10.1016/j.addbeh.2007.09.015
- Illing, V., Tasca, G., Balfour, L., & Bissada, H. (2010). Attachment insecurity predicts eating disorder symptoms and treatment outcomes in a clinical sample of women. *Journal of Nervous and Mental Disease, 198*(9), 653-659. doi:10.1097/NMD.0b013e3181ef34b2
- Ishak, W. W., Balayan, K., Brese, C., Greenberg, J. M., Fakhry, H., Christensen, S., & Rapaport, M. H. (2013). A descriptive analysis of quality of life using patient-reported measures in major depressive disorder in a naturalistic outpatient setting. *Quality of Life Research, 22*(3), 585-596. doi:10.1007/s11136-012-0187-6
- Johnson, S. L., & Jacob, T. (1997). Marital interactions of depressed men and women. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 65*(1), 15-25. doi:10.1037/0022-006X.65.1.15
- Johnson, S. L., & Jacob, T. (2000). Sequential interactions in the marital communication of depressed men and women. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 68*(1), 4-12. doi:10.1037/0022-006X.68.1.4
- Kachadourian, L. K., Fincham, F., & Davila, J. (2004). The tendency to forgive in dating and married couples: The role of attachment and relationship satisfaction. *Personal Relationships, 11*(3), 373-393. doi:10.1111/j.1475-6811.2004.00088.x
- Kane, H. S., Jaremka, L. M., Guichard, A. C., Ford, M. B., Collins, N. L., & Feeney, B. C. (2007). Feeling supported and feeling satisfied: how one



- partner's attachment style predicts the other partner's relationship experiences. *Journal of Social and Personal Relationships*, 24(4), 535-555. doi:10.1177/0265407507079245
- Karreman, A. & Vingerhoets, J. (2012). Attachment and well-being: The mediating role of emotion regulation and resilience. *Personality and Individual Differences*, 53(7), 821-826. doi:10.1016/j.paid.2012.06.014
- Katschnig, H. (2006). Quality of life in mental disorders: Challenges for research and clinical practice. *World Psychiatry*, 5(3), 139-145. Retirado de <http://www.world-psychiatry.com/>
- Khaleque, A. (2004). Intimate adult relationships, quality of life and psychological adjustment. *Social Indicators Research*, 69(3), 351-360. doi:10.1007/s11205-004-1543-x
- Kouros, C. D. & Cummings, E. M. (2011). Transactional relations between marital functioning and depressive symptoms. *American Journal of Orthopsychiatry*, 81(1), 128-138. doi:10.1111/j.1939-0025.2010.01080.x
- Krenke, I. S. (2006). Coping with relationship stressors: The impact of different working models of attachment and links to adaptation. *Journal of youth and adolescence*, 35(1), 25-39. doi:10.1007/s10964-005-9015-4
- Lavy, S., & Littman-Ovadia, H. (2011). All you need is love? Strengths mediate the negative associations between attachment orientations and life satisfaction. *Personality and Individual Differences*, 50(7), 1050-1055. doi:10.1016/j.paid.2011.01.023
- Lawford, J., & Eiser, C. (2001). Exploring links between the concepts of quality of life and resilience. *Pediatric Rehabilitation*, 4(4), 209-16. doi:10.1080/13638490210124024
- Leahy, R. L., Holland, S. J., & McGinn, L. K. (2012). Depression. In R. L. Leahy, S. J. Holland, & L. K. McGinn (Eds.), *Treatment Plans and Interventions for Depression and Anxiety Disorders* (2nd ed., pp. 16-101). New York: Guilford Press.
- Leonard, K. E. & Eiden, R. D. (2007). Marital and family processes in the context of alcohol use and alcohol disorders. *Annual Review of Clinical Psychology*, 3, 285-310. doi:10.1146/annurev.clinpsy.3.022806.091424
- Loving, T. J. & Slatcher, R. (2013). Romantic relationships and health. In J. A. Simpson & L. Campbell (Eds.), *The Oxford Handbook of Close Relationships*. New York: Oxford University Press.
- Mak, M., Bond, M., Simpson, J., & Rholes, W. (2010). Adult attachment, perceived support, and depressive symptoms in chinese and american cultures. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 29(2), 144-165. doi:10.1521/jscp.2010.29.2.144
- Marshall, M. P. (2003). For better or for worse? The effects of alcohol use on marital functioning. *Clinical Psychology Review*, 23(7), 959-997. doi:10.1016/j.cpr.2003.09.002
- Meyers, S. A., & Landsberger, S. A. (2002). Direct and indirect pathways between adult attachment style and marital satisfaction. *Personal Relationships*, 9(2), 159-172. doi:10.1111/1475-6811.00010
- Mickelson, K.D., Kessler, R.C., & Shaver, P.R. (1997). Adult attachment in a nationally representative sample. *Journal of Personality and Social Psychology*, 73, 1092-1106. doi:10.1037/0022-3514.73.5.1092
- Mikulincer, M., & Florian, V. (1998). The relationship between adult attachment styles and emotional and cognitive reactions to stressful events. In J. A. Simpson & W. S. Rholes (Eds.), *Attachment theory and*

- close relationships* (pp. 143-165). New York: Guilford.
- Mikulincer, M., Florian, V., Cowan, P. A., & Cowan, C. P. (2002). Attachment security in couple relationships: A systemic model and its implications for family dynamics. *Family Process*, 41(3), 405-434. doi:10.1111/j.1545-5300.2002.41309.x
- Mikulincer, M. & Shaver, P. R. (2007). *Attachment in adulthood: Structure, dynamics, and change*. New York: Guilford Press.
- Mikulincer, M. & Shaver, P. R. (2012). An attachment perspective on psychopathology. *World Psychiatry*, 11(1), 11-15. doi:10.1016/j.wpsyc.2012.01.003
- Min, J., Jung, Y., Kim, D., Yim, H., Kim, J., Kim, T., ... Chae, J. (2013). Characteristics associated with low resilience in patients with depression and/or anxiety disorders. *Quality of Life Research*, 22(2), 231-241. doi:10.1007/s11136-012-0153-3
- Moreira, J. M., Lind, W., Santos, M. J., Moreira, A. R., Gomes, M. J., Justo, J. ... Faustino, M. (2006). "Experiências em Relações Próximas", um questionário de avaliação das dimensões básicas dos estilos de vinculação nos adultos: Tradução e validação para a população Portuguesa. *Laboratório de Psicologia*, 4(1), 3-27.
- Mudar, P., Leonard, K. E., & Soltysinski, K. (2001). Discrepant substance use and marital functioning in newlywed couples. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 69(1), 130-134. doi:10.1037//0022-006X.69.1.130
- Myers, D. G. (1999). Close relationships and quality of life. In D. Kahneman, E. Diener, & N. Schwarz (Eds.), *Well-Being: The foundations of hedonic psychology*. New York: Russell Sage Foundation.
- Myers, D. G. & Diener, E. (1995). Who is happy? *Psychological Science*, 6(1), 10-19. doi:10.1111/j.1467-9280.1995.tb00298.x
- Norgren, M., Souza, R., Kaslow, F., Hammerschmidt, H., & Sharlin, S. (2004). Satisfação conjugal em casamentos de longa duração: Uma construção possível. *Estudos de Psicologia*, 9(3), 575-584. doi:10.1590/S1413-294X2004000300020
- O'Farrell, T. J., & Clements, K. (2012). Review of outcome research on marital and family therapy in treatment of alcoholism. *Journal of Marriage and Family Therapy*, 38(1), 122-144. doi:10.1111/j.1752-0606.2011.00242.x
- Ognibene, T. C. & Collins, N. L. (1998). Adult attachment styles, perceived social support and coping strategies. *Journal of Social and Personal Relationships*, 15(3), 323-345. doi:10.1177/0265407598153002
- Ostermann, J., Sloan, F. A., & Taylor, D. H. (2005). Heavy alcohol use and marital dissolution in the USA. *Social Science & Medicine*, 61(11), 2304-2316. doi:10.1016/j.socscimed.2005.07.021
- Ottu, I. & Akpan, U. (2011). Predicting marital satisfaction from the attachment styles and gender of a culturally and religiously homogenous population. *Gender & Behaviour*, 9(1), 3656-3679. Retirado de <http://www.ajol.info/index.php/gab>
- Overall, N. C. & Simpson, J. A. (2013). Regulation processes in close relationships. In J. A. Simpson & L. Campbell (Eds.), *The Oxford Handbook of Close Relationships* (pp. 436-459). New York: Oxford University Press.
- Overall, N. C., Fletcher, G. J., & Simpson, J. A. (2010). Helping each other

- grow: Romantic partner support, self-improvement, and relationship quality. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 36(11), 1496-1513. doi:10.1177/0146167210383045
- Pankiewicz, P., Majkiewicz, M., & Krzykowski, G. (2012). Anxiety disorders in intimate partners and the quality of their relationship. *Journal of Affective Disorders*, 140(2), 176-180. doi:10.1016/j.jad.2012.02.005
- Parker, M. L., Tambling, R. B., & Campbell, K. (2013). Dyadic Adjustment and Depression Symptoms: The Mediating Role of Attachment. *The Family Journal: Counseling and Therapy for Couples and Families*, 21(1), 28-34. Doi:10.1177/10664807124566674
- Pereira, M., Melo, C., Gameiro, S., & Canavarro, M. C. (2011). Estudos psicométricos da versão em Português Europeu do índice de qualidade de vida EUROHIS-QOL-8. *Laboratório de Psicologia*, 9(2), 109-123.
- Power, M. (2003). Development of a common instrument for quality of life. In A. Nosikov & C. Gudex (Eds.), *EUROHIS: Developing Common Instruments for Health Surveys* (pp. 145-159). Amsterdam: IOS Press
- Powers, M. B., Vedel, E., & Emmelkamp, P. M. (2008). Behavioral couples therapy (BCT) for alcohol and drug use disorders: a meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 28(6), 952-962. doi:10.1016/j.cpr.2008.02.002
- Preacher, K. J., & Hayes, A. F. (2008). Asymptotic and resampling strategies for assessing and comparing indirect effects in multiple mediator models. *Behavior Research Methods*, 40(3), 879-891. doi:10.3758/BRM.40.3.879
- Priebe, S., Reininghaus, U., McCabe, R., Burns, T., Eklund, M., Hansson, L., ... Wang, D. (2010). Factors influencing subjective quality of life in patients with schizophrenia and other mental disorders: A pooled analysis. *Schizophrenia Research*, 121(1-3), 251-258. doi:10.1016/j.schres.2009.12.020
- Quigley, B. M., & Leonard, K. E. (2000). Alcohol and the continuation of early marital aggression. *Alcoholism, Clinical and Experimental Research*, 24(7), 1003-1010. doi:10.1111/j.1530-0277.2000.tb04643.x
- Rakib, A., White, P. D., Pinching, A. J., Hedge, B., Newbery, N., Fakhoury, W. K., & Prieve, S. (2005). Subjective quality of life in patients with chronic fatigue syndrome. *Quality of Life Research*, 14(1), 11-19. doi:10.1007/s11136-004-1693-y
- Reizer, A., Possick, C., & Ein-Dor, T. (2010). Environmental threat influences psychological distress and marital satisfaction among avoidantly attached individuals. *Personal Relationships*, 17(4), 585-598. doi:10.1111/j.1475-6811.2010.01301.x
- Røsand, G., Slinning, K., Eberhard-Gran, M., Røysamb, E., & Tambs, K. (2012). The buffering effect of relationship satisfaction on emotional distress in couples. *BMC Public Health*, 12:66. doi:10.1186/1471-2458-12-66
- Sarason, B. R., Sarason, I. G., & Gurung, R. A. (2001). Close personal relationships and health outcomes: A key to the role of social support. In B. R. Sarason, & S. Duck (Eds.), *Personal relationships: Implications for clinical and community psychology* (pp. 15-41). New York: Wiley.
- Schindler, A., Thomasius, R., Petersen, K., & Sack, P. M. (2009). Heroin as an attachment substitute? Differences in attachment representations

- between opioid, ecstasy and cannabis abusers. *Attachment & Human Development*, 11(3), 307-330. doi:10.1080/14616730902815009
- Schindler, A., Thomasius, R., Sack, P.M., Gemeinhardt, B., Kustner, U.J., & Eckert, J. (2005). Attachment and substance use disorders: a review of the literature and a study in drug dependent adolescents. *Attachment & Human Development*, 7(3), 207-228. doi:10.1080/14616730500173918
- Schmidt, S., Mühlan, H., & Power, M. (2006). The EUROHIS-QOL 8-item index: Psychometric results of a cross-cultural field study. *European Journal of Public Health*, 16(4), 420-428. doi:10.1093/eurpub/cki155
- Scorsolini-Comin, F. & Santos, M. A. (2011). Relações entre bem-estar subjetivo e satisfação conjugal na abordagem da psicologia positiva. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 24(4), 658-665. doi:10.1590/S0102-79722011000400005
- Scharfe, E. (2007). Cause or consequence? Exploring causal links between attachment and depression. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 26(9), 1048-1064. doi:10.1521/jscp.2007.26.9.1048
- Scott, R. L. & Cordova, J. V. (2002). The influence of adult attachment styles on the association between marital adjustment and depressive symptoms. *Journal of Family Psychology*, 16(2), 199-208. Doi:10.1037//0893-3200.16.2.199
- Seok, J., Lee, K., Kim, W., Lee, S., Kang, E., Ham, B., Yang, J., & Chae, J. (2012). Impact of early-life stress and resilience on patients with major depressive disorder. *Yonsei Medical Journal*, 53(6), 1093-1098. doi:10.3349/ymj.2012.53.6.1093
- Simpson, J. A., & Rholes, W. S. (2010). Attachment and relationships: Milestones and future directions. *Journal of Social and Personal Relationships*, 27(2), 173-180. doi:10.1177/0265407509360909
- Simpson, J. A., & Rholes, W. S. (2012). Adult attachment orientations, stress, and romantic relationships. In P. Devine & A. Plant (Eds.), *Advances in Experimental Social Psychology* (Vol. 45) (pp. 279-328) Burlington: Academic Press.
- Simpson, J. A., Rholes, W. S., & Nelligan, J. S. (1992). Support seeking and support giving within couples in an anxiety-provoking situation: The role of attachment styles. *Journal of Personality and Social Psychology*, 62(3), 434-446. doi:10.1037/0022-3514.62.3.434
- Simpson, J. A., Rholes, W. S., Oriña, M. M., & Grich, J. (2002). Working models of attachment, support giving, and support seeking in a stressful situation. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 28(5), 598-608. doi:10.1177/0146167202288004
- Shaver, P. R., Schachner, D. A., & Mikulincer, M. (2005). Attachment style, excessive reassurance seeking, relationship processes, and depression. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 31(3), 343-359. doi:10.1177/0146167204271709
- Skevington, S. M., Lotfy, M., & O'Connell, K. A. (2004). The World Health Organization's WHOQOL-BREF quality of life assessment: Psychometric properties and results of the international field trial. A Report from the WHOQOL Group. *Quality of Life Research*, 13(2), 299-310. doi:10.1023/B:QURE.0000018486.91360.00
- Spanier, G. B. (1976). Measuring dyadic adjustment: New scales for assessing the quality of marriage and similar dyads. *Journal of Marriage and the Family*, 38(1), 15-28. doi:10.2307/350547

- Suresky, M. J., Zauszniewski, J. A., & Bekhet, A. K. (2008). Sense of coherence and quality of life in women family members of the seriously mentally ill. *Issues in Mental Health Nursing, 29*(3), 265-278. doi:10.1080/01612840701869601
- Townsend, A. L., Miller, B., & Guo, S. (2001). Depressive symptomatology in middleaged and older married couples: A dyadic analysis. *The Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences, 56*(6), 352-364. doi:10.1093/geronb/56.6.S352
- Tran, S., & Simpson, J. A. (2009). Pro-relationship maintenance behaviors: The joint roles of attachment and commitment. *Journal of Personality and Social Psychology, 97*(4), 685-698. doi:10.1037/a0016418
- Uchino, B. N., Cacioppo, J. T., & Kiecolt-Glaser, J. K. (1996). The relationship between social support and physiological processes: A review with emphasis on underlying mechanisms and implications for health. *Psychological Bulletin, 119*(3), 488-531. doi:10.1037/0033-2909.119.3.488
- Wei, M., Heppner, P., & Mallinckrodt, B. (2003). Perceived coping as a mediator between attachment and psychological distress: A structural equation modeling approach. *Journal of Counseling Psychology, 50*(4), 438-447. doi:10.1037/0022-0167.50.4.438
- Wei, M., Liao, K., Ku, Y., & Shaffer, P. A. (2011). Attachment, self-compassion, empathy, and subjective well-being among college students and community adults. *Journal of Personality, 79*(1), 191-221. doi:10.1111/j.1467-6494.2010.00677.x
- Wei, M., Russell, D. W., Mallinckrodt, B., & Vogel, D. L. (2007). The Experiences in Close Relationship Scale (ECR)-Short Form: Reliability, Validity, and Factor Structure. *Journal of Personality Assessment, 88*(2), 187-204. doi:10.1080/00223890701268041
- Wei, M., Vogel, D. L., Ku, T. Y., & Zakalik, R. A. (2005). Adult attachment, affect regulation, negative mood, and interpersonal problems: the mediating roles of emotional reactivity and emotional cutoff. *Journal of Counseling Psychology, 52*(1), 14-24. doi:10.1037/0022-0167.52.1.14
- Whisman, M. A. (1999). Marital dissatisfaction and psychiatric disorders: Results from the National Comorbidity Survey. *Journal of Abnormal Psychology, 108*(4), 701-706. doi:10.1037/0021-843X.108.4.701
- Whisman, M. A. (no prelo). Relationship adjustment and the prevalence, incidence, and treatment of psychopathology. *Journal of Social and Personal Relationships, 26*(10), 1177-1192. doi:10.1177/0265407512455269
- Whisman, M. A. (2007) Marital distress and DSM-IV psychiatric disorders in a population-based national survey. *Journal of Abnormal Psychology, 116*(3), 638-643. doi:10.1037/0021-843X.116.3.638
- Whisman, M. A. & Baucom, D. H. (2012). Intimate relationships and psychopathology. *Clinical Child Family and Psychology Review, 15*(1), 4-13. doi:10.1007/s10567-011-0107-2
- Whisman, M. A., Dementyeva, A., Baucom, D. H., & Bulik, C. M. (2012). Marital functioning and binge eating disorder in married women. *International journal of Eating Disorders, 45*(3), 385-389. doi:10.1002/eat.20935
- Whisman, M. A., & Uebelacker, L. A. (2009). Prospective associations between marital discord and depressive symptoms in middle-aged and older adults. *Psychology and Aging, 24*(1), 184-189.

doi:10.1037/a0014759

- Whisman, M. A., Uebelacker, L. A., & Weinstock, L. M. (2004). Psychopathology and marital satisfaction: The importance of evaluating both partners. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 72*(5), 830-838. doi:10.1037/0022-006X.72.5.830
- WHOQOL Group (1994). Development of the WHOQOL: Rationale and current status. *International Journal of Mental Health, 23*(3), 24-56. Retirado de <http://www.jstor.org/stable/41344692>
- World Health Organisation (2003). *Investing in mental health*. Geneva: World Health Organisation. Retirado de [http://www.who.int/mental\\_health/media/investing\\_mnh.pdf](http://www.who.int/mental_health/media/investing_mnh.pdf)
- Yanos, P. T., Rosenfield, S., Horwitz, A. V. (2001). Negative and supportive social interactions and quality of life among persons diagnosed with severe mental illness. *Community Mental Health Journal, 37*(5), 405-419. doi:10.1023/A:1017528029127