



Universidade de Coimbra  
Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação

UC/FPCE\_2014

**Ajustamento diádico e individual em casais num contexto de perturbação psiquiátrica masculina: O papel da resiliência como recurso à adversidade**

Sara Carina Antunes da Cruz Gusmão Rodrigues

Dissertação de Mestrado Integrado em Psicologia Clínica e da Saúde,  
Subárea de Especialização em Intervenções Cognitivo-  
Comportamentais nas Perturbações Psicológicas da Saúde

Sob a orientação da Professora Doutora Maria Cristina Canavarro e  
do Doutor Marco Daniel Pereira

Coimbra, 2014

## **Ajustamento diádico e individual em casais num contexto de perturbação psiquiátrica masculina: O papel da resiliência como recurso à adversidade**

### **Resumo**

No âmbito das relações conjugais, a presença de perturbação psiquiátrica num dos elementos do casal tem vindo a ser associada a uma diminuição do ajustamento diádico, saúde mental e qualidade de vida (QdV) quer do doente quer do parceiro saudável. Deste modo, torna-se pertinente e relevante a identificação dos mecanismos envolvidos numa melhor adaptação conjugal e individual em casais com esta condição, de forma a possibilitar o desenvolvimento de programas de prevenção e/ou intervenção para casais que, perante a psicopatologia de um dos elementos, manifestem dificuldades de ajustamento. No presente estudo pretendeu-se avaliar o papel da resiliência enquanto recurso no ajustamento diádico e adaptação individual (avaliada através de sintomatologia depressiva e ansiosa e perceção de QdV) em casais em que o homem apresenta um quadro psiquiátrico.

A amostra do presente estudo foi composta por um grupo clínico e um grupo de controlo constituído por casais da população geral. O grupo clínico foi formado por 35 casais em que o homem possui um diagnóstico perturbação psiquiátrica e 45 casais da população geral.

Os resultados obtidos mostram que os casais do grupo clínico apresentaram valores mais elevados de sintomatologia depressiva e ansiosa e mais baixos de perceção de QdV e ajustamento diádico que os casais da população geral. Em relação às características de resiliência, verificou-se que o grupo clínico apresentou valores mais baixos que o grupo da população geral em todas as dimensões. Verificou-se também, relativamente ao grupo clínico, que níveis mais elevados de resiliência nos dois elementos do casal se associavam a melhor ajustamento diádico, bem como a menor sintomatologia depressiva e ansiosa e melhor perceção de QdV de ambos. Foi ainda encontrado um efeito mediador de algumas dimensões de resiliência na associação entre o ajustamento diádico e a adaptação individual (sintomatologia depressiva e ansiosa e perceção de QdV), sendo que este efeito mediador da resiliência difere no doente e no parceiro saudável. Neste âmbito, destaca-se o efeito mediador da dimensão *Competências Pessoais* do doente na associação entre ajustamento diádico e todos os indicadores de adaptação individual em estudo.

Os resultados sugerem que a resiliência pode ser vista como um potencial recurso no processo de adaptação diádica e individual em casais em que o elemento masculino apresenta um quadro psiquiátrico, sendo que as características de resiliência de cada elemento do casal exercem uma forte influência nos padrões de adaptação do próprio doente, bem como do parceiro saudável. Estes resultados remetem para algumas importantes reflexões do ponto de vista clínico, sendo estas consideradas no presente estudo.

**Palavras-Chave:** Ajustamento diádico; adaptação individual; qualidade de vida; saúde mental; sintomatologia psicopatológica; resiliência.

## **Dyadic and individual adjustment in couples in the context of a male psychiatric disorder: The role of resilience as a resource to adversity**

### **Abstract**

In the context of marital relationships, the presence of a psychiatric disorder in one of the members of the couple has been associated with a decreased dyadic adjustment, mental health and quality of life (QoL) of both the patient and the healthy partner. Thus, it is pertinent and relevant to identify the mechanisms involved in an improved individual and marital adjustment in couples with this condition, in order to enable the development of prevention and/or intervention programs for couples that in face on the psychopathology of one of elements manifest adjustment difficulties. The present study aimed to evaluate the role of resilience as a resource in dyadic adjustment and individual adaptation (assessed by depressive and anxious symptoms and perceived QoL) in couples where the man has a psychiatric condition.

The sample of the current study consisted of a clinical group and a control group consisting of couples from the general population was collected. The clinical group consisted of 35 couples where the man had a diagnosed psychiatric disorder and 45 couples of the general population.

The results showed that couples of the clinical group reported higher levels of depressive and anxiety symptoms and lower perception of QoL and dyadic adjustment, compared to couples of the general population. Regarding the characteristics of resilience, the couples in clinical group showed lower scores in all dimensions than couples of the general population. It was also found, in the clinical group, that higher levels of resilience in both members of the dyad were associated with better dyadic adjustment, lower depressive and anxiety symptoms and better perception of QoL of both members. It was found a mediating effect of some resilience dimensions on the association between dyadic and individual adjustment (depressive and anxiety symptoms and perceived QoL), and this mediating effect was different for the patient and the healthy partner. In this context, we highlight the mediating effect of the dimension *Personal Competence* of the patient in the association between dyadic adjustment and all indicators of individual adaptation.

Our findings suggest that resilience can be viewed as a potential resource in the dyadic and individual adaptation process among couples in which the male has a psychiatric disorder, and that resilience characteristics of each member of the couple have a strong influence on both patient and healthy partner's adaptation patterns. These results point to some important clinical considerations, which are considered in this study.

**Keywords:** Dyadic adjustment; individual adaptation; quality of life; mental health; psychopathological symptoms; resilience.

## **Agradecimentos**

À **Professora Doutora Cristina Canavarro** pela oportunidade de integrar a sua equipa, pela máxima exigência e rigor científico, por todos momentos de orientação fulcrais, pelas palavras de incentivo e motivação constantes e pela preocupação em ensinar a fazer sempre mais e, sobretudo, melhor.

Ao **Professor Doutor Marco Pereira**, pela orientação próxima e atenta, pela máxima exigência e rigor científico, pelas palavras de reforço e incentivo e, igualmente, pela preocupação em ensinar a fazer sempre mais e, acima de tudo, melhor.

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

À **Dra. Vera Raposo** pela disponibilidade e colaboração no processo de recolha da amostra.

Aos **casais** que colaboraram no presente estudo, pela disponibilidade e, acima de tudo, pela intimidade partilhada.

A todos os meus **amigos e colegas**, pela vossa presença na minha vida, por todos os momentos partilhados, pelas aprendizagens conjuntas, pelas palavras de reforço e incentivo constante e, acima de tudo, por todo o carinho e amizade.

À **minha Avó** por todo o carinho e preocupação e pelas palavras sábias e amigas que são para mim uma fonte de inspiração. À **minha tia Isabel** por todo o carinho, disponibilidade e preocupação.

Ao **Sr. Joaquim e Candida** por todo o apoio e carinho. Por acreditarem em mim e ajudarem a toram esta conquista possível.

A ti **Filipe** por toda a confiança, paciência, empatia, cumplicidade e companheirismo, por todas as palavras de reforço e incentivo constantes. E, principalmente, por todo o apoio e carinho.

À **minha irmã Sandra**, que é mais que uma irmã, tendo sido tantas vezes uma mãe, às minhas sobrinhas (**Vanessa e Catarina**) que são a luz dos meus olhos, e aos meus irmãos (**Mário e Tó**). A todos vocês, por sempre me terem feito sentir amada e ajudado a tornar-me grande parte do que sou hoje, por todo o amor incondicional e orgulho que sinto em ser vossa irmã e vossa tia.

Ao meu **irmão Nuno**, para quem as palavras simplesmente não chegam. A ti, meu mano, dedico por inteiro esta minha conquista, sendo ela de antemão tua, pois sem ti, nunca teria sido minha. Obrigada por me teres feito levantar e acreditar que era possível, ajudando-me a construir e a acreditar na minha própria resiliência. Obrigada por todo o carinho e palavras de incentivo nas horas difíceis. Obrigada por todas as vezes que os teus olhos brilham com a mais pequena conquista minha. Obrigada mano, simplesmente por existires.

À minha **mãe**, que embora já há muito tenha partido, os seus ensinamentos, e sobretudo o seu amor, ainda hoje me guiam e inspiram.

# Índice

<b>Introdução</b>	1
<b>1. Enquadramento Conceptual</b>	3
1.1. Resiliência enquanto recurso	3
1.2. Características dos indivíduos resilientes	4
1.3. Resiliência nas relações amorosas	7
1.4. Qualidade de Vida, Saúde Mental e Ajustamento Diádico	8
<b>2. Objetivos</b>	13
<b>3. Método</b>	14
3.1. Participantes	14
3.2. Procedimentos	16
3.3. Instrumentos	17
3.3.1. Ficha de dados sociodemográficos	17
3.3.2. Escala de Resiliência para Adultos (ERA)	17
3.3.3. Inventário de Sintomas Psicopatológicos (BSI)	17
3.3.4. EUROHIS- QOL-8	18
3.3.5. Escala de Ajustamento Diádico-Revista (EAD-R)	18
3.4. Análise Estatística	18
<b>4. Resultados</b>	19
<b>5. Discussão</b>	27
Contributos do estudo	35
Limitações do estudo	35
Indicações para futuros estudos	36
<b>6. Conclusões</b>	37
<b>7. Referências</b>	40

## Índice de Figuras

<b>Figura 1.</b> Modelo de mediação moderada para a associação entre adaptação conjugal (avaliada através do ajustamento diádico) e individual (avaliada através da sintomatologia psicopatológica e QdV)	14
---	----

## Índice de Tabelas

<b>Tabela 1.</b> Características sociodemográficas da amostra	15
<b>Tabela 2.</b> Estatísticas descritivas das características de resiliência, por grupo e género	19
<b>Tabela 3.</b> Efeitos principais das variáveis grupo, género e interação nos indicadores de adaptação individual e conjugal	20
<b>Tabela 4.</b> Estatísticas descritivas dos indicadores de adaptação individual e conjugal, por grupo e género	21
<b>Tabela 5.</b> Efeitos principais das variáveis grupo, género e interação dos indicadores de adaptação individual e conjugal	21
<b>Tabela 6.</b> Correlações entre as características de resiliência e adaptação individual (GCHD)	22
<b>Tabela 7.</b> Correlações entre as características de resiliência e adaptação individual (GC)	23
<b>Tabela 8.</b> Correlações entre as características de resiliência e o ajustamento diádico (GCHD)	24
<b>Tabela 9.</b> Correlações entre as características de resiliência e o ajustamento diádico (GC)	24
<b>Tabela 10.</b> Efeitos diretos do ajustamento diádico nos indicadores de adaptação individual	25
<b>Tabela 11.</b> Efeitos condicionais indiretos: Estimativa pontual, erro padrão e intervalos de confiança a 95% para efeitos indiretos do ajustamento diádico na depressão através das características de resiliência nos diferentes níveis do moderador	25
<b>Tabela 12.</b> Efeitos condicionais indiretos: Estimativa pontual, erro padrão e intervalos de confiança a 95% para efeitos indiretos do ajustamento diádico na ansiedade através das características de resiliência nos diferentes níveis do moderador	26
<b>Tabela 13.</b> 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 características de resiliência nos diferentes níveis do moderador	26

## Introdução

A resiliência é um conceito de elevada complexidade que tem vindo a ganhar uma crescente importância nas ciências sociais e humanas, sendo considerada como um dos mais importantes fatores de acesso à compreensão da saúde e ajustamento psicológico (Connor, 2006). De um modo geral, a resiliência tem sido definida como a capacidade de adaptação positiva perante contextos de elevada adversidade com potencial para afetar o percurso desenvolvimental, bem-estar ou saúde mental dos indivíduos (Luthar, 2006; Masten, 2001, 2007; Rutter, 2006; Zautra, Hall, & Murray, 2010).

Conceptualmente, o conceito de resiliência tem sido estudado a partir de dois pontos de vista distintos. Por um lado, a resiliência pode ser definida enquanto resultado/recuperação, isto é, a capacidade de recuperar e funcionar de forma adaptativa após a exposição a uma situação de elevada adversidade (Luthar, 2006; Masten, 2001; Rutter, 1987); por outro, pode ser vista enquanto recurso, ou seja, a capacidade do indivíduo para se adaptar a contextos de adversidade que se prolongam no tempo sem que seja afetado nos seus objetivos de vida (Bonanno, 2004).

A resiliência tem assumido também uma grande relevância no âmbito das relações amorosas (Solomon, Rothblum, & Balsam, 2004; Venter, 2009; Werner & Smith, 2001), já que estas têm vindo a ser consideradas uma das relações afetivas com maior influência na vida dos indivíduos, sendo considerado um importante fator de saúde mental (Hazan & Shaver, 1987; Loving & Slatcher, 2013; Whisman & Baucom, 2012). Assim, a ocorrência de problemas de saúde mental dentro do seio do casal constitui-se como uma situação de adversidade com potencial impacto na díade (Whisman & Baucom, 2012). Neste sentido, a presença de quadros psiquiátricos no casal tem vindo a ser associada a uma diminuição do ajustamento diádico e um aumento da manifestação de psicossintomatologia em ambos os membros da díade (Whisman & Baucom, 2012; Whisman & Uebelacker, 2009; Whisman, Uebelacker, & Weinstock, 2004). Neste âmbito, o ajustamento diádico assume-se como uma variável de grande importância, uma vez um melhor ajustamento diádico contribui para uma melhor saúde mental e ajustamento individual ao longo do tempo, bem como para a saúde mental e ajustamento do parceiro (Whisman & Baucom, 2012). A qualidade de vida (QdV) assume-se também como variável de elevada relevância neste contexto, uma vez que a doença mental tem também sido consistentemente associada a uma diminuição da QdV dos doentes (e.g., d'Ardenne, Capuzzo, Fakhoury, Jankovic-Gavrilovic, & Priebe, 2005; Gameiro et al., 2008; Ishak et al., 2013; Priebe et al., 2010) sendo que casais mais satisfeitos com a sua relação parecem apresentar melhores índices de QdV e bem-estar (Scorsolini-Comin & Santos, 2011). Deste modo, numa situação de adversidade, tal como um diagnóstico psiquiátrico, é esperado que casais mais satisfeitos com a sua relação apresentem maior QdV, e por sua vez manifestem a níveis mais baixos de sintomatologia psicopatológica (Ishak et al., 2013).

Assim, partindo de uma revisão da literatura, considerando o casal como unidade de análise, e tendo em conta a interligação das variáveis aqui expostas no âmbito da doença mental, no presente estudo considerou-se de elevada relevância compreender qual o papel da resiliência na associação entre ajustamento diádico e

adaptação individual (avaliada através da percepção de QdV e presença de sintomas psicopatológicos) quer do doente quer do parceiro saudável.

Neste sentido, será crucial procurar conhecer, especificamente, que características resilientes se associam a um melhor ajustamento do casal num contexto de perturbação mental, bem como a potencial associação entre as características de resiliência de um membro do casal e a adaptação do outro. Além disso, o conhecimento acerca dos indicadores de resiliência que mais contribuem para uma melhor adaptação à presença de perturbação mental num dos elementos da díade, poderá contribuir para uma melhor colaboração entre os profissionais de saúde e familiares na reabilitação do doente. Tal conhecimento poderá possibilitar a criação de planos de intervenção que tenham como objetivo ajudar o casal a desenvolver características resilientes. Este avanço na prática clínica poderá por sua vez contribuir para um melhor ajustamento diádico e individual dos casais, ajudando-os a criar recursos para lidar com situações de crise, stresse e/ou adversidade. A corroborar a importância do envolvimento dos familiares do processo terapêutico dos doentes, alguns estudos indicam que a colaboração entre familiares e sistema de saúde está associado a baixos níveis de manifestação de sintomas psicopatológicos por parte dos familiares de doentes psiquiátricos (Greenberg, Greenley, & Brown, 1997; Saunders, 2003).

Deste modo, o presente estudo inicia-se com o enquadramento conceptual do tema principal e das variáveis em estudo, assim como da relação entre as mesmas. Seguidamente, são apresentados os objetivos e respetivas hipóteses de investigação, prosseguindo-se com a descrição do método no qual se incluí a descrição dos participantes do estudo, os procedimentos de recolha da amostra, os instrumentos constituintes do protocolo de avaliação utilizado e as análises estatísticas realizadas. Posteriormente são apresentados os resultados, terminando com a discussão dos mesmos e conclusões do estudo.

## 1. Enquadramento Conceptual

### 1.1. Resiliência enquanto recurso

A resiliência tem vindo a ser definida de diversas formas, sendo que nas ciências sociais e humanas, este conceito tem sido estudado como um processo dinâmico de uma adaptação bem-sucedida perante a adversidade (Luthar, 2006; Masten, 2001, 2007; Rutter, 2006). Esta definição, focada na adaptabilidade, é concordante com a definição de Rutter (1987), que defende que a resiliência é capacidade do indivíduo para recuperar e voltar o equilíbrio psicológico, fisiológico e social após uma situação de adversidade. Esta definição remete-nos para o princípio homeostático em que a resiliência é vista enquanto **resultado/recuperação**.

No entanto, a compreensão da resiliência como processo de recuperação e/ou resultado positivo face à adversidade levanta algumas questões. Durante muitos anos, os investigadores viram a resiliência como uma resposta excecional à adversidade (Luthar, 2006). Contudo, estudos realizados em diversos contextos adversos, como situações de miséria, perdas significativas ou exposição a eventos potencialmente traumáticos, indicam que esta é uma resposta comum e esperada do ser humano, sendo observada tanto em crianças (Garmezy, 1991), como ao longo do ciclo vital (Bonanno, 2004; Bonanno & Mancinni, 2010; Mancini & Bonnano, 2006). Assim, a resiliência vista enquanto resultado pressupõe a ocorrência de um período de manifestação de sintomas provocados pela exposição à adversidade, como por exemplo, sintomas de depressão ou de perturbação de pós stress traumático, seguido de uma recuperação gradual até retomar o equilíbrio, voltando ao nível inicial, podendo este período ser rápido ou demorar até dois anos (Bonanno, 2004). Com efeito, a ocorrência de tais sintomas após acontecimentos adversos é um fenómeno esperado e pode até ser potencialmente benéfico para a recuperação (Zautra, Hall, & Murray, 2010). Todavia, a resiliência enquanto resultado não permite compreender a capacidade de suportar situações de adversidade que se prolongam no tempo (Bonanno, 2004). Além disso, apesar de a resiliência ser um fenómeno comum e parecer ser uma capacidade quase universal ao ser humano, é pouco provável que tenhamos todos exatamente a mesma capacidade de resposta, visto que é de conhecimento comum que diferentes pessoas reagem de forma diferente a uma mesma situação, existindo uma ampla diversidade de fatores envolvidos na resposta de cada indivíduo (Zautra, Hall, & Murray, 2010).

Deste modo, em contraste com a definição de resiliência como resultado, esta pode também ser vista enquanto **recurso**, isto é, a capacidade de suportar situações adversas que se prolongam no tempo sem que haja uma mudança fundamental nos objetivos de vida do indivíduo, mantendo assim o equilíbrio (Bonanno, 2004). Esta definição remete para o conceito de sustentabilidade, ou reserva de capacidade, em que o indivíduo possui a capacidade para avaliar, planear e responder adequadamente às situações de stress ou adversidade. Desta forma, enquanto a resiliência como resultado se foca nos aspetos de “cicatrização de feridas” (Zautra, Hall, & Murray, 2010, p.6), a resiliência enquanto recurso foca-se na capacidade de preservar o envolvimento em objetivos de vida favoráveis ao indivíduo, englobando diversas esferas da vida do mesmo (trabalho, relações interpessoais e lazer) (Zautra, Hall, & Murray, 2010). A definição de resiliência enquanto recurso parece então estar em

concordância com a de Luthar, Doernberger e Zigler (1993), que defendem que a resiliência é um constructo multidimensional que inclui não apenas capacidades psicológicas que permitam uma adaptação saudável à adversidade, como também a capacidade do indivíduo usar recursos protetores como o apoio familiar e social, bem como todos os recursos externos disponíveis. Neste sentido, alguns autores (Bonanno, 2004; Mancini & Bonanno, 2006), defendem que o conceito de recuperação se distingue totalmente do conceito de resiliência, dado que segundo esta ótica os indivíduos resilientes possuem características que lhes permite enfrentar a adversidade com o mínimo de interferência dos seus objetivos de vida, sem que seja necessário passar por um período de recuperação.

### 1.2. Características dos indivíduos resilientes

Assim, surge então a questão de quais as características habitualmente existentes em indivíduos resilientes. De modo geral, a maioria dos estudos indicam que os indivíduos resilientes são psicologicamente mais flexíveis, tendem a utilizar os recursos de proteção disponíveis para lidar com situações de stresse (Rutter, 1987; Werner, 1993; Garnezy, 1993). Além disso, estes tendem a ter atitudes e comportamentos que lhes são mais favoráveis, nomeadamente comportamentos pro-sociais e uma atitude empática perante os outros, possuindo tendencialmente um *locus* de controlo interno acerca dos mesmos (Kobasa, 1979). São ainda, habitualmente, mais otimistas (Connor & Davidson, 2003; Lyons, 1991; Werner & Smith, 2001). As suas atitudes e comportamentos promovem um retorno ao nível das relações de suporte, tais como a família e amigos, possuindo capacidade de estabelecer relações de vinculação segura. Além disso, indivíduos resilientes tendem a possuir maiores expectativas de autoeficácia, uma auto-imagem positiva, utilizam estratégias de *coping* orientadas para a ação, empregam as estratégias que se revelaram eficazes no passado para lidar com eventos do presente, revelam capacidade de crescimento/desenvolvimento com a adversidade (Rutter, 1985), assim como apresentam maior capacidade de se adaptarem às mudanças (Kobasa, 1979; Rutter, 1985). Estes indivíduos revelam também maior capacidade para organizar as suas vidas (Clausen, 1993), possuem maior tolerância perante afetos negativos e revelam maior capacidade de tolerância à frustração (Lyons, 1991). A literatura aponta ainda como indicadores de resiliência o sentido de finalidade e envolvimento emocional positivo em diversas áreas da vida diária do indivíduo (Connor & Davidson, 2003). Outros aspetos a ter em conta diz respeito ao sistema de crenças, normas e valores pessoais dos indivíduos resilientes que permite a formação de estruturas de significado e de suporte que facilitam a adaptação às mudanças (Zautra, Hall, & Murray, 2010). Globalmente, o apoio social e as competências pessoais constituem-se como os dois recursos de promoção da adaptação a situações de stresse mais estudados na literatura (Cutrona, Russell, & Gardner, 2005).

Nesta linha, num estudo longitudinal levando a cabo por Delahajj, Gaillard e van Dam (2010), procurou-se investigar o processo de mediação que explica como a resiliência influencia a forma como as pessoas respondem a situações de stresse. Os autores verificaram que a relação entre resiliência e as respostas a uma situação de stresse específico é mediada por características individuais da pessoa, nomeadamente

os estilos de *coping* e autoeficácia. Embora a resiliência tenha ainda sido pouco estudada no contexto da doença mental, existem alguns estudos que têm procurado compreender qual a influência da resiliência em diversas doenças físicas. Num estudo realizado por Holahan, Holahan, Moos, e Moos (1995), verificou-se que elevados níveis de apoio social predizem o desenvolvimento de menores índices de depressão em pacientes com doença cardíaca aguda e crónica, sendo que esta relação foi parcialmente mediada pela utilização de um estilo de *coping* direcionado para a ação. Também a dor crónica tem vindo a ser estudada neste contexto, por exemplo, num estudo efetuado por West, Buettner, Stewart, Foster e Kim (2012) procurou-se compreender qual o papel da resiliência em famílias em que um membro sofre de dor crónica. Este estudo revelou que a resiliência familiar reduziu significativamente o impacto da dor percebida pelo elemento doente. Além disso, verificou-se que a resiliência se correlacionava negativamente de forma significativa com impacto da doença em todos os membros da família. Verificaram-se ainda correlações positivas significativas entre a resiliência e índices de saúde mental e física, bem como de apoio social dos membros da família, incluindo o elemento doente.

Deste modo, embora a resiliência não proteja os indivíduos de eventos de vida negativos, as características de indivíduos resilientes parecem permitir que estes lidem de forma mais funcional e flexível com os mesmos. Assim, a resiliência enquanto recurso refere-se a um conjunto de características individuais, bem como a capacidade para perceber e utilizar recursos externos (Fergus & Zimmerman, 2005). Ainda neste âmbito, importa referir que as características de resiliência podem ser desenvolvidas no próprio contexto de adversidade, sendo que sucessivas experiências de situações de stresse e/ou crise podem servir para tornar os indivíduos mais aptos a utilizar estas características enquanto recursos para lidar com este tipo de situações (Vallerand, 2000). Nesta linha, é de salientar que as características de resiliência podem ser ensinadas e treinadas, de forma a ajudar os indivíduos a desenvolver competências para lidar com situações de adversidade (Maddi, Harvey, Khoshaba, Fazel, & Resurreccion, 2009). Neste sentido, tem sido proposto que intervenções focadas na promoção de características de resiliência podem beneficiar os indivíduos com doença mental, particularmente no âmbito das perturbações depressivas e ansiosas (Connor & Zhang, 2006; Seok et al., 2012).

Torna-se assim claro que a resiliência é um constructo multidimensional, que mais do que a ausência de fatores de risco, requer a presença de vários fatores protetores, bem como de diversos processos e mecanismos que permitem enfrentar contextos de adversidade (Hjemdal, Friborg, Stiles, Rosenvinge, & Martinussen, 2006). Por esta razão, a criação de medidas de avaliação da resiliência que incluam todos os seus múltiplos fatores não se tem revelado fácil. Por exemplo, a maioria das escalas de avaliação da resiliência incidem o seu foco de avaliação em fatores individuais, não contemplando os aspetos sociais e familiares do constructo (Jowkar, Friborg, & Hjemdal, 2010).

Diversas escalas têm sido desenvolvidas para a avaliação da resiliência, nomeadamente: a *Resilience Scale*, construída para medir níveis de adaptação psicossocial perante eventos de vida adversos. Esta escala foca-se essencialmente na avaliação da competência pessoal e autoaceitação, sendo composta por cinco factores

incluindo a serenidade, perseverança, autoconfiança, sentido de vida e autossuficiência (Wagnild & Young, 1993); a *Ego-Resilience Scale*, que possui uma organização dimensional semelhante à *Resilience Scale*, tendo como focos principais a avaliação da flexibilidade, curiosidade, generosidade e competências sociais (Block & Kremen, 1996); a *Connor-Davidson Resilience Scale* (CD-RISC; Connor & Davidson, 2003), desenvolvida para avaliar a capacidade para lidar com situações de elevado stresse e adversidade, estabelecendo valores de referência para avaliação da resiliência na população geral e amostras clínicas, nomeadamente sujeitos com Perturbação Pós Stresse Traumático (PPST). Esta escala é composta por cinco fatores, nomeadamente: (1) Perceção de competência pessoal, padrões elevados e tenacidade; (2) confiança nos instintos, tolerância às emoções negativas e fortalecimento dos efeitos do stresse; (3) aceitação positiva da mudança e relações interpessoais seguras; (4) controlo; e (5) influências espirituais. Mais recentemente desenvolveram-se versões abreviadas desta escala: CD-RISC10 (Campbell-Sills & Stein, 2007) e CD-RISC2 (Vaishnavi, Connor, & Davidson, 2007). Refira-se ainda outras escalas desenvolvidas para a avaliação da resiliência especificamente em adolescentes: *Adolescent Resilience Scale* (Oshio, Kaneko, Nagamine, & Nakaya, 2003); *Brief-Resilient Coping Scale* (Sinclair & Wallston, 2004); *Cultural Resilience Scale Measure* (Clauss-Ehlers, Yang & Chen, 2006); *Resilience Scale for Adolescents* (Hjemdal et al., 2006) e *Resilience Scale for Children & Adolescents* (Prince-Embury, 2008).

Para além dos instrumentos referidos, Friborg, Hjemdal, Rosenvinge, e Martinussen (2003) desenvolveram a Escala de Resiliência para Adultos (ERA) (no original *Resilience Scale for Adults* [RSA]), que usamos neste estudo. Esta escala foi desenvolvida com o objetivo de criar uma medida para avaliar e medir a resiliência de modo mais direto podendo ser aplicada a uma ampla variedade de contextos. Neste sentido, esta escala tem por base diversos fatores de resiliência (fatores protetores), abrangendo indicadores individuais, interpessoais e familiares do constructo. Na sua organização, a ERA é composta por cinco fatores, nomeadamente as competências pessoais, competências sociais, coesão familiar, recursos sociais e estrutura pessoal.

Nesta linha, alguns estudos têm corroborado a utilidade da ERA na avaliação de características de resiliência enquanto recursos protetores da saúde mental de indivíduos expostos a situações de adversidade e/ou stresse. Por exemplo, num estudo de Hjemdal et al. (2006), verificou-se que indivíduos que revelaram maiores índices de resiliência, medidos através da ERA, mantiveram os níveis de sintomatologia psiquiátrica inalterada quando expostos a situações de vida indutoras de stresse. Tal facto é indicativo de que os eventos negativos não tiveram impacto nos indivíduos com mais recursos de proteção disponíveis, sendo que a dimensão *competência social* surgiu como um importante recurso de proteção neste âmbito. (Hjemdal et al., 2006). A *competência social* refere-se à perceção do próprio indivíduo das suas aptidões sociais, nomeadamente a capacidade de iniciar uma conversação, bem como de flexibilizar as interações sociais, facilidade em criar novas amizades e sentir-se à vontade em ambientes sociais. Assim, os indivíduos resilientes percecionam-se como socialmente aptos e competentes, sendo este um pré-requisito importante para o desenvolvimento e manutenção de relações e redes sociais, que podem facilitar a expansão de fontes de apoio social e emocional do indivíduo (Werner & Smith, 2001).

Por outro lado, a dimensão *competências pessoais* é referida na literatura como a que melhor diferencia indivíduos saudáveis de indivíduos com psicopatologia (Friborg et al., 2003).

Alguns estudos têm verificado também diferenças sociodemográficas nas características de resiliência dos indivíduos. Neste sentido, no que diz respeito às diferenças de género, existem dados consistentes que apontam para o facto de as mulheres tenderem a retirar maiores vantagens da dimensão *recursos sociais*, apresentando valores significativamente mais elevados nesta dimensão que os homens (Friborg et al. 2003; Werner & Smith, 2001), sendo que tal facto foi corroborado em estudos posteriores em amostras culturais distintas (e.g. Hjemdal et al., 2011; Jowkar et al., 2010). Por outro lado, Friborg et al. (2003) verificaram no seu estudo realizado no norte da Noruega, que os homens apresentaram valores mais elevados de *competência pessoal*, comparativamente às mulheres. Todavia, num estudo posterior, realizado numa amostra de indivíduos iranianos verificou-se que tanto os homens como as mulheres apresentavam valores idênticos nesta dimensão (*competências pessoais*) (cf. Jowkar et al., 2010). No concerne à influência da idade, Friborg et al. (2003) verificaram que os resultados na dimensão *estrutura pessoal* aumentavam significativamente com a idade.

### 1.3. Resiliência nas relações amorosas

Não obstante a generalidade dos estudos darem um especial enfoque às componentes individuais da resiliência, alguns estudos têm demonstrado que é possível estudar o processo de resiliência ao nível dos diversos sistemas e subsistemas em que os indivíduos se inserem, nomeadamente a nível familiar e conjugal (Patterson, 2002; Venter, 2009; Walsh, 2002).

A este respeito, Walsh (2002) define a resiliência familiar como a capacidade de adaptação por parte da família face a situações de crise e de adversidade, como uma força potencial que permite uma maior flexibilização da família em procurar recursos para se adaptar, funcionando como uma estratégia de *coping* eficaz para enfrentar situações de crise, stress e/ou adversidade. A premissa subjacente a esta abordagem é que as situações de stress ou crise familiar constituem desafios que influenciam todo o sistema familiar, sendo que a família, enquanto unidade, medeia o processo de recuperação e construção de resiliência dos elementos mais vulneráveis (Walsh, 2002). Famílias resilientes podem responder a situações de adversidade de múltiplas formas, dependendo de todo o contexto envolvente, bem como da interação entre fatores de risco e fatores protetores (Hawley & DeHaan, 1996). A resiliência familiar pressupõe, deste modo, um conjunto de características que, segundo vários autores, podem ser aprendidas e desenvolvidas em qualquer fase do ciclo vital da família (Masten, 2001; McCubbin & McCubbin, 1988; Walsh, 2002), sendo que uma atitude otimista, bem como o apoio afetivo, coesão entre os membros da família, suporte social, capacidade de resolução de problemas e estratégias de *coping* constituem-se como características essenciais para a resiliência familiar (Black & Lobo, 2008; McCubbin & McCubbin, 1993).

Também no contexto das relações amorosas, o conceito de resiliência tem assumido grande importância. A resiliência nas relações amorosas é definida por

Solomon, Rothblum e Balsam (2004) como a capacidade de usar estratégias de *coping* eficazes e manter a coesão entre o casal em situações de adversidade. Venter (2009) caracterizou o mesmo conceito como uma capacidade do casal para proteger a relação de fatores de risco externos, de forma a conseguir ultrapassar situações de crise ou stresse potencialmente perturbadoras para a relação. Para tal contribuem diversos fatores, nomeadamente os padrões comunicacionais e de organização, capacidade de resolução de problemas, recursos sociais e sistema de crenças. Além disso, segundo Werner e Smith (2001), indivíduos resilientes empenham-se mais para resolver conflitos conjugais. Por outro lado, Bodenmann (2005) defende que a satisfação e bem-estar do casal é mutuamente influenciada pela satisfação e bem-estar de cada membro da díade. Neste sentido, a resiliência entre o casal contribui também para melhorar a qualidade da relação e bem-estar de cada um dos membros (Venter, 2009). Apesar da escassez de estudos que se tenham debruçado sobre o papel da resiliência em contexto de doença mental, considerando o casal como unidade de análise, existem estudos que comprovam que a resiliência pode ser um importante recurso em casais que estejam a passar por uma situação de adversidade. Por exemplo, num estudo realizado por Herrmann et al. (2011) numa amostra de casais com problemas de infertilidade, verificou-se que níveis mais elevados de resiliência estavam associados a melhor QdV em ambos os elementos da díade, bem como a níveis mais baixos de indicadores de stresse especificamente relacionados com a infertilidade.

#### 1.4. Qualidade de Vida, Saúde Mental e Ajustamento Diádico

A qualidade de vida (QdV) é um conceito amplo e complexo, influenciado por diversos fatores, sendo 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). No contexto da saúde, uma proporção significativa dos estudos sobre QdV centram-se essencialmente no âmbito das condições crónicas de saúde. Com efeito, vários estudos têm procurado compreender o impacto das condições crónicas de saúde na QdV dos indivíduos, na medida em que estas ao constituírem acontecimentos em que a imprevisibilidade do diagnóstico e prognóstico, o impacto dos tratamentos na vida diária, as limitações físicas e funcionais, bem como a potencial interferência não só no funcionamento individual, mas também a nível relacional e familiar, são um fator de risco para a QdV dos indivíduos (Canavarro, Pereira, Moreira, & Paredes, 2010).

Na área da saúde mental, a existência de quadros psicopatológicos têm também sido consistentemente associados a uma diminuição da QdV dos doentes. A Esquizofrenia tem sido uma das perturbações mentais mais estudadas neste sentido (Priebe et al., 2010). Esta associação tem sido observada também no contexto das perturbações do humor, em particular na Perturbação Depressiva Major (Gameiro et al., 2008; Gameiro, Carona, Silva, & Canavarro, 2010; Ishak, et al., 2013). A perceção da diminuição da QdV tem sido ainda encontrada em sujeitos com PPST (d'Ardenne, et al., 2005). Neste âmbito, num estudo realizado por Evans, Banerjee, Leese e Huxley (2007), em que foi estudado o impacto da doença mental na QdV em três grupos distintos, um grupo de controlo formado por indivíduos saudáveis da população geral,

outro por indivíduos com diagnóstico de doença mental severa e um formado por indivíduos com doenças mentais comuns com predomínio de perturbações no espectro da ansiedade e depressão. Neste estudo, verificou-se que o grupo com diagnóstico de doença mental severa revelou um maior comprometimento da QdV. Observou-se ainda que a QdV tendia a ser significativamente mais elevada no grupo de indivíduos saudáveis que nos outros dois grupos e que a sintomatologia depressiva contribui de forma significativa para a diminuição da QdV em todos os grupos, sendo magnitude do efeito foi maior nos indivíduos com doença mental severa.

Os problemas de saúde mental existentes dentro do seio de familiar e, em particular no âmbito das relações amorosas constituem também uma situação de adversidade com potencial interferência na relação (Whisman & Baucom, 2012). Assim, o impacto da qualidade das relações afetivas que o ser humano estabelece ao longo do ciclo vital na sua saúde mental tem sido amplamente estudado nas últimas décadas, sendo que as relações amorosas têm vindo a ser estudadas como uma das relações interpessoais com maior importância e influência em diversas áreas de vida dos indivíduos, sendo considerado um importante fator de saúde mental (Hazan & Shaver, 1987; Loving & Slatcher, 2013; Whisman & Baucom, 2012). Deste modo, é esperado que os casais mais satisfeitos com a sua relação apresentem também uma melhor QdV, encontrando-se assim menos vulneráveis ao desenvolvimento de psicopatologia perante uma situação de adversidade (Ishak et al., 2013). Todavia, apesar de estar amplamente comprovado que QdV influencia e é influenciada pela presença de doença mental, existe ainda pouca evidência empírica que se tenha debruçado especificamente sobre o impacto da doença mental na QdV, tendo o casal como unidade de análise. Posto isto, torna-se pertinente e necessário estudar possíveis fatores envolvidos numa maior satisfação diádica em casais com diagnóstico de perturbação mental, para que se possa contribuir para um aumento da QdV e diminuição de sintomatologia psicopatológica em ambos os elementos do casal.

Por outro lado, a existência de doença mental no casal tem vindo a ser associada a um aumento da probabilidade de diminuição do ajustamento diádico, que por sua vez pode aumentar a probabilidade de manutenção ou aumento dos sintomas psicopatológicos (Whisman & Baucom, 2012). De acordo com Spanier (1976), o ajustamento diádico pode ser visto com um processo dinâmico e contínuo que envolve dimensões qualitativas tais como as diversas problemáticas que podem surgir na relação, tensão interpessoal e ansiedade individual de cada elemento do casal, satisfação dos parceiros, coesão diádica e consenso em questões importantes. Neste sentido, a presença de doença mental na relação constitui uma problemática com potencial impacto na díade (Whisman & Baucom, 2012), podendo nalguns casos resultar numa diminuição do fornecimento de apoio entre os parceiros, ou mesmo num afastamento do casal (Whisman, 2007).

Nesta linha, alguns estudos têm revelado uma associação positiva entre a presença de psicopatologia e o divórcio/separação conjugal (Butterworth & Rodgers, 2008; Overbeek et al. 2006), particularmente em casais em que ambos os elementos apresentam um diagnóstico psiquiátrico. Uma explicação possível para tal é o facto de que quando um dos elementos é saudável este está mais apto para compensar as dificuldades (*impairment*) pelo elemento doente (Butterworth & Rodgers, 2008). Estes

últimos autores verificaram ainda diferenças de género na associação entre presença de doença mental e divórcio/separação, sendo que no caso das mulheres esta associação parece estar relacionada com o contexto social, enquanto para os homens o contexto social revelou ser um fator independente.

Os estudos têm evidenciado ainda a existência de uma relação negativa e bidirecional entre a presença de quadros psiquiátricos no casal e o ajustamento diádico (Whisman, & Baucom, 2012; Whisman, & Uebelacker, 2009; Whisman, Uebelacker, & Weinstock, 2004). A depressão constitui-se como a perturbação psiquiátrica mais estudada neste contexto (Whisman, & Baucom, 2012), havendo bastante evidência que sugere uma associação negativa entre a depressão e o ajustamento diádico. Neste sentido, num estudo longitudinal realizado durante dois anos, Whisman e Uebelacker (2009) verificaram que tanto a sintomatologia depressiva prévia nos casais predizia maior discórdia conjugal, como elevados níveis de discórdia conjugal prévios prediziam o posterior desenvolvimento de sintomatologia depressiva nos elementos do casal. Esta associação entre discórdia conjugal e aumento da sintomatologia depressiva em casais foi também encontrada em estudos anteriores (e.g., Overbeek et al. 2006; Whisman & Bruce 1999). Também Kronmüller et al. (2011), num estudo realizado com uma amostra de 50 indivíduos internados com Perturbação Depressiva *Major* em que foi realizado *follow-up* um, dois e dez anos após alta hospitalar, e um grupo de controlo de indivíduos saudáveis acompanhados no mesmo período, verificaram que a qualidade da relação conjugal dos indivíduos do grupo clínico sofreu uma diminuição significativa ao longo do tempo quando comparado com o grupo de controlo. Noutro estudo longitudinal conduzido durante três anos, procurou-se analisar a relação entre o funcionamento da relação diádica (avaliado através da satisfação conjugal e conflito conjugal) na sintomatologia depressiva em casais (Kouros & Cummings, 2011). Neste estudo, foi possível verificar a existência de diferenças de género, isto é, enquanto nos homens elevados níveis de sintomatologia depressiva prediziam um decréscimo da satisfação conjugal e baixa satisfação conjugal foi preditor de um aumento da sua sintomatologia depressiva, as mulheres revelaram ser mais suscetíveis ao conflito conjugal e não tanto à satisfação, verificando-se que para estas, níveis de conflito conjugal elevados prediziam um aumento da sintomatologia depressiva. Contudo, verificou-se também, no caso das mulheres, que maiores níveis de sintomatologia depressiva no parceiro foram preditores de um declínio na satisfação conjugal das mesmas (Kouros & Cummings, 2011). Este estudo está em linha de concordância com outro estudo anterior em que se compararam indivíduos sem sintomatologia depressiva como indivíduos com diagnóstico de Perturbação Depressiva *Major*, tendo-se verificado que os níveis de stresse e conflito conjugal eram mais elevados nos indivíduos com diagnóstico de depressão, sendo que uma relação conjugal marcada por conflitos pareceu ter maior impacto no desenvolvimento da depressão na mulher que no homem (Whisman, 2001b).

Também Heene, Buysse e Van Ooest (2007), verificaram que casais em que um dos elementos possui um diagnóstico de depressão, ambos os elementos manifestam menores níveis de ajustamento diádico, verificando-se também que os casais em que a mulher era o paciente identificado apresentavam níveis mais baixos de

ajustamento diádico quando comparados com casais em que é o homem era o paciente identificado. Neste estudo verificou-se ainda que a comunicação entre o casal e as atribuições causais funcionavam como mediadores da associação entre sintomatologia depressiva e ajustamento diádico em ambos os parceiros. Estes dados reforçam os reportados por Benazon e Coyne (2000), que verificaram que casais em que um dos elementos está deprimido tendem a apresentar um estilo de comunicação disfuncional caracterizada por elevada expressão de afetos negativos, desqualificação e rejeição entre os parceiros, criticismo e atitude defensiva, sendo que os parceiros saudáveis tendem a manifestar elevados níveis de criticismos e pessimismo relativamente ao parceiro deprimido, bem como à própria relação. Estes resultados estão em concordância com evidências empíricas anteriores, que revelam também que, casais em que um dos parceiros apresenta sintomatologia depressiva são mais pessimistas e tendem a manifestar uma interação conjugal mais disfuncional quando comparados com casais em ambos os elementos são saudáveis (Johnson & Jacob, 1997).

Estes estudos corroboram o modelo da discórdia conjugal da depressão (Beach, Sandeen, & O'Leary, 1990), que postula que a insatisfação conjugal funciona como um fator de risco para o desenvolvimento de depressão, uma vez que o *distress* conjugal provoca uma diminuição no apoio social e coesão entre o casal. Esta bidirecionalidade entre insatisfação conjugal e depressão pode também ser explicada à luz do modelo de geração de stresse de Hammen (1991), que pode ser definido como um processo em que indivíduos deprimidos tendem a gerar mais stresse em diversas áreas da sua vida, nomeadamente dificuldades interpessoais e aumentando dos níveis de sintomatologia depressiva. Assim, o parceiro deprimido irá contribuir para a ocorrência de situações geradoras de stresse entre o casal, contribuindo para a diminuição progressiva do ajustamento diádico, bem como um acentuar da depressão no parceiro doente.

Embora a depressão seja a perturbação mais estudada neste contexto, existem também estudos que indicam a existência de uma associação entre dificuldades de ajustamento diádico e o desenvolvimento de outras perturbações psiquiátricas. Neste sentido, num estudo realizado por Overbeek et al. (2006) verificou-se que a discórdia conjugal predizia o desenvolvimento de diversas perturbações de ansiedade, nomeadamente de Fobia Social. Também Whisman, Dementyeva, Baucom e Bulik, (2012) verificaram uma associação bidirecional entre níveis baixos de satisfação conjugal e desenvolvimento de Perturbações Alimentares em mulheres. Whisman e Bruce (1999) observaram também que a discórdia conjugal está associada a uma maior prevalência de Perturbação de Pânico. Esta associação foi também encontrada nas Perturbações pelo Uso de Substâncias (e.g., Dethier, Counerotte, & Blairy, 2011; Homish & Leonard, 2007; Homish, Leonard, & Cornelius, 2008).

Apesar do impacto na relação parecer ser maior quando ambos os membros do casal apresentam um diagnóstico psiquiátrico, no caso das Perturbações pelo Uso de Substâncias, os estudos têm revelado de forma consistente que o impacto negativo na díade revela-se maior quando apenas um elemento sofre desta perturbação, provocando um declínio na qualidade geral da relação (Mudar, Leonard, & Soltysinski, 2001), no ajustamento diádico (Homish & Leonard, 2007), na perceção de satisfação conjugal (Dethier, Counerotte, & Blairy, 2011; Homish & Leonard, 2007;

Homish, Leonard, & Cornelius, 2008; Marshal, 2003), na autoestima de ambos os parceiros (Dethier, Counerotte, & Blairy, 2011), havendo ainda maior probabilidade de ocorrência de agressividade e violência na relação (Leadley, Clark, & Caetano, 2000; Leonard & Eiden, 2007). Neste sentido, Quigley e Leonard (2000), verificaram que no caso do abuso de álcool, a violência entre o casal é mais provável de ocorrer quando é o homem o parceiro doente, tendendo este a dirigir comportamentos violentos à parceira. O uso/dependência de álcool por parte de um dos parceiros tem também sido associado a uma interação disfuncional entre o casal (Marshal, 2003). Além disso, alguns estudos indicam que o uso de substâncias por um dos elementos do casal pode originar ou influenciar a ocorrência de rupturas no relacionamento, nomeadamente de separação ou divórcio (e.g., Leonard & Eiden, 2007; Ostermann, Sloan, & Taylor, 2005).

Adicionalmente aos efeitos negativos na díade acima mencionados, é de salientar a elevada prevalência de Perturbações pelo Uso de Substâncias em comorbilidade com outras perturbações, nomeadamente Perturbação Antissocial da Personalidade (Leonard & Eiden, 2007), Perturbações do Humor (Leonard & Eiden, 2007; Conrod & Stewart, 2005), Perturbação *Borderline* da Personalidade e Esquizofrenia (Conrod & Stewart, 2005). Nesta linha, a presença de comorbilidade com outros quadros psiquiátricos pode representar um agravamento do impacto negativo na relação, aumentando também os desafios e obstáculos à intervenção psicoterapêutica.

As Perturbações pelo Uso de Substâncias podem ainda representar uma fonte de conflitos conjugais, provocando uma diminuição de partilha de experiências positivas, visto que o ajustamento individual de cada um dos membros do casal exerce uma forte influência na saúde mental e ajustamento diádico a longo prazo assim como, na saúde mental e ajustamento conjugal do parceiro (Whisman & Baucom, 2012). Neste sentido, Homish, Leonard e Kearns-Bodkin (2006), verificaram que a presença de Perturbação pelo Uso de Álcool no parceiro masculino está associada ao desenvolvimento de sintomatologia depressiva na parceira não consumidora. Por outro lado, evidências empíricas têm demonstrado também que as dificuldades decorrentes na relação diádica podem aumentar o risco para o uso de substâncias por parte de ambos elementos do casal. A este respeito, num estudo longitudinal realizado com casais sem ocorrência prévia de Perturbação pelo Uso de Álcool verificou-se que a insatisfação conjugal aumenta a probabilidade do casal iniciar consumos de álcool (Whisman, Uebelacker, & Bruce, 2006).

Nesta linha, Røsand, Slinning, Eberhard-Gran, Røysamb e Tambs (2012) verificaram que quando um casal enfrenta uma situação de crise, a satisfação conjugal parece funcionar como fator protetor, diminuindo a manifestação de psicopatologia de ambos os parceiros. Por outro lado, os estudos indicam também que o ajustamento individual de cada parceiro é importante, tanto no ajustamento diádico ao longo do tempo, como na saúde mental de ambos (e.g. Whisman & Baucom, 2012; Whisman et al. 2004; Whisman & Uebelacker 2009; Rosand et al., 2012) Além disso, é de salientar que a adaptação do casal às mudanças exigidas pelo quadro psicopatológico de um dos parceiros difere de casal para casal (Whisman & Baucom, 2012).

Os problemas existentes entre os elementos do casal têm sido também associados a um pior prognóstico, bem como ao aumento de recaídas (Lebow, Chambers, Christensen, & Johnson, 2012). Neste sentido, no caso da depressão, a discórdia conjugal tem ainda vindo a ser associada a menor probabilidade de resposta ao tratamento e remissão do quadro depressivo (Whisman, 2001a). Contudo, os estudos indicam que a terapia em contexto de casal aumenta as taxas de remissão da sintomatologia depressiva do parceiro doente, quando comparada com tratamentos individualizados (Denton et al., 2010). Também neste sentido, Heene, Buysee e Van Ooest (2005) propõem que mesmo no caso de psicoterapia individual, o envolvimento do parceiro saudável poderá trazer benefícios nos resultados terapêuticos.

Face ao exposto, evidencia-se a necessidade de conhecer os indicadores de resiliência em casais enquanto recursos para lidar com as dificuldades resultantes da doença psiquiátrica de um dos elementos. Neste âmbito, Lefley (1990) verificou que famílias com capacidade para superar as emoções negativas, enfrentar os medos, equilibrar as várias necessidades dos seus membros, bem como manter a coesão familiar, são as que melhor se conseguem adaptar à presença de um diagnóstico psiquiátrico num dos seus elementos. Também o apoio social é referido na literatura como um fator protetor de grande relevo em famílias que vivenciam a presença de doença mental, na medida em que facilita o funcionamento da família no seu quotidiano, reduzindo o impacto de stressores sociais e ambientais associados ao diagnóstico psiquiátrico (Saunders, 2003). São vários os autores que ao longo das últimas décadas fazem referência à importância do apoio social em contexto de doença mental. Por exemplo, Magliano et al. (1998) observaram em familiares de doentes com esquizofrenia uma perceção de maior sobrecarga em cuidadores com pobres estratégias de *coping* e reduzido apoio social. Noutro estudo, verificou-se também que baixos níveis de apoio social predizem o desenvolvimento de sintomatologia depressiva nos familiares cuidadores de doentes psiquiátricos (Biegel, Johnsen, & Shafran, 1997; Song, Biegel, & Milligan, 1997). Contudo, e considerando tudo o que até aqui foi exposto, a clara escassez de estudos recentes que se tenham debruçado sobre o papel da resiliência e/ou indicadores da mesma na presença de quadros psiquiátricos em contexto diádico evidencia a necessidade e pertinência do presente estudo.

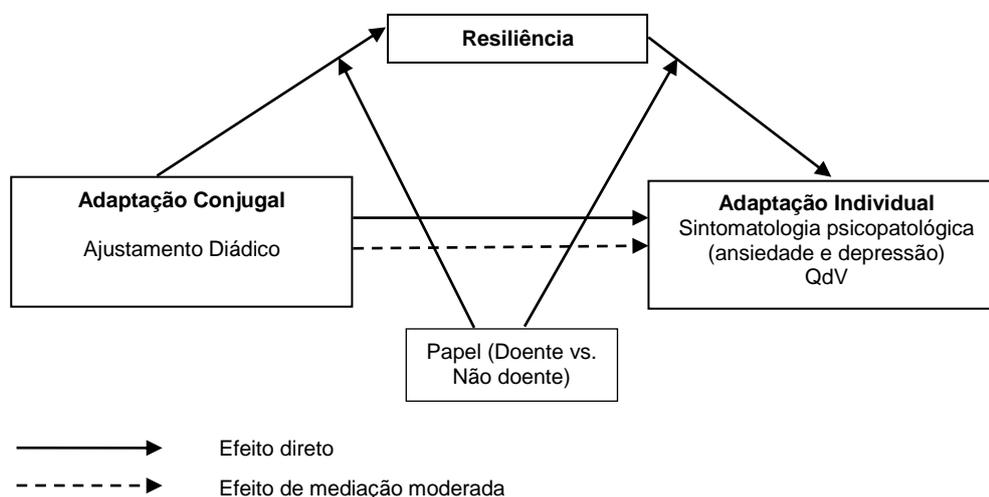
## 2. Objetivos

O presente estudo teve como objetivo principal analisar o papel da resiliência na associação entre o ajustamento diádico e o ajustamento individual (avaliado através de sintomatologia depressiva e ansiosa e perceção de QdV) em casais em que um dos elementos apresenta um quadro psiquiátrico. Partindo deste objetivo principal, definiram-se os seguintes objetivos específicos:

- 1) Analisar as diferenças na sintomatologia psicopatológica, QdV e ajustamento diádico e características de resiliência tanto no grupo clínico como no grupo de casais da população geral.
- 2) Explorar a associação entre adaptação conjugal (ajustamento diádico), adaptação individual (sintomatologia ansiosa e depressiva e perceção de QdV) e as

características resilientes, no indivíduo doente (*actor effects*) e no parceiro saudável (*partner effects*).

3) Examinar a associação entre a adaptação conjugal (ajustamento diádico) e adaptação individual (sintomatologia depressiva e ansiosa e perceção de QdV) analisando o potencial efeito mediador das características de resiliência e o efeito moderador do papel de doente (cf. Figura 1).



**Figura 1.** Modelo de mediação moderada para a associação entre adaptação conjugal (avaliada através do ajustamento diádico) e individual (avaliada através da sintomatologia psicopatológica e QdV)

Tendo em conta os objetivos acima referidos e a revisão bibliográfica realizada, são formuladas as seguintes hipóteses de investigação:

H1) Espera-se que os casais do grupo clínico apresente valores mais baixos na perceção de QdV e ajustamento diádico, e mais elevados de sintomatologia psicopatológica (ansiedade e depressão), que os casais da população geral;

H2) É esperado para os dois grupos, que casais com níveis mais elevados de resiliência apresentem também valores mais elevados no ajustamento diádico e QdV e valores mais baixos de sintomatologia depressiva e ansiosa.

H3) Espera-se que a adaptação conjugal (ajustamento diádico) se associe a níveis mais elevados de resiliência que, por sua vez, se associam a melhores indicadores de adaptação individual (melhor perceção de QdV e menor presença de sintomatologia psicopatológica).

### 3. Método

#### 3.1. Participantes

A amostra do presente estudo foi constituída por um grupo clínico (em que o elemento do sexo masculino tinha diagnosticada uma perturbação psiquiátrica) e um grupo de casais da população geral (grupo de comparação). O grupo clínico foi composto por 35 casais ( $n = 70$ ). Quanto ao grupo de casais da população geral, foi constituído por uma amostra homóloga de 45 casais ( $n = 90$ ), em que nenhum dos elementos se encontra a receber acompanhamento psicológico e/ou psiquiátrico nem

possuía diagnóstico de perturbação psiquiátrica (GC). Assim, a amostra total foi formada por 80 casais ( $n=160$ ). As características sociodemográficas dos participantes encontram-se seguidamente descritas na Tabela 1.

**Tabela 1. Características sociodemográficas da amostra**

	GCHD		GC		$\chi^2$	V de Cramer
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%		
<b>Sexo</b>					–	–
Masculino	35	50.00	45	50.0		
Feminino	35	50.00	45	50.0		
<b>Estado Civil</b>					.002	.00
Casado	50	71.40	64	71.10		
União de Facto	20	28.60	26	28.90		
<b>Situação Profissional</b>					13.00**	.29
Empregado	46	65.70	80	88.90		
Desempregado	16	22.90	7	7.80		
Reformado	7	10.00	3	3.30		
Estudante	1	1.40	0	0.00		
<b>Filhos</b>					0.47	.05
Sim	52	74.30	71	78.90		
Não	18	25.70	19	21.10		
<b>Residência</b>					15.02***	.31
Meio Rural	18	25.70	4	4.40		
Meio Urbano	52	74.30	86	95.60		
<b>Religião</b>					1.40	.09
Nenhuma	8	11.40	9	10.00		
Católica	61	87.10	81	90.00		
Outra	1	1.40	0	0.00		
	<i>M (DP)</i>		<i>M (DP)</i>		<i>t</i>	<i>d de Cohen</i>
<b>Idade</b>	42.11 (11.10)		42.21 (10.13)		- 0.06	0.00
<b>Escolaridade</b>	9.63 (3.61)		11.41 (3.72)		- 3.04**	0.56
<b>Duração da relação</b>	13.89 (10.30)		15.89 (10.75)		-1.19	0.19

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

A análise comparativa dos grupos revelou a existência de diferenças estatisticamente significativas em algumas das variáveis analisadas, nomeadamente na situação profissional, local de residência e habilitações literárias. Globalmente, no que diz respeito à situação profissional, verificou-se que 88.9% dos casais do GC estavam empregados, enquanto no GCHD esta percentagem foi significativamente mais baixa (65.7%). Quanto à residência, verificou-se que os casais do GC viviam na sua maioria em meio urbano (95.6%), sendo esta percentagem muito inferior no GCHD com apenas 74.3% dos casais a viver em meio urbano. Relativamente à escolaridade, verificou-se que o GCHD apresentou valores significativamente mais baixos que o GC ( $p < .01$ ).

### 3.1.2. Caracterização relativa ao Grupo Clínico

O grupo clínico (GCHD) é constituído na sua maioria por indivíduos com Perturbação pela Utilização de Substâncias (77,1%) (maioritariamente alcoolismo

crónico) (57%). No que diz respeito aos participantes que apresentavam um quadro de Perturbação pela Utilização de Álcool, cinco participantes (14.3%) apresentavam alcoolismo sem comorbilidade com outro quadro psiquiátrico; 25.5% apresentava comorbilidade com Perturbação de Humor; três reportaram comorbilidade com Perturbações de Ansiedade (8.6%); dois apresentaram adicionalmente ao quadro de alcoolismo Perturbação de Humor e Perturbação de Ansiedade (5.7%); havendo ainda um participante com um quadro adicional de Perturbação do Controlo dos Impulsos (2.9%).

Dos restantes participantes, um reportou apenas Perturbação pela Utilização de Substâncias (2.9%); dois apresentavam em comorbilidade com o quadro aditivo uma Perturbação de Humor (5.7%); um participante reportou um quadro adicional de Perturbação de Ansiedade (2.9%); dois participantes apresentavam comorbilidade com Perturbação de Humor e Perturbação de Ansiedade (5.7%); e um participante com um quadro adicional com Perturbação do Controlo dos impulsos (2.9%). Seis participantes mencionaram exclusivamente Perturbações do Humor (17.1%), um reportou Perturbação de Ansiedade (2.9%), existindo ainda um participante que referiu Perturbações Psicóticas (2.9%).

### 3.2 Procedimentos

A amostra deste estudo foi recolhida a partir do método de amostragem não probabilística, isto é, por conveniência. Os casais que constituem os dois grupos clínicos foram recrutados no Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra (CHUC), nomeadamente nos serviços de Psiquiatria e no Centro Hospitalar Psiquiátrico Sobral Cid (HSC), bem como na Clínica Psiquiátrica de São José (Lisboa).

No que respeita aos critérios de inclusão, foi determinado que os participantes teriam de ter uma idade igual ou superior a 18 anos e que os casais deveriam estar casados ou viver em união de facto no mínimo há dois anos. Dado que o protocolo foi constituído por instrumentos de autorresposta, foi necessário que os participantes possuíssem domínio da língua portuguesa. Como critério de exclusão, considerou-se que casais em que o outro elemento possui uma condição crónica de saúde, assim como, casais que apresentassem dificuldades cognitivas que impedisse a compreensão dos instrumentos dificultando o preenchimento dos mesmos não reuniam as condições necessárias para participar no presente estudo.

Os procedimentos de recolha de dados seguiram as recomendações éticas no que diz respeito aos estudos com seres humanos. De igual modo, foram tidas em conta as considerações específicas dos estudos com casais. Deste modo, apenas participaram no estudo os casais em que ambos os elementos concordaram participar, assinando os respetivos consentimentos informados. Todos os participantes (grupo clínico e casais da população geral) foram informados sobre a natureza e os objetivos do estudo, estando essa informação presente no termo de consentimento informado, onde foram explicitados os objetivos do estudo, o papel dos participantes e dos investigadores, sublinhando ainda o carácter voluntário da participação, a recolha de dados somente para fins de investigação (que seriam tratados de forma coletiva), a confidencialidade e anonimato das respostas aos questionários, assim como a garantia de não haver qualquer repercussão no atendimento clínico recebido em caso de recusa de

participação. Foi ainda dada a instrução de que o preenchimento do protocolo de avaliação deveria ser feito de uma forma independente. A bateria de avaliação foi entregue a ambos os elementos do casal (num envelope separado), sendo posteriormente nos devolvidos dentro de um envelope selado pelos mesmos.

### 3.3. Instrumentos

#### 3.3.1. *Ficha de dados sociodemográficos*

Esta ficha é constituída por cinco parâmetros principais: A) Dados sociodemográficos; B) História médica e psicopatológica; C) Situação relacional e contexto familiar; D) História familiar (acontecimentos de vida significativos na família nomeadamente a ocorrência de situações de divórcio, relação com a família de origem [os pais]; E) Perceção de apoio social.

#### 3.3.2. *Escala de Resiliência para Adultos (ERA)*

A Escala de Resiliência para Adultos (Friborg, Hjemdal, Rosenvinge, & Martinusse 2003; versão portuguesa (VP): Pereira, Cardoso, Alves, Narciso & Canavarro, 2013) destina-se à avaliação da resiliência em adultos. A escala é constituída por 33 itens, cotados em escala de resposta de 0 a 7. Tal como a versão original, a ERA é composta por cinco fatores: **Competências Pessoais** (16 itens); **Competências Sociais** (12 itens); **Suporte Social** (9 itens); **Coesão familiar** (5 itens); e **Estrutura Pessoal** (4 itens). Estes fatores encontram-se incluídos num modelo global que compreende a resiliência como um fenómeno que se encontra relacionado com três esferas da vida do indivíduo (atributos individuais, apoio familiar e sistemas de apoio externo). Nos estudos relativos à versão original, a ERA revelou possuir bons índices psicométricos, apresentando valores de  $\alpha$  de Cronbach entre .67 (Estrutura Pessoal) e .90 (Competências Pessoais) (Friborg et al., 2003). Os estudos preliminares da versão portuguesa da ERA indicaram boas características psicométricas, atestando a possibilidade da utilização da mesma em Portugal (Pereira, et al., 2013). No presente estudo, os valores do  $\alpha$  de Cronbach variaram entre .80 (Competências Sociais) e .87 (Competências Pessoais) para o GCHD e entre .60 (Competências Sociais) e .80 (Competências Pessoais) para o GC. Devido aos baixos valores de consistência interna obtidos na dimensão *Estrutura Pessoal* (.62 no GCHD e .42 no GC), esta dimensão foi excluída das análises estatísticas do presente estudo.

#### 3.3.3. *Inventário de Sintomas Psicopatológicos (BSI)*

O *Brief Symptom Inventory* (Derogatis, 1982/1993; VP: Canavarro, 2007), é um inventário de autorresposta que avalia a sintomatologia psicopatológica. É composto por 53 itens divididos em nove dimensões básicas (**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). O esquema de resposta consiste numa escala de cinco possibilidades que varia entre Nunca (0) a MUITÍSSIMAS VEZES (4). Relativamente às características psicométricas do BSI, os estudos de aferição para a população portuguesa revelaram

bons níveis de consistência interna nas nove dimensões, com valores de  $\alpha$  de Cronbach que variam entre .62 (Psicoticismo) e .80 (Somatização) (Canavarro, 2007). No presente estudo, apenas foram analisadas as dimensões de ansiedade e depressão. Os valores de consistência interna variaram entre .78 (Ansiedade) no GC e .93 (Depressão) no GCHD.

### 3.3.4. EUROHIS-QOL-8

O EUROHIS-QOL-8 é uma medida de avaliação da Qualidade de vida (QdV) (Power, 2003; VP: Pereira, Melo, Gameiro, & Canavarro, 2011). Trata-se de uma escala de autorresposta constituída por 8 itens, sendo que cada item é respondido numa escala cinco pontos, variando, por exemplo, entre “Muito (in)satisfeito (a)” a “Muito Satisfeito(a)”, Como somatório dos oito itens é obtido um índice global, sendo que valores mais elevados correspondem a uma melhor perceção de QdV. Quanto às características psicométricas, o estudo relativo à versão original apresentou um valor de  $\alpha$  de Cronbach de .78 (Power, 2003) e, no estudo de campo realizado com uma amostra de 10 países, revelou um  $\alpha$  de Cronbach de .83 (Schmidt, Mühlán, & Power, 2006) Na versão portuguesa o valor de  $\alpha$  de Cronbach foi também de .83 (Pereira et al., 2011). No presente estudo, o  $\alpha$  de Cronbach foi de .79 para o GC e .90 para o GCHD.

### 3.3.5. Escala de Ajustamento Diádico-Revista (EAD-R)

A Escala de Ajustamento Diádico-Revista (EAD-R) foi desenvolvida a partir da *Dyadic Adjustment Scale* (DAS; Spanier, 1976). A versão revista da escala, EAD-R, foi originalmente desenvolvida em Inglaterra (Busby, Christensen, Crane & Larson, 1995; VP: Pereira, Canavarro, & Davide, 2009). Esta escala é composta por 14 itens, e quatro escalas de resposta, sendo que item 1 ao 6, a escala varia entre “Sempre de acordo” (5) a “Sempre em Desacordo” (0), do item 7 ao 10, esta varia entre “Sempre” (0) a “Nunca” (5), no item 11 varia entre “Todos os dias” (4) a “Nunca” (0) e do item 12 ao 14 de “Nunca” (0) a “Frequentemente” (5). A EAD-R é constituída por três subescalas 8 principais (**consenso**, **satisfação** e **coesão**) que avaliam o ajustamento diádico. O consenso permite avaliar as dimensões de tomada de decisão, valores e afeto (itens 1-6), a satisfação as dimensões de estabilidade e conflito (itens 7-10) e a coesão inclui as dimensões de atividades e discussão (itens 11-14). No que diz respeito às características psicométricas, o estudo original da EAD-R revelou valores  $\alpha$  de Cronbach de .81 (consenso diádico); .85 (satisfação); .80 (coesão); e .90 (resultado total), indicando boas qualidades psicométricas (Busby et al., 1995). No presente estudo, os valores de consistência interna variaram entre .78 (Coesão) e .94 (Satisfação) no GCHD e entre .58 (Coesão) e .80 (Satisfação) no GC.

## 3.4. Análise Estatística

O tratamento e análise estatística dos dados foram realizados com a versão 21.0 do *software* estatístico IBM SPSS (*Statistical Package for the Social Sciences*). Para caracterização da amostra, recorreu-se à estatística descritiva (frequências relativas, médias e desvios-padrão). Tendo como objetivo analisar a existência de diferenças entre os grupos constituintes da amostra, no que respeita às

variáveis consideradas, recorreu-se 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 foram emparelhados em casais – o casal como unidade de análise) e o grupo (clínico vs. controlo) como fator entre-sujeitos, e os diferentes indicadores de adaptação (individual e conjugal) como variáveis dependentes (dada a influência das variáveis situação profissional e habilitações literárias nas variáveis analisadas, assim como na análise comparativa dos grupos em estudo, o efeito das mesmas foi controlado nas análises estatísticas). A análise das associações entre as variáveis em estudo foi realizada através de coeficientes de correlação de Pearson.

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 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 depressão e ansiedade, e as características de resiliência foram as variáveis mediadoras. O moderador foi o papel (doente/não doente).

#### 4. Resultados

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

##### Comparação das características de resiliência no grupo clínico e de controlo

Na Tabela 2 encontram-se as estatísticas descritivas das características de resiliência (competências pessoais, coesão familiar, recursos sociais e competências sociais) dos dois grupos em estudo, separadamente por género.

**Tabela 2. Estatísticas descritivas das características de resiliência, por grupo e género**

	GCHD (n = 35)		GC (n = 45)	
	Masculino	Feminino	Masculino	Feminino
	M (EP)	M (EP)	M (EP)	M (EP)
Competências pessoais	3.45 (0.20)	4.10 (0.16)	4.67 (0.17)	4.78 (0.14)
Coesão familiar	3.75 (0.20)	4.17 (0.19)	4.92 (0.17)	5.31 (0.16)
Recursos sociais	4.13 (0.22)	4.65 (0.20)	5.48 (0.18)	5.52 (0.17)
Competências sociais	3.92 (0.23)	4.18 (0.18)	4.70 (0.19)	5.02 (0.15)

Relativamente às **características de resiliência** verificou-se um efeito

multivariado estatisticamente significativo na variável grupo [Lambda de Wilks = 0.75,  $F(4,71) = 6.02$ ,  $p < .001$ ,  $\eta_p^2 = 0.25$ ]. Os testes univariados subsequentes revelam efeitos significativos para todas as dimensões de resiliência e mostram que os dois grupos em estudo se distinguem significativamente entre si (cf. Tabela 3). Através da análise dos valores médios, é possível verificar que os casais do GC apresentam valores mais elevados em todas as dimensões de resiliência (cf. Quadro 2).

Os efeitos multivariados na variável género [Lambda de Wilks = 0.87,  $F(4,71) = 2.64$ ,  $p < .05$ ,  $\eta_p^2 = 0.13$ ] mostraram também ser estatisticamente significativos. Os testes univariados revelam efeitos significativos nas dimensões *Competências Pessoais* ( $p < .05$ ) e *Coesão Familiar* ( $p < .01$ ) (cf. Tabela 3). A partir da análise dos valores médios, verifica-se que as mulheres apresentam valores mais elevados que os homens em todas as dimensões de resiliência (cf. Tabela 2).

Por fim, também os efeitos de interação entre o grupo e género [Lambda de Wilks = 0.81,  $F(4, 71) = 4.12$ ,  $p < .01$ ,  $\eta_p^2 = 0.18$ ] revelaram ser estatisticamente significativos. Os testes univariados subsequentes mostraram um efeito de interação significativo na dimensão *Competências Pessoais* ( $p < .05$ ) (cf. Tabela 3). Os efeitos de interação permitem verificar que os resultados dos homens do GCHD nesta dimensão são significativamente mais baixos que os dos homens do GC, bem como das mulheres do mesmo grupo.

**Tabela 3. 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>	$\eta_p^2$
Competências pessoais	17.76***	0.19	4.03*	0.05	6.06*	0.08
Coesão familiar	22.81***	0.24	7.77**	0.10	0.01	0.00
Recursos sociais	18.22***	0.20	0.48	0.01	3.86	0.05
Competências sociais	11.40**	0.13	0.18	0.00	0.04	0.00

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

### Comparação da adaptação individual e ajustamento diádico no grupo clínico e de controlo

Na Tabela 4 apresentam-se as estatísticas descritivas dos indicadores de adaptação individual (sintomatologia ansiosa e depressiva; qualidade de vida) e de ajustamento diádico dos dois grupos em estudo, separadamente por género.

Relativamente à **sintomatologia psicopatológica**, verifica-se um efeito significativo na variável grupo [Lambda de Wilks = 0.60,  $F(2, 75) = 25.10$ ,  $p < .001$ ,  $\eta_p^2 = 0.40$ ]. Os testes univariados revelam efeitos significativos tanto para a *depressão* como para a *ansiedade* (cf. Tabela 5) e mostram que os casais dos dois grupos em estudo se distinguem significativamente entre si ( $p < .001$ ). Através da análise dos valores médios verifica-se o grupo clínico (GCHD) apresenta valores mais elevados de sintomatologia depressiva e ansiosa que o GC (cf. Tabela 4).

**Tabela 4. Estatísticas descritivas dos indicadores de adaptação individual e conjugal, por grupo e género**

	GCHD (n = 70)		GC (n = 90)	
	Masculino	Feminino	Masculino	Feminino
	M (EP)	M (EP)	M (EP)	M (EP)
<b>Sintomatologia psicopatológica</b>				
Depressão	2,27 (1.52)	1.56 (0.14)	0.64 (0.13)	0.73 (0.12)
Ansiedade	1.77 (0.12)	1.08 (0.10)	0.59 (0.11)	0.80 (0.86)
<b>Qualidade de vida</b>				
Total	44.84 (2.72)	55.92 (2.50)	71.52 (2.38)	71.51 (2.19)
<b>Ajustamento diádico</b>				
Consenso	3.14 (0.71)	3.04 (0.15)	3.87 (0.15)	3.98 (0.13)
Satisfação	3.12 (0.64)	2.95 (0.17)	4.11 (0.14)	3.91 (0.615)
Coesão	2.03 (0.20)	1.92 (0.16)	3.05 (0.17)	3.32 (0.14)
Total	39.40 (2.15)	37.71 (1.98)	51.86 (1.84)	52.85 (1.73)

O efeito multivariado na variável género não se revelou significativo [Lambda de Wilks = 0.95,  $F(2, 75) = 1.87$ ,  $p = .162$ ,  $\eta_p^2 = 0.05$ ]. Os efeitos na interação entre o género e o grupo também se revelaram significativos [Lambda de Wilks = 0.67,  $F(2, 75) = 18.42$ ,  $p < .001$ ,  $\eta_p^2 = 0.33$ ]. Os testes univariados mostram efeitos significativos quer para a *depressão* quer para a *ansiedade* ( $p < .001$ ) (cf. Tabela 5). Em ambas as dimensões, os efeitos de interação permitem verificar que os resultados dos homens do GCHD se distinguem significativamente dos homens do GC, distinguindo-se também das mulheres do mesmo grupo.

**Tabela 5. Efeitos principais das variáveis grupo, género e interação dos indicadores de adaptação individual e conjugal**

	Grupo		Género		Grupo X Género	
	F	$\eta_p^2$	F	$\eta_p^2$	F	$\eta_p^2$
<b>Sintomatologia psicopatológica</b>						
Depressão	<b>50.83***</b>	0.40	3.56	0.45	<b>17.11***</b>	0.18
Ansiedade	<b>29.93***</b>	0.28	0.51	0.01	<b>36.79***</b>	0.33
<b>Qualidade de vida</b>						
Total	<b>42.00***</b>	0.36	<b>7.65**</b>	0.09	<b>13.51***</b>	0.15
<b>Ajustamento diádico</b>						
Consenso	<b>15.54***</b>	0.17	0.34	0.00	2.29	0.03
Satisfação	<b>20.99***</b>	0.22	2.16	0.03	0.03	0.00
Coesão	<b>29.75***</b>	0.28	0.35	0.01	3.06	0.04
Total	<b>26.08***</b>	0.26	0.00	0.00	2.42	0.03

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

No que respeita à **qualidade de vida**, verificou-se um efeito significativo ( $p < .001$ ) no grupo e de interação entre o género e grupo, bem como um efeito significativo ( $p < .01$ ) na variável género. Através da análise dos valores médios é possível verificar que os casais do GCHD apresentam uma perceção de QdV inferior comparativamente ao grupo de controlo (cf. Tabela 4). O efeito de interação indica que os homens do GCHD se distinguem significativamente dos homens do GC, verificando-se também uma diferença relativamente às mulheres do mesmo grupo.

Em relação ao **ajustamento diádico**, verificou-se um efeito multivariado significativo na variável grupo [Lambda de Wilks = 0.70,  $F(3, 74) = 10.45$ ,  $p < .001$ ,  $\eta_p^2 = 0.30$ ]. Verificam-se efeitos significativos para todas as dimensões ( $p < .001$ ). A partir da análise dos valores médios verifica-se que o GCHD apresenta em todas as dimensões, bem como no resultado total, valores mais baixos de ajustamento diádico comparativamente com o GC. Os efeitos multivariados da variável género [Lambda de Wilks = 0.95,  $F(3, 74) = 1.23$ ,  $p = 0.307$ ,  $\eta_p^2 = 0.04$ ] e de interação [Lambda de Wilks = 0.61,  $F(3, 74) = 1.60$ ,  $p = 0.198$ ,  $\eta_p^2 = 0.61$ ] não foram significativos.

### **Associação entre as dimensões de resiliência e os indicadores de adaptação individual e análise dos efeitos do parceiro no grupo clínico e de controlo**

As correlações de Person entre as dimensões de resiliência e indicadores de adaptação individual de cada um dos elementos do casal encontram-se nas Tabelas 6 e 7. Na Tabela 6 encontram-se as correlações entre as dimensões de resiliência e os indicadores de adaptação individual do homem (doente) e da parceira.

No GCHD, foram encontradas correlações negativas moderadas entre as características resilientes do doente e os seus próprios sintomas de depressão e ansiedade, sendo que apenas se verificou uma correlação fraca entre a dimensão *Recursos Sociais* e *Ansiedade*. Verificou-se que as características resilientes do doente se correlacionavam negativamente com os sintomas de depressão e ansiedade da parceira, sendo que as correlações mais significativas encontradas neste sentido dizem respeito à dimensão *Competências Pessoais*. Foi ainda possível verificar correlações negativas fracas e moderadas entre as características resilientes da parceira e os seus próprios sintomas de ansiedade e depressão, bem como do parceiro doente, destacando-se novamente a dimensão *Competências Pessoais*. Observou-se ainda que todas as dimensões de resiliência do elemento doente se correlacionavam positivamente de forma significativa com a sua perceção de QdV, bem como a perceção de QdV da parceira, à exceção da dimensão *Recursos Sociais* que parece não ter influência significativa na perceção de QdV da parceira. Encontraram-se também correlações positivas fracas e moderadas entre as dimensões de resiliência da parceira saudável e a sua perceção de QdV bem como do parceiro doente (cf. Tabela 6).

**Tabela 6. Correlações entre as características de resiliência e adaptação individual (GCHD)**

	Adaptação individual (doente)			Adaptação individual (parceira)		
	DEP	ANS	QDV	DEP	ANS	QDV
<b>Resiliência (doente)</b>						
Competências pessoais	-.82**	-.73**	.53**	-.58**	-.52**	.58**
Coesão familiar	-.62**	-.48**	.35*	-.57**	-.35*	.41**
Recursos sociais	-.56**	-.42*	.35*	-.27	-.23	.20
Competências sociais	-.59**	-.55**	.34*	-.25	-.30	.44**
<b>Resiliência (parceira)</b>						
Competências pessoais	-.49**	-.45**	.48**	-.53**	-.45**	.40**
Coesão familiar	-.21	-.07	.24	-.43*	-.27	.09
Recursos sociais	-.28	-.19	.45**	-.33	-.42*	.39**
Competências sociais	-.23	-.25	.29	-.20	-.44*	.33*

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

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

Na Tabela 7 encontram-se as correlações entre as dimensões de resiliência e os indicadores de adaptação individual do GC.

**Tabela 7. Correlações entre as características de resiliência e adaptação individual (GC)**

	Adaptação individual (homem)			Adaptação individual (mulher)		
	DEP	ANS	QDV	DEP	ANS	QDV
<b>Resiliência (homem)</b>						
Competências pessoais	-.67**	-.52**	.77**	-.45**	-.41**	.59**
Coesão familiar	-.47**	-.37**	.65**	-.32*	-.29	.57**
Recursos sociais	-.30*	-.34*	.62**	-.38*	-.26	.47**
Competências sociais	-.31*	-.32*	.46**	-.19	-.15	.29
<b>Resiliência (mulher)</b>						
Competências pessoais	-.49**	-.52**	.47**	-.55**	-.52**	.60**
Coesão familiar	-.13	-.15	.40*	-.13	-.14	.64**
Recursos sociais	-.39**	-.32*	.50**	-.30*	-.20	.67**
Competências sociais	-.23	-.22	.29	-.32*	-.14	.48**

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

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

No GC foram encontradas correlações negativas fracas e moderadas entre as características resilientes do homem e os seus próprios sintomas de depressão e ansiedade, sendo estas correlações mais fortes nas dimensões *Competências Pessoais* e *Coesão Familiar*. Verificou-se igualmente que as características resilientes do homem se correlacionavam negativamente com os sintomas de depressão e ansiedade da parceira, sendo que as correlações mais significativas encontradas neste sentido dizem respeito à dimensão *Competências Pessoais*. Verificaram-se também correlações negativas fracas e moderadas entre as características resilientes da mulher e os seus próprios sintomas de ansiedade e depressão, bem como do homem, destacando-se novamente a dimensão *Competências Pessoais*. Foi ainda possível observar que todas as dimensões de resiliência do homem se correlacionavam positivamente de forma significativa com a sua perceção de QdV, bem como a perceção de QdV da parceira, à exceção da dimensão *Competências Sociais* que não se mostrou significativamente associada à QdV da parceira. O mesmo se verifica em relação à parceira (cf. Tabela 7).

#### **Associação entre as dimensões de resiliência e os indicadores de adaptação conjugal e análise dos efeitos do parceiro no grupo clínico e de controlo**

As correlações de Pearson entre as dimensões de resiliência e indicadores de adaptação conjugal (ajustamento diádico) de cada um dos elementos do casal encontram-se nas Tabelas 8 e 9.

Na Tabela 8 encontram-se as correlações entre as dimensões de resiliência e o ajustamento diádico no GCHD, isto é, no homem (doente) e da parceira. No GCHD foram encontradas correlações positivas fracas e moderadas entre as dimensões de resiliência do doente e as dimensões e total do ajustamento diádico do mesmo, bem como da parceira saudável, excetuando a dimensão *Competências Sociais* que não se correlacionou de forma significativa com a dimensão *Satisfação do próprio doente e da parceira*, e o total de ajustamento diádico da parceira. O mesmo foi encontrado entre as dimensões de resiliência da parceira saudável e o seu próprio ajustamento

diádico e do parceiro doente, excetuando uma vez mais a dimensão *Competências Sociais* que apenas se correlacionou de forma significativa com a dimensão *Coesão* na própria (cf. Tabela 8).

**Tabela 8. Correlações entre as características de resiliência e o ajustamento diádico (GCHD)**

	Ajustamento diádico (doente)				Ajustamento diádico (parceira)			
	CON	SAT	COE	TOT	CON	SAT	COE	TOT
<b>Resiliência (doente)</b>								
Competências pessoais	.64**	.64**	.59**	.69**	.71**	.52**	.65**	.69**
Coesão familiar	.69**	.60**	.68**	.73**	.69**	.49**	.51**	.64**
Recursos sociais	.57**	.49**	.70**	.65**	.59**	.38*	.39*	.52**
Competências sociais	.43*	.23	.35*	.38*	.41*	.14	.35*	.34
<b>Resiliência (parceira)</b>								
Competências pessoais	.48**	.46**	.60**	.55**	.52**	.46**	.60**	.57**
Coesão familiar	.35*	.43*	.60**	.49**	.42*	.56**	.51**	.53**
Recursos sociais	.40*	.42*	.64**	.52**	.46**	.49**	.54**	.54**
Competências sociais	.20	.07	.33	.22	.28	.30	.39*	.34

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

Legenda: CON = consenso; SAT= satisfação; COE= coesão; TOT= total.

Na Tabela 9 encontram-se as correlações entre as dimensões de resiliência e ajustamento diádico do GC. Neste grupo foi possível observar a existência de correlações positivas fracas e moderadas entre a dimensão de resiliência *Coesão Familiar* no homem e todas as dimensões e total de ajustamento diádico deste, verificando-se também uma correlação positiva moderada entre a dimensão *Recursos Sociais* e a dimensão *Coesão* e total de ajustamento diádico no mesmo. Não se verificaram correlações significativas entre as dimensões de resiliência no homem e o ajustamento diádico da parceira. Na mulher, foi possível observar correlações significativas entre a dimensão *Coesão Familiar* e as dimensões *Consenso*, *Coesão* e total de ajustamento diádico do parceiro, bem como entre as dimensões *Recursos Sociais* e *Competências Sociais* e a *Coesão* no mesmo. Apenas uma dimensão de resiliência da mulher (*Coesão Familiar*) se correlacionou de forma significativa como uma das dimensões de ajustamento desta (*Satisfação*) (cf. Tabela 9).

**Tabela 9. Correlações entre as características de resiliência e o ajustamento diádico (GC)**

	Ajustamento diádico (homem)				Ajustamento diádico (mulher)			
	CON	SAT	COE	TOT	CON	SAT	COE	TOT
<b>Resiliência (homem)</b>								
Competências pessoais	.08	.93	.18	.16	.24	.04	.24	.25
Coesão familiar	.34*	.34*	.40**	.47**	.09	.14	.21	.21
Recursos sociais	.21	.12	.39**	.34*	.00	.13	.05	.08
Competências sociais	.05	.13	.24	.18	.02	.03	.20	.12
<b>Resiliência (mulher)</b>								
Competências pessoais	.22	.09	.13	.20	.20	.16	.14	.18
Coesão familiar	.38*	.26	.34*	.43**	.12	.35*	.17	.29
Recursos sociais	.16	.08	.35*	.28	.02	.12	.21	.17
Competências sociais	.24	.16	.33*	.33*	-.03	.08	.16	.11

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

Legenda: CON = consenso; SAT= satisfação; COE= coesão; TOT= total.

### **Análise do papel mediador das características de resiliência e moderador do papel de doente na associação entre o ajustamento diádico e a adaptação individual**

Nos quadros que se seguem encontram-se os resultados relativos ao objetivo de avaliar o papel mediador das características de resiliência na associação entre a adaptação conjugal (ajustamento diádico) e a adaptação individual (sintomatologia depressiva e ansiosa e QdV) no indivíduo doente e no parceiro e o efeito moderador do papel de doente. Na Tabela 10 é possível verificar que os efeitos diretos (para a totalidade da amostra) do ajustamento diádico nos indicadores de adaptação individual são significativos, revelando que um melhor ajustamento diádico está associado a menor sintomatologia depressiva e ansiosa e a melhor QdV.

**Tabela 10. Efeitos diretos do ajustamento diádico nos indicadores de adaptação individual**

Efeitos diretos	Estimativa pontual	Erro Padrão (EP)	<i>t</i>	<i>p</i>
Depressão	-0.33	0.01	-4.37	<.001
Ansiedade	-0.02	0.06	-2.98	<.01
Qualidade de vida	0.66	0.12	5.68	<.001

No que diz respeito ao efeito mediador (da resiliência) e moderador (do papel de doente vs. não doente), os resultados expostos nos quadros seguintes mostram que a associação entre adaptação conjugal (ajustamento diádico) e adaptação individual (sintomatologia depressiva e ansiosa e percepção de QdV) é mediada por algumas das dimensões de resiliência em níveis específicos do moderador, verificado através dos valores dos efeitos condicionais indiretos, considerados significativos quando o zero não está incluído no IC.

Relativamente aos efeitos indiretos do ajustamento diádico na **depressão** através das características de resiliência, verificam-se efeitos significativos apenas na dimensão *Competências Pessoais* para ambos os elementos do casal do grupo clínico (GCHD) – cf. Tabela 11. Este resultado mostra que o ajustamento diádico se associa a maiores *Competências Pessoais* que, por sua vez, reflete uma menor sintomatologia depressiva nos elementos da díade.

**Tabela 11. Efeitos condicionais indiretos: Estimativa pontual, erro padrão e intervalos de confiança a 95% para efeitos indiretos do ajustamento diádico na depressão através das características de resiliência nos diferentes níveis do moderador**

Efeitos condicionais indiretos	Estimativa pontual (EP)	Bootstrapp IC 95%	
		Inferior	Superior
<i>Competências pessoais</i>			
Não doente	-0.011 (0.01)	<b>-0.278</b>	<b>-0.001</b>
Doente	-0.033 (0.09)	<b>-0.054</b>	<b>-0.019</b>
<i>Coesão familiar</i>			
Não doente	-0.012 (0.01)	-0.035	0.002
Doente	0.013 (0.01)	-0.006	0.037
<i>Recursos sociais</i>			
Não doente	0.015 (0.01)	-0.001	0.033
Doente	-0.003 (0.01)	-0.02	0.009

Quanto aos efeitos indiretos do ajustamento diádico na **ansiedade** através da resiliência (cf. Tabela 12), observaram-se efeitos significativos nas *Competências Pessoais* apenas para o doente. Verificaram-se também efeitos significativos nas dimensões *Coesão Familiar* e *Recursos Sociais*, mas somente na parceira saudável. Estes dados sugerem que o ajustamento diádico se associa a maiores *Competências Pessoais* que, por sua vez, parasse associa a menores níveis de ansiedade. O mesmo acontece nas dimensões *Coesão Familiar* e *Recursos Sociais*, mas neste caso, apenas na parceira saudável.

**Tabela 12. Efeitos condicionais indiretos: Estimativa pontual, erro padrão e intervalos de confiança a 95% para efeitos indiretos do ajustamento diádico na ansiedade através das características de resiliência nos diferentes níveis do moderador**

Efeitos condicionais indiretos Grupo	Estimativa pontual (EP)	Bootstrapp IC 95%	
		Inferior	Superior
<i>Competências pessoais</i>			
Não doente	-0.003 (0.004)	-0.014	0.004
Doente	-0.029 (0.01)	<b>-0.051</b>	<b>-0.014</b>
<i>Coesão familiar</i>			
Não doente	0.009 (0.01)	<b>0.001</b>	<b>0.022</b>
Doente	0.013 (0.01)	-0.002	0.346
<i>Recursos sociais</i>			
Não doente	-0.009 (0.01)	<b>-0.021</b>	<b>-0.003</b>
Doente	-0.001 (0.01)	-0.017	0.015

No que concerne à **QdV**, verificou-se também um efeito significativo da dimensão *Competências Pessoais*, apenas no elemento doente, significando este resultado que o ajustamento diádico se associa a maiores *Competências Pessoais* que, por seu turno, parasse associa a uma melhor percepção de QdV (cf. Tabela 13).

**Tabela 13. 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 características de resiliência nos diferentes níveis do moderador**

Efeitos condicionais indiretos Grupo	Estimativa pontual (EP)	Bootstrapp IC 95%	
		Inferior	Superior
<i>Competências pessoais</i>			
Não doente	0.031 (0.09)	-0.119	0.248
Doente	0.425 (0.12)	<b>0.202</b>	<b>0.691</b>
<i>Coesão familiar</i>			
Não doente	0.055 (0.11)	-0.132	0.308
Doente	-0.151 (0.17)	-0.505	0.164
<i>Recursos sociais</i>			
Não doente	0.131 (0.10)	-0.045	0.375
Doente	0.108 (0.12)	-0.131	0.339

Perante estes resultados, é de destacar o papel mediador da dimensão *Competências Pessoais* do elemento doente na associação entre a adaptação conjugal (avaliada em termos de ajustamento diádico) e todos os indicadores de adaptação individual em estudo (sintomatologia depressiva e ansiosa e percepção de QdV).

## 5. Discussão

O presente estudo teve como principal objetivo analisar o papel da resiliência na associação entre o ajustamento diádico e a adaptação individual (avaliada através de sintomatologia depressiva e ansiosa e percepção de QdV) em casais em que o elemento do sexo masculino apresenta um quadro psiquiátrico. Os resultados obtidos, para dois grupos em análise, são agora discutidos, confrontando-os com os objetivos e hipóteses formuladas, articulando-os com a revisão da literatura realizada e discutindo também as implicações clínicas destes mesmos resultados.

Em primeiro lugar, no respeito às **características de resiliência**, os resultados obtidos evidenciaram diferenças entre os dois grupos em estudo, sendo que os casais do grupo clínico apresentam valores mais baixos em todas as dimensões de resiliência. Considerado que a resiliência nas relações amorosas é definida como a capacidade para usar estratégias de *coping* eficazes e manter a coesão entre o casal em situações de adversidade (Solomon et al., 2004), bem como a capacidade para proteger a relação de fatores de risco externo (Venter, 2009), os resultados obtidos poderão indicar que os casais do grupo clínico possuem menor capacidade para usar estratégias de *coping* e proteger a relação de fatores de risco. Por outras palavras, podemos dizer que os casais do grupo clínico possuem menor capacidade de utilizar recursos disponíveis. Deste modo, é plausível concluir que a presença de um quadro psiquiátrico na díade afeta a capacidade do casal perceber recursos, tornando-o mais vulnerável ao processo de adaptação à adversidade. Verificaram-se também diferenças de género significativas nas dimensões *Competências Pessoais* e *Coesão Familiar*, com as mulheres a apresentarem valores mais elevados nestas duas dimensões. Além disso, note-se que as mulheres dos dois grupos em estudo apresentam valores mais elevados do que os homens em todas as dimensões de resiliência. Estes resultados sugerem que as mulheres são mais resilientes que os seus parceiros, possuindo deste modo, maior capacidade para perceber recursos, em particular nas esferas de vida relacionadas com os atributos individuais (*Competências Pessoais*) e apoio familiar (*Coesão Familiar*). Assim, é possível sugerir que a mulher é o elemento da díade que mais contribui para a resiliência entre o casal. Neste sentido, e tendo em conta o defendido por Venter (2009), a mulher sendo tendencialmente o elemento mais resiliente da díade, é também quem mais contribui para melhorar a qualidade da relação e bem-estar de cada membro do casal. Considerando a elevada complexidade da resiliência enquanto constructo, podemos colocar a hipótese de existirem outras variáveis a influenciar as diferenças de género observadas, nomeadamente características da personalidade, estilos de *coping*, bem como estratégias de regulação emocional. Por exemplo, a investigação sobre diferenças de género na utilização de estratégias de regulação emocional aponta que os homens, comparativamente às mulheres, tendem a utilizar com mais frequência estratégias menos adaptativas como a *supressão* (Gross & John, 2003). De acordo com estes mesmos autores, esta estratégia está associada à expressão de menos emoções positivas, ao acumular de experiências associadas a emoções negativas, bem como um sentido de individualidade incongruente entre a experiência interna e aquilo que é expresso para o exterior (Rogers, 1951), originando o acumular de emoções negativas e alienantes não apenas em relação a si mesmos,

como em relação aos outros (Gross & John, 2003). Assim, este, entre outros possíveis fatores, poderá contribuir para que os homens sejam menos resilientes. É ainda de salientar que os resultados do presente estudo vão no sentido oposto ao verificado por Friborg et al. (2003) onde se observou que os homens apresentavam valores mais elevados de *Competências Pessoais* que as mulheres. Não obstante, em outro estudo observaram-se valores idênticos desta dimensão em ambos os sexos (Jowkar et al., 2010). Assim, tendo em conta que no estudo de Friborg et al. (2003) foi utilizada uma amostra de indivíduos noruegueses e no de Jowkar et al. (2010) uma amostra de indivíduos iranianos, a diferença encontrada no presente estudo sugere que as competências pessoais dos indivíduos poderão ser características suscetíveis à influência de variáveis socioculturais, sendo que a existência de diferenças entre homens e mulheres nesta dimensão podem depender do contexto sociocultural em que os indivíduos se inserem. Outra inconsistência do presente estudo em relação à literatura existente, diz respeito ao facto de não se ter verificado uma diferença de género significativa nos *Recursos Sociais*, sendo que a literatura tem evidenciado de forma consistente que as mulheres tendem a retirar maiores vantagens desta dimensão, apresentando valores mais elevadas da mesma comparativamente aos homens (e.g., Friborg et al., 2003; Hjemdal et al., 2011; Jowkar et al., 2010; Werner & Smith, 2001). Esta diferença poderá estar relacionada, por um lado, com a possível influência de fatores culturais, bem como com contextos específicos do presente estudo, nomeadamente as características e dimensão da amostra.

Foi ainda encontrado um efeito de interação entre grupo e género na dimensão *Competências Pessoais*, verificando-se que os homens doentes revelaram valores significativamente mais baixos nesta dimensão que os homens do GC, bem como as mulheres do mesmo grupo. Este resultado poderá indicar que a *Competência Pessoal* é a dimensão de resiliência mais afetada na presença de um quadro psiquiátrico. De facto, a literatura refere esta dimensão como a que melhor diferencia indivíduos saudáveis de indivíduos com quadros psiquiátricos (Friborg et al., 2003).

No que respeita aos indicadores de **adaptação individual**, os resultados da comparação dos grupos em estudo nas dimensões de sintomatologia psicopatológica (depressão e ansiedade) e na QdV vão ao encontro dos resultados obtidos em estudos anteriores. Verificou-se assim que os casais do grupo clínico apresentam valores mais elevados de sintomatologia depressiva e ansiosa que os casais do GC. Estes resultados corroboram os encontrados em estudos anteriores (e.g., Homish et al., 2006; Kouros & Cummings, 2011; Whisman & Baucom, 2012). Em relação à QdV, verificou-se também que os casais do GCHD apresentam valores significativamente inferiores aos casais do GC. Estes resultados corroboram os encontrados em estudos realizados no contexto de doença mental (e.g., d' Ardenne et al., 2005; Gameiro et al., 2008; Ishak, et al., 2013). Todavia, apesar da ampla evidência empírica que comprova a existência de uma relação negativa bidirecional entre QdV e presença de doença mental (e.g., Priebe et al., 2010; Gameiro et al., 2008,2010; Ishak, et al., 2013), não existem, do nosso conhecimento, estudos que se tenham debruçado especificamente sobre o impacto da doença mental na QdV, tendo o casal como unidade de análise, impossibilitando a realização de análises comparativas neste âmbito. Contudo, considerando a evidência empírica acima descrita, que revela que a presença de

doença mental no seio do casal se associa a níveis mais elevados de sintomatologia psiquiátrica nos elementos da díade, e que os resultados deste estudo neste âmbito estão em linha com essa evidência, torna-se compreensível e espectável o resultado inverso encontrado em relação à QdV.

Também no que concerne ao **ajustamento diádico** verificou-se que os casais do grupo clínico apresentam valores significativamente mais baixos que o GC em todas as dimensões. Estes resultados estão em linha com investigações anteriores que evidenciam o impacto negativo que a presença de quadros psiquiátricos no seio do casal tem no ajustamento diádico (Whisman, & Baucom, 2012; Whisman, & Uebelacker, 2009; Whisman, Uebelacker, & Weinstock, 2004). No caso específico das Perturbações pelo Uso de Substâncias, são vários os estudos que têm mostrado o impacto significativo deste grupo de perturbações no casal (e.g., Dethier, Counerotte, & Blairy, 2011; Homish & Leonard, 2007; Homish, Leonard, & Cornelius, 2008; Marshal, 2003), sendo que a evidência empírica tem revelado que o impacto negativo na díade é maior quando apenas um elemento sofre desta perturbação (Mudar, Leonard, & Soltysinski, 2001), tal como acontece na amostra clínica do nosso estudo. Assim, o pior ajustamento diádico observado no grupo clínico poderá ser explicado à luz de resultados anteriores, onde se verificou que em casais em que um elemento sofre de problemas de abuso ou dependência de substâncias a qualidade geral da relação é afetada (Mudar, Leonard, & Soltysinski, 2001), bem como a perceção de satisfação conjugal (Dethier, Counerotte, & Blairy, 2011; Homish & Leonard, 2007; Homish, Leonard, & Cornelius, 2008; Marshal, 2003), havendo maior probabilidade de diminuição da autoestima de ambos os parceiros (Dethier, Counerotte, & Blairy, 2011) assim como uma comunicação disfuncional entre o casal (Marshal, 2003). Deste modo, os resultados relativos aos indicadores de adaptação individual e ajustamento diádico confirmam a primeira hipótese formulada neste estudo.

É ainda de salientar que ao analisar os valores médios dos resultados obtidos pelas mulheres dos dois grupos em estudo, é notório o facto de as mulheres do grupo clínico apresentarem valores mais elevados de sintomatologia depressiva e ansiosa e mais baixos de QdV e ajustamento diádico que as mulheres do GC. Estes resultados podem ser explicados através da evidência empírica que mostra o impacto negativo que o parceiro doente exerce na adaptação individual e conjugal da parceira. Nesta linha, para além dos resultados dos estudos mencionados, existem outras evidências que podem explicar o impacto negativo que um parceiro com um quadro de Perturbações pelo Uso de Substâncias pode exercer na adaptação individual e conjugal da sua parceira. Ainda nesta linha, a presença de Perturbação pela Uso de Álcool no parceiro masculino tem também vindo a ser associada ao desenvolvimento de sintomatologia depressiva na parceira (Homish, Leonard, & Kearns-Bodkin, 2006). Além disso, os estudos indicam também que as Perturbações pelo Uso de Substâncias podem representar uma fonte de conflitos entre o casal, que origina uma diminuição de partilha de experiências positivas, sendo que o ajustamento individual de cada um dos membros do casal exerce, a longo prazo, uma forte influência na saúde mental e ajustamento diádico do parceiro saudável (Whisman & Baucom, 2012). Neste sentido, são vários os estudos que têm evidenciado que as mulheres são mais suscetíveis à ocorrência de conflitos conjugais, sendo que uma relação conjugal marcada por

conflitos está associada ao desenvolvimento de sintomatologia depressiva na mulher (Kouros & Cummings, 2011; Whisman, 2001b). Outro facto a mencionar respeita à elevada comorbilidade com Perturbações de Humor encontrada no grupo clínico, uma vez que a sintomatologia depressiva no parceiro está também associada a menor satisfação conjugal das parceiras (Kouros & Cummings, 2011), sendo que a depressão contribui também para um aumento de conflitos entre o casal (Whisman, 2001b), bem como menores níveis de ajustamento diádico em ambos os elementos da díade (Heene et al., 2007). Por outro lado, a própria insatisfação conjugal destas mulheres poderá contribuir para uma pior adaptação individual, sendo vastos os dados empíricos que mostram que a relação conjugal exerce uma forte influência na saúde, bem-estar e QdV de ambos os parceiros (e.g., Beach et al., 1990; Homish & Leonard, 2007; Overbeek et al. 2006; Whisman & Baucom, 2012).

Relativamente à **associação entre a resiliência e a adaptação individual, bem como aos efeitos do parceiro no grupo clínico e de controlo**, verificou-se, relativamente ao grupo clínico, que que níveis mais elevados de resiliência do parceiro doente se associam a níveis mais baixos de depressão e ansiedade do próprio em todas as dimensões de resiliência, na qual se destaca a dimensão *Competências Pessoais*. No que diz respeito ao papel da resiliência do parceiro doente na manifestação de sintomas de ansiedade e depressão na sua parceira, esta associação também se verifica, à exceção das dimensões *Recursos Sociais* e *Competências Sociais*, em relação às quais se observou não existir uma associação significativa com a sintomatologia ansiosa e depressiva da parceira. Quanto às características de resiliência da parceira, verificou-se uma menor associação entre as características de resiliência e a sintomatologia depressiva e ansiosa em ambos os elementos do casal, sendo de destacar que apenas a dimensão *Competências Pessoais* da parceira se associa de forma significativa a níveis mais baixos de depressão e ansiedade no parceiro doente. No que diz respeito à QdV verificou-se que todas as dimensões de resiliência do parceiro se associam de forma significativa com uma melhor percepção da sua QdV, bem como com a percepção de QdV da parceira, excetuando a dimensão *Recursos Sociais*, em que não se verificou uma correlação significativa com a percepção de QdV da parceira. Por sua vez, observou-se que as dimensões *Competências Pessoais* e *Recursos Sociais* na parceira se associam de forma significativa a melhor percepção de QdV de ambos os elementos do casal, verificando-se ainda uma correlação fraca entre a dimensão *Competências Sociais* na parceira e a sua percepção de QdV. No GC, verificou-se um padrão de correlação muito semelhante, sendo as maiores diferenças a destacar o facto de nos homens a dimensão *Competências Sociais* foi a única que não se correlacionou de forma significativa com a percepção de QdV da parceira, em vez da dimensão *Recursos Sociais* como acontece no grupo clínico. Além disso, destaca-se também que neste grupo todas as dimensões de resiliência das mulheres se correlacionam de forma moderada com a sua própria percepção de QdV.

Face a estes resultados, existem várias considerações a fazer. Primeiramente, confirma-se o papel significativo da resiliência na adaptação individual dos membros dos casais de ambos os grupos em estudo, bem como a influência das características resilientes de cada um dos parceiros na adaptação individual do outro. Estes resultados corroboram a relevância da resiliência no âmbito das relações amorosas (Solomon et

al., 2004; Venter, 2009; Werner & Smith, 2001), assim como a sua importância para uma melhor adaptação em contexto de doença mental, nomeadamente para uma melhor qualidade de vida (Min et al., 2013). Neste sentido, no que diz respeito ao grupo clínico, salienta-se o papel das características de resiliência do elemento doente como um importante recurso para a sua adaptação individual ao contexto de doença mental. Nesta linha, ainda no que concerne ao grupo clínico, destaca-se o papel da dimensão *Competências Pessoais* de ambos os elementos do casal na adaptação individual de cada um. Este resultado vai ao encontro de estudos anteriores que salientam o papel das características pessoais dos indivíduos perante situações de stresse ou adversidade (Delahaj et al., 2010). Neste âmbito, é também de referir que de facto, as características de indivíduos resilientes descritas na literatura salientam maioritariamente atributos e competências individuais, tais como a flexibilidade psicológica (Rutter, 1987; Werner, 1993; Garmezy, 1993), otimismo (Connor & Davidson, 2003; Lyons, 1991; Werner & Smith, 2001), maiores expectativas de autoeficácia, autoimagem positiva e estratégias de *coping* orientadas para a ação, bem como maior capacidade de crescimento com a adversidade (Rutter, 1985) e adaptação às mudanças (Kobasa, 1979; Rutter, 1985). A literatura indica também que indivíduos resilientes possuem maior capacidade para organizar as suas vidas (Clausen, 1993), maior tolerância perante a experiência de afetos negativos (Lyons, 1991), bem como um sentido de finalidade e envolvimento emocional positivo em diversas áreas da vida diária do indivíduo (Connor & Davidson, 2003). Deste modo, e tendo em conta que as características de resiliência podem ser ensinadas e treinadas (Maddi, et al., 2009), havendo evidências de que intervenções focadas na promoção de características resilientes podem trazer benefícios para os doentes (Connor & Zhang, 2006; Seok et al., 2012), o conhecimento acerca do papel significativo das competências pessoais enquanto importante recurso na adaptação dos elementos do casal em contexto de doença mental torna-se de grande utilidade na prática clínica, viabilizando um maior investimento por parte dos profissionais de saúde mental na promoção destas competências em ambos os elementos da díade.

É também de salientar, o facto de no grupo clínico as dimensões *Recursos Sociais* e *Competências Sociais* do parceiro doente não se associarem de forma significativa à sintomatologia psicopatológica da parceira, bem como os *Recursos Sociais* na QdV desta. Este resultado poderá ser explicado pelo facto de os parceiros, na sua maioria, apresentarem uma Perturbação pela Utilização de Substâncias, onde a existência de recursos e competências sociais neste podem ser perçecionadas pela parceira como fatores de manutenção ao quadro aditivo do parceiro e por isso não exercer influência significativa na diminuição da manifestação de sintomatologia depressiva e ansiosa nesta. Por outro lado, tal como já referido, as *Competências Pessoais* e particularmente a *Coesão Familiar*, são as dimensões de resiliência que, no presente estudo, mais se destacaram nas mulheres em relação aos homens, pelo que estas poderão tender também a valorizar estas características no parceiro, particularmente num contexto de elevada adversidade com diversas implicações na dinâmica conjugal, onde se torna compreensível que as características individuais e coesão familiar do parceiro assumam maior relevância na adaptação individual da parceira.

Relativamente ao papel das características de resiliência da parceira saudável na adaptação individual do parceiro doente, para além da influência significativa da dimensão *Competências Pessoais* tando na manifestação de níveis mais baixos de sintomatologia psiquiátrica como numa melhor perceção de QdV do parceiro, salienta-se também o contributo significativo da dimensão *Recursos Sociais* da parceira para uma melhor perceção de QdV do parceiro com diagnóstico de doença mental. Desta forma, verifica-se que estas características de resiliência na parceira podem funcionar como um importante recurso na adaptação individual do parceiro doente. É ainda de notar que os resultados do presente estudo vão ao encontro dos encontrados por Hermann et al., (2011), onde se verificou que níveis mais elevados de resiliência em membros de um casal que enfrentam uma situação de adversidade (problemas de infertilidade) se associam a melhor QdV em ambos os elementos da díade.

É também de destacar que, apesar de se ter observado, em ambos os grupos em estudo, valores mais elevados de resiliência nas mulheres que nos homens, a resiliência nos homens associa-se de forma mais forte à sua adaptação individual comparativamente às mulheres. Este resultado é indicativo de apesar de as mulheres serem mais resilientes, a resiliência parece não se associar de forma tão forte aos seus próprios indicadores de adaptação individual, particularmente no que diz respeito à manifestação de sintomas de ansiedade e depressão, uma vez que em relação à QdV verifica-se que a resiliência tanto da própria mulher como do seu parceiro revela ter um papel mais significativo. No grupo clínico, estes resultados podem ser explicados pelo facto dos homens apresentarem um quadro psiquiátrico apresentando valores mais baixos nos indicadores de adaptação individual, encontrando-se estes numa situação mais fragilizada. Assim, de acordo com a conceptualização de resiliência enquanto resposta excecional à adversidade (Luthar, 2006), as características resilientes poderão encontrar-se mais ativadas nestes indivíduos; ou seja, apesar da capacidade de perceber recursos disponíveis ser afetada pela presença de um quadro psiquiátrico, dada a importância da resiliência em contextos de doença mental (Min et al., 2013), os recursos percebidos contribuem de forma significativa para atenuar o aumento de sintomas psiquiátricos e diminuição da perceção QdV que a perturbação psiquiátrica tende a causar.

No que concerne **ao papel da resiliência no ajustamento diádico e efeitos do parceiro no grupo clínico e de controlo** foi possível distinguir claramente os dois grupos em estudo, verificando-se no grupo clínico uma associação claramente mais significativa da resiliência de ambos os membros do casal no ajustamento diádico de cada um, sendo que as correlações mais baixas se verificaram em relação à dimensão *Competências Sociais*. Assim, quando mais resilientes forem estes casais, melhor será o seu ajustamento diádico. Deste modo, à luz da explicação referida anteriormente, encontrando-se estes casais perante uma situação de adversidade causada pela doença psiquiátrica do parceiro masculino e tendo em conta que a presença de um quadro aditivo no seio do casal se associa a um prejuízo no ajustamento diádico (Homish & Leonard, 2007), as características de resiliência, apesar de inferiores nestes casais, associam-se de forma mais forte a um melhor ajustamento diádico. Apesar da dimensão *Competências Sociais* ter surgido noutros estudo como um importante fator de proteção (Hjemdal et al., 2006), no nosso estudo esta foi a dimensão que menos se

associou aos indicadores de ajustamento diádico destes casais. Este resultado poderá dever-se principalmente a características que distinguem as investigações em causa, nomeadamente o facto de neste estudo se ter utilizado o casal como unidade de análise e não indivíduos isoladamente, dado que o ajustamento diádico é uma variável onde existe uma elevada interdependência entre os elementos que constituem o casal. Deste modo, torna-se compreensível que dimensões como *Competências Pessoais* e *Coesão Familiar* tenham um papel mais ativo em contexto diádico, uma vez que é esperado que os membros do casal, particularmente numa situação de adversidade que ameaça o sistema interno da família (o casal), estejam mais orientados para si mesmos e para a relação e menos para relações e redes sociais externas (Alarcão, 2002).

Verifica-se deste modo que, em ambos os grupos em estudo, casais com níveis mais elevados de resiliência apresentam também melhor ajustamento diádico e individual, confirmando assim a terceira hipótese formulada no presente estudo. No âmbito específico do papel da resiliência no ajustamento diádico, é de salientar que, no grupo clínico, se verificou que em ambos os elementos do casal as características de resiliência de cada um funcionam como um importante recurso para o ajustamento diádico de ambos. Estes resultados salientam assim a importância da resiliência para um melhor ajustamento diádico em casais que enfrentam uma situação de doença mental, comprovando, uma vez mais, a relevância da resiliência nas relações amorosas (Solomon et al., 2004; Venter, 2009; Werner & Smith, 2001).

Finalmente, no que diz respeito ao **papel mediador das características de resiliência e moderador do papel de doente entre o ajustamento diádico e individual**, há a referir primeiramente que se confirmou a existência de um efeito direto do ajustamento diádico nos indicadores de ajustamento individual nos dois grupos em estudo, revelando que um melhor ajustamento diádico está associado a menor sintomatologia depressiva e ansiosa, bem como a melhor QdV. Este resultado vai no mesmo sentido dos encontrados em estudos prévios onde se verificou que o ajustamento diádico de cada um dos parceiros se associa positivamente à saúde mental de ambos (Whisman & Baucom, 2012). Além disso, é também de sublinhar que em situações de adversidade, alguns indicadores de ajustamento diádico, nomeadamente a satisfação conjugal, parecem funcionar como fatores protetores na manifestação de sintomas psiquiátricos de ambos os parceiros (Rosand et al., 2012).

No presente estudo verificou-se ainda que a associação entre estas variáveis é mediada por algumas dimensões de resiliência, sendo que este efeito mediador da resiliência difere no doente e no parceiro saudável, sendo assim moderado pelo papel de doente vs. não doente. Assim, observou-se que apenas a dimensão *Competências Pessoais* tem um efeito mediador na associação entre ajustamento diádico e depressão em ambos os membros do casal, embora de forma mais significativa no doente, ou seja, o ajustamento diádico está associado a melhores *Competências Pessoais* que, por seu turno, leva a uma diminuição da sintomatologia depressiva nos elementos do casal. De facto, em ambos se observou que esta dimensão foi a que se correlacionou de forma mais significativa com a presença de sintomatologia depressiva em ambos os parceiros. Além disso, é curioso que esta foi também a dimensão em que os homens doentes apresentaram valores mais baixos, evidenciando por um lado, a possibilidade desta ser a característica de resiliência mais afetada na presença de uma perturbação

psiquiátrica, tal como o corroborado por Friberg et al. (2003), mas, por outro lado, a que mais contribui para menores níveis de depressão o que, por sua vez, vai ao encontro de resultados de estudos prévios que apontam para uma forte associação entre a dimensão *Competências Pessoais* e depressão (Friberg et al., 2003; Hjemdal, et al., 2006). Ainda neste sentido, verificou-se que as *Competências Pessoais* exercem um efeito mediador na associação entre ajustamento diádico e ansiedade, mas neste caso apenas no homem doente. Também em relação à QdV, verificou-se um efeito mediador da dimensão *Competências Pessoais* na associação entre o ajustamento diádico e QdV. Este resultado vem sublinhar, uma vez mais, a relevância desta dimensão enquanto recurso de relevo na adaptação dos elementos do casal.

Nas parceiras saudáveis, verificaram-se também efeitos indiretos do ajustamento diádico na ansiedade, mas através de características de resiliência distintas da que medeia esta relação no homem doente. Assim, verificou-se que um melhor ajustamento diádico na parceira saudável se associa a níveis mais elevados de *Coesão Familiar* e *Recursos Sociais* que, por sua vez, se refletem em menores níveis de ansiedade. Esta distinção entre os dois elementos do casal é também observada relativamente à QdV, uma vez que apenas no homem doente se observou a existência de um efeito mediador entre uma das dimensões de resiliência na associação entre ajustamento diádico e QdV. Uma possível explicação para o facto de na parceira saudável as características de resiliência que medeiam a associação entre ajustamento diádico e ansiedade serem a *Coesão Familiar* e *Recursos Sociais*, poderá estar relacionada com o facto de, numa relação em que um dos elementos apresenta um quadro aditivo, existir maior probabilidade de uma interação disfuncional entre o casal (Marshall, 2003), menos partilha de experiências positivas (Whisman & Baucom, 2012), bem como maior risco de ocorrência de ruturas na relação (e.g., Leonard & Eiden, 2007; Ostermann, Sloan, & Taylor, 2005). Desta forma, considerando que a ansiedade se caracteriza por uma preocupação e apreensão relacionada com a percepção de uma possível ameaça (Westbrook, Kennerley & Kirk, 2011), é plausível a possibilidade do impacto negativo na relação, causado pela presença de um quadro aditivo no parceiro, originar nestas mulheres alguma preocupação, nomeadamente relacionadas com a possibilidade de rutura na relação. Neste sentido, torna-se compreensível que a associação entre ajustamento diádico e ansiedade nestas mulheres seja mediada pela *Coesão Familiar* e *Recursos Sociais*, uma vez que, por um lado, uma maior coesão entre os membros da família, em particular entre o casal, possibilitará uma percepção de maior compromisso e união entre o casal, contribuindo assim para diminuir possíveis preocupações relacionadas com conflitos ou possibilidade de rutura da relação. Por outro lado, a existência de uma boa rede social de apoio, poderá proporcionar um maior sentimento de segurança, contribuindo assim para níveis mais baixos de ansiedade. Contudo é de ressaltar que, a ausência, do nosso conhecimento, de evidência empírica sobre o papel mediador da resiliência em contextos de doença mental, tendo o casal como unidade de análise, impossibilita a realização de análises comparativas sobre estes resultados. Assim, quarta hipótese do presente estudo é confirmada, mas não para todas as dimensões de resiliência em estudo, sendo que se verificou diferenças entre o parceiro doente e a parceira saudável no efeito mediador da resiliência na associação entre ajustamento diádico e adaptação individual.

### **Contributos do estudo**

Como principais contributos do presente estudo, aponta-se, primeiramente, o facto de se ter considerado o casal como unidade de análise, uma vez que a maioria dos estudos neste domínio focam-se no indivíduo numa relação íntima, e não no casal enquanto unidade de análise, não permitindo compreender de que forma os parceiros se influenciam mutuamente. Além disso, é de salientar o facto de a resiliência ser cada vez mais reconhecida como um dos mais importantes fatores de acesso à compreensão de saúde e ajustamento psicológico (Connor, 2006), bem como vindo a assumir uma grande relevância no âmbito das relações amorosas (Solomon et al., 2004; Venter, 2009; Werner & Smith, 2001). A isso, soma-se o facto das relações amorosas serem consideradas umas das relações afetivas com maior influência na vida dos indivíduos e um importante fator de saúde mental (Hazan & Shaver, 1987; Loving & Slatcher, 2013; Whisman & Baucom, 2012), assim como a evidência empírica que demonstra o impacto negativo que a presença de doença mental no seio de uma relação amorosa tem no ajustamento diádico e individual de ambos os parceiros.

Deste modo, o presente estudo constituiu-se de elevada pertinência ao procurar compreender o papel da resiliência na associação entre ajustamento diádico e individual em contexto de doença mental. Neste âmbito, destaca-se como principal contributo a confirmação de que a resiliência pode efetivamente ser um recurso de relevo para a adaptação diádica e individual em casais em contexto de doença mental. Mais ainda, permitiu conhecer as características de resiliência que mais contribuem para o processo de adaptação diádica e individual destes casais. Este conhecimento assume-se de elevada relevância do ponto de vista clínico, uma vez que abre pistas à necessidade de criar planos de intervenção que, para além de considerar o casal como unidade de intervenção, possibilitem investir de forma mais ativa em técnicas de intervenção que promovam o desenvolvimento de tais características de resiliência (e.g., competências pessoais) em ambos os elementos da díade.

Também o facto de se ter estudado o papel da resiliência enquanto recurso na adaptação conjugal e individual destes casais, assume-se como um contributo de relevo e inovador, uma vez que o seu elevado potencial enquanto recurso em situações de adversidade que se prolongam no tempo, como é o caso da doença mental, tem ainda sido pouco explorado. Outro contributo inovador do presente estudo prende-se com o facto de se ter considerado indicadores de ajustamento individual positivos, designadamente a qualidade de vida. Por fim, a comparação entre o grupo clínico e de controlo permitiu conhecer melhor o impacto da psicopatologia de um dos parceiros nos seus indicadores de adaptação diádica e individual, bem como no elemento saudável, possibilitando um melhor conhecimento e compreensão dos recursos de resiliência mobilizados para uma melhor adaptação neste contexto.

### **Limitações do estudo**

Não obstante os contributos do presente estudo acima referidos, existem limitações de diversas ordens que devem ser tidas em consideração. Assim, em primeiro lugar, destaca-se como principal limitação a natureza transversal do mesmo, impossibilitando o estabelecimento de relações de causalidade entre as variáveis, nomeadamente no que diz respeito ao poder preditivo da presença de perturbações

psiquiátricas na evolução do ajustamento diádico e adaptação individual em ambos os membros do casal, bem como do papel das características de resiliência ao longo do tempo. Além disso, tal como referem Berscheid e Regan (2005), as relações amorosas são inerentemente de natureza temporal, envolvendo episódios de interação que influenciam cada parceiro a moldar o curso da interação diádica ao longo do tempo. Deste modo, a leitura dos resultados obtidos no presente estudo deve ser realizada tendo em conta esta limitação.

Outra limitação diz respeito à natureza da temática em estudo, uma vez que ao estudar aspetos muito íntimos da vida do casal, as respostas às escalas poderão ter sido influenciadas por questões relacionadas com a desejabilidade social e preservação da intimidade. Ainda neste sentido, o facto de muitos dos casais que participaram neste estudo, particularmente os que constituem o grupo clínico, terem respondido ao protocolo de avaliação na presença do parceiro em contexto de consulta, poderá também ter enviesado algumas respostas, mais uma vez devido ao efeito da desejabilidade social e tentativa de preservar a intimidade. Também a utilização de um único método de avaliação se constitui como limitação do presente estudo, sendo que a utilização de métodos complementares de avaliação, nomeadamente a realização de entrevistas clínicas, poderia contribuir para a obtenção de conclusões mais sólidas acerca dos dados obtidos. Neste âmbito, vários autores têm reforçado a especial importância da utilização de diversos métodos de avaliação no estudo de relações íntimas, permitindo uma melhor compreensão da complexidade inerente às dinâmicas conjugais (e.g., Bradbury et al., 2000; Feeney, 2006).

A metodologia utilizada na seleção da amostra – método de amostragem não probabilística, por conveniência – coloca também limitações no que diz respeito à possibilidade de generalização dos resultados obtidos para a população com as mesmas características clínicas. Além disso, a reduzida dimensão da amostra, para além de implicar que se tenha um especial cuidado na generalização dos resultados, poderá também ter interferido nalguns resultados estatísticos obtidos. Também em relação à composição da amostra, coloca-se como limitação o facto de se ter utilizado um único grupo clínico em que apenas o parceiro do sexo masculino possuía um diagnóstico psiquiátrico, impossibilitando a comparação de efeitos de género no impacto da doença mental no ajustamento diádico e individual consoante o sexo do parceiro identificado.

É de enfatizar ainda o facto de não se ter incluído no presente estudo outras variáveis que poderiam explicar melhor algumas associações aqui exploradas, nomeadamente as características da personalidade. Por fim, salienta-se a escassez, segundo o nosso conhecimento, de estudos que se tenham debruçado sobre o papel da resiliência em contexto de doença mental, tendo o casal como unidade de análise, tendo tal facto colocado algumas dificuldades na interpretação e comparação dos resultados obtidos.

### **Indicações para a investigação futura**

Em futuras investigações, e considerando que umas das principais limitações do presente estudo se prende com a sua natureza transversal, seria pertinente replicar o estudo utilizando um desenho longitudinal, realizando uma avaliação dos sujeitos em

vários momentos, de forma a avaliar a evolução na adaptação dos casais face à doença mental de um dos elementos, bem como o papel das características resilientes ao longo do tempo. Atendendo ao potencial impacto que a presença de doença mental pode exercer na qualidade da relação, sendo elevada a probabilidade da evolução do quadro psiquiátrico ao longo do tempo ampliar as consequências negativas na adaptação individual e conjugal do casal, a realização de estudos longitudinais neste contexto, tornam-se de grande relevância no estudo das dinâmicas das relações amorosas no contexto de doença mental (Whisman & Baucom, 2012). Neste âmbito, seria também útil considerar a influência adicional da duração da relação, uma vez que esta é uma variável considerada importante em estudos de casais (Cranford, Floyd, Schulenberg, & Zucker, 2011).

Seria ainda importante considerar outras variáveis enquanto potenciais moderadores das associações analisadas no presente estudo, como por exemplo a existência de filhos, a situação profissional, bem como características da personalidade (Joutsenniemi, Moustgaard, Koskinen, Ripatti, & Martikainen, 2011). Além disso, deverão também ser consideradas outras variáveis clínicas, relacionadas não apenas com a severidade do quadro, como também os cuidados necessários e sobrecarga para os cuidadores (Hansson, 2006). Neste sentido, também a utilização de métodos de avaliação mais diversificados, nomeadamente o recurso adicional a entrevistas clínicas, poderá contribuir para uma compreensão mais ampla das dinâmicas de interação das relações amorosas em contexto de doença mental, bem como dos diversos fatores envolvidos, facilitando a análise e interpretação dos resultados obtidos (Bradbury et al., 2000; Feeney, 2006; Tranvåg & Kristoffersen, 2008).

Sugere-se ainda a replicação do presente estudo numa amostra mais ampla e homogénea no que diz respeito ao quadro psiquiátrico e sexo do elemento doente (Whisman & Baucom, 2012), possibilitando uma interpretação mais segura dos resultados, bem como a generalização dos mesmos para a população com as mesmas características clínicas. Além disso, seria relevante a realização de estudos que explorassem o impacto da doença mental no ajustamento diádico e individual dos casais numa gama mais ampla de perturbações, para além das estudadas no presente estudo, de forma a ampliar o conhecimento acerca das especificidades e desafios que diferentes quadros psiquiátricos impõem nas dinâmicas da relação conjugal (Whisman & Baucom, 2012). Neste âmbito, seria também pertinente a realização de estudos que incluísse grupos clínicos em que ambos os elementos do casal apresentem um quadro psiquiátrico, uma vez que a literatura tem evidenciado que o impacto da doença mental na relação amorosa difere consoante só um ou ambos os elementos da díade sofrerem de uma perturbação mental, sendo que tal difere também consoante a perturbação em causa (Whisman & Baucom, 2012).

## 6. Conclusões

O presente estudo teve como objetivo alargar a compreensão acerca do papel da resiliência na associação entre o ajustamento diádico e individual em casais em que o elemento do sexo masculino apresenta um quadro psiquiátrico, sendo desta forma, de modo geral, um estudo pioneiro nas análises realizadas. Neste sentido, os

resultados obtidos no presente estudo possibilitam a realização de algumas reflexões relevantes, particularmente do ponto de vista clínico. Neste âmbito, é de sublinhar, primeiramente, a importância de na prática clínica considerar o casal enquanto unidade de análise, de forma a possibilitar uma compreensão mais ampla e integrada das dinâmicas inerentes aos processos diádicos, permitindo assim, um melhor entendimento da forma como os elementos do casal se influenciam mutuamente e de que forma contribuem para uma melhor ou pior adaptação ao contexto de doença mental. Mais ainda, os resultados obtidos vêm destacar a importância dos profissionais de saúde mental estarem atentos, não apenas à sintomatologia e indicadores de bem-estar psíquico dos indivíduos doentes, como também a indicadores de bem-estar mais globais, como a percepção de QdV, assim como a satisfação conjugal dos mesmos. Os profissionais de saúde devem ainda estar atentos ao potencial impacto negativo da doença mental do parceiro doente nas suas companheiras saudáveis, uma vez que foi notório o considerável impacto na saúde mental e QdV nas mesmas, sendo que estas poderão também carecer de um acompanhamento psicológico mais individualizado. Além disso, considerando o impacto negativo que a doença mental exerce no ajustamento diádico, bem como a influência mútua que cada elemento da díade exerce no ajustamento de ambos, evidencia-se a pertinência dos dois elementos do casal beneficiarem de um acompanhamento Psiquiátrico e/ou Psicológico. A apoiar estas ilações são vários os estudos que indicam que a terapia em contexto de casal, quando comparada com tratamentos individualizados, em particular em quadros de adições e de depressão, pode trazer diversos benefícios ao processo terapêutico (e.g., Baucom, Baucom, Whisman, & Paprocki, 2012), contribuindo de forma significativa para uma diminuição da sintomatologia depressiva do parceiro doente (Denton et al., 2010) e no caso específico das Perturbações pelo Uso de Substâncias, para diminuir a resistência ao tratamento e diminuição dos consumos, contribuindo também para uma melhor qualidade da relação (O'Farrell & Clements, 2012).

Postas estas reflexões, enfatiza-se, como principal conclusão do presente estudo, a confirmação da importância da resiliência enquanto potencial recurso no processo de adaptação conjugal e individual, bem como a interdependência das características de resiliência de cada elemento da díade na adaptação do outro. Assim, tendo em conta as considerações acima descritas, este conhecimento constitui-se de elevada relevância do ponto de vista clínico, viabilizando o desenvolvimento e implementação de planos de intervenção que, para além de envolver ambos os elementos do casal no processo terapêutico, promovam o desenvolvimento de características resilientes em ambos os elementos da díade. Neste sentido, destaca-se, uma vez mais, o papel das competências pessoais enquanto recurso de resiliência de elevada importância para o ajustamento diádico e individual. Este conhecimento poderá assim permitir aos clínicos investir de forma mais incisiva no desenvolvimento destas competências (e.g., estilos de *coping* orientados para ação, estratégias de resolução de problemas, autoeficácia, etc) em ambos os elementos do casal. Contudo, o investimento noutras características de resiliência deverá também ser considerado na prática clínica, em particular no elemento doente, uma vez que se verificou que todas as dimensões de resiliência contribuem para um melhor ajustamento diádico e adaptação individual do mesmo. Adicionalmente, não se deverá negligenciar a

importância de promover também desenvolvimento de outras características de resiliência, para além das competências pessoais, na parceira saudável, uma vez que, por um lado, se verificou nos dois elementos do casal que todas as características de resiliência de cada um funcionam como um importante recurso para o ajustamento diádico de ambos, com exceção da dimensão *Competências Sociais* da parceira no ajustamento diádico do parceiro doente. Por outro lado, os resultados do presente estudo indicam também que um investimento no desenvolvimento de maior perceção de recursos sociais na parceira saudável poderá contribuir para melhor perceção de QdV no parceiro doente. Nesta linha, as competências de resiliência da parceira saudável poderão representar um importante recurso e fonte de apoio para o elemento doente, funcionando como “um terapeuta de substituição”, colaborando de forma mais ativa no processo terapêutico (Baucom et al., 2012). Assim, a promoção de características de resiliência nestes casais, para além da elevada possibilidade de contribuir para resultados terapêuticos mais rápidos e eficazes, poderá também contribuir para o bem-estar global de ambos os elementos do casal, bem como para o desenvolvimento de recursos a longo prazo para lidar com situações de adversidade, diminuindo assim as taxas de recaída.

Em suma, o presente estudo permitiu corroborar o impacto negativo que os problemas de saúde mental exercem nas relações amorosas a nível intra e interpessoal descrito na literatura, salientando a elevada interdependência e influência mútua de cada elemento da díade, onde a resiliência de cada elemento pode funcionar como um importante recurso, contribuindo para um melhor ajustamento diádico e adaptação individual de ambos. Deste modo, evidencia-se a necessidade de mais investigações serem realizadas nesta área, permitindo um avanço nas práticas de intervenção e prevenção no âmbito da saúde mental em contexto diádico, desenvolvendo planos de intervenção mais adaptados às necessidades específicas e recursos disponíveis do casal.

## 7. Referências

- Alarcão, M. (2002). *(des)Equilíbrios familiares: Uma visão sistémica*. Coimbra: Quarteto.
- 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
- Beach, S. R. H., Sandeen, E. E., & O'Leary, K. D. (1990). *Depression in marriage: A model for etiology and treatment*. New York: Guilford Press.
- 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
- Black, K., & Lobo, M. (2008). A conceptual review of family resilience factors. *Journal of Family Nursing, 14*, 33-55. doi:10.1177/1074840707312237
- Block, J., & Kremen, A. M. (1996). IQ and ego-resilience: Conceptual and empirical connections. *Journal of Personality and Social Psychology, 70*, 349-361. doi:10.1037/0022-3514.70.2.349
- Berscheid, E., & Regan, P. (2005). *The psychology of interpersonal relationships*. Upper Saddle River, NJ: Pearson Education.
- 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 of dyadic coping* (pp. 33-49). Washington, DC: American Psychological Association.
- Bonanno, G. A. (2004). Loss, trauma, and human resilience: Have we underestimated the human capacity to thrive after extremely aversive events? *American Psychologist, 59*, 20-28. doi:10.1037/0003-066X.59.1.20
- Bonanno, G.A., & Mancini, A.D. (2010). The human capacity to thrive in face of potential trauma. *Pediatrics, 121*, 369-375. doi:10.1542/peds.2007-1648
- 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
- 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*, 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
- Campbell-Sills L., & Stein M.B. (2007). Psychometric analysis and refinement of Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC): Validation of a 10-item measure of resilience. *Journal of Traumatic Stress, 20*, 1019-1028. doi:10.1002/jts.20271
- 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., Pereira, M., Moreira, H., & Paredes, T. (2010). Qualidade de vida e saúde: Aplicações do WHOQOL. *Alicerces, 3*, 243-268.

- Clausen, J. A. (1993). *American lives: looking back at the children of the Great Depression*. New York: The Free Press.
- Clauss-Ehlers, C.S., Yang, Y., & Chen, W. (2006). Resilience from childhood stressors: The role of cultural resilience, ethnic identity, and gender identity. *Journal of Infant, Child, and Adolescent Psychotherapy*, 5, 124-138. doi:10.2513/s15289168jicap0501\_7
- 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, 261-284. doi:10.1891/jcop.2005.19.3.261
- Connor, K. M. (2006). Assessment of resilience in aftermath of trauma. *Journal of Clinical Psychiatry*, 67(Suppl.2), 46-49.
- Connor, K. M., & Davidson, J. R. T. (2003). Development of a new resilience scale: The Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC). *Depression and Anxiety*, 18, 76-82. doi:10.1002/da.10113
- 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/>
- 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
- Cutrona, C. E., Russell, D. W., & Gardner, K. A. (2005). The relationship enhancement model of social support. In T. A. Revenson, K. Kayser, & G. Bodenmann (Eds.), *Couples coping with stress: Emerging perspectives on dyadic coping* (pp. 73-93). Washington, DC: American Psychological Association.
- 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, 62-65. doi:10.1097/01.nmd.0000149221.09294.92
- Delahajj, J.R., Gaillard, A.W.R., & van Dam, K. (2010). Hardiness and the response to stressful situations: Investigating mediating processes. *Personality and Individual Differences*, 49, 386-390. doi:10.1016/j.paid.2010.04.002
- Dethier, M., Counerotte, C., Blairy, S. (2011). Marital satisfaction in couples with an alcoholic husband. *Journal of Family Violence*, 26, 151-162. doi:10.1007/s10896-010-9355-z
- Denton, W.H., Carmody, T.J., Rush, A.J., Thase, M.E., Trievoli, M.H., Arnow, B.A., ... Keller, M. B., (2010). Dyadic discord at baseline is associated with lack of remission in the acute treatment of chronic depression. *Psychological Medicine*, 40, 415-424. doi:10.1017/S0033291709990535
- Derogatis, L. R. (1982/1993). *BSI: Brief Symptom Inventory* (3rd ed.). Minneapolis: National Computers Systems.
- 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, 17-29. doi:10.1007/s11136-006-9002-6

- 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.
- Fergus, S., & Zimmerman, M. (2005). Adolescent resilience: A framework for understanding healthy development in the face of risk. *Annual Review of Public Health, 26*, 399-419. doi:10.1146/annurev.publhealth.26.021304.144357
- Friborg, O., Hjemdal, O., Rosenvinge, J. H., & Martinussen, M. (2003). A new rating scale for adult resilience: What are the central protective resources behind healthy adjustment? *International Journal of Methods in Psychiatric Research, 12*, 65-76. doi:10.1002/mpr.143
- 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*, 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.
- Garnezy, N. (1991). Resiliency and vulnerability to adverse developmental outcomes associated with poverty. *American Behavioral Scientist, 34*, 416-430. doi:10.1177/0002764291034004003
- Garnezy, N. (1993). Children in poverty: Resilience despite risk. *Psychiatry, 56*, 127-136.
- Greenberg, J., Greenley, J., & Brown, R. (1997). Do mental health services reduce distress in families of people with serious mental illness? *Psychiatric Rehabilitation Journal, 21*(1), 40-49.
- Gross, J. J. & John, O. P. (2003). Individual Differences in Two Emotion Regulation Processes: implications for Affect, Relationships, and Well-Being. *Journal of Personality and Social Psychology, 85*, 348-362. doi: 10.1037/0022-3514.85.2.348
- Hammen, C. L. (1991). The generation of stress in the course of unipolar depression. *Journal of Abnormal Psychology, 100*, 555-561.
- 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
- Herrmann, D., Scherg H., Verres, R., von Hagens, C., Strowitzki, T., & Wischmann T. (2011). Resilience in infertile couples acts as a protective factor against infertility-specific distress and impaired quality of life. *Journal of Assisted Reproduction and Genetics, 28*(11), 1111-1117. doi: 10.1007/s10815-011-9637-2
- Hawley, D. R., & DeHaan, L. (1996). Toward a definition of family resilience: Integrating life-span and family perspectives. *Family Process, 35*, 283-298. doi:10.1111/j.1545-5300.1996.00283.x
- 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. (1987). Romantic love conceptualized as an attachment process. *Journal of Personality and Social Psychology*, 52, 511-524. doi:10.1037/0022-3514.52.3.511
- Heene, E., Buysse, A., & Van Oost, P. (2005). Indirect pathways between depressive symptoms and marital distress: The role of conflict communication, attributions, and attachment style. *Family Process*, 44, 413-440. doi:10.1111/j.1545-5300.2005.00070.x
- Heene, E., Buysse, A., & Van 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, 499-514. doi:10.1111/j.1545-5300.2007.00228.x
- Hjemdal, O., Friborg, O., Braun, S., Kempnaers, C., Linkowski, P. & Fossion, P. (2011). The Resilience Scale for Adults: Construct validity and measurement in a Belgian sample. *International Journal of Testing*, 11, 53-70. doi:10.1080/153005058.2010.508570
- Hjemdal, O., Friborg, O., Stiles, T. C., Rosenvinge, J. H., & Martinussen M. (2006). Resilience predicting psychiatric symptoms: A prospective study of protective factors and their role in adjustment to stressful life events. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 13, 194-201. doi:10.1002/cpp.488
- Holahan, C. J., Holahan, C. K., Moos, R. H., & Moos, P. L. (1995). Social support, coping and depressive symptoms in a late-middle-aged sample of patients reporting cardiac illness. *Health Psychology*, 14, 152-163. doi:10.1037/0278-6133.14.2.152
- 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, 43-51. doi:10.1037/0022-006X.75.1.43
- Homish, G. G., Leonard, K. E., & Cornelius, J. R. (2008). Illicit drug use and marital satisfaction. *Addictive Behaviors*, 33, 279-291. doi:10.1016/j.addbeh.2007.09.015
- 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
- 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, 585-596. doi:10.1007/s11136-012-0187-6
- Joutsenniemi K., Moustgaard, H., Koskinen, S., Ripatti, S., & Martikainen, P. (2011). Psychiatric comorbidity in couples: a longitudinal study of 202,959 married and cohabiting individuals. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 46, 623-633. doi: 10.1007/s00127-010-0228-9
- Johnson, S. L., & Jacob, T. (1997). Marital interactions of depressed men and women. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 65, 15-25. doi:10.1037/0022-006X.65.1.15

- Jowkar, B., Friborg, O. & Hjemdal, O. (2010). Cross cultural validation of the Resilience Scale for Adults (RSA) in Iran. *Scandinavian Journal of Psychology*, 51, 418-425. doi:10.1111/j.1467-9450.2009.00794.x
- Kobasa, S. C. (1979). Stressful life events, personality, and health: an inquiry into hardiness. *Journal of Personality and Social Psychology*, 37, 1-11. doi:10.1037/0022-3514.37.1.1
- Kouros, C. D., & Cummings, E. M. (2011). Transactional relations between marital functioning and depressive symptoms. *American Journal of Orthopsychiatry*, 81, 128-138. doi:10.1111/j.1939-0025.2010.01080.x
- Kronmüller, K-T., Backenstrass, M., Victor, D., Postelnicu, I., Schenkenbach, C., Joest, K., ... Mundt, C. (2011). Quality of marital relationship and depression: Results of a 10-year prospective follow-up study. *Journal of Affective Disorders*, 128, 64-71. doi:10.1016/j.jad.2010.06.026
- Leadley, K., Clark, C. L., & Caetano, R. (2000). Couples' drinking patterns, intimate partner violence, and alcohol-related partnership problems. *Journal of Substance Abuse*, 11, 253-263. doi:10.1016/S0899-3289(00)00025-0
- Lebow, J. L., Chambers, A. L., Christensen, A., & Johnson, S. M. (2012). Research on the treatment of couple distress. *Journal of Marital and Family Therapy*, 38, 145-68. doi:10.1111/j.1752-0606.2011.00249.x
- 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.
- Lyons, J. (1991). Strategies for assessing the potential for positive adjustment following trauma. *Journal of Traumatic Stress*, 4, 93-111. doi:10.1002/jts.2490040108
- Luthar, S. (2006). Resilience in development: A synthesis of research across five decades. In D. Cicchetti & D. J. Cohen (Eds.), *Developmental psychopathology: Risk, disorder, and adaptation* (2nd ed., pp. 739-795). New York: Wiley.
- Luthar, S. S., Doernberger, C. H., & Zigler E. (1993). Resilience is not a unidimensional construct: Insights from a prospective study of inner-city adolescents. *Developmental Psychopathology*, 5, 703-717.
- Mancini, A., & Bonano, G. A. (2006). Resilience in the face of potential trauma: Clinical practices and illustrations. *Journal of Clinical Psychology*, 62, 971-985. doi:10.1002/jclp.20283
- Marshall, M. P. (2003). For better or for worse? The effects of alcohol use on marital functioning. *Clinical Psychology Review*, 23, 959-997. doi:10.1016/j.cpr.2003.09.002
- Masten, A. S. (2001). Ordinary magic: Resilience processes in development. *American Psychologist*, 56, 227-238. doi:10.1037/0003-066X.56.3.227
- Masten, A. S. (2007). Resilience in developing systems: Progress and promise as the fourth wave rises. *Development and Psychopathology*, 19, 921-930. doi:10.1017/S0954579407000442
- McCubbin, H. I., & McCubbin, M. A. (1988). Typologies of resilient families: Emerging roles of social class and ethnicity. *Family Relations*, 37, 247-254.
- McCubbin, M., & McCubbin, H. (1993). Families coping with illness: The resiliency model of family stress, adjustment, and adaptation. In C. Danielson, B. Hamel-

- Bissell & P. Winstead-Fry (Eds). *Families, Health & Illness*. Perspectives on coping and intervention (pp. 21- 63). St Louis: Mosby-Year Book.
- Maddi, S. R., Harvey, R. H., Khoshaba, D. M., Fazel, M., & Resurreccion, N. (2009). Hardiness training facilitates performance in college. *Journal of Positive Psychology, 4*, 566–577. doi: 10.1080/17439760903157133
- 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
- Mudar, P., Leonard, K. E., & Soltysinski, K. (2001). Discrepant substance use and marital functioning in newlywed couples. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 69*, 130–134. doi:10.1037/0022-006X.69.1.130
- 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
- Oshio, A., Kaneko, H., Nagamine, S., & Nakaya, M. (2003). Construct Validity of the Adolescent Resilience Scale. *Psychological Reports, 93*, 1217-1222. doi:10.2466/pr0.2003.93.3f1217
- Ostermann, J., Sloan, F. A., & Taylor, D. H. (2005). Heavy alcohol use and marital dissolution in the USA. *Social Science & Medicine, 61*, 2304-2316. doi:10.1016/j.socscimed.2005.07.021
- Overbeek, G., Vollebergh, W., de Graaf, R., Scholte, R., de Kemp, R., & Engels, R. (2006). Longitudinal associations of marital quality and marital dissolution with the incidence of DSM-III-R disorders. *Journal of Family Psychology, 20*, 284–291. doi:10.1037/0893-3200.20.2.284
- Patterson, J. (2002). Integrating family resilience and family stress theory. *Journal of Marriage and Family, 64*, 349-360. doi:10.1111/j.1741-3737.2002.00349.x
- Pereira, M., Cardoso, M., Alves, S., Narciso, I., & Canavarro, M. C. (2013). Estudos preliminares das características psicométricas da Escala de Resiliência para Adultos (ERA). In A. Pereira, M. Calheiros, P. Vagos, I. Direito, S. Monteiro, C. F. Silva, & A. Allen Gomes (Eds.), *Livro de atas do VIII Simpósio Nacional de Investigação em Psicologia* (pp. 93-103). Aveiro: Associação Portuguesa de Psicologia.
- 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.
- 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
- 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.
- Quigley, B. M., & Leonard, K. E. (2000). Alcohol and the continuation of early marital aggression. *Alcoholism, Clinical and Experimental Research, 24*, 1003–1010. doi:10.1111/j.1530-0277.2000.tb04643.x
- Rogers, C. R. (1951). *Client-centered therapy: Its current practice, implications, and theory*. Boston: Houghton Mifflin.

- 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*, 12-66. doi:10.1186/1471-2458-12-66
- Rutter, M. (1987). Psychosocial resilience and protective mechanisms. *American Journal of Orthopsychiatry, 57*, 316-331. doi:10.1111/j.1939-0025.1987.tb03541.x
- Rutter, M. (1985). Resilience in face of adversity: protective factors and resistance to psychiatric disorder. *The British Journal of Psychiatry, 147*, 598-611. doi:10.1192/bjp.147.6.598
- Saunders, J.C. (2003). Families living with severe mental illness: a literature review. *Mental Health Nursing, 24*, 175-198. doi: 10.1080/01612840390160711
- 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
- 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
- Solomon, S. E., Rothblum, E. D., & Balsam, K. F. (2004). Pioneers in partnership: Lesbian and gay couples in civil unions compared with those not in civil unions and married heterosexual siblings. *Journal of Family Psychology, 18*, 275-286. doi:10.1037/0893-3200.18.2.275
- Schmidt, S., Mühlhan, H., & Power, M. (2006). The EUROHIS-QOL 8-item index: Psychometric results of a cross-cultural field study. *European Journal of Public Health, 16*, 420-428. doi:10.1093/eurpub/cki155
- Spanier, G. B. (1976). Measuring dyadic adjustment: New scales for assessing the quality of marriage and similar dyads. *Journal of Marriage and the Family, 38*, 15-28.
- Tranvåg, O., & Kristoffersen, K. (2008). Experience of being the spouse/cohabitant of a person with bipolar affective disorder: a cumulative process over time. *Scandinavian Journal of Caring Sciences, 22*, 5-18. doi:10.1111/j.1471-6712.2007.00562.x
- Vallerand, R. J. (2000). Deci and Ryan's self-determination theory: A view from the hierarchical model of intrinsic and extrinsic motivation. *Psychological Inquiry, 11*, 312-318.
- Vaishnavi, S., Connor, K., & Davidson, J.T. (2007). An abbreviated version of the Connor-Davidson Resilience Scale (CD-RISC), the CD-RISC2: Psychometric properties and applications in psychopharmacological trials. *Psychiatry Research, 152*(2-3), 293-297. doi: 10.1016/j.psychres.2007.01.006
- Venter, N. (2009). *Resilience in intimate relationships*. Master dissertation, University of South Africa, South Africa.
- Wagnild, G., & Young, H. (1993). Development and psychometric evaluation of the resilience scale. *Journal of Nursing Measurement, 1*, 165-178.
- Walsh, F. (2002). A family resilience framework: Innovative practice applications. *Family Relations, 51*, 130-137. doi:10.1111/j.1741-3729.2002.00130.x
- Werner, E. E. (1993). Risk, resilience and recovery: Perspectives from the Kauai longitudinal study. *Developmental Psychopathology, 5*, 503-515.
- Werner, E.E., & Smith, R. S. (2001). *Journeys from childhood to midlife: risk, resilience and recovery*. Ithaca, New York: Cornell University Press.

- West, C., Buettner, P., Stewart L., Foster, K., & Usher, K. (2012). Resilience in families with a member with chronic pain: a mixed methods study. *Journal of Clinical Nursing, 21*, 3532–3545. doi: 10.1111/j.1365-2702.2012.04271.x
- Westbrook, D., Kennerley, H. & Kirk, J. (2011). *Cognitive Behaviour Therapy: Skills and Applications* (2<sup>a</sup> ed.). Los Angeles: SAGE.
- Whisman M. A. (2001a). Marital adjustment and outcome following treatments for depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology 69*, 125–129. doi: 0022-006X.69.1.125
- Whisman, M. A. (2001b). The association between marital dissatisfaction and depression. In S. R. Beach (Ed.), *Marital and family process in depression: A scientific foundation for clinical practice* (pp. 3-24) Washington, DC: American Psychological Association.
- Whisman, M. A. (2007). Marital distress and DSM-IV psychiatric disorders in a population-based national survey. *Journal of Abnormal Psychology, 116*, 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*, 4-13. doi:10.1007/s10567-011-0107-2
- Whisman, M. A., & Bruce, M. L. (1999). Marital dissatisfaction and incidence of major depressive episode in a community sample. *Journal of Abnormal Psychology, 108*, 674–678. doi:10.1037/0021-843X.108.4.674
- 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*, 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*, 184-189. doi:10.1007/s10567-011-0107-2
- Whisman M. A., Uebelacker, L. A., & Bruce, M. L. (2006). Longitudinal association between marital dissatisfaction and alcohol use disorders in a community sample. *Journal of Family Psychology, 20*, 164–167.
- 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*, 830-838. doi:10.1037/a0014759
- WHOQOL Group (1994). Development of the WHOQOL: Rationale and Current Status. *International Journal of Mental Health, 23*(3), 24-56.
- Zautra, A. J., Hall, J. S., & Murray, K. E. (2010). A new definition of health for people and communities. In J. Reich, A. J. Zautra & J. S. Hall (Eds.), *Handbook of Adult Resilience* (pp. 3-29). New York: The Guildford Press.