

MESTRADO
PSICOLOGIA CLÍNICA E DA SAÚDE

Eu, Tu, Nós e a Psicopatologia: um estudo qualitativo

Ariana Rodrigues Coelho Pinto

M

2024



Universidade do Porto
Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação

EU, TU, NÓS E A PSICOPATOLOGIA: UM ESTUDO QUALITATIVO

Ariana Rodrigues Coelho Pinto

Junho, 2024

Dissertação apresentada no Mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde, Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade do Porto, orientada pela Professora Doutora ***Cidália Duarte*** (FPCEUP).

AVISO LEGAIS

O conteúdo desta dissertação reflete as perspectivas, o trabalho e as interpretações do autor no momento da sua entrega. Esta dissertação pode conter incorreções, tanto conceituais como metodológicas, que podem ter sido identificadas em momento posterior ao da sua entrega. Por conseguinte, qualquer utilização dos seus conteúdos deve ser exercida com cautela.

Ao entregar esta dissertação, o autor declara que a mesma é resultante do seu próprio trabalho, contém contributos originais e são reconhecidas todas as fontes utilizadas, encontrando-se tais fontes devidamente citadas no corpo do texto e identificadas na secção de referências. O autor declara, ainda, que não divulga na presente dissertação quaisquer conteúdos cuja reprodução esteja vedada por direitos de autor ou de propriedade industrial.

AGRADECIMENTOS

Tenho em mim todos os sonhos do mundo

- Fernando Pessoa

Primeiramente, agradeço aos participantes a sua generosidade em me darem acesso a uma esfera tão íntima da sua vida, numa partilha para mim tão transformadora. Neste seguimento, agradeço também à Professora Doutora Cidália Duarte, por ter sido voz da sabedoria neste caminho tão incerto, mas acima de tudo por ser companheira neste sonho, sem nunca me cortar as asas. Obrigada por ser sinónimo de liberdade, por ser inspiração.

Obrigada a todas as pessoas que cruzaram e enriqueceram o meu caminho, levo um pouco de todas vós. Em especial às amigas que fiz nestes cinco anos, obrigada por serem casa, por estarem presentes, por serem força nos momentos mais sinuosos.

À minha mãe, que é porto seguro e o verdadeiro significado de resiliência, obrigada por sempre me dares a mão. Obrigada por toda a paciência, por toda a coragem, e por me fazeres acreditar que eu sou capaz.

À minha avó, por ser colo, por ser a voz da calma, por ser simplicidade num trajeto por vezes tão melindroso. Obrigada por tanto.

Ao meu avô, a pessoa mais bondosa, mais humilde, mais justa e mais sábia, que tive a honra de conhecer. Um guerreiro que partiu a meio deste caminho, mas que tal como todos os guerreiros será para sempre lembrado. Obrigada por um amor tão sentido. Foste, és, e serás o meu maior exemplo.

Cinco anos passaram, cinco anos tão felizes e tão conturbados em simultâneo. Cinco anos de desafios. Cinco anos de aprendizagem. Cinco anos de superações. Cinco anos de crescimento.

Um agradecimento a todos os que comigo desbravaram este caminho. Obrigada por me fazerem querer ser melhor todos os dias.

RESUMO

A relação entre conjugalidade e psicopatologia tem implicações significativas tanto para a saúde mental dos indivíduos, como para a estabilidade e sustentabilidade dos relacionamentos amorosos. Considerando a escassa investigação portuguesa sobre esta temática, procuramos analisar e compreender o impacto da psicopatologia de um cônjuge, na díade romântica, e em cada elemento individualmente. Ademais, procuramos compreender como a relação romântica influencia a vivência da psicopatologia, e descrever os fatores protetores das díades românticas. Para tal, adotou-se uma metodologia qualitativa através da realização de entrevistas a ambos os elementos do casal, separadamente.

Os resultados mostram que o impacto da psicopatologia na relação amorosa foi essencialmente apontado pelos cônjuges com diagnóstico, denunciando prejuízos na comunicação e sexualidade. Para eles a área de vida mais afetada foi a social, enquanto os parceiros destacam maior comprometimento na saúde. Os participantes encontram-se satisfeitos com a relação, que consideram ser de intimidade, e realçam a sua importância no enfrentamento da psicopatologia. A comunicação, transparência, ausência de julgamento do parceiro e objetivos de futuro comuns, foram apontados como fatores de manutenção da relação. Por fim, apesar da disparidade de psicopatologias o impacto relacional, e nos cônjuges é semelhante. Contudo, cada casal enfrenta a psicopatologia de forma idiossincrática. Deste modo, torna-se importante a realização de estudos longitudinais incluindo ambos os membros da díade, para compreender a evolução da dinâmica conjugal e dos impactos da psicopatologia, permitindo assim o desenvolvimento de estratégias de intervenção adaptadas e promotoras de bem-estar.

Palavras-chave: psicopatologia; conjugalidade; fatores protetores; saúde mental; método qualitativo

ABSTRACT

The relationship between conjugality and psychopathology has significant implications both for the mental health of individuals and for the stability and sustainability of romantic relationships. Considering the scarcity of Portuguese research on this topic, we seek to analyze and understand the impact of a spouse's psychopathology, on the romantic dyad, and on each element individually. Furthermore, we seek to understand how the romantic relationship influences the experience of psychopathology, and to describe the protective factors of romantic dyads. To this end, a qualitative methodology was adopted by conducting interviews with both members of the couple, separately.

The results show that the impact of psychopathology on the romantic relationship was essentially highlighted by the spouses with the diagnosis, reporting impairments in communication and sexuality. For them, the most affected area of life was social, while their partners highlighted greater health impairment. Participants are satisfied with the relationship, which they consider to be intimate, and highlight its importance in coping with psychopathology. Communication, transparency, lack of judgment from the partner and common future goals were highlighted as factors in maintaining the relationship. Finally, despite the disparity in psychopathologies, the relational impact and on spouses is similar. However, each couple faces psychopathology in an idiosyncratic way. Therefore, it is important to carry out longitudinal studies including both members of the dyad, to understand the evolution of marital dynamics and the impacts of psychopathology, thus allowing the development of adapted intervention strategies that promote well-being.

Keywords: psychopathology; conjugality; protective factors; mental health; qualitative method

RÉSUMÉ

La relation entre conjugalité et psychopathologie a des implications importantes tant pour la santé mentale des individus que pour la stabilité et la durabilité des relations amoureuses. Compte tenu de la rareté des recherches portugaises sur ce sujet, nous cherchons à analyser et à comprendre l'impact de la psychopathologie du conjoint, sur la dyade romantique et sur chaque élément individuellement. Nous cherchons également à comprendre comment la relation amoureuse influence l'expérience psychopathologique et à décrire les facteurs de protection des dyades amoureuses. À cette fin, une méthodologie qualitative a été adoptée en menant des entretiens avec les deux membres du couple, séparément.

Les résultats montrent que l'impact de la psychopathologie sur la relation amoureuse a été essentiellement mis en évidence par les conjoints diagnostiqués, faisant état de troubles de la communication et de la sexualité. Pour eux, le domaine de la vie le plus touché était le social, tandis que leurs partenaires soulignaient une plus grande détérioration de leur santé. Les participants sont satisfaits de la relation qu'ils considèrent comme intime et soulignent son importance pour faire face à la psychopathologie. La communication, la transparence, le manque de jugement du partenaire et les objectifs futurs communs ont été soulignés comme des facteurs favorisant le maintien de la relation. Enfin, malgré la disparité des psychopathologies, l'impact relationnel et sur les conjoints est similaire. Cependant, chaque couple est confronté à la psychopathologie de manière idiosyncrasique. Il est donc important de réaliser des études longitudinales incluant les deux membres de la dyade, pour comprendre l'évolution de la dynamique conjugale et les impacts de la psychopathologie, permettant ainsi le développement de stratégies d'intervention adaptées favorisant le bien-être.

Mots-clés: psychopathologie; conjugalité; facteurs de protection; santé mentale; méthode qualitative

ÍNDICE

INTRODUÇÃO.....	1
1. Conjugalidade.....	1
2. Impacto da Psicopatologia nas Relações Conjugais.....	2
3. Pertinência do Estudo.....	6
MÉTODO.....	7
1. Estudo Empírico.....	7
2. Enquadramento Metodológico.....	8
3. Participantes.....	8
4. Procedimento de Recolha de Dados: A Entrevista.....	9
5. Procedimento de Análise de Dados.....	11
RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	11
1. De que forma o diagnóstico de psicopatologia do cônjuge impacta a díade romântica?.....	11
2. Como é que o diagnóstico de psicopatologia impacta cada <i>self</i> da díade romântica?.....	17
3. De que forma a relação romântica impacta a experiência de psicopatologia?...24	
4. Quais os fatores que permitem a manutenção da díade romântica?.....	26
5. Casais enquanto unidade de análise.....	28
CONCLUSÕES.....	31
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	33
ANEXOS.....	44
Anexo 1 – Tabela de caracterização dos participantes.....	44
Anexo 2 – Guião de entrevista cônjuge com diagnóstico.....	45

Anexo 3 – Guião de entrevista cônjuge sem diagnóstico.....	50
Anexo 4 – Declaração de Consentimento Informado.....	56
Anexo 5 – Sistema de Categorias e Subcategorias: cônjuge com diagnóstico.....	57
Anexo 6 – Sistema de Categorias e Subcategorias: cônjuge sem diagnóstico	59

LISTA DE ABREVIATURAS

DALYs – Anos de vida ajustados pela incapacidade

CCD – Cônjuge Com Diagnóstico

CSD – Cônjuge Sem Diagnóstico

PB – Perturbação Bipolar

PAG – Perturbação de Ansiedade Generalizada

PEA – Perturbação do Espectro do Autismo

PPB – Perturbação de Personalidade Borderline

INTRODUÇÃO

1. Conjugalidade

Quando dois sujeitos que estabelecem uma relação de intimidade assumem o compromisso de construir um projeto de vida comum, falamos de conjugalidade (Rosa & Gonçalves, 2010). Este é um fenómeno complexo, logo observar um casal e ver dois elementos significa fragmentar a perceção e compreensão desta entidade relacional, negligenciando o seu processo criativo e a capacidade geradora da sua identidade (Narciso & Costa, 1996). Cada membro da díade possui uma identidade que partilha com o outro, visando construir uma identidade conjugal. Desta forma, cada um apresentará um padrão de intimidade e vinculação que se atualiza, consolida e co-constrói no tempo, promovendo o bem-estar e crescimento do casal (Costa, 2011).

No entanto, destacam-se outras variáveis estudadas no âmbito da conjugalidade, tais como a qualidade conjugal (Lavner et al. 2019; Lavner & Bradbury, 2017), a satisfação conjugal (Litzinger & Gordon, 2005; Bodenmann et al., 2007), e a vinculação ao parceiro amoroso (Simpson & Rholes, 2017; Birnbaum & Finkel, 2015). Destacando-se a satisfação conjugal como o construto mais estudado, devido à sua relação direta com a qualidade e estabilidade dos relacionamentos. King (2016) descreve esta variável como as atitudes que um indivíduo tem em relação ao seu relacionamento, apresentando uma forte componente subjetiva. De acordo com Fincham e Beach (2010), a satisfação conjugal é influenciada por múltiplos elementos que interagem entre si. Uma vez que, as relações não são estáticas, unitárias ou imutáveis, a satisfação conjugal varia ao longo dos relacionamentos. Logo, é importante adotar uma perspetiva dialética e olhar para esta variável como uma trajetória (Bradbury et al., 2000). Já a qualidade conjugal pode ser definida como o desempenho na e da relação (Narciso & Ribeiro, 2009). Desta forma, analisar a satisfação conjugal implica compreender a perceção dos cônjuges sobre a qualidade conjugal (Narciso & Ribeiro, 2009). Assim, o nível de satisfação irá influenciar e ser influenciado pela qualidade, estabelecendo-se um ciclo de instigação recíproca que se auto-perpetua. Também a intimidade é considerada um alicerce fundamental da satisfação conjugal (Ferreira et al., 2012).

Comparados aos indivíduos casados, os separados ou divorciados exibem níveis mais altos de sofrimento psicológico e sintomas psiquiátricos (Simon, 2002). Além disso, apresentam maior probabilidade de atender aos critérios de prevalência de perturbações psiquiátricas ao longo da vida (Kessler et al., 2005; Liao et al., 2012). A dissolução do relacionamento está associada a um risco elevado de psicopatologia, incluindo sintomas e perturbações depressivas, de ansiedade e de uso de substâncias (Whisman et al. 2022). Assim, o casamento parece assumir funções protetoras, já que a ligação a alguém significativo e a relação de intimidade resultante são fonte de apoio emocional, constituindo, por isso, um recurso eficaz para lidar com o stress (Narciso & Ribeiro, 2009). Embora as pessoas casadas sejam, em média, mais saudáveis do que as pessoas solteiras, o conflito conjugal associasse a problemas de saúde (Fincham, 2003). Deste modo, o bem-estar promovido pelas relações conjugais parece estar associado à satisfação com a relação. A investigação tem demonstrado que indivíduos em relacionamentos estáveis e satisfatórios apresentam melhor saúde física e mental, em comparação com aqueles que estão em relacionamentos instáveis, não comprometidos ou insatisfatórios (Gottman & Gottman, 2017). Tal sublinha a importância do estudo de fatores que influenciam a satisfação conjugal, e do desenvolvimento de intervenções preventivas ao *distress* conjugal.

2. Impacto da Psicopatologia nas Relações Conjugais

Primeiramente, realçamos a escassez de estudos contemporâneos referentes à associação entre psicopatologia e relações conjugais. Por conseguinte, recorreremos frequentemente a referências de datação remota, para fundamentar análises e argumentos. Além disso, grande parte da pesquisa tem-se focado na depressão (Beach & Whisman, 2012; Whisman & Baucom, 2012), e no abuso de substâncias (Alves et al., 2014), sublinhando a necessidade de expandir a investigação a outras psicopatologias. Ademais, é de ressaltar que a investigação se foca maioritariamente em casais heterossexuais, eliminando nuances associadas a casais homossexuais, denunciando a necessidade de mais investigação.

Ao investigar a relação entre psicopatologia e o funcionamento conjugal, destaca-se o ajustamento conjugal como a variável mais estudada (Whisman, 2019). Tal refere-se à capacidade dos parceiros se adaptarem aos desafios colocados, por exemplo, devido à presença de uma perturbação mental. Este conceito é abrangente e inclui aspetos como a

satisfação conjugal, coesão, consenso e expressão afetiva. Estudos como os de Whisman (2007), Lavner e Bradbury (2010), e Neff e Karney (2009), demonstram consistentemente que o ajustamento conjugal está profundamente interligado com a saúde mental dos parceiros. Destacam que um ajustamento conjugal positivo pode mitigar os efeitos negativos da psicopatologia, enquanto um ajustamento deficiente pode exacerbá-los, criando um ciclo vicioso que afeta tanto a qualidade do relacionamento como o bem-estar individual dos parceiros. Tal corrobora os achados de Whisman (2019) que afirma uma associação transversal e robusta entre o ajustamento conjugal, e a presença de sintomas psiquiátricos. Whisman e colaboradores (2018) apontam que o ajustamento conjugal insatisfatório está associado a perturbações do humor, ansiedade e uso de substâncias. Já Whisman e Uebelacker (2009) mencionam que o ajustamento conjugal contribui para a psicopatologia subsequente, reconhecendo que esta também pode impactar o ajustamento.

Além do ajustamento conjugal, são também investigadas outras variáveis de casal como a violência praticada pelo parceiro íntimo, verificando-se que a probabilidade das mulheres serem agredidas pelo parceiro aumenta quando sofrem de doença mental (Whisman, 2019). Ademais, os investigadores dedicam-se ao estudo da associação entre psicopatologia e satisfação conjugal. Whisman e colaboradores (2004) descobriu que os níveis de depressão e ansiedade de um indivíduo estavam significativamente associados ao seu nível de satisfação conjugal, com maiores níveis de psicopatologia associados a níveis mais baixos de satisfação. Isso sugere que, embora o nível de psicopatologia de ambos os parceiros esteja associado ao nível de satisfação de ambos, é o próprio nível de psicopatologia que mais importa para a satisfação. Assim, é importante incluir ambos os membros do casal na pesquisa, adotando uma perspectiva diádica, para uma compreensão abrangente destas associações. Em contextos de stress psicológico, Rosand e colaboradores (2012) observaram que o ajustamento diádico avaliado positivamente, quer pelo próprio, quer pelo parceiro, pode atuar como um fator protetor, num contexto de perturbação mental. Deste modo, verifica-se que o ajustamento individual de um dos parceiros é importante para o ajustamento individual e conjugal do outro.

Parecem ser as mulheres as mais afetadas com a psicopatologia do parceiro, comparativamente com os homens (Alves et al., 2014). Quando o parceiro tem uma perturbação psiquiátrica, as mulheres tendem a experienciar reações emocionais mais negativas, enquanto os homens tendem a adotar estratégias de resolução de problemas mais adaptativas (Dattilio, 2010). Estes resultados corroboram os relatados por Wittmund e

colaboradores (2002) de que as mulheres de homens com problemas de saúde mental estariam mais vulneráveis à depressão, comparativamente com os homens que vivem com uma companheira doente. Por um lado, tal pode ser explicado por uma maior orientação das mulheres para o relacionamento, sentindo-se mais responsáveis pela resolução de dificuldades, enquanto os homens estão mais focados na independência (Beach & Bodenmann, 2010; Heene et al., 2007). Por outro lado, a pesquisa sobre diferenças de gênero nas características da personalidade revela que as mulheres, globalmente, apresentam mais traços de neuroticismo, que incluem maior propensão à experiência de estados emocionais negativos, tornando-as mais sensíveis à vivência dos mesmos (Costa et al., 2001) e mais expressivas emocionalmente. Alves e colaboradores (2014) alertam que a interpretação destes efeitos deve ter em consideração a duração média do diagnóstico, podendo ocorrer um efeito de habituação. Dessa forma, devem-se esperar dinâmicas de ajustamento diferentes, possivelmente em função das especificidades de cada população clínica, do sexo do elemento com diagnóstico, da duração do quadro clínico, ou ainda da interação entre estas variáveis (Alves et al., 2014).

Conforme reportado o impacto adverso das doenças mentais na vida dos indivíduos tem sido demonstrado, especialmente no contexto das relações conjugais, e no bem-estar do parceiro saudável (Wittmund et al., 2002). Whisman e Baucom (2012) assinalam que tal pode refletir-se em padrões de comunicação, resolução de conflitos e interações disfuncionais, interferindo nas rotinas diárias, gerando stress e sobrecarga na relação, o que pode resultar no distanciamento do apoio mútuo e aumento de conflitos conjugais. Ademais, a psicopatologia experimentada por um dos parceiros pode afetar a qualidade do relacionamento, já que poderá resultar num comprometimento funcional em diversas áreas de vida (South, 2021). Todavia, o inverso também se poderá verificar, isto é, a qualidade do relacionamento pode desencadear ou agravar a psicopatologia, já que os relacionamentos românticos tendem a ser uma fonte primária de stress, tensão e apoio (South, 2021). Assim, o funcionamento do relacionamento e a saúde mental podem estar interligados de diversas formas: a discordância no relacionamento pode agir como um stressor interpessoal, aumentando a probabilidade de desenvolvimento de problemas de saúde mental; ou os problemas de saúde mental podem aumentar a probabilidade de discordância no relacionamento (Whisman & Baucom, 2012). Em muitas relações, os problemas de saúde mental constituem não só um fator de stress para o indivíduo, mas também para o casal (Leuchtmann & Bodenmann, 2017). Deste modo, verifica-se que a saúde mental e o funcionamento da relação romântica influenciam-se mutuamente de forma bidirecional

(Braithwaite & Holt-Lunstad, 2017; Downward et al., 2022; Whisman & Uebelacker, 2009). Quanto às consequências para o parceiro, verifica-se que estas podem diferir consoante este se adapta às mudanças decorrentes dos problemas de saúde mental do CCD, para alguns, essas mudanças podem ser avassaladoras, resultando na retirada de apoio ou aumento do conflito (Whisman & Baucom, 2012). No dia a dia, os parceiros enfrentam a necessidade de lidar com os sintomas psiquiátricos dos companheiros, o que pode levar à sobrecarga, uma vez que estes são muitas vezes incapazes de partilhar tarefas domésticas (Wittmund et al., 2002). Outro encargo relatado pelos parceiros é a falta de apoio social, pois frequentemente sentem vergonha de pedir ajuda, associando essas questões a estigmas e evitando interações sociais (Wittmund et al., 2002). Outro aspeto relevante é a dificuldade na diferenciação de papéis, com muitos parceiros descrevendo o cônjuge como um outro filho para cuidar (Wittmund et al., 2002).

Neste sentido, a experiência de vida dos parceiros muitas vezes não corresponde às suas expectativas, resultando em múltiplas perdas: perda de expectativas sobre o relacionamento, limitações na carreira profissional, aceitação social reduzida, limitações nas atividades de lazer e no estilo de vida (Bischkopf et al., 2002). Dada a variedade de fontes de sobrecarga enfrentadas, é relevante refletir sobre as consequências a longo prazo. De facto, a sobrecarga dos parceiros é um fator de stress e sofrimento psicossocial que pode aumentar o risco de desenvolvimento de doenças psiquiátricas (Schulz & Sherwood, 2008). No entanto, a sobrecarga do CSD parece não estar relacionada ao tipo de diagnóstico, mas ao grau de comprometimento do CCD no quotidiano (Wittmund et al., 2002). Nesse contexto, Idstad e colaboradores (2010) apontam que os parceiros de pessoas com doenças mentais relatam níveis mais altos de sintomas de ansiedade e depressão, como também níveis menores de bem-estar subjetivo, em comparação com os parceiros de pessoas sem psicopatologia, embora os efeitos sejam moderados.

Adicionalmente, a investigação demonstra que a doença mental funciona como um fator determinante para o término de relacionamentos, motivando a rejeição imediata de potenciais parceiros (Boysen et al., 2019). A seleção natural favoreceu vieses cognitivos que levam ao evitamento de pessoas que podem prejudicar a forma física e a sobrevivência da espécie humana (Easton et al., 2015). Estereótipos sobre pessoas com doença mental enfatizam características como incompetência, perigosidade e imprevisibilidade (Crisp et al., 2004). Se a doença mental e os seus sintomas ativam o conceito de doença na mente das pessoas, isso pode levar a medo, ansiedade e evitamento (Boysen et al., 2019). Contudo, os

relacionamentos amorosos podem ter um efeito positivo na recuperação da doença mental, não sendo a mera presença ou ausência do relacionamento que é considerada um facilitador da recuperação, mas sim a qualidade do mesmo (Boucher et al., 2016). Apesar da sexualidade, romance e relacionamentos íntimos constituírem aspetos centrais da experiência humana, o estigma, a discriminação, e outros fatores sistémicos impedem o desenvolvimento de relacionamentos românticos e sexuais positivos em pessoas com doença mental grave (Drake & Whitley, 2014). Também os profissionais de saúde envolvidos no cuidado destes indivíduos tendem a negligenciar estes temas, pelo estigma em relação à doença mental, que os leva a verem estes indivíduos como assexuados, ou a considerarem os relacionamentos românticos como inapropriados (Bonfils et al., 2015).

3. Pertinência do estudo

A investigação tem demonstrado de forma consistente uma conexão entre problemas de saúde mental e aspetos relacionais (Gustavson et al., 2012; Meyler et al., 2007), como a baixa satisfação no relacionamento (Downward et al., 2022; Whisman & Uebelacker, 2009), angústia, e um aumento na dissolução de relações, em casais mistos e do mesmo género (Garcia & Umberson, 2019; Whisman et al., 2022). A conjugalidade, entendida como uma interação complexa entre parceiros íntimos, e a psicopatologia, que engloba uma variedade de perturbações mentais, emergem como áreas de investigação fundamentais para compreender os mecanismos subjacentes ao funcionamento dos casais, e os seus impactos na saúde mental (Wittmund et al., 2002). A interação entre conjugalidade e psicopatologia tem implicações importantes para a saúde mental dos indivíduos envolvidos, assim como para a estabilidade e sustentabilidade dos relacionamentos amorosos (Bradbury et al., 2000). Para muitas pessoas, o relacionamento estabelecido com o parceiro é a interação interpessoal mais significativa ao longo da vida. Assim, além do contexto individual, o contexto das relações deve ser considerado na tentativa de compreender a saúde mental e as suas consequências (Proulx et al., 2007). Compreender os mecanismos pelos quais a psicopatologia afeta a dinâmica conjugal, e vice-versa, é crucial para desenvolver intervenções eficazes promotoras do bem-estar emocional e relacional dos casais (Narciso et al., 2002). Além disso, de acordo com dados de 2010, as doenças mentais foram identificadas como a quarta causa de perda de DALYs em Portugal (PORDATA, 2020). O

Estudo Epidemiológico Nacional de Saúde Mental, de 2013, revelou uma prevalência muito elevada de perturbações mentais em Portugal, sendo a segunda mais alta na Europa. Mulheres, pessoas mais jovens, pessoas divorciadas e viúvas apresentam maior frequência de perturbações mentais. Também as mulheres, pessoas separadas e viúvos são quem beneficia mais frequentemente de cuidados de saúde, tendendo a apresentar perturbações mentais de maior gravidade. Portanto, apesar de associadas a uma mortalidade relativamente baixa, as doenças mentais têm uma prevalência elevada e causam incapacidade, com impacto adverso nas esferas familiar, conjugal e social. Assim, a elevada prevalência de psicopatologia em Portugal, juntamente com a associação da sua frequência e gravidade com o estado civil, destaca a importância da investigação do seu impacto na experiência conjugal (PORDATA, 2020).

Em suma, apesar da importância da investigação nesta temática, verifica-se escassez de estudos, particularmente entre a comunidade portuguesa, focando-se os existentes na depressão ou no consumo de substâncias, sendo fulcral abordar outras psicopatologias. Ademais, faltam estudos que integrem a perspetiva de ambos os cônjuges sobre o impacto da doença mental, não só na relação, como individualmente. Deste modo, este estudo visa contribuir para aprofundar o impacto da psicopatologia na vivência da relação amorosa.

MÉTODO

1. Estudo Empírico

A presente dissertação tem como objetivo compreender e explorar o modo como o diagnóstico de psicopatologia num dos cônjuges impacta a díade romântica. Especificamente, pretende-se: analisar o impacto da psicopatologia de um dos cônjuges na díade; verificar o impacto da psicopatologia em cada elemento da díade; compreender o impacto da relação romântica na forma como a psicopatologia é vivenciada pelos cônjuges; e, por fim, descrever os fatores de manutenção das díades. Deste modo, o estudo compreende quatro questões de investigação:

- 1) De que forma o diagnóstico de psicopatologia do cônjuge impacta a díade romântica?
- 2) Como é que o diagnóstico de psicopatologia impacta cada *self* da díade romântica?
- 3) De que forma a relação romântica impacta a experiência de psicopatologia?
- 4) Quais os fatores que permitem a manutenção da díade romântica?

2. Enquadramento Metodológico

Dada a escassez de literatura científica sobre este tema, consideramos apropriado utilizar o método qualitativo sendo este um estudo de cariz descritivo e exploratório. Esta abordagem metodológica possibilitará a compreensão e descrição dos fenómenos em estudo, bem como a ampliação do conhecimento a seu respeito, atentando aos significados atribuídos às experiências vividas, e ao contributo único de cada participante (Tombolato & Santos, 2020). Assim, será possível aceder à perceção de cada cônjuge sobre a psicopatologia, e o impacto desta na relação. Ademais, serão explorados os fatores protetores da relação, e a díade enquanto mecanismo de recuperação.

Esta investigação teve o parecer favorável da Comissão de Ética da Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade do Porto (Ref.^a 2023-10-07a).

3. Participantes

De forma a responder aos objetivos do estudo, os participantes foram selecionados com base em cinco critérios: serem adultos, saberem ler e escrever em português, coabitarem, apenas um dos elementos da díade apresentar diagnóstico de perturbação do foro mental e serem um casal monogâmico heterossexual ou homossexual. Foram entrevistados seis casais, com cada cônjuge sendo entrevistado separadamente. Esta abordagem proporcionou uma compreensão mais completa de cada elemento do casal, evitando possíveis desconfortos que poderiam assomar face à presença do parceiro na entrevista. Além disso, permitiu uma análise mais abrangente, identificando possíveis pontos de divergência ou concordância entre os membros do casal.

A seleção dos participantes foi efetuada com recurso a uma amostra intencional por conveniência. Contactámos, pois, várias instituições públicas e clínicas privadas que prestam apoio a indivíduos com psicopatologia, localizadas no norte de Portugal, para divulgação do estudo junto dos seus utentes. Ademais, contactámos psicólogos que no exercício das suas funções pudessem sinalizar possíveis participantes. Recorremos também às redes sociais, de modo a alargar a rede de contactos, servindo de veículo para encontrar mais participantes.

Foram realizadas um total de doze entrevistas (cf. Quadro 1), sendo sete participantes do sexo masculino e cinco do sexo feminino. As idades estão compreendidas entre os 21 e os 74 anos, e o tempo de relação entre três e cinquenta e três anos, sendo que cinco dos entrevistados têm filhos. Todas as relações são heteroafetivas, excetuando um casal, que se encontra numa relação homoafetiva. Quanto à escolaridade, metade dos participantes tem formação superior em diversas áreas. Já os restantes participantes, três completaram o ensino secundário, um o 10º ano de escolaridade e um o 4º ano de escolaridade. Relativamente à nacionalidade, metade dos participantes são portugueses, quatro são brasileiros e dois são venezuelanos.

Considerando os objetivos do estudo, apenas seis dos participantes da amostra apresentavam diagnóstico: dois apresentam PB, um apresenta PAG, uma apresenta PEA (grau I) e, por fim, uma apresenta PPB. No que concerne ao tempo do diagnóstico este varia entre um e trinta e cinco anos. Para mais detalhes sobre a caracterização da amostra ver anexo 1. Conforme previamente explicitado, a escolha da metodologia qualitativa, devido à limitada investigação neste domínio, e o carácter descritivo e exploratório deste estudo, justifica a seleção de uma amostra tão heterogénea.

4. Procedimento de Recolha de Dados: A Entrevista

No nosso estudo usamos a entrevista como técnica de recolha de dados, já que esta permite obter informações sobre a realidade experienciada pelos indivíduos, além de possibilitar o acesso aos significados que estes atribuem às suas experiências (Minayo & Costa, 2018). Inclusive propicia a exploração do mundo do entrevistado, e permite flexibilidade para reformular, repetir e especificar as questões, criando espaço para uma reflexão livre e espontânea (Batista et al., 2017). Este método de recolha de dados facilita o estabelecimento de um contacto mais direto com os participantes, permitindo o

esclarecimento de questões e a moldagem do investigador aos entrevistados, possibilitando a compreensão dos comportamentos verbais e não verbais (Gil, 2008).

Atentando à parca investigação sobre o impacto da psicopatologia nas relações amorosas, foram elaborados de raiz os guiões para as entrevistas semiestruturadas. Visto que o objetivo passa por, também, compreender qual o impacto que a psicopatologia tem em cada elemento da díade, foram construídos dois guiões de entrevista, um para a entrevista com o CCD (anexo 2) e outro para a entrevista com o CSD (anexo 3). Estes tinham partes comuns, como: 1) Dados sociodemográficos; 2) Caracterização da relação conjugal; e, 3) Impacto da psicopatologia do CCD na relação amorosa. Já as secções diferenciadoras eram: 4) Impacto da psicopatologia no CSD/CCD; e, 5) Impacto da psicopatologia no cônjuge CCD/CSD (perspetiva do cônjuge CSD/CCD).

A adequação e pertinência do guião foram avaliadas através de dois procedimentos. Numa primeira fase o guião foi analisado por profissionais da psicologia, especialistas na área das relações conjugais. Já na segunda fase foi conduzida uma entrevista piloto. As alterações ao guião foram realizadas com base nesses dois momentos de avaliação. Ademais, as normas éticas de investigação foram salvaguardadas, dado que todos os participantes assinaram a declaração de consentimento informado, composta pelas seguintes informações: objetivo principal do estudo; os procedimentos (nomeadamente a gravação das entrevistas, para posterior transcrição e análise de dados); os direitos dos participantes de recusa em participar ou retirada da pesquisa; os limites de confidencialidade (a identidade dos participantes será resguardada na apresentação dos resultados e os dados recolhidos serão tratados de forma confidencial pela equipa de investigação); e o contacto para esclarecimentos de dúvidas sobre o estudo e direitos dos participantes (anexo 4).

A recolha de dados realizou-se entre dezembro de 2023 e março 2024. Foram realizadas quatro entrevistas em formato presencial, e oito em formato *online*, tendo recorrido à plataforma *google meets* como forma de contornar a distância geográfica dos participantes e alcançar uma população mais heterogénea. Esta modalidade de recolha de dados equipara-se às entrevistas presenciais tanto em termos da qualidade, como da ligação entre os entrevistadores e os entrevistados (Gray et al., 2020). Ademais, procurou-se garantir condições adequadas à realização das entrevistas, sendo comunicado aos participantes a importância de realizar a mesma num ambiente privado (Schmidt et al., 2020).

5. Procedimento de Análise de Dados

Para examinar os dados recorreremos à análise de conteúdo, podendo esta ser definida como um conjunto de técnicas de análise das comunicações, que utiliza procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens. Deste modo, a aplicabilidade desta análise qualitativa potencia o reconhecimento de indicadores, que permitem a execução de inferências de conhecimentos relativos às condições de produção, não se cingindo à mensagem transmitida pelos indivíduos (Bardin, 2011).

A análise de conteúdo é composta por três etapas basilares: a pré-análise, a exploração do material e o tratamento dos dados e sua interpretação. Na primeira etapa realizou-se uma leitura flutuante do corpus dos dados, visando um primeiro contacto com o conteúdo, e a sistematização inicial das categorias que iriam fundamentar a interpretação final. A segunda fase englobou a codificação e a categorização dos dados em categorias, subcategorias e respetivas definições, em função dos temas salientados em cada secção do texto em análise. Verificando-se uma congruência entre os temas salientados pelos participantes e os dados postulados pela literatura. Todo este processo originou o quadro de categorias e subcategorias (anexo 5 e 6). Por último, procedeu-se à interpretação dos resultados, através de inferências e do recurso a sustentação teórica.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A análise e discussão dos resultados será feita na mesma secção, devido ao carácter exploratório do estudo, e por acharmos promover uma leitura mais consistente e clara. Através de uma abordagem integradora dos resultados obtidos recorrendo a uma análise de dados qualitativa, procuramos dar resposta a quatro questões de investigação.

1. De que forma o diagnóstico de psicopatologia do cônjuge impacta a díade romântica?

Foram exploradas as perceções dos participantes relativamente a diferentes dimensões da relação romântica. Relativamente aos conflitos com o parceiro, os CSD

apontam diversas temáticas na origem dos mesmos: tarefas domésticas (PCS3: “*Em primeiro lugar, eu sinto que o tema são as tarefas. Às vezes alguma coisa que estou a fazer mal e que a incomoda*”), problemas na sexualidade (PCS6: “*O tema mais comum vem sendo a sexualidade, porque ela critica-se muito. Se ela às vezes, quer estar um pouco mais perto de mim, (...) e eu fico distanciado, é difícil ela perceber isso. Porque começa a pensar que a culpa é dela, que está gorda, e começa a maquinar todo o tipo de negatividade*”), questões ideológicas (PCS3: “*Nós gostamos de falar sobre política, gostamos de falar sobre filosofia, só que viemos de backgrounds diferentes e as nossas ideologias são um bocadinho diferentes*”), e ausência do parceiro (PCS4: “*Uma das coisas que faz com que a gente se desentenda um pouco é quando eu tenho de sair*”). Os CCD apresentam uma visão díspar apontando diferentes temáticas: ausência de gestos de intimidade (PCD2: “*Ele teve um passado a nível de infância e adolescência que nunca vivenciou situações de carinho entre os pais, por isso eu agora consigo perceber porque é que ele não as manifesta comigo*”), tarefas domésticas (PCD3: “*começa quando eu já lhe disse para ele fazer alguma coisa e ele não faz*”), a forma como o parceiro comunica (PCD3: “*ultimamente tem sido muito sobre a maneira como ele pede desculpas. Porque ele começa a dizer-me que não foi intenção dele, e eu levo as coisas no sentido literal. Ele também diz “não volta a acontecer”, e eu fico chateada com ele, porque lhe digo que ele me está a mentir, ele não me consegue prometer isso*”), traços de personalidade do parceiro (PCD4: “*Ele é muito bonzinho com todo mundo e aí às vezes ele se prejudica por ser bonzinho demais.*”), sintomas da psicopatologia (PCD5: “*O que leva mais à discussão é que, por essas oscilações de humor, de uma ansiedade que me gera, alguns desconfortos e eu acabo brigando sozinho*”), objetivos futuros e questões superficiais (PCD6: “*Há uma questão principal para mim, que eu gostava de me comprometer. Já me sinto preparada, mas ele não. Além disso, coisas mais superficiais, como que eu perguntei se ele queria jantar e ele disse-me que não, mas 20 minutos depois já quer*”).

Quanto aos mecanismos de resolução dos conflitos é notória uma tendência dos participantes para a comunicação e enfrentamento do problema (PCS4: “*Acontece ali, mas no mesmo dia a gente já senta, já conversa, já se entende*”), não recorrendo ao evitamento (PCS5: “*Difícilmente acontecerá uma situação que machuque, e nós vamos permanecer ali no silêncio*”). Contudo, são descritas diferentes posturas durante a discussão, podendo estas ser consequência do diagnóstico do parceiro (PCS6: “*Normalmente numa briga, eu sou mais caljado, ela é um pouco mais explosiva*”), ou da personalidade de cada elemento da diáde (PCS3: “*Às vezes, eu como tenho dificuldades na questão da comunicação, eu fico frustrado*”).

porque eu quero dizer uma coisa e não me sai”). Esta perspectiva é partilhada pelos CCD, que assumem adotar uma postura mais agressiva e explosiva na discussão (PCD2: *“sou mais reativa, reajo mais e discuto”*; PCD4: *“Eu grito, berro, jogo coisa na parede”*). Todavia, a comunicação continua a ser a estratégia primordial de resolução (PCD3: *“nós continuamos a discutir até aquilo ficar resolvido”*). Assim, não se verificou um aumento dos conflitos conjugais como sugerido por Whisman e Baucom (2012), o que pode ser atribuído ao facto dos casais esclarecerem e comunicarem adequadamente sobre os problemas quando estes surgem, evitando que os mal-entendidos se acumulem e escalem.

Relativamente às tarefas domésticas verifica-se uma divisão flexível das mesmas mediante as preferências de cada parceiro, ou seja, ambos colaboram (PCS2: *“às vezes vamos os dois fazer as mesmas tarefas”*), sendo a distribuição feita de acordo com as preferências individuais (PCS5: *“Por exemplo, eu não gosto de cozinhar. Ele gosta. Em contrapartida, eu amo fazer limpeza da casa, (...) e são coisas que ele não gosta*), ou de limitações impostas pelo diagnóstico (PCS3: *“tivemos o cuidado de as distribuir de acordo com o diagnóstico dela. (...) ela não suporta mexer em coisas sujas. Então, trato eu de lavar a louça, limpar a cozinha e as casas de banho”*). Contudo, este é um planeamento flexível (PCS5: *“há uma divisão clara entre nós, que foi sendo construída também ao longo do tempo, porém, em muitos momentos, o que acontece também é que aquelas tarefas que estão sob minha responsabilidade e eu não vou dar conta, ele assume*). Apenas dois casais pontuam uma maior sobrecarga do CSD que assume a maioria das tarefas, devido à parceira não gostar de as realizar (PCS4: *“Bom, ela naturalmente, não gosta muito. Eu faço bem mais do que ela. Mas quando ela está bem, ela gosta de ficar dando uma opinião. Como eu já conheço, procuro fazer do jeito que ela gosta”*). Também a maioria dos CCD assumem existir um *“trabalho de equipa”* (PCD2), isto é, uma divisão flexível das tarefas (PCD5: *“um entende a necessidade do outro. E como eu estou às vezes, em período de prova de faculdade, automaticamente acaba ficando para ele fazer, e justamente quando eu sei que ele tem muito atendimento, e eu estou mais tranquilo, então eu vou suprimindo essas necessidades”*), sendo que apenas uma participante admite não gostar das tarefas domésticas e por isso verifica-se uma maior sobrecarga do parceiro (PCD4: *“Eu odeio as tarefas domésticas. Eu faço bem pouco. Tudo vai depender também do meu estado de espírito, tem dias que eu estou bem e eu vou ser mais proativa, mas tem dias que eu não vou sair da cama”*). Em geral, não se observa uma sobrecarga do CSD devido às tarefas domésticas, porém no caso em que isso ocorre, este não expressa desconforto. Estes resultados não vão ao encontro do postulado

por Wittmund e colaboradores (2002), sugerindo que a nossa amostra é constituída por casais que dividem as tarefas de forma equitativa.

No que se refere à comunicação, os CSD referiram que a psicopatologia do parceiro em nada afetou a comunicação entre eles, inclusive apontam um aumento e melhoria da mesma (PCS4: *“Eu acho que só foi melhorando. Porque no começo (...) eu sabia que existia, mas eu não tinha muito conhecimento de como lidar. E como eu fui tentar ajudar e algumas opiniões que eu dava só atrapalhavam. Aí eu fui perguntando o que você quer que eu faça, o que você está sentindo. Algumas perguntas assim foram fazendo com que ela se sentia melhor em conversar comigo, se sentia mais segura”*). Pelo contrário, os CCD consideram que a sua psicopatologia influenciou a comunicação com o parceiro, apesar de alguns também apontarem um aumento da mesma. As duas participantes com PB dão como exemplo os períodos de descompensação, uma refere não ter consciência do que diz (PCD2: *“quando eu estou descompensada eu não sei o que faço. Então é muito importante a outra pessoa. Portanto eu aí não lhe sei dizer bem se comunico ou se não comunico”*), e outra recorda um momento em que experienciou alucinações receando partilhar com o parceiro por este poder não acreditar, porém reforça que a comunicação entre eles aumentou (PCD4: *“uma vez eu estava num pico de mania, e eu tive alucinações visuais. Eu fiquei com muito medo de falar para ele o que eu estava vendo, e ele me achar maluca. Eu chorava muito, e eu falei para ele o que que era que eu via. E aí ele falou, eu acredito em você, eu acredito que você está realmente vendo isso, porque você não mente para mim. (...) foi a única vez que eu senti medo de falar alguma coisa para ele. De resto não, eu tento até ao contrário, ser mais aberta possível de falar, para ele poder entender e poder me ajudar”*). A participante com diagnóstico de PEA realça que a comunicação com o parceiro sofreu algumas mudanças: *“Acho que é muito diferente, porque antes eu achava que eu é que estava mal e por isso tentava adaptar-me mais a ele. Mas depois quando comecei a aperceber-me, (...) que eu pensava de maneira diferente. (...) Comecei a deixar de me esforçar para fazer as coisas à maneira dele. E algumas coisas da comunicação também começaram, não foi a piorar, mas eu comecei a fazer mais pressão para ele comunicar da forma como eu queria que ele comunicasse comigo”* (PCD3). Assim, observa-se um incremento na comunicação entre os parceiros, atribuído à presença da psicopatologia. Por um lado, o CSD aspira compreender a situação do parceiro e identificar formas de ajudar. Por outro lado, o CCD expressa os seus sentimentos e promove meios de comunicação, com intuito de bem-estar mútuo e da preservação da relação. Curiosamente estas descobertas não corroboram os estudos de Koolwal e colaboradores (2020), nem de Whisman e colaboradores (2019). Isso

pode dever-se ao facto de, perante um diagnóstico, os cônjuges perceberem a necessidade de comunicar aberta e claramente sobre os seus sentimentos e necessidades, no fundo serem pragmáticos na relação.

No âmbito da sexualidade, foi sinalizado um momento conturbado: *“Acho que a partir do momento que ele iniciou o uso do fármaco, do antidepressivo, houve ali um impacto”* (PCS5). Os restantes participantes não percecionaram qualquer prejuízo pontuando até melhorias (PCS4: *“Sinceramente eu não senti diferença nenhuma (...) Com o passar do tempo eu fui descobrindo que tem momentos em que ela está mais depressiva, e quando ela está mais triste ela tem mais desejo do que quando ela está mais alegre. Então eu sempre respeitei muito. Quando ela não está afim, nós curtimos de outras formas.”*). Quanto aos CCD, estes percecionam um impacto mais significativo na esfera da sexualidade, indicando que esta foi afetada pela sua psicopatologia. Este impacto é atribuído a vários fatores, entre os quais a medicação, que chegou a comprometer a libido (PCD4: *“Os remédios dificultam bastante, às vezes eu não sinto vontade de nada.”*), e causar um aumento de peso que afetou o desejo sexual do parceiro (PCD6: *“Ele uma vez disse-me indiretamente (...) que ele já não sentia o mesmo desejo sexual por mim, por eu ter mudado fisicamente, porque eu aumentei 20 quilos, por causa da medicação”*), e a própria sintomatologia da psicopatologia em questão (PCD5: *“como justamente eu tinha me fechado dentro desse universo pessoal, acabou que num certo momento eu, já não queria ter a intimidade, porque estava preocupado com outras coisas.”*). O impacto descrito na sexualidade está de acordo com a investigação (Koolwal et al., 2020; Grover et al., 2017), que assinala que fatores como a toma de alguns psicofármacos, o ganho de peso, entre outros, explicam algumas dificuldades nesta esfera. Contudo, os nossos participantes parecem ultrapassar estas dificuldades e expressam uma vivência da sua sexualidade globalmente positiva.

Como sintomas com maior impacto negativo na relação os CSD apontam: as fases depressivas (PCS2: *“As fases depressivas causam-me um bocadinho de medo e insegurança. É certo que a fase depressiva é sempre ambígua, e acho que é mesmo essa parte, que pode causar mais instabilidade”*), a desculpabilização dos comportamentos recorrendo ao diagnóstico (PCS3: *“eu acho que ela agora utiliza um bocadinho o autismo como uma personalidade. É normal que ela, às vezes, faça alguma coisa que sinceramente me irrita, e a resposta dela acaba por ser “eu sou autista”. Isso, para mim, não faz muito sentido”*), a instabilidade do comportamento (PCS4: *“Porque se ela estivesse muito feliz, eu podia chegar em casa brincando do que eu quisesse, e não ia acontecer nada. Mas se ela estivesse*

triste, eu chegasse em casa e falasse uma vírgula fora do lugar já era suficiente para ela ficar mal”), maior agressividade e irritabilidade (PCS5: “*de repente comportamentos que eu tenho no sentido de cuidar, parece que são sentidos por ele como uma invasão do espaço dele, e que ele responde de uma forma um pouco mais ríspida*”) e intensificação dos sentimentos (PCS6: “*O que eu sinto que impacta mais na nossa relação vem sendo a intensificação dos sentimentos. Porque para mim, pessoalmente, eu sempre acho e sempre achei que tem de haver um balanço para tudo, especialmente com os sentimentos. Se não há calma, não há nada*”). Já os CCD apontam como sintomas mais negativos para a relação: os períodos depressivos e ataques de pânico (PCD2: “*Os momentos depressivos, porque não deve ser fácil ter uma pessoa ao lado que se quer matar, e ir para o trabalho a pensar que pode chegar a casa e ela estar morta (...) E ter também presenciado alguns ataques de pânico*”), apresentar um pensamento diferente bem como dificuldades em experienciar toque (PCD3: “*Eu pensar de maneira diferente, e interpretar as coisas de maneira diferente. (...) Também na parte da intimidade, é um bocado difícil porque eu não gosto muito de beijos, de saliva, e esse tipo de coisas. O toque físico também há determinados momentos em que tenho de estar num mood específico*”), oscilações de humor (PCD4: “*eu fico pensando coitado dele, que tem de me aturar numa montanha-russa o tempo inteiro. Então, às vezes ele está planejando alguma coisa e eu fico mal e aí eu não consigo acompanhar*”), e irritabilidade gerada pela psicopatologia (PCD5: “*Todo sintoma que gerava dentro de mim, a ansiedade em si. Porque ela me trazia um pouco de irritação, um pouco de preocupação com coisas que talvez não tinha necessidade.*”). Atentando a ambos os parceiros verificamos que os aspetos que mencionam como mais negativos para a relação são coincidentes destacando-se: os períodos depressivos, as oscilações de humor, a instabilidade do comportamento, aumento da irritabilidade, intensificação dos sentimentos, o pensamento distinto e a dificuldade em experienciar toque. No fundo, são apontados os sintomas característicos e estruturais da psicopatologia do parceiro, tal poderá dever-se ao facto desses sintomas terem um maior impacto interpessoal na sua manifestação.

Quanto a sintomas com um impacto positivo na relação, os CSD não conseguiram identificar. Pelo contrário, os CCD apontaram o aumento da comunicação (PCD3: “*eu não consigo lidar com as coisas não ficarem resolvidas, e acho que isso acaba por ser bom, e a razão por sermos tão persistentes nas discussões*”), e alguns comportamentos (PCD4: “*Dependendo em alguns episódios de mania eu fico mais criativa, eu fico mais disposta, então às vezes isso pode ser algo bom*”) ou características da personalidade despoletados

pela psicopatologia (PCD3: *“há coisas na minha personalidade que são as que ele gosta mais e que tem haver com o diagnóstico. Por exemplo, a questão de eu ter interesses muito específicos sobre as coisas, de ter as emoções muito fortes”*). Este achado sugere que os CCD encontram aspetos positivos devido à sua experiência direta e íntima com os sintomas. Já os CSD ao não terem essa experiência podem focar-se mais nos desafios percebidos, ou dificuldades interpessoais decorrentes da psicopatologia do parceiro.

Por um lado, verifica-se que os CSD não atribuem tanto destaque à psicopatologia, referindo em algumas questões que esta não impactou a relação. Por outro lado, é notável que os CCD tendem a ter uma visão mais negativa relativamente à comunicação e sexualidade. No entanto, os CCD foram capazes de identificar sintomas com um impacto positivo na relação, algo que os parceiros não conseguiram. Em suma, observa-se que, em determinados aspetos, as perspetivas dos parceiros sobre o impacto da psicopatologia na relação, divergem. Tal evidencia a individualidade de cada parceiro na forma como percebe a relação romântica. Como defendido por Whisman e Baucom (2012) verifica-se que os parceiros num relacionamento diferem na forma como se adaptam às mudanças provocadas pelos problemas de saúde mental. Parece, pois, que estes casais não fogem à vivência singular e idiossincrática da sua relação, como outros.

2. Como é que o diagnóstico de psicopatologia impacta cada *self* da díade romântica?

Primeiramente, para os CSD a área de vida mais afetada foi a saúde, os participantes assinalaram um maior cansaço devido à energia gasta com o parceiro (PCS4: *“Estou mais preguiçoso, e isso explica-se um bocadinho por causa da energia que eu gasto, a tentar lidar com ela”*), que condiciona a área laboral (PCS3: *“Inclusive, chego ao trabalho cansado e às vezes quero trabalhar e não consigo”*). Ademais, assinalaram um prejuízo ao nível da saúde mental (PCS5: *“A minha própria saúde mental (...) por vezes quando me deparo com a ansiedade dele, é como se isso trouxesse uma ressonância também para as minhas ansiedades e para os meus fantasmas”*). Tal está de acordo com Lazarus (1991) que defende que a sobrecarga dos CSD é um fator de stress e sofrimento psicossocial que poderá aumentar o risco destes também desenvolverem uma doença mental. Além disso, a preocupação que sentem face ao estado do parceiro condiciona a sua concentração a nível profissional (PCS2: *“o maior impacto que tem é na minha vida profissional, devido a estar*

preocupado com ela, e o receio de ela estar a fazer alguma coisa de errado, e eu não ter tempo de agir”). A rotina diária dos CSD parece sofrer também algumas alterações, referindo um participante “*não poder fazer aquilo que gosto de fazer*” (PCS1). Também são destacadas mudanças nas atividades de manutenção da casa (PCS5: “*num momento que ele não está muito bem, está mais ansioso. Acontece aquela questão de ter algumas alterações das tarefas rotineiras de manutenção da casa. Isso também pode trazer em alguns momentos, uma certa sobrecarga para a gestão da casa e da rotina do casal*”), devido ao estado do parceiro, que o impede de assegurar as tarefas. Segundo Wittmund e colaboradores (2002) a preocupação que sentem face ao estigma leva os CSD a evitarem situações sociais esperando evitar perguntas. Ao contrário do que seria de esperar, poucos participantes sublinharam prejuízos no âmbito das relações interpessoais (PCS3: “*Também fiquei mais antissocial. Antes era uma pessoa que gostava de ir às festas, gostava de sair com os meus amigos, agora sinto que não tenho paciência*”). Enquanto, para os CCD a área de vida mais afetada foi a social, nomeadamente, as relações interpessoais (PCD4: “*Na parte social eu também tenho muita dificuldade (...) se alguém me convida a fazer alguma coisa, eu nunca sei se eu vou cumprir, se eu aceitar. Então, eu posso aceitar e aí depois eu falar não. (...) As pessoas ficam chateadas comigo*”), sendo especificados problemas nas relações amorosas e na relação com os filhos (PCS2: “*As relações amorosas e a minha vida com os meus filhos. (...) Há dois internamentos, mas um deles tinha muita medicação, andava completamente drogada, e que mãe é que fui? Portanto, isso de certeza que lhes deixou marcas (...) até posso estar errada, mas tenho muito medo de ter falhado como mãe*”). Outra área bastante afetada é a profissional (PCD4: “*Profissional é difícil. Porque tem dias que eu não quero acordar, tem dias que eu não quero levantar, tem dias que eu não quero abrir o olho (...) é um esforço muito grande que eu tenho, para fazer o básico*”), porém existem participantes que optam por não revelar o seu diagnóstico e assim não sentir impacto a nível laboral (PCD3: “*Em termos profissionais nunca senti nada, porque onde eu estou a trabalhar, acho que ninguém sabe, eu também não contei a ninguém*”). Foram também assinalados prejuízos relativos à saúde devido a sintomas que advêm da psicopatologia (PCD4: “*E aí levantar, se forçar, parece que é um esforço tão grande, que no fim eu estou exausta. (...) Ao mesmo tempo, quando eu estou na parte da mania, eu não consigo dormir de noite, tenho muitos pensamentos acelerados e criativos*”; PCD5: “*todas as preocupações que vem sabendo que realmente eu não controlo, e que desencadeia as reações somáticas no corpo. Isso me desespera.*”). Apenas uma participante registou mudanças na rotina diária: “*no início eu não fazia nada. Eu estava deitada o dia todo na cama. Foi assim durante muito tempo. E às*

vezes volto a recair nisso” (PCD6), sendo que a mesma pontuou *“no início eu vi o meu futuro afetado por causa do meu diagnóstico, mas atualmente já não vejo o meu diagnóstico como um problema”*.

O impacto nas diferentes áreas de vida assinalado tanto pelos CSD como pelos CCD está de acordo com os dados apontados pela investigação. Lam et al. (2005) constataram que um número significativo de CSD da sua amostra relataram sentir tensão como resultado de restrições à sua vida social, aumento responsabilidades domésticas e preocupações financeiras (fator que não foi assinalado, pelos participantes). Relativamente aos CCD a investigação é mais escassa, contudo, Azorin (2021) aponta que, a PAB afeta o emprego, finanças e interações sociais.

Ao contrário dos CCD, os CSD conseguiram destacar aspetos positivos proporcionados pela doença do parceiro, nomeadamente: a capacidade de cuidar do outro e de não valorizar demasiado os seus problemas (PCS2: *“Aprendemos a lidar com a outra pessoa com um cuidado diferente daquele que teríamos se a pessoa não tivesse problema nenhum (...) e a perceber acima de tudo que às vezes o nosso pequeno problema comparado com o outro não é nada.”*); desenvolvimento de características como paciência e capacidade de introspeção (PCS3: *“Eu não era uma pessoa paciente de todo, e agora sou. Além disso, eu tenho tido uma ótima capacidade para avaliar sentimentos. Não é muito fácil de se ver sentimentos em pessoas autistas. Mas isso aí fez com que o meu radar, tivesse sido bastante apurado para tentar detetar alguma réstia dos sentimentos que ela transmite. E tenho tido uma ótima capacidade de introspeção*); ampliação do conhecimento sobre a psicopatologia do parceiro e capacidade de ouvir o outro (PCS4: *“teve muito impacto nessa coisa do conhecimento, (...) nessa questão da doença eu aprendi muito, principalmente a ouvir. Por exemplo, no meu trabalho tem uma pessoa que fala que tem problemas psicológicos também. E eu converso muito com aquela pessoa e eu procuro ouvir o que ela está me falando”*). Um dos participantes sugeriu, que a doença do parceiro pode ter fomentado a intimidade na relação: *“no sentido de compreender o outro, compreender o momento do outro, da mesma forma que acho que quando eu faço esse movimento com ele, para ele vai trazer um sentimento de cuidado, de apoio e ele também consegue me oferecer isso nos momentos em que eu também de repente não me encontro tão bem. Então, acho que talvez se a gente for pensar (...) pode ter trazido um pouco mais esse aumento da intimidade junto com isso, aumento da reciprocidade, respeito ao outro, respeito aos limites”* (PCS5). Em adição, os CSD assinalam que os desafios colocados pela doença do parceiro, tanto a nível pessoal

como relacional, os tornaram pessoas mais resistentes (PCS6: *“sinto-me como uma pessoa mais forte mentalmente. Sinto que posso tolerar muitas mais coisas que possam vir com as diferentes experiências da minha vida.”*), afirmando um participante *“eu sinto-me um super-homem”* (PCS3). Estes resultados estão de acordo com os impactos positivos relatados por outros casais: aumento da empatia, compaixão pelos outros, sentimentos de resiliência e um sentido de perspetiva sobre o que é realmente importante (Granek et al., 2016). Consideramos que a convivência próxima entre os cônjuges proporciona uma visão íntima das lutas e dos esforços do parceiro, podendo promover empatia e compreensão no CSD.

Em contraste com os parceiros os CCD conseguiram realçar aspetos positivos da sua doença *“a criatividade no período de mania, eu acho bem legal”* (PCD4). Outra participante focou-se nos aspetos positivos da receção do diagnóstico perspetivando-o como algo positivo, pois lhe permitiu uma maior compreensão dos seus comportamentos (PCD6: *“Sim, agora eu percebo melhor. Com o diagnóstico, percebo melhor as minhas atitudes do passado e tento melhorar”*). Relativamente aos sintomas com impacto negativo, os CSD sublinharam os ataques de pânico (PCS2: *“Por exemplo, quando ela tem ataques de pânico, isso é complicado de lidar. (...) acho que é o fator na doença dela que me assusta mais um bocadinho, é ela ter uma crise dessas de repente”*), e a intensificação dos sentimentos, desencadeando uma atitude agressiva na parceira (PCS6: *“sentimentos se intensificar especialmente numa briga. Ela chega e explode com todo o tipo de coisas.”*). Já os CCD apontam como sintomas mais negativos: oscilações de humor (PCD2: *“São as oscilações de humor, mas isso é a doença. Ele diz que, naquelas situações em que estou sem a medicação, consegue sentir no próprio dia oscilações de humor de picos”*); sensibilidades ao sabor, cheiros e texturas (PCD3: *“Porque as outras coisas eu sinto que vou gerindo com estratégias, isso é que acaba por ser mais desgastante. E são coisas que eu muitas das vezes não consigo fazer nada. Tipo quando eu estou a trabalhar e há um barulho que está muito alto, eu não consigo fazer nada”*); irritabilidade e agressividade associadas a um impulso incontrolável (PCD4: *“impulso, porque ele acaba mexendo com tudo. Ele mexe com a agressividade, ele mexe com as finanças. E como é uma coisa que eu não consigo me segurar, porque é realmente um impulso muito forte, e o segundo sendo a agressividade mesmo, porque... Isso foi exatamente essa irritabilidade, eu ficava irritada com tudo, e não dá para viver assim”*); e sintomas físicos aliados à inibição do contacto social (PCD5: *“Os sintomas físicos que refletiam no corpo, mas existiam também os sintomas por trás que era justamente eu me excluir de uma vivência normal”*). Todavia, houve um sintoma apontado

como tendo um impacto dual “*sentir as emoções de maneira tão extrema, tão... ao limite. Tudo é muito intenso. O que por um lado é bom, porque... A felicidade é intensa. Mas a tristeza também é muito intensa*” (PCD6). Deste modo, verificou-se que os sintomas identificados como mais prejudiciais a nível individual são, em grande parte, os mesmos anteriormente identificados como tendo um impacto mais negativo na relação. O que nos leva a questionar se os sintomas mais prejudiciais a nível individual, podem criar simultaneamente um ciclo de influência negativa na relação.

Relativamente à existência de uma rede de apoio, a maioria dos CSD afirmaram não terem ninguém a quem recorrer caso necessitem de ajuda (PCS2: “*Rede de apoio ativa, não. Sei que existe associações que dão algum apoio, mas nunca recorri a elas. Se houver uma situação grave sei que o melhor é ir para o Hospital São João que tem urgência psiquiátrica. Os pais dela têm noção, aliás o pai dela tem exatamente o mesmo problema. E por isso vamos falando uns com os outros para vermos a melhor forma de agir e de nos apoiarmos*”), tendo um participante reforçado não sentir necessidade: “*não tenho, porque agora mesmo não sinto que preciso de ajuda*” (PCS6). Ademais, o CCD foi apontado também como uma rede de apoio pelos parceiros (PCS4: “*Embora ela tenha todas as questões, ela é uma rede de apoio para mim, muito forte*”). Pelo contrário, a maioria dos CCD perceciona a existência de uma rede de apoio a quem pode recorrer além do seu parceiro (PCD5: “*Minha família sempre foi, inclusive tem amigos também que sempre estão quando precisa, sempre estão junto. Rede de apoio é fundamental*”; PCD6: “*tenho uma psicóloga que era com que eu estava antes, que ela sempre está ao meu dispor. E os meus pais*”). Apenas duas participantes afirmam não ter ninguém a quem possam recorrer além do parceiro, num dos casos a participante refere não querer incomodar a família (PCD2: “*Tenho os meus pais só que não recorro, pois, o meu pai é também doente bipolar, a minha mãe já tem de ser o suporte dele. E eu há uns anos para cá, como sou filha única, eu sou mais o suporte deles, do que eles o meu suporte*”) revelando dificuldade em confiar nos outros e medo em se expor, devido à incompreensão dos comportamentos manifestados (PCD2: “*Porque é muito difícil confiarmos numa pessoa mesmo que achemos que seja amigo. Porque mais cedo ou mais tarde, principalmente neste tema, pode depois desculpar qualquer atitude que eu tenha, dizendo: “ela é bipolar”, portanto eu não confio nesse sentido. Mesmo em momentos de excentricidade em que fiz coisas que não lembra ao diabo, só a psiquiatra é que sabe. E o meu companheiro, mas não digo a ninguém, porque estas coisas não se compreendem*”). A outra participante que não tem outra rede de apoio além do seu parceiro, expressa também

essa sensação de incompreensão, ou seja, apenas o seu parceiro consegue entendê-la e ajudá-la (PCD4: *“Amigos parece que não são suficientes, o que eles falam não é suficiente. Então, realmente a única pessoa que eu consigo contar e me sentir melhor é com meu parceiro. Eu não me sinto 100% porque ele não é mágico. Então, assim, realmente ele é a minha rede de apoio. Mas se eu não tiver ele para contar, eu sei que ninguém consegue entender”*). A investigação mostra que a existência de uma rede de apoio é um fator de proteção face ao impacto da psicopatologia, o apoio social parece atenuar os efeitos do stresse no funcionamento individual e conjugal, facilitando o cuidado e a intimidade (Boyer & Simpson, 2018). O facto de serem reportados vários casos em que apenas o parceiro íntimo é o principal ou até mesmo o único apoio social, pode sugerir que os CCD evitam partilhar os seus problemas com outras pessoas próximas, por acharem que estão a sobrecarregá-las ou incomodá-las. E ainda, que os CCD sentem dificuldade em confiar noutras pessoas, por receio de não serem compreendidos, e pelo estigma associado à sua situação.

Relativamente aos mecanismos de coping, em que procuramos compreender se os cônjuges foram desenvolvendo, formas de lidar com o impacto da psicopatologia, apenas um dos CSD apontou *“Eu sinto que o que me afeta positivamente e negativamente está exatamente no mesmo grau, do que me afetava no início”* (PCS3). Curiosamente, também a sua parceira assinalou ainda não ter adquirido mecanismos, para lidar melhor com a sua psicopatologia (PCD3: *“Acho que ainda não. Não assim de forma que eu notasse diferença”*). Considerando o estudo de Alves e colaboradores (2014), tal pode ser explicado pela curta duração do tempo de diagnóstico, que ainda não permitiu o desenvolvimento de um efeito de habituação em ambos os parceiros, os quais ainda se encontram numa fase de adaptação. Quanto aos restantes CSD todos apontam terem ganho ferramentas e conhecimento ao longo do tempo, que lhes permitem lidar melhor com a situação (PCS2: *“Acaba por ter uma evolução no seu todo positiva, em que vai diminuindo aquele grau de medo do desconhecido, quando a gente não conhece é sempre mais difícil”*). Os restantes CCD assinalam que ao longo do tempo foram aumentando o seu conhecimento sobre os sinais referentes à sua psicopatologia conseguindo atuar de forma mais precoce evitando uma crise (PCD2: *“A partir do momento em que comecei a conhecer melhor os sinais, já não deixo ir até aquele ponto. Porque eu também não quero, (...) acredito que todos aqueles que cheguem ao ponto do suicídio, não se querem matar. Não se chega ao ponto de um suicídio, e não se diz olha eu tive o prazer de me matar. Quando nós chegamos à fase de desejar e idealizar a morte, é porque de facto estamos num desespero muito grande, e isto*

não é de um dia para o outro que acontece. Vai dando sinais, e nós vamos aprendendo a ver esses sinais”), desta forma conseguem perceber qual a forma mais indicada de agir (“A início eu me senti tipo um bebê, sem saber o que fazer com as minhas emoções e agora eu já tenho uma noção. Por exemplo, quando eu estou mais irritada eu me fecho, eu me tranco no quarto senão alguém vai acabar saindo magoado. (...) Quando eu estou na mania, que eu estou com o impulso de comprar. (...) aí eu compro coisas mais baratas porque eu compro mais coisas, vai me dando aquela sensação que estou comprando, mas não está afetando tanto o valor.”). Ademais, uma paciente reconhece a importância do apoio psicológico recebido neste processo (PCD6: “especialmente com a psicóloga, com a terapia, eu ganhei mais ferramentas para lidar com as emoções e com a perturbação”). Assim, parece que o tempo de diagnóstico tem um papel relevante para a aprendizagem de estratégias positivas.

Relativamente à capacidade dos parceiros em controlarem os sintomas, categoria apenas avaliada em relação aos CSD, alguns participantes acreditam que os parceiros conseguem exercer controlo sobre os sintomas (PCS4: *“De um tempo para cá eu sinto que ela tem controle. Exatamente por causa desse autoconhecimento. Antes para qualquer coisa ela tomava um remédio. Agora ela espera um pouco. Tem um autocontrole e um autoconhecimento bem maior”*), e a outra metade não (PCS6: *“Ela não tem nada de controle sobre os sintomas e mesmo que ela esteja a tomar algum tipo de medicação, ela não vai ter o controle dos sintomas até que ela comece a aceitar o facto do que ela tem, e começar a abraçar essa doença”*). Segundo Lam e colaboradores (2005) a forma como os parceiros atribuem o controlo dos sintomas e da doença aos pacientes é crucial para a qualidade dos relacionamentos. Assim, os parceiros que subestimam o impacto de uma psicopatologia podem interpretar o comportamento do paciente como falta de esforço, afetando a harmonia conjugal. Os nossos resultados mostram que apesar de alguns CSD sublinharem que os parceiros têm controlo sobre os sintomas, acreditam que tal se deve ao longo tempo de diagnóstico, que permitiu desenvolverem um maior autoconhecimento. Novamente, relevando o tempo de diagnóstico como uma variável essencial na adaptação individual e relacional à psicopatologia.

Por último, foi explorado o estigma sentido pelos CCD devido à sua condição psiquiátrica, constatando-se que apenas um dos participantes afirmou nunca o ter vivenciado. Contudo, importa sublinhar que apenas as pessoas mais próximas estavam cientes do seu diagnóstico (PCD5: *“Não, porque de uma certa forma só eram mais pessoas próximas que sabiam e aí automaticamente deram uma acolhida”*). Os restantes participantes indicaram

momentos em que se sentiram excluídos, tanto por pessoas da sua rede social (PCD2: *“Mesmo até lá na escola uma colega comentou que outra colega bipolar até conseguiu a reforma mais cedo, “coitada nem dava aulas, não aturava os alunos”. E eu a ouvir. Qualquer doença psiquiátrica é ali um estigma, se formos a um psicólogo, é logo “está doentinha da cabeça”*”), como por entidades superiores que não reconheceram a sua perturbação mental como justificação para faltar ao trabalho (PCD4: *“Muitas vezes eu não conseguia ir trabalhar, num ambiente normal de trabalho. Então, eu tive de recorrer ao governo para poder ter um auxílio e eles não viam a minha doença como algo que me atrapalhasse de trabalhar. Então, nesse momento, eu realmente me senti excluída, assim, porque várias coisas são limitantes e a minha não é”*) ou à faculdade (PCD6: *“Há um ano eu retomei a universidade, mas eu cheguei a metade do semestre. Eu falei com os cinco professores que eu tinha e um deles praticamente disse-me que o facto de ter esta doença mental não era uma desculpa para eu chegar assim tardiamente, e não era uma razão para ele me aceitar novamente”*). Em sequência, foram sublinhados os estereótipos presentes na sociedade, que atribuem determinadas características intrínsecas a todas as pessoas que apresentam uma determinada psicopatologia (PCD6: *“Eu acho que nós, os Borderline, somos vistos como pessoas muito tóxicas. E não é bem assim. Há uma razão, e penso que as pessoas têm de se informar antes de dizer essas coisas.”*; PCD2: *“Porque qualquer pessoa as pessoas chamam “olha é bipolar”, mas as pessoas não sabem o que é um doente bipolar”*), optando os indivíduos por não partilhar o seu diagnóstico (PCD2: *“então normalmente não digo que sou bipolar. Porque há logo aquele estigma as pessoas dizem logo, olha é doentinha mental”*). O estigma sobre a doença mental permanece um assunto complexo na sociedade, culminando em efeitos nefastos nos doentes mentais. Sentir-se discriminado pode aumentar os níveis de stress e angústia e conduzir a uma diminuição do funcionamento psicossocial, do indivíduo com psicopatologia (Oliveira & Azevedo, 2014). Assim, os nossos resultados parecem revelar que ainda haverá muito caminho a percorrer face ao estigma relativamente à saúde mental.

3. De que forma a relação romântica impacta a experiência de psicopatologia?

Para responder à presente questão de investigação, analisou-se a perspetiva de cada parceiro sobre a sua satisfação na relação e a intimidade sentida, bem como a perceção sobre a influência dessas variáveis na gestão da psicopatologia. Quando questionados sobre a sua

definição de intimidade numa relação, os CSD sublinharam a multidimensionalidade desta variável referindo que *“intimidade pode ser muitas coisas”* (PCS2 e PCS3). Reconhecem uma dimensão mais física ou sexual da intimidade, contudo mencionam que esta também está associada a uma dimensão psicológica ou emocional (PCS2: *“A intimidade vai do nível físico ao nível psicológico”*; PCS5: *“Acho que a intimidade também tem uma dimensão sexual: de que forma você consegue se sentir satisfeito sexualmente pelo outro, e satisfazê-lo também”*). Descrevem-na como a capacidade do indivíduo se expor completamente ao parceiro, com a confiança de que não haverá julgamentos, promovendo uma partilha mútua isenta de receios quanto às possíveis implicações. (PCS3: *“a intimidade começa logo com o facto de eu partilhar, coisas que são supostamente só para a mim”*; PCS4: *“Para mim intimidade é quando a gente tem liberdade para falar qualquer coisa”*). Além disso, todos os CSD reconheceram a relação amorosa que estabelecem como uma relação de intimidade, destacando a importância desta para lidarem melhor com a psicopatologia do parceiro. O mesmo foi observado em relação à satisfação conjugal, todos os CSD afirmaram estarem satisfeitos com a relação amorosa realçando o impacto positivo desta (PCS4: *“É uma troca, da mesma forma que eu ajudo nesse lado psicológico dela, que ela precisa, também tem muitas outras coisas que nós vivemos sem ser isso”*; PCS5: *“aquilo que a gente vem construindo traz essa sensação de satisfação do que é vivido”*). Em sequência, consideram que essa satisfação os ajuda a lidar com a psicopatologia do parceiro (PCS3: *“Acho que isso ajuda para lidar melhor com a doença, porque a partir do momento que eu gosto muito da minha namorada, é óbvio que eu vou querer fazer o máximo para que ela se sinta bem na nossa relação”*). A opinião dos CCD acerca do que é intimidade numa relação está alinhada com a dos seus parceiros, destacando a componente física ou sexual (PCD2: *“intimidade é a brincadeira, por exemplo, os beijinhos, as cócegas, o toque, não passa apenas pela relação sexual”*; PCD6: *“sinceramente, quando me disse intimidade, a primeira coisa que penso é sexo”*), contudo reconhecendo que *“a intimidade não é só isso”* (PCD6). Acrescentam que a intimidade se prende essencialmente com a confiança no parceiro, para se mostrarem por completo sem receios (PCD4: *“A gente tem uma máscara social e eu acho que a intimidade é quando passa daquela máscara, e a pessoa realmente vê o nosso íntimo”*). Os CCD reconhecem as suas relações amorosas como sendo relações de intimidade, estando satisfeitos nas mesmas, fatores que apontam como fulcrais para enfrentarem, e gerirem o impacto da sua psicopatologia (PCD4: *“A minha sensação é que se eu não estivesse bem com o meu relacionamento, parece que eu não estaria bem de forma alguma. É como se fosse a base de tudo (...) a partir disso eu consigo construir algo. E aí me dá essa*

segurança”). Segundo Whisman e colaboradores (2004) maiores níveis de psicopatologia estão associados a níveis mais baixos de satisfação conjugal, o que não é corroborado pelos nossos resultados. A intimidade manifestada pelas díades, aliada à adaptação face ao diagnóstico, pode explicar a satisfação dos participantes com a relação.

Primeiramente, importa assinalar que estas foram as categorias onde se registaram percepções mais similares entre CSD e CCD. Deste modo, verifica-se que todos os participantes caracterizam a relação amorosa estabelecida como uma relação de intimidade, encontrando-se satisfeitos com a mesma. Fatores que sublinham como sendo importantes, para enfrentarem a psicopatologia. Estudos sublinham que mesmo existindo riscos, a maioria das pessoas encontra-se motivada, desejando encontrar, envolver-se e preservar uma relação amorosa (Bookwala, 2015; Joel et al., 2019). Independentemente do nível de compromisso ou do tipo de relacionamento, as relações tendem a constituir uma fonte de bem-estar (Farero et al., 2019; Waddell et al., 2019). Além de estarem associadas a uma melhor saúde física e mental (Braithwaite & Holt-Lunstad, 2017; Slatcher & Selcuk, 2017; Wang et al., 2017), assim como maior felicidade (Kawamichi et al., 2016) e satisfação com a vida (Gustavson et al., 2016). Por conseguinte, o bem-estar promovido pelas relações conjugais parece estar associado à satisfação com a relação, sendo a intimidade um pilar fundamental (Costa, 2005). Assim, estes resultados estão alinhados com a investigação, que indica que relações amorosas de qualidade promovem uma sensação de bem-estar nos parceiros. Isso contribui para uma melhor capacidade de lidarem com possíveis stressores, neste caso, a psicopatologia. Provavelmente entrevistamos casais felizes...

4. Quais os fatores que permitem a manutenção da díade romântica?

A maioria dos CSD apontaram a compreensão como um dos fatores determinantes na manutenção da relação (PCS2: *“Ter capacidade de compressão, ter capacidade de engolir coisas que não gostamos porque percebemos que a pessoa não está bem”*; PCS1: *“É a compreensão e o entendimento, isto de ambas as partes”*). Ademais, destacaram a importância de outras dimensões, como: comunicação (PCS3: *“Em primeiro lugar, uma ótima comunicação”*; PCS6: *“Os segredos que nos mantêm juntos podiam ser o tema da comunicação”*), transparência (PCS4: *“A liberdade de se mostrar. Ela mostrar para mim*

como ela é de verdade, que eu não vou julgá-la, e eu também posso me mostrar para ela tranquilamente”) aliada ao não julgamento do parceiro (PCS3: “(...) não resmungar, nem desvalorizar a pessoa só porque ela tem um diagnóstico (...) ela sempre se sentiu muito bem à minha beira, porque eu nunca a julgo, e eu acho que isso é essencial”; PCS4: “Conforme ela foi apresentando problemas e ela percebeu que eu não a julgava, eu não a criticava. Ela foi se sentindo melhor, mais segura, e eu da mesma forma”), e concordância dos planos de futuro (PCS6: “Planos a futuro também é uma coisa que nos mantém muito juntos, porque ela também gosta muito de ficar a sonhar”).

Tal como os parceiros, os CCD apontam: a compreensão, a ausência de julgamento (PCD2: “Aqui tem de haver alguém que nos segure, não é fácil a outra pessoa compreender, aceitar, saber que é uma fase, estar ali firme”; PCD4: “destaco o não julgar”) e a comunicação (PCD3: “continuar a falar e a tentar explicar as coisas de várias formas diferente, até que a outra pessoa perceba. (...) Por isso, acho que a comunicação é uma das grandes chaves”; PCD4: “E sempre que ele falava alguma coisa que eu não gostava, eu deixava claro. Não fala assim, porque quando você fala isso, me deixa pior, me deixa mais chateada”) como aspetos essenciais à manutenção da relação. No entanto, acrescentam ainda a importância de encontrar a pessoa certa (PCD2: “Dar graças a deus por ter o marido que tenho, porque eu própria não sei (...) O segredo está mesmo em encontrar a pessoa certa, que nos segure, porque nós sozinho não somos capazes, mesmo com a medicação”) vendo o parceiro como o pilar da relação (PCD4: “Eu acho que o segredo é ele, que me aguenta”). Uma das participantes realça “eu tento lutar todos os dias por ser uma melhor pessoa. E ele vê isso em mim. Acho que isso tem sido uma chave importante” (PCD6), destacando a motivação e força de vontade do CCD como um aspeto importante para o parceiro, na manutenção da relação amorosa.

Os resultados indicam uma concordância nos fatores indicados pelos cônjuges como fundamentais à manutenção da relação, nomeadamente a comunicação, a compreensão mútua, a transparência e a ausência de julgamento. Estes achados estão de acordo com Karney & Bradbury (2020), que sublinham a importância da comunicação e do apoio mútuo para a satisfação e estabilidade nos relacionamentos. Nesse sentido, a literatura assinala que os parceiros que relatam maior satisfação conjugal também experimentam melhor comunicação (Christensen et al., 2006), e maior apoio mútuo (Falconier et al., 2015). Verificamos que os fatores apontados como fulcrais na manutenção da relação são iguais em casais com ou sem diagnóstico. O que pode significar que é mais aquilo que une, do que o

que separa estes casais, podendo a presença de psicopatologia não introduzir tantas disparidades na dinâmica relacional, como espectável.

Não obstante, os CCD atribuem aos CSD um papel crucial na preservação do relacionamento, implicando uma superioridade a estes indivíduos por conseguirem manter uma relação com eles, denotando uma visão negativa de si próprios. Numa cultura impregnada de imagens estigmatizantes, as pessoas com doenças mentais podem, frequentemente, internalizar estas noções acreditando que são menos valorizadas devido à sua psicopatologia (Thornicroft et al., 2022; Corrigan, 2004). Tal leva a reações emocionais negativas, como a baixa autoestima, tipicamente operacionalizada como visões diminuídas sobre o seu valor pessoal, sendo muitas vezes sentida como vergonha, e baixa autoeficácia (Corrigan, 2004). Esta visão negativa pode ser exacerbada pela comparação com os parceiros sem diagnóstico, refletindo uma perceção de que estes estão a realizar um esforço para manter o relacionamento.

5. O casal como unidade de análise

Ao analisar os casais como entidades distintas, considerando os diferentes diagnósticos, importa realçar algumas especificidades. Relativamente ao casal 2 (PCS2 e PCD2) e ao casal 4 (PCS4 e PCD4), verifica-se que em ambos os CCD apresentam PB, tendo sido destacados aspetos comuns pelos parceiros. Vários estudos apontam que a PB impacta negativamente a relação conjugal em vários domínios, devido às mudanças e imprevisibilidade do comportamento do CCD, que cria volatilidade e insegurança na relação (Azorin et al., 2021; Grover et al., 2017; Granek et al., 2016). Nesse sentido, enfatizam a importância da psicoeducação dos CSD, com intuito de aprenderem a agir mediante uma crise. No presente estudo, os casais que vivenciam essa psicopatologia assinalam essa volatilidade (PCS4: *“Porque se ela estivesse muito feliz, eu podia chegar em casa brincando do que eu quisesse, falar o que eu quisesse, e não ia acontecer nada. Mas se ela estivesse triste, eu chegasse em casa e falasse uma vírgula fora do lugar já era suficiente para ela ficar mal”*; PCD4: *“Porque ele tem um humor sempre estável, sempre a mesma coisa e o meu não, o meu muda o tempo inteiro”*). Contudo tal não é assinalado como um problema, atualmente, visto que procuraram mais conhecimento sobre a doença (PCS4: *“Eu fui percebendo que eu não podia*

ajudar como eu achava, eu tinha de entender”). Ambos os casais estão juntos há 3 anos, o que, apesar de ser um período significativo, pode não prever uma adaptabilidade tão positiva a esta condição. No entanto, o facto dos parceiros terem idades compreendidas entre os 40 e os 47 anos, e já terem tido outras relações pode facilitar o processo de adaptação. Charles & Carstensen (2010) assinalam que indivíduos mais velhos tendem a ter maior estabilidade emocional e habilidades de resolução de conflitos mais desenvolvidas, o que facilita a gestão de situações stressantes. Além disso, a experiência acumulada em relações passadas pode proporcionar um entendimento mais profundo sobre as dinâmicas relacionais, permitindo que os parceiros utilizem estratégias de coping mais eficazes (Levenson et al., 1993). Contrariamente, os casais 3 (PCS3 e PCD3) e 6 (PCS6 e PCD6), apesar de estarem juntos há 3 e 5 anos, respetivamente, são os casais mais jovens da amostra, com idades compreendidas entre os 20 e os 24 anos. Importa sublinhar que os CCD pertencentes a cada um destes casais apresentam diagnósticos distintos entre si, e entre os restantes participantes da amostra. Não obstante, estes foram os casais que revelaram mais fragilidades, demonstrando estarem ainda num período de adaptação tanto ao diagnóstico, como ao impacto que este tem neles e na relação (PCS3: *“para mim, está a ser um desafio. Há coisas que, sinceramente, eu acho que são normais, mas para a ela não é normal. E está tudo bem. É uma adaptação”*; PCD3: *“ainda temos algumas dificuldades, porque às vezes ele esquece-se que eu penso de maneira diferente, e depois eu fico frustrada com isso “como é que te podes esquecer? É suposto preocupares-te comigo?”*; PCS6: *“tem momentos que são um pouco fortes, especialmente quando temos algum que outro problema, (...) eu não gosto de estar a brigar, não gosto de ter problemas com ninguém, especialmente com a minha namorada. Porque eu sei o frágil que ela é, porque ela é uma pessoa forte, mas os sentimentos são uma coisa que podem dominar ela”*). Algo que caracteriza o casal 3 é o foco de ambos os parceiros na receção do diagnóstico de PEA (PCD3: *“Eu quando recebi, já estava muito decidida que tinha. Eu estava mais com medo de não ter essa confirmação, e de ficar sem uma explicação para as dificuldades que eu sentia. Quando recebi o diagnóstico foi quase como um alívio, alguém concorda comigo e agora ninguém pode negar e dizer que é tudo da minha cabeça”*; PCS3: *“Eu vou ser sincero, eu já sabia (...) Eu, estava propriamente mais preocupado com se ela não for. Porque eu vou ter de a consolar e arranjar uma maneira de a fazer sentir bem”*). O mesmo foi realçado pelos participantes do estudo de Smith e colaboradores (2020), que apontaram o diagnóstico como uma explicação para a sua idiossincrasia, potenciando compreensão e alívio. Os pacientes com PEA que apenas são diagnosticados na idade adulta, como é o caso da PCD3, podem apresentar maior

competência cognitiva e verbal (Strunz et al. 2017). Ademais, importa sublinhar o casal 6 como o mais abalado, podendo tal ser explicado pela psicopatologia presente (PPB). Vários estudos confirmaram que os pacientes com PPB apresentam dificuldade no controle, aceitação e modulação das emoções, tendendo à desregulação emocional (Ebner-Priemer et al., 2007; Trull et al., 2008). A desregulação emocional é caracterizada por uma hipersensibilidade, hiperreatividade e longa duração das emoções (Donegan et al., 2003; Gratz & Roemer, 2004). Portanto, a desregulação emocional pode afetar negativamente as relações interpessoais, desencadeando uma comunicação e sentimentos interpessoais mais negativos (Miano et al., 2017). Por conseguinte, os sintomas de PPB têm sido associados a dificuldades na comunicação, e interpretações mais negativas do comportamento do parceiro (Ociskova et al., 2023). É precisamente essa intensidade e instabilidade das emoções que é reportada pelo CSD como sintoma mais impactante negativamente, pois frequentemente desencadeia conflitos que acabam por escalar, devido a uma postura agressiva da parceira, algo com o qual não se sente confortável (PCS6: *“Ela perde o controle especialmente com esta doença. O estar zangado fica intensificado por múltiplas vezes e às vezes até é muito difícil calmar ela.”*). Ademais, a sensibilidade exacerbada ao abandono e rejeição, comum em pessoas com PPB, pode também resultar em comportamentos impulsivos e reações desproporcionais a eventos do quotidiano, tornando a dinâmica relacional mais desafiadora (Bunger et al., 2015).

Além disso, a amostra é constituída por um casal homossexual, sendo o único caso em que a psicopatologia se manifesta num cônjuge do sexo masculino. Contudo, as suas narrativas convergem com as dos restantes casais, tanto na forma como a psicopatologia é vivenciada na relação, como em cada cônjuge. Aquilo que mais os diferenciou foi a dificuldade expressada em abordar as temáticas associadas aos seus conflitos, destacando que raramente discutem ou entram em desacordo (PCD5: *“Parece brincadeira, mas nós não discutimos. A gente, a ser bem sincero, nunca teve uma briga, de brigar, essas coisas.”*; PCS5: *“Nós não somos um casal de ter muitos problemas. E eu realmente tenho de fazer um esforço aqui para tentar pensar quais são as temáticas que costumam nos levar a algum desentendimento”*). Apontando com clareza as dificuldades e a comunicação como forma primordial de as ultrapassar. Indivíduos com PAG experimentam preocupações excessivas relativas a vários eventos, e dificuldade em controlar a ansiedade, o que pode gerar tensão e irritabilidade, afetando a dinâmica relacional (Whisman & Collazos, 2023). Além dos desafios associados à ansiedade, em casais homossexuais, podem surgir stressores adicionais

relacionados com a discriminação e estigma face à orientação sexual, que podem exponenciar os sintomas de ansiedade complexificando o ambiente relacional. Contudo, tais problemas não foram apontados por nenhum dos parceiros desta díade.

Finalmente a análise destes casais revelou uma coesão que parece transcender as divergências individuais. Mais do que diferenças, nas suas narrativas emergiram convergências e dinâmicas relacionais marcadas pela colaboração, compreensão mútua e apoio contínuo. Sugere que, apesar dos desafios impostos pela psicopatologia, estes casais possuem laços comprometidos e investidos em torno de objetivos comuns.

CONCLUSÕES

Com a presente investigação, estudamos como o diagnóstico de psicopatologia impacta a díade romântica e os seus elementos. Ademais, pretendemos aprofundar os fatores de manutenção destas díades e compreender a sua dinâmica relacional.

Apesar da heterogeneidade de diagnósticos, os resultados revelaram similaridades tanto na forma como os casais enfrentam a psicopatologia, como na interferência desta na relação e individualmente. Relativamente ao impacto da psicopatologia na relação amorosa verificou-se que os CSD apresentam uma perceção mais positiva do que os parceiros, afirmando múltiplas vezes que esta não prejudicou a relação. Contudo, os CCD assinalam prejuízos ao nível da comunicação e da sexualidade, algo já reportado noutros estudos. Ainda assim, apenas os CCD foram capazes de identificar sintomas com impacto positivo na relação. Quanto a cada *self* da díade constatou-se um impacto em diferentes áreas de vida, sendo a mais afetada para os CSD a saúde, enquanto os CCD sublinharam maior prejuízo nas relações interpessoais. Apenas os CSD conseguiram destacar aspetos positivos proporcionados pela doença do parceiro, como: o cuidado pelo outro, paciência, capacidade de introspeção, e a ampliação do conhecimento sobre a psicopatologia do parceiro. Acrescentaram ainda que os desafios colocados pela psicopatologia, contribuíram para um aumento da sua resistência, a nível pessoal e relacional. Parece que a intimidade desempenha um papel fundamental nas relações amorosas, visto que através dela os casais conseguem estabelecer uma conexão emocional profunda, que favorece a comunicação aberta, a confiança mútua e o apoio incondicional (Moreira et al., 2009), fatores que também os

nossos participantes consideraram fulcrais à manutenção da relação. Nestas díades, esta íntima proximidade torna-se ainda mais crucial, pois permite que os parceiros enfrentem os desafios e adversidades, fortalecendo a sua resiliência individual e relacional. A propósito dos sintomas negativos, ambos os parceiros referem a intensificação dos sentimentos, períodos de depressão, aumento da irritabilidade e agressividade, entre outros. No que se refere à rede de apoio social verificou-se que a maioria dos CSD não apresenta um suporte social ativo, identificando o CCD como um apoio, quase exclusivo para si. O que nos remete para a relevância do apoio instrumental a par do afetivo...O mesmo acontece com os CCD que veem no companheiro o seu maior suporte. Ao longo do tempo, tanto os CCD como os CSD ganharam conhecimento sobre a psicopatologia, e desenvolveram estratégias de ação, o que revela a importância da aprendizagem de ambos os parceiros sobre as características da psicopatologia, mas também, em nossa opinião, aprendizagem da e na relação e do tempo das mesmas. Ademais, os CCD realçam a existência de estigma devido à sua psicopatologia, exemplificando como o sentiram em diversos contextos.

Quanto à forma como a relação romântica interfere na vivência da psicopatologia constatamos congruência entre os participantes, que consideram as suas relações íntimas e felizes (satisfatórias), contrariando outros estudos. Adicionalmente, os nossos participantes destacam a sua relação romântica como um componente fundamental ao enfrentamento da psicopatologia. E, refletindo sobre os fatores fulcrais à manutenção da relação, destacaram conceitos como: a comunicação, transparência, ausência de julgamento do parceiro, e objetivos de futuro comuns. Apesar das psicopatologias serem díspares e se manifestarem através de quadros sintomatológicos diversos, o impacto que têm na relação e em cada elemento da díade parece ser semelhante, pese embora a identidade singular de cada casal. O que nos remete para a complexidade de construtos como os da intimidade, satisfação, amor, será que estes são uma espécie de “escudo protetor”?

Neste estudo existem limitações várias. Destacamos: a possibilidade dos cônjuges comunicarem entre as entrevistas o que pode ter influenciado as suas respostas; o facto de os participantes que se disponibilizarem a integrar o estudo serem os mais recetivos a partilhar as suas vidas, por estarem mais satisfeitos nas relações; o diferente tempo de relação dos casais entrevistados e a dificuldade na seleção de participantes que impediu a realização de mais entrevistas.

Se as relações românticas se pautam por uma permanente (co)construção, seria pertinente realizar estudos longitudinais, de modo a aprofundar a adaptação dos casais ao longo do tempo. Ademais, replicar o estudo ampliando a amostra, poderá promover uma melhor compreensão de como diferentes fatores influenciam a dinâmica da díade e o impacto da psicopatologia. Sugerimos ainda um estudo mais aprofundado de fatores que contribuem para a manutenção dos casais que enfrentam psicopatologia, acrescentando outras variáveis.

Os nossos resultados apelam novamente à relevância de compreender as individualidades de cada parceiro e díade. Ademais, uma vez que os CSD assumem não ter a quem recorrer, o desenvolvimento de suporte social através de grupos de apoio, onde possam ser partilhadas experiências e estratégias de enfrentamento, pode ser uma mais-valia. No mesmo sentido, os resultados sublinharam a existência de estigma, e por isso a importância da psicoeducação sobre doenças mentais. Seja a níveis mais micro-sistémicos (trabalho com indivíduos e casais), seja a nível macro com campanhas de sensibilização e educação pública na sociedade em geral.

Ainda assim, cremos que esta investigação abre novas portas para o estudo do impacto da psicopatologia nas relações conjugais. Branden sublinhou em 1988 (pp. 223-230) que “...o amor romântico requer coragem – a coragem de permanecermos ligados ao amor, em vez de ficarmos em baixo emocionalmente, mesmo quando é terrivelmente difícil fazê-lo (...)”. Os casais do nosso estudo falam recorrentemente em como a presença de um elemento diagnosticado com uma psicopatologia pode tornar efetivamente a vivência relacional mais desafiante e complexa, contudo, revelaram não desistir e antes persistir nas suas relações! E partilham connosco narrativas de satisfação, intimidade, dificuldades, crescimento... talvez por serem capazes de “compreender o momento do outro e tolerar os momentos difíceis”, “não julgar”, “ter a liberdade de se mostrar”, “uma ótima comunicação” e “ter encontrado uma pessoa que é um grande alicerce”.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Alves, S., Pereira, M., Janeiro, C., Narciso, I., & Canavarro, M. C. (2014). O papel do ajustamento diádico na sintomatologia psicopatológica e qualidade de vida de

- doentes com perturbação psiquiátrica e dos parceiros saudáveis. *Análise Psicológica*, 32(3), 323-339. <https://doi.org/10.14417/ap.830>
- Azorin, J. M., Lefrere, A., & Belzeaux, R. (2021). The Impact of Bipolar Disorder on Couple Functioning: Implications for Care and Treatment. *Medicina (Kaunas)*, 57(8). <https://doi.org/10.3390/medicina57080771>
- Bardin, L. (2011). *Análise de Conteúdo*. Edições 70
- Batista, E. C., de Matos, L. A. L., & Nascimento, A. B. (2017). A entrevista como técnica de investigação na pesquisa qualitativa. *Revista Interdisciplinar Científica Aplicada*, 11(3), 23-28. <https://portaldeperiodicos.animaeducacao.com.br/index.php/rica/article/view/17910>
- Beach, S. R. H., & Whisman, M. A. (2012). Affective disorders. *Journal of Marital and Family Therapy*, 38(1), 201–219. <https://doi.org/10.1111/j.1752-0606.2011.00243.x>
- Beach, B. G., & Bodenmann, G. (2010). Depression, marital satisfaction and communication in couples: Investigating gender differences. *Behavior Therapy*, 41, 306-316. doi: 10.1016/j.beth.2009.09.001
- Birnbaum, G. E., & Finkel, E. J. (2015). The magnetism of the anxious: Why do insecure partners find certain therapists and romantic partners so attractive? *Journal of Personality and Social Psychology*, 109 (2), 232–249.
- Bischkopf, J., Wittmund, B., & Angermeyer, M. C. (2002). Alltag mit der Depression des Partners [Everyday life with the depression of one's spouse]. *Psychotherapeut*, 47(1), 11–15. <https://doi.org/10.1007/s00278-001-0194-5>
- Bodenmann, G., Ledermann, T., & Bradbury, T. N. (2007). Stress, sex, and satisfaction in marriage. *Personal Relationships*, 14(4), 551–569. <https://doi.org/10.1111/j.1475-6811.2007.00171.x>
- Bonfils, K. A., Firmin, R. L., Salyers, M. P., & Wright, E. R. (2015). Sexuality and intimacy among people living with serious mental illnesses: Factors contributing to sexual activity. *Psychiatric rehabilitation journal*, 38(3), 249–255. <https://doi.org/10.1037/prj0000117>
- Bookwala, J. (2015). “Marital relationships and quality,” in *The Encyclopedia of Adulthood and Aging* (Hoboken, NJ: John Wiley & Sons, Inc), 1–5.

- Boucher, M.-E., Groleau, D., & Whitley, R. (2016). Recovery and severe mental illness: The role of romantic relationships, intimacy, and sexuality. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 39(2), 180–182. <https://doi.org/10.1037/prj0000193>
- Boyers, G. B., & Simpson Rowe, L. (2018). Social support and relationship satisfaction in bipolar disorder. *Journal of Family Psychology*, 32(4), 538–543. <https://doi.org/10.1037/fam0000400>
- Boysen, G. A., Morton, J., & Nieves, T. (2019). Mental illness as a relationship dealbreaker. *Stigma and Health*, 4(4), 421–428. <https://doi.org/10.1037/sah0000157>
- Bradbury, T.N., Fincham, F.D., & Beach, S.R.H. (2000). Research on the nature and determinants of marital satisfaction: a decade in review. *Journal of Marriage & the Family*, 62(4), 964-981. <https://doi.org/10.1111/j.1741-3737.2000.00964.x>
- Braithwaite, S., & Holt-Lunstad, J. (2017). Romantic relationships and mental health. *Current Opinion in Psychology*, 13, 120–125. <https://doi.org/10.1016/j.copsyc.2016.04.001>
- Branden, N. (1988). «A vision of romantic love», in R. Sternberg e M. Barnes (eds.), *The Psychology of Love*, Nova Iorque, Yale University, pp.218-231.
- Bungert, M., Liebke, L., Thome, J., Haeussler, K., Bohus, M., & Lis, S. (2015). Rejection sensitivity and symptom severity in patients with borderline personality disorder: effects of childhood maltreatment and self-esteem. *Borderline personality disorder and emotion dysregulation*, 2, 4. <https://doi.org/10.1186/s40479-015-0025-x>
- Caldas-de-Almeida, J.M., & Xavier, M. (2013). Estudo Epidemiológico Nacional de Saúde Mental, 1º relatório. Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Nova de Lisboa.
- Charles, S. T., & Carstensen, L. L. (2010). Social and emotional aging. *Annual review of psychology*, 61, 383–409. <https://doi.org/10.1146/annurev.psych.093008.100448>
- Christensen, A., Eldridge, K., Catta-Preta, A. B., Lim, V. R., & Santagata, R. (2006). Cross-cultural consistency of the demand/withdraw interaction pattern in couples. *Journal of Marriage and Family*, 68(4), 1029–1044. <https://doi.org/10.1111/j.1741-3737.2006.00311.x>

- Corrigan, P. (2004). How stigma interferes with mental health care. *American Psychologist*, 59(7), 614–625. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.59.7.614>
- Costa, M. E. (2005). *À procura da intimidade*. Porto: Edições Asa.
- Costa, P. T., Jr., Terracciano, A., & McCrae, R. R. (2001). Gender differences in personality traits across cultures: Robust and surprising findings. *Journal of Personality and Social Psychology*, 81, 322–331. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/0022-3514.81.2.322>
- Crisp, A., Gelder, M., Goddard, E., & Meltzer, H. (2005). Stigmatization of people with mental illnesses: A follow-up study within the Changing Minds campaign of the Royal College of Psychiatrists. *World Psychiatry*, 4, 106–113.
- Dattilio, F. M. (2010). *Cognitive-behavior therapy with couples and families: A comprehensive guide for clinicians*. New York: Guilford.
- Donegan, N. H., Sanislow, C. A., Blumberg, H. P., Fulbright, R. K., Lacadie, C., Skudlarski, P., Gore, J. C., Olson, I. R., McGlashan, T. H., & Wexler, B. E. (2003). Amygdala hyperreactivity in borderline personality disorder: implications for emotional dysregulation. *Biological psychiatry*, 54(11), 1284–1293. [https://doi.org/10.1016/s0006-3223\(03\)00636-x](https://doi.org/10.1016/s0006-3223(03)00636-x)
- Downward, P., Rasciute, S., & Kumar, H. (2022). Mental health and satisfaction with partners: A longitudinal analysis in the UK. *BMC Psychology*, 10(1), 15. <https://doi.org/10.1186/s40359-022-00723-w>
- Drake, R. E., & Whitley, R. (2014). Recovery and severe mental illness: description and analysis. Canadian journal of psychiatry. *Revue canadienne de psychiatrie*, 59(5), 236–242. <https://doi.org/10.1177/070674371405900502>
- Easton, J. A., Goetz, C. D., & Buss, D. M. (2015). Human mate choice, Evolution of. In J. D. Wright (Ed.), *International encyclopedia of the social & behavioral sciences* (2nd ed., Vol. 11, pp. 340–347). Oxford, UK: Elsevier. <http://dx.doi.org/10.1016/B978-0-08097086-8.81049-1>
- Ebner-Priemer, U. W., Kuo, J., Kleindienst, N., Welch, S. S., Reisch, T., Reinhard, I., Lieb, K., Linehan, M. M., & Bohus, M. (2007). State affective instability in borderline

- personality disorder assessed by ambulatory monitoring. *Psychological medicine*, 37(7), 961–970. <https://doi.org/10.1017/S0033291706009706>
- Falconier, M. K., Jackson, J. B., Hilpert, P., & Bodenmann, G. (2015). Dyadic coping and relationship satisfaction: A meta-analysis. *Clinical psychology review*, 42, 28–46. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2015.07.002>
- Farero, A., Bowles, R., Blow, A., Ufer, L., Kees, M., & Gutty, D. (2019). Rasch analysis of the Revised Dyadic Adjustment Scale (RDAS) with military couples. *Contemporary Family Therapy: An International Journal*, 41(2), 125–134. <https://doi.org/10.1007/s10591-018-09486-2>
- Ferreira, L. C., Narciso, I., & Novo, R. F. (2012). Intimacy, sexual desire and differentiation in couplehood: a theoretical and methodological review. *Journal of sex & marital therapy*, 38(3), 263–280. <https://doi.org/10.1080/0092623X.2011.606885>
- Fincham, F. D., & Beach, S. R. H. (2010). Marriage in the new millennium: A decade in review. *Journal of Marriage and Family*, 72(3), 630-649. doi:10.1111/j.1741-3737.2010.00722.x.
- Fincham, F. D. (2003). Marital conflict: correlates, structure, and context. *Psychological Science*, 12(1), 23-27. <https://doi.org/10.1111/1467-8721.01215>
- FFMS. (2020). Como adoecem os Portugueses - saúde, estilos de vida. Lisboa: PORDATA. Disponível em agosto, 14, 2020 em <https://www.pordata.pt/Publicacoes/Livros/Como+adoecem+os+portugueses+-187>
- Garcia, M. A., & Umberson, D. (2019). Marital strain and psychological distress in same sex and different-sex couples. *Journal of Marriage and Family*, 81(5), 1253–1268. <https://doi.org/10.1111/jomf.12582>
- Gil, A. C. (2008). Métodos e técnicas de pesquisa social (6ª ed.). Atlas. <https://ayanrafael.files.wordpress.com/2011/08/gil-a-c-mc3a9todos-e-tc3a9cnicasde-pesquisa-social.pdf>
- Gottman, J. M., & Gottman, J. (2017). The natural principles of love. *Journal of Family Theory & Review*, 9, 7–26. <http://dx.doi.org/10.1111/jftr.12182>

- Granek, L., Danan, D., Bersudsky, Y., & Osher, Y. (2016). Living with bipolar disorder: the impact on patients, spouses, and their marital relationship. *Bipolar disorders*, 18(2), 192–199. <https://doi.org/10.1111/bdi.12370>
- Gratz, K. L., & Roemer, L. (2004). Multidimensional assessment of emotion regulation and dysregulation: Development, factor structure, and initial validation of the difficulties in emotion regulation scale. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 26(1), 41–54. <http://dx.doi.org/10.1023/b:joba.00000007455.08539.94>.
- Gray, L. M., Wong-Wylie, G., Rempel, G. R., & Cook, K. (2020). Expanding qualitative research interviewing strategies: Zoom video communications. *The Qualitative Report*, 25(5), 1292–1301. <https://doi.org/10.46743/2160-3715/2020.4212>
- Grover, S., Nehra, R., & Thakur, A. (2017). Bipolar affective disorder and its impact on various aspects of marital relationship. *Industrial psychiatry journal*, 26(2), 114–120. https://doi.org/10.4103/ipj.ipj_15_16
- Gustavson, K., Røysamb, E., Borren, I., Torvik, F. A., and Karevold, E. (2016). Life satisfaction in close relationships: findings from a longitudinal study. *J. Happiness Stud.* 17, 1293–1311. doi: 10.1007/s10902-015-9643-7
- Gustavson, K., Røysamb, E., Soest, T. V., Helland, M. J., Karevold, E., & Mathiesen, K. S. (2012). Reciprocal longitudinal associations between depressive symptoms and romantic partners' synchronized view of relationship quality. *Journal of Social and Personal Relationships*, 29(6), 776–794. <https://doi.org/10.1177/0265407512448264>
- 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.1545-5300.2007.0028.x
- Ildstad, M., Ask, H., & Tambs, K. (2010). Mental disorder and caregiver burden in spouses: the Nord-Trøndelag health study. *BMC public health*, 10, 516. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-10-516>
- Joel, S., Plaks, J., and MacDonald, G. (2019). Nothing ventured, nothing gained: people anticipate more regret from missed romantic opportunities than from rejection. *J. Soc. Pers. Relat.* 36, 305–336. doi: 10.1177/0265407517729567

- Karney, B. R., & Bradbury, T. N. (2020). Research on Marital Satisfaction and Stability in the 2010s: Challenging Conventional Wisdom. *Journal of marriage and the family*, 82(1), 100–116. <https://doi.org/10.1111/jomf.12635>
- Kawamichi, H., Sugawara, S. K., Hamano, Y. H., Makita, K., Matsunaga, M., Tanabe, H. C., Ogino, Y., Saito, S., & Sadato, N. (2016). Being in a Romantic Relationship Is Associated with Reduced Gray Matter Density in Striatum and Increased Subjective Happiness. *Frontiers in psychology*, 7, 1763. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2016.01763>
- Kessler, R. C., Chiu, W. T., Demler, O., Merikangas, K. R., & Walters, E. E. (2005). Prevalence, severity, and comorbidity of 12-month DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Archives of general psychiatry*, 62(6), 617–627. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.62.6.617>
- King, M.E. (2016). Marital Satisfaction. In Encyclopedia of Family Studies, C.L. Shehan (Ed.). <https://doi.org/10.1002/9781119085621.wbef054>
- Koolwal, A., Agarwal, S., Manohar, S., Koolwal, G.D., & Gupta, A. (2020). Obsessive–Compulsive Disorder and Sexuality: A Narrative Review. *Journal of Psychosexual Health*, 2(1), 37–43. <https://doi.org/10.1177/2631831819896171>
- Lam, D., Donaldson, C., Brown, Y., & Malliaris, Y. (2005). Burden and marital and sexual satisfaction in the partners of bipolar patients. *Bipolar disorders*, 7(5), 431–440. <https://doi.org/10.1111/j.1399-5618.2005.00240.x>
- Lavner, J. A., Karney, B. R., & Bradbury, T. N. (2019). Do cold feet warn of trouble ahead? Premarital uncertainty and four-year marital outcomes. *Journal of Family Psychology*, 33(3), 299–310.
- Lavner, J. A., & Bradbury, T. N. (2017). Why do even satisfied newlyweds eventually go on to divorce? *Journal of Family Psychology*, 31(5), 552–557.
- Lavner, J. A., & Bradbury, T. N. (2010). Patterns of change in marital satisfaction over the newlywed years. *Journal of Marriage and Family*, 72(5), 1171–1187. doi:10.1111/j.1741-3737.2010.00757.x
- Lazarus, R. S. (1991). *Emotion and Adaptation*. New York: Oxford University Press.

- Leuchtman, L., & Bodenmann, G. (2017). Interpersonal view on physical illnesses and mental disorders. *Swiss Archives of Neurology, Psychiatry and Psychotherapy*, 168(6), 170–174.
- Levenson, R. W., Carstensen, L. L., & Gottman, J. M. (1993). Long-term marriage: Age, gender, and satisfaction. *Psychology and Aging*, 8(2), 301–313. <https://doi.org/10.1037/0882-7974.8.2.301>
- Liao, S. C., Chen, W. J., Lee, M. B., Lung, F. W., Lai, T. J., Liu, C. Y., Lin, C. Y., Yang, M. J., & Chen, C. C. (2012). Low prevalence of major depressive disorder in Taiwanese adults: possible explanations and implications. *Psychological medicine*, 42(6), 1227–1237. <https://doi.org/10.1017/S0033291711002364>
- Litzinger, S., & Gordon, K. C. (2005). Exploring relationships among communication, sexual satisfaction, and marital satisfaction. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 31(5), 409–424.
- Meyler, D., Stimpson, J. P., & Peek, M. K. (2007). Health concordance within couples: A systematic review. *Social Science & Medicine*, 64(11), 2297–2310. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2007.02.007>
- Miano, A., Grosselli, L., Roepke, S., & Dziobek, I. (2017). Emotional dysregulation in borderline personality disorder and its influence on communication behavior and feelings in romantic relationships. *Behaviour research and therapy*, 95, 148–157. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2017.06.002>
- Minayo M. C. S., & Costa, A. P. (2018). Fundamentos Teóricos das Técnicas de *Investigação Qualitativa*, 40(40). <https://revistas.ulusofona.pt/index.php/reducacao/article/view/6439>
- Moreira, H., Amaral, A., & Canavarro, M. C. (2009). Adaptação do Personal Assessment of Intimacy in Relationships Scale (PAIR) para a população Portuguesa: Estudo das suas características psicométricas. *PSYCOLOGICA*, 50, 353-373
- Narciso, I., & Costa, M. E. (1996). Amores Satisfeitos, mas não perfeitos. *Cadernos de Consulta Psicológica*, 12, 115-130.

- Narciso, I., Costa, M. E. & Pina Prata, F. X. (2002). Intimidade e compromisso pessoal ou “aquilo que pode fazer com que um casamento funcione”. *Revista Portuguesa de Psicologia*, 36, 67-88.
- Narciso, I., & Ribeiro, M.T. (2009). Olhares sobre a Conjugalidade. Coisas de Ler.
- Neff, L. A., & Karney, B. R. (2009). Stress and reactivity to daily relationship experiences: How stress hinders adaptive processes in marriage. *Journal of Personality and Social Psychology*, 97(3), 435-450. doi:10.1037/a0015663
- Ociskova, M., Prasko, J., Hodny, F., Holubova, M., Vanek, J., Minarikova, K., Nesnidal, V., Sollar, T., Slepecky, M., & Kantor, K. (2023). Black & white relations: Intimate relationships of patients with borderline personality disorder. *Neuro endocrinology letters*, 44(5), 321–331.
- Oliveira, A. R. F., & Azevedo, S. M. (2014). Estigma na doença mental: estudo observacional. *Revista Portuguesa De Medicina Geral E Familiar*, 30(4), 227–34. <https://doi.org/10.32385/rpmgf.v30i4.11347>
- Costa, M. E. (2011). Sexualidade e intimidade no sistema conjugal: uma abordagem integrativa Em Mena Matos, P., Duarte, C. & Costa, M. E. (Eds.), *Famílias: Questões de desenvolvimento e intervenção* (pp. 13-35). Porto: LivPsic.
- Proulx, C. M., Helms, H. M., & Buehler, C. (2007). Marital quality and personal well-being: A meta-analysis. *Journal of Marriage and Family*, 69(3), 576–593. <https://doi.org/10.1111/j.1741-3737.2007.00393.x>
- Røsand, G. M., Slinning, K., Eberhard-Gran, M., Roysamb, E., & Tambs, K. (2012). The buffering effect of relationship satisfaction on emotional distress in couples. *BMC Public Health*, 12 (66). <https://doi.org/10.1186/1471-2458-12-66>
- Rosa, C., & Gonçalves, M. (2010). Um olhar empírico sobre a identidade dialógica: Um estudo sobre a conjugalidade [An empirical look to dialogical self: A study about close relationships]. *Psychologica*, 53, 81–108. https://doi.org/10.14195/1647-8606_53_5
- Schmidt, B., Palazzi, A., & Piccinini, C. A. (2020). Entrevistas online: Potencialidades e desafios para coleta de dados no contexto da pandemia de COVID-19. *Revista Família*,

- Schulz, R., & Sherwood, P. R. (2008). Physical and mental health effects of family caregiving. *The American journal of nursing*, 108, 23–27. <https://doi.org/10.1097/01.NAJ.0000336406.45248.4c>
- Simon R. W. (2002). Revisiting the relationships among gender, marital status, and mental health. *AJS; American journal of sociology*, 107(4), 1065–1096. <https://doi.org/10.1086/339225>
- Simpson, J. A., & Rholes, W. S. (2017). Adult attachment, stress, and romantic relationships. *Current Opinion in Psychology*, 13, 19–24.
- Slatcher, R., and Selcuk, E. (2017). A social psychological perspective on the links between close relationships and health. *Curr. Dir. Psychol. Sci.* 26, 16–21. doi: 10.1177/0963721416667444
- Smith, R., Netto, J., Gribble, N. C., & Falkmer, M. (2021). 'At the End of the Day, It's Love': An Exploration of Relationships in Neurodiverse Couples. *Journal of autism and developmental disorders*, 51(9), 3311–3321. <https://doi.org/10.1007/s10803-020-04790-z>
- South, C. S. (2021). Pathology in Relationships. *Annual Review of Clinical Psychology*, 17, 577–601. <https://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-081219-115420>
- Strunz, S., Schermuck, C., Ballerstein, S., Ahlers, C. J., Dziobek, I., & Roepke, S. (2017). Romantic Relationships and Relationship Satisfaction Among Adults With Asperger Syndrome and High-Functioning Autism. *Journal of clinical psychology*, 73(1), 113–125. <https://doi.org/10.1002/jclp.22319>
- Thornicroft, G., Sunkel, C., Alikhon Aliev, A., Baker, S., Brohan, E., El Chammay, R., Davies, K., Demissie, M., Duncan, J., Fekadu, W., Gronholm, P. C., Guerrero, Z., Gurung, D., Habtamu, K., Hanlon, C., Heim, E., Henderson, C., Hijazi, Z., Hoffman, C., Hosny, N., ... Winkler, P. (2022). The Lancet Commission on ending stigma and discrimination in mental health. *Lancet (London, England)*, 400(10361), 1438–1480. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(22\)01470-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(22)01470-2)
- Tombolato, M. A., & Santos, M. A. (2020). Análise fenomenológica interpretativa (AFI): Fundamentos básicos e aplicações em pesquisa. *Revista da Abordagem Gestáltica: Phenomenological Studies*, 26(3), 293–304. <https://doi.org/10.18065/2020v26n3.5>

- Trull, T. J., Solhan, M. B., Tragesser, S. L., Jahng, S., Wood, P. K., Piasecki, T. M., & Watson, D. (2008). Affective instability: measuring a core feature of borderline personality disorder with ecological momentary assessment. *Journal of abnormal psychology, 117*(3), 647–661. <https://doi.org/10.1037/a0012532>
- Waddell, N., Sibley, C., and Osborne, D. (2019). Better off alone? Ambivalent sexism moderates the association between relationship status and life satisfaction among heterosexual women and men. *Sex Roles, 80*, 347–361. doi: 10.1007/s11199-018-0935-3
- Wang, F., Edwards, K., and Hill, P. (2017). Humility as a relational virtue: establishing trust, empowering repair, and building marital well-being. *J. Psychol. Christ, 36*, 168–179.
- Whisman, M. A., & Collazos, T. (2023). A longitudinal investigation of marital dissolution, marital quality, and generalized anxiety disorder in a national probability sample. *Journal of anxiety disorders, 96*, 102713. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2023.102713>
- Whisman, M. A., Salinger, J. M., & Sbarra, D. A. (2022). Relationship dissolution and psychopathology. *Current Opinion in Psychology, 43*, 199–204. <https://doi.org/10.1016/j.copsyc.2021.07.016>
- Whisman, M. A. (2019). Psychopathology And Couple And Family Functioning. APA Handbook of Contemporary Family Psychology: Applications and Broad Impact of Family Psychology, 2.
- Whisman, M. A., du Pont, A., Rhee, S. H., Spotts, E. L., Lichtenstein, P., Ganiban, J. M., Reiss, D., & Neiderhiser, J. M. (2018). A genetically informative analysis of the association between dyadic adjustment, depressive symptoms, and anxiety symptoms. *Journal of affective disorders, 237*, 18–26. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2018.04.105>
- Whisman, M. A., & Baucom, D. H. (2012). Intimate Relationships and Psychopathology. *Clinical Child Family Psychology Review, 15*(1), 4-13. <https://doi.org/10.1007/s10567-011-0107-2>
- Whisman, M. A., & Uebelacker, L. A. (2009). Prospective associations between marital discord and depressive symptoms in middle-aged and older adults. *Psychology and Aging, 24*(1), 184–189. <https://doi.org/10.1037/a0014759>

- Whisman, M. A. (2007). Marital distress and DSM-IV psychiatric disorders in a population-based national survey. *Journal of Abnormal Psychology*, 116(3), 638-643. doi:10.1037/0021-843X.116.3.638
- Whisman, M. A., Uebelacker, L. A., & Weinstock, L. M. (2004). Psychopathology and Marital Satisfaction: The Importance of Evaluating Both Partners. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 72(5), 830-838. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/0022-006X.72.5.830>
- Wittmund, B., Wilms, H.-U., & Angermeyer, M. C. (2002). Depressive disorders in spouses of mentally ill patients. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology: The International Journal for Research in Social and Genetic Epidemiology and Mental Health Services*, 37(4), 177-182. <https://doi.org/10.1007/s001270200012>

ANEXOS

Anexo 1 – Caracterização dos Participantes

Participantes	Sexo	Idade	Nacionalidade	Diagnóstico	Tempo de Diagnóstico	Escolaridade	Profissão	Tempo relação
PCS1	Masculino	74	Portuguesa	Sem diagnóstico		10º ano	Reformado	53 anos
PCD1	Feminino	73	Portuguesa	Depressão Crónica	35 anos	4º ano	Reformada	53 anos
PCS2	Masculino	47	Portuguesa	Sem diagnóstico		Licenciatura	Assistente operacional no IFP	3 anos

PCD2	Feminino	47	Portuguesa	PB	17 anos	Licenciatura	Professora de Biologia e Geologia	3 anos
PCS3	Masculino	23	Portuguesa	Sem diagnóstico		Licenciatura	Engenheiro Mecânico	3 anos
PCD3	Feminino	24	Portuguesa	PEA	1 anos	Mestrado	Ano comum de medicina	3 anos
PCS4	Masculino	46	Brasileira	Sem diagnóstico		12º ano	Pasteleiro	3 anos
PCD4	Feminino	40	Brasileira	PB	4 anos	Licenciatura	Professora de Inglês	3 anos
PCS5	Masculino	34	Brasileira	Sem diagnóstico		Doutoramento	Psicólogo	8 anos
PCD5	Masculino	38	Brasileira	PAG	8 anos	Licenciatura	Estudante de Medicina	8 anos
PCS6	Masculino	23	Venezuelana	Sem diagnóstico		Secundário	Moderador de conteúdo	5 anos
PCD6	Feminino	21	Venezuelana	PPB	3 anos	Secundário	Estudante de Estudos Gerais	5 anos

Anexo 2 – Guião de entrevista cónjuge com diagnóstico

Introdução à Entrevista

Esta entrevista consiste num conjunto de perguntas sobre a sua relação amorosa, nomeadamente o impacto que a sua perturbação mental terá em si, no seu cónjuge e na

relação que estabelecem. Sei que este pode ser um assunto íntimo, mas pedia que me respondesse da forma mais honesta e completa possível para que possa compreender a sua experiência. Nas suas respostas pode incluir informações que ache relevantes para uma melhor compreensão do que experienciou. As informações partilhadas serão gravadas para efeitos de análise de dados e tratadas apenas por mim para fins desta investigação, sendo os dados anónimos, como explicitado na declaração de consentimento informado. Caso não tenha dúvidas irei dar início à gravação, posso?

Dados Sociodemográficos:

1. Nome
2. Idade
3. Sexo
4. Orientação sexual
5. Nível de escolaridade
6. Profissão (atualmente, encontra-se ativo profissionalmente?)

Caracterização da perturbação mental:

7. Qual a perturbação com que foi diagnosticado?
8. Atualmente, toma alguma medicação para a sua doença?
 - a. Se sim, é o responsável pela toma? É difícil para si seguir a terapêutica prescrita? Porquê?
9. Atualmente, recebe algum acompanhamento específico? (médico, psicológico, ambos)
 - a. Se sim, qual? Sente que é suficiente?
 - b. Se não, desde quando não recebe acompanhamento? O que o levou a deixar de receber?
10. Que idade tinha quando recebeu o diagnóstico?
11. Quando recebeu o diagnóstico já tinha uma relação amorosa com o seu parceiro?
 - a. Se não, após iniciar a relação com o seu atual parceiro, quando partilhou com ele o seu diagnóstico? Porquê nesse momento?

Caracterização da relação conjugal:

12. Tem filhos fruto da relação amorosa que estabelece atualmente?

a. Se sim, quantos e que idades têm?

b. Se não, a maternidade/paternidade era um objetivo de vida para si? Alguma vez foi discutido como um objetivo enquanto casal?

i. Se sim, o que o/vos fez não perseguir esse desejo?

ii. Como é que isso o faz sentir?

13. Há quanto tempo tem uma relação amorosa com o seu parceiro? Como foi o início do vosso relacionamento?

a. Como se conheceram? Como foi o período de enamoramento?

14. Como é que seu relacionamento se foi alterando ao longo do tempo?

a. Quais os momentos altos e baixos que assinala?

Impacto da psicopatologia na relação amorosa

15. Na sua opinião, o que é intimidade numa relação?

a. Considera que o relacionamento que estabelece com o seu parceiro possui intimidade?

i. Se sim, acha que a intimidade que estabelecem como casal contribui para o enfrentamento da doença? De que forma?

ii. Se não, acha que a sua doença foi um entrave ao estabelecimento da intimidade?

16. Sente-se satisfeito na relação amorosa que estabelece com o seu parceiro? Porquê?

a. Sente que o seu parceiro atende às suas necessidades?

b. Sente que você e o seu parceiro se compreendem mutuamente?

c. Sente-se confortável em partilhar como se sente e o que pensa, com o seu parceiro?

- 17.** Sente que a satisfação com a sua relação amorosa influencia a forma como lida com a sua doença? Porquê?
- 18.** Relativamente às tarefas domésticas, há uma divisão das mesmas?
- a.** Se não, quem fica encarregue da maioria das tarefas? Qual o motivo?
- 19.** Sente que a sua doença impactou de forma negativa a vossa sexualidade enquanto casal?
- a.** Se sim, como é que isso o faz sentir?
- i.** De que forma acha que isso influencia o vínculo que estabelecem?
- ii.** Já procuraram novas estratégias para contornarem essas dificuldades?
- 20.** Sente que a doença impactou a comunicação entre si e o seu parceiro?
- a.** Se sim, de que forma?
- 21.** Quais as temáticas que mais frequentemente geram desacordo e consequentemente conflito entre você e o seu parceiro? (ex. filosofia de vida, gestão das finanças familiares, demonstrações de afeto, questões referentes à doença)
- 22.** De que maneira lidam com possíveis conflitos que surgem no quotidiano? Qual a atitude de cada um perante o conflito?
- 23.** Na sua opinião, quais as características da doença que têm um impacto mais negativo na relação romântica?
- 24.** Face aos desafios colocados pela sua doença, quais os “segredos” que permitem manter o vosso relacionamento?
- 25.** Considera que a doença trouxe aspetos positivos à relação romântica?
- a.** Se sim, quais? De que forma?
- 26.** Sente que a sua doença impactou as expectativas que tinha para uma relação romântica?
- a.** Se sim, de que forma acha que tal condiciona o seu comportamento na relação romântica atual?
- 27.** Se pudesse recuar no tempo voltaria a estabelecer uma relação romântica com o seu atual parceiro, escolheria outro parceiro, ou optaria por permanecer solteiro? Porquê?

Impacto da psicopatologia no paciente

28. Como se sentiu quando recebeu o diagnóstico? Quais as principais preocupações e receios? Compartilhou esses sentimentos com o seu parceiro?

29. Alguma vez se sentiu excluído devido ao seu diagnóstico? Pode ilustrar com situações do quotidiano.

30. Tem alguma rede de apoio (ex. amigos, família, vizinhos) a que possa recorrer caso necessite de alguma ajuda?

a. Se sim, sente que é algo positivo?

b. Se não, porque acha que tal acontece? Sente-se à vontade para pedir ajuda?

31. De que maneira sente que a sua doença o impactou? Quais as áreas da sua vida, que acha serem mais afetadas? Pode ilustrar com exemplos.

a. Rotina do quotidiano?

b. Nível emocional?

c. Relações Interpessoais? (relações já estabelecidas, e a capacidade em estabelecer novas relações)

d. Situação Profissional?

e. Objetivos de futuro?

32. Como se sente face às mudanças impostas pela sua doença em diferentes áreas da sua vida?

33. Qual a característica da sua doença que tem um impacto mais negativo em si? Qual o motivo?

34. Na sua opinião, a sua doença trouxe-lhe algo de positivo?

a. Se sim, o quê? E de que forma?

35. Sente que o impacto que a sua doença tem em si se foi alterando com o tempo?

a. Se sim, de que maneira? E porque acha que isso aconteceu? Sente que foi desenvolvendo estratégias para lidar com a mesma?

Impacto da psicopatologia do paciente no cônjuge saudável (perspetiva do paciente)

36. Na sua opinião como se sentiu o seu cônjuge quando partilhou com ele o seu diagnóstico? Quais as principais preocupações e receios?

37. De que maneira sente que a sua doença impactou o seu parceiro? Quais as áreas da vida, que acha serem mais afetadas? Pode ilustrar com exemplos.

- a.** Rotina do quotidiano?
- b.** Nível emocional?
- c.** Relações Interpessoais? (relações já estabelecidas, e a capacidade em estabelecer novas relações)
- d.** Situação Profissional?
- e.** Objetivos de futuro?

38. Na sua opinião, qual a característica da sua doença que tem um impacto mais negativo no seu parceiro? Qual o motivo?

39. Sente que o impacto da sua doença no seu parceiro se foi alterando com o tempo?

a. Se sim, de que maneira? Sente que ele foi desenvolvendo estratégias para lidar com a sua doença?

40. Como se sente ao refletir sobre o impacto que a sua doença tem no seu parceiro?

Finalização

41. Há alguma informação ou tema que não tenha sido abordado e que considera importante mencionar em relação à sua experiência?

42. Tem alguma questão que queira colocar ou algo a adicionar?

Anexo 3 – Guião de entrevista cônjuge sem diagnóstico

Introdução à Entrevista

Esta entrevista consiste num conjunto de perguntas sobre a sua relação amorosa, nomeadamente o impacto que a perturbação mental do seu parceiro, tem em si, nele e na

relação que estabelecem. Sei que este pode ser um assunto íntimo de partilhar, mas pedia que me respondesse da forma mais honesta e completa possível para que possa compreender a sua experiência. Nas suas respostas pode incluir informações que ache relevantes para uma melhor compreensão do que experienciou. As informações partilhadas serão gravadas para efeitos de análise de dados e tratadas apenas por mim para fins desta investigação sendo os dados anónimos, como explicitado na declaração de consentimento informado. Caso não tenha dúvidas irei dar início à gravação, posso?

Dados Sociodemográficos:

1. Nome
2. Idade
3. Sexo
4. Orientação sexual
5. Nível de escolaridade
6. Profissão (atualmente, encontra-se ativo profissionalmente?)

Caracterização da relação conjugal:

7. Tem filhos fruto da relação amorosa que estabelece atualmente?
 - a. Se sim, quantos e que idades têm?
 - b. Se não, a maternidade/paternidade era um objetivo de vida para si? Alguma vez foi discutido como um objetivo enquanto casal?
 - i. Se sim, o que o/vos fez não perseguir esse desejo?
 - ii. Como é que isso o faz sentir?
8. Há quanto tempo tem uma relação amorosa com o seu parceiro? Como foi o início do vosso relacionamento?
 - a. Como se conheceram? Como foi o período de enamoramento?
9. Como é que seu relacionamento se foi alterando ao longo do tempo?
 - a. Quais os momentos altos e baixos que assinala?

Impacto da psicopatologia do paciente na relação amorosa

10. Na sua opinião, o que é intimidade numa relação?

a. Considera que o relacionamento que estabelece com o seu parceiro possui intimidade?

i. Se sim, acha que a intimidade que estabelecem como casal contribui para o enfrentamento da doença? De que forma?

ii. Se não, acha que a doença do seu parceiro foi um entrave ao estabelecimento da intimidade?

11. Sente-se satisfeito na relação amorosa que estabelece com o seu parceiro? Porquê?

a. Sente que o seu parceiro atende às suas necessidades?

b. Sente que você e o seu parceiro se compreendem mutuamente?

c. Sente-se confortável em partilhar como se sente e o que pensa, com o seu parceiro?

12. Sente que a satisfação com a sua relação amorosa influencia a forma como lida com a doença do seu parceiro? Porquê?

13. Relativamente às tarefas domésticas, há uma divisão das mesmas?

a. Se não, quem fica encarregue da maioria das tarefas? Qual o motivo?

14. Sente que a doença do seu parceiro impactou de forma negativa a vossa sexualidade enquanto casal?

a. Se sim, como é que isso o faz sentir?

i. De que forma acha que isso influencia o vínculo que estabelecem?

ii. Já procuraram novas estratégias para contornarem essas dificuldades?

15. Sente que a doença impactou a comunicação entre si e o seu parceiro?

a. Se sim, de que forma?

16. Quais as temáticas que mais frequentemente geram desacordo e consequentemente conflito entre você e o seu parceiro? (ex. filosofia de vida, gestão das finanças familiares, demonstrações de afeto, questões referentes à doença)

17. De que maneira lidam com possíveis conflitos que surgem no cotidiano? Qual a atitude de cada um perante o conflito?

18. Na sua opinião, quais as características da doença do seu parceiro que têm um impacto mais negativo na relação romântica?

19. Face aos desafios colocados pela doença do seu parceiro, quais os “segredos” que permitem manter o vosso relacionamento?

20. Considera que a doença trouxe aspetos positivos à relação romântica?

a. Se sim, quais? De que forma?

21. Sente que a doença do seu parceiro impactou as expectativas que tinha para uma relação romântica?

a. Se sim, de que forma acha que tal condiciona o seu comportamento na relação romântica atual?

22. Se pudesse recuar no tempo voltaria a estabelecer uma relação romântica com o seu atual parceiro, escolheria outro parceiro, ou optaria por permanecer solteiro? Porquê?

Impacto da psicopatologia no cônjuge saudável

23. Quando o seu parceiro recebeu o diagnóstico estabelecia já uma relação amorosa consigo?

a. Se não, após iniciar a relação com o parceiro, quando é ele partilhou consigo o seu diagnóstico?

24. Como se sentiu quando o seu parceiro partilhou consigo o diagnóstico? Quais as principais preocupações e receios? Compartilhou esses sentimentos com o seu parceiro?

25. Alguma vez sentiu que o seu parceiro tinha controlo sobre os sintomas referentes à doença?

- a. Se sim, sente que tal influenciou o seu comportamento com ele?
- 26.** Alguma vez necessitou de recorrer a apoio psicológico, para lidar com a doença do seu parceiro e adaptar-se às alterações introduzidas na relação romântica?
- a. Se sim, sentiu que lhe trouxe benefícios? De que maneira?
- 27.** Tem alguma rede de apoio (ex. amigos, família, vizinhos) a que possa recorrer caso necessite de alguma ajuda?
- c. Se sim, sente que é uma mais valia evitando a sua sobrecarga?
- d. Se não, porque acha que tal acontece? Sente-se à vontade para pedir ajuda?
- 28.** De que maneira sente que a doença do seu parceiro teve impacto em si? Quais as áreas da sua vida, que acha serem mais afetadas? Pode ilustrar com exemplos.
- f. Rotina do quotidiano?
- g. Nível emocional?
- h. Relações Interpessoais? (relações já estabelecidas, e a capacidade em estabelecer novas relações)
- i. Situação Profissional?
- j. Objetivos de futuro?
- 29.** Como se sente face às mudanças impostas pela doença do seu parceiro em diferentes áreas da sua vida?
- 30.** Qual a característica da doença do seu parceiro que tem um impacto mais negativo em si? Qual o motivo?
- 31.** Acha que a doença do seu parceiro lhe trouxe algo de positivo a si?
- a. Se sim, o quê? E de que forma?
- 32.** Sente que o impacto que a doença do seu parceiro tem em si se foi alterando com o tempo?
- a. Se sim, de que maneira? E porque acha que isso aconteceu? Sente que foi desenvolvendo estratégias para lidar com a mesma?

Impacto da psicopatologia no cônjuge doente (perspetiva do cônjuge saudável)

33. Na sua opinião, como se sentiu o seu cônjuge ao receber o diagnóstico? Quais as principais preocupações e receios?

34. De que maneira sente que a doença do seu parceiro o impactou? Quais as áreas da vida dele, que acha serem mais afetadas? Pode ilustrar com exemplos.

f. Rotina do quotidiano?

g. Nível emocional?

h. Relações Interpessoais? (relações já estabelecidas, e a capacidade em estabelecer novas relações)

i. Situação Profissional?

j. Objetivos de futuro?

35. Na sua opinião, qual a característica da doença que tem um impacto mais negativo no seu parceiro? Qual o motivo?

36. Sente que o impacto da doença no seu parceiro se foi alterando com o tempo?

a. Se sim, de que maneira? Sente que foi desenvolvendo estratégias para lidar com a mesma?

37. Como se sente ao refletir sobre o impacto que a doença do seu parceiro tem nele?

Finalização

38. Há alguma informação ou tema que não tenha sido abordado e que considera importante mencionar em relação à sua experiência?

39. Tem alguma questão que queira colocar ou algo a adicionar?

Anexo 4 – Declaração de Consentimento Informado

Declaração de Consentimento Informado

A presente investigação surge no âmbito de uma dissertação de Mestrado em Psicologia, da Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade do Porto. A dissertação tem como objetivo estudar o impacto da psicopatologia nas relações conjugais, nomeadamente, quando apenas um dos membros do casal é diagnosticado.

Neste sentido, o estudo envolve a realização de uma entrevista que será gravada em suporte áudio, para facilitar a recolha e tratamento dos dados. O anonimato e confidencialidade das informações que fornecer estão garantidos, já que estas serão tratadas e analisadas exclusivamente para fins de realização da dissertação. O armazenamento dos dados será realizado numa plataforma de acesso privado, estando apenas acessível para a estudante e orientadora, sendo assegurado o anonimato destes. Os resultados poderão ser publicados em revistas científicas ou apresentados em seminários, conferências ou outras atividades académicas. Os dados serão sempre apresentados de forma conjunta e as/os participantes nunca serão identificadas/os.

A sua participação é fulcral, pelo que agradecemos a sua disponibilidade. Ainda assim, a sua participação é voluntária podendo retirar-se do estudo a qualquer momento.

Se assim o pretender, os principais resultados do estudo poderão ser enviados para o seguinte endereço eletrónico: _____

Caso tenha alguma dúvida que gostasse de esclarecer poderá contactar a estudante responsável pelo estudo através do email up201905532@up.pt ou do telemóvel 915448464.

☐ Compreendi as informações sobre a investigação e condições de participação na mesma. Aceito participar no estudo e concordo com a gravação áudio da entrevista.

☐ Compreendi as informações sobre a investigação e condições de participação na mesma. Não aceito participar no estudo.

Data: ____/____/____

Participante

A Investigadora

Anexo 5 – Sistema de Categorias e Subcategorias: Cônjuge Com Diagnóstico

Categoria	Subcategoria I	Subcategoria II	Definição
Impacto da psicopatologia no cônjuge com diagnóstico	Áreas de Vida	Rotina Diária	Perceber o impacto da psicopatologia em diferentes áreas de vida do cônjuge com diagnóstico.
		Relações Interpessoais	
		Área Profissional	
		Saúde (física/mental)	
		Objetivos de Futuro	
	Aspectos Positivos		Averiguar se o cônjuge com diagnóstico identifica algum aspecto positivo associado à sua psicopatologia.
	Sintomas mais impactantes	Impacto Positivo	Explorar quais os sintomas que mais impactaram o cônjuge com diagnóstico.
		Impacto Negativo	
	Estigma		Averiguar se o cônjuge com diagnóstico já se sentiu excluído, devido à sua psicopatologia.
Rede de Apoio			Perceber se o cônjuge com diagnóstico possui uma rede de apoio, além do seu parceiro, que lhe forneça suporte caso necessite.
Mecanismos de Coping			Compreender se o cônjuge com diagnóstico foi desenvolvendo, ao longo do tempo, mecanismos de coping que o ajudam a lidar com o impacto da sua psicopatologia.

Fatores de Manutenção da Relação			Averiguar quais os fatores que permitem a manutenção da relação romântica, no ponto de vista do cônjuge com diagnóstico.
Impacto da psicopatologia na relação romântica	Conflitos	Temática do Conflito	Estudar quais as componentes da relação conjugal que sofreram uma alteração, devido à presença de psicopatologia, no ponto de vista do cônjuge com diagnóstico.
		Mecanismo de Resolução	
	Divisão das tarefas domésticas		
	Comunicação		
	Sexualidade		
	Intimidade		Compreender como é que o parceiro com diagnóstico define intimidade numa relação amorosa, se considera a sua relação íntima, e se tal o ajuda a lidar com a sua psicopatologia.
	Satisfação com a relação		Explorar se o cônjuge com diagnóstico se sente satisfeito com a relação romântica estabelecida, considerando esse um fator que o ajuda a lidar com a sua psicopatologia.
	Sintomas mais impactantes para a relação	Impacto Positivo	Explorar quais os sintomas que mais impactaram a relação romântica, no ponto de vista do cônjuge sem diagnóstico.
		Impacto Negativo	

Anexo 6 – Sistema de Categorias e Subcategorias: Cônjuge Sem Diagnóstico

Categoria	Subcategoria I	Subcategoria II	Definição
Impacto da psicopatologia do parceiro no cônjuge sem diagnóstico	Áreas de Vida	Rotina Diária	Perceber o impacto da psicopatologia do parceiro em diferentes áreas de vida do cônjuge sem diagnóstico.
		Relações Interpessoais	
		Área Profissional	
		Saúde (física/mental)	
		Objetivos de Futuro	
	Aspectos Positivos		Averiguar se o cônjuge sem diagnóstico identifica algum aspecto positivo associado à psicopatologia do parceiro.
	Sintomas mais impactantes	Impacto Positivo	Explorar quais os sintomas da psicopatologia do parceiro, que mais impactaram o cônjuge sem diagnóstico.
		Impacto Negativo	
	Controlo dos sintomas		Averiguar se o cônjuge sem diagnóstico sentiu, em algum momento, que o parceiro tinha controlo sobre os sintomas.
Rede de Apoio			Perceber se o cônjuge sem diagnóstico possui uma rede de apoio, que lhe forneça suporte caso necessite.
Mecanismos de Coping			Compreender se o cônjuge sem diagnóstico foi desenvolvendo, ao longo do tempo, mecanismos de coping que o ajudam a lidar com a psicopatologia do parceiro.

Fatores de Manutenção da Relação			Averiguar quais os fatores que permitem a manutenção da relação romântica, no ponto de vista do cônjuge sem diagnóstico.
Impacto da psicopatologia do parceiro na relação romântica	Conflitos	Temática do Conflito	Estudar quais as componentes da relação conjugal que sofreram uma alteração, devido à presença de psicopatologia, no ponto de vista do cônjuge sem diagnóstico.
		Mecanismo de Resolução	
	Divisão das tarefas domésticas		
	Comunicação		
	Sexualidade		
	Intimidade		Compreender como é que o cônjuge sem diagnóstico define intimidade numa relação amorosa, se considera que a sua relação possui intimidade, e se tal o ajuda a lidar com a psicopatologia do parceiro.
	Satisfação com a relação		Explorar se o cônjuge sem diagnóstico se sente satisfeito com a relação romântica estabelecida, considerando esse um fator que o ajuda a lidar com a psicopatologia do parceiro.
	Sintomas mais impactantes para a relação	Impacto Positivo	Explorar quais os sintomas que mais impactaram a relação romântica, no ponto de vista do cônjuge sem diagnóstico.
		Impacto Negativo	