U.PORTO

MESTRADO
PSICOLOGIA

Quando a psicopatologia atravessa a relação amorosa: um estudo qualitativo exploratório multiperspetivado

Mariana Amaral Dias de Almeida

M

2026

Universidade do Porto

Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação

QUANDO A PSICOPATOLOGIA ATRAVESSA A RELAÇÃO AMOROSA: UM ESTUDO QUALITATIVO EXPLORATÓRIO MULTIPERSPETIVADO

Mariana Amaral Dias de Almeida

Outubro 2026

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).

AVISOS LEGAIS

O conteúdo desta dissertação reflete as perspetivas, o trabalho e as interpretações da autora no momento da sua entrega. Esta dissertação pode conter incorreções, tanto concetuais 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, a autora 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. A autora declara, ainda, que não divulga na presente dissertação quaisquer conteúdos cuja reprodução esteja vedada por direitos de autor ou de propriedade industrial.

Sem prejuízo do disposto anteriormente, a autora declara que recorreu a ferramentas de Inteligência Artificial durante o processo de elaboração deste trabalho. Em particular, utilizou-se o ChatGPT e Elicit para organizar a literatura, realizar traduções e melhorar a estrutura escrita. O recurso a estas ferramentas limitou-se aos usos descritos, mantendo-se as ideias, a análise, a interpretação dos resultados, a elaboração científica e a redação inicial da Dissertação integralmente da responsabilidade da autora.

AGRADECIMENTOS

Este projeto simboliza a última página de um dos meus primeiros capítulos nesta ciência dos afetos que tanto me consome e apaixona: a Psicologia. Este foi um caminho de altos e baixos, acompanhado por paixões e incertezas, que não poderia ter percorrido sozinha.

À Professora Doutora Cidália Duarte, deixo o meu agradecimento por toda a orientação ao longo deste percurso, pelos desafios que me colocou e por me incentivar a procurar sempre fazer melhor. Obrigada pela liberdade e espaço que me proporcionou para explorar as minhas ideias, fazer escolhas e dar asas a este projeto, permitindo-me torná-lo verdadeiramente meu.

Aos participantes deste estudo, muito obrigada pelo vosso tempo e por aceitarem fazer parte deste projeto. Às mulheres que partilharam as suas histórias, agradeço a confiança e a abertura para falar com vulnerabilidade sobre o que são as fendas e alicerces das vossas vivências; aos psicólogos clínicos, fica o meu profundo agradecimento pela generosidade com que partilharam a vossa sabedoria, experiência e olhar sobre estas realidades.

À Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade do Porto, deixo a minha profunda gratidão por enriquecer a minha experiência académica e me fazer apaixonar ainda mais por esta ciência de pessoas.

À minha família, por acompanhar este meu percurso e me ouvir nos momentos em que precisei de partilhar as angústias e alegrias deste processo.

Às minhas amigas de coração e companheiras neste curso, deixo o meu maior abraço carregado de amor. Obrigada por todo o apoio, escuta ativa e partilha da mesma paixão que me move. Ficarão para sempre marcadas neste meu caminho.

E por fim, ao Sandro, por ter estado ao meu lado e acreditar em mim e no meu potencial, mesmo quando eu não acreditei. Obrigada por me incentivares a parar quando precisei de respirar e por me motivares a continuar quando o caminho se tornou difícil. Depois de tantas páginas dedicadas a compreender relações, obrigada por me teres mostrado o significado da palavra parceria.

RESUMO

As relações românticas são comumente associadas ao bem-estar físico e psicológico dos indivíduos. Contudo, experiências subjetivas associadas à vivência de quadros psicopatológicos no seu seio permanecem menos exploradas, apesar dos desafios que podem acarretar. Este estudo procurou compreender de que forma a psicopatologia influencia a dinâmica das relações amorosas, articulando perspetivas de mulheres com esta vivência e de psicólogos clínicos com experiência na intervenção com pessoas com psicopatologia. Assim, adotou-se uma metodologia qualitativa, através de entrevistas semiestruturadas a cinco mulheres e, posteriormente, a dois psicólogos clínicos, usando a Análise Temática Reflexiva para análise de dados.

Das entrevistas às mulheres emergiram temas que evidenciaram como a psicopatologia atravessa a relação, desde sentimentos de culpa e autocobrança até alterações na intimidade, sexualidade e vida quotidiana. As participantes percecionaram o papel do parceiro como multifacetado, entre experiências de amparo, desencontros na resposta às necessidades e potencial sobrecarga do companheiro, além de considerarem relevantes os recursos relacionais e capacidade de renegociação e ajustamento entre cônjuges.

As entrevistas aos psicólogos permitiram ampliar esta compreensão ao salientar o papel do estigma, literacia e expectativas de género, bem como os riscos da idealização do parceiro e a importância de uma adaptação bidirecional e equilíbrio entre autonomia, limites e construção de espaços conjuntos nas relações.

Ambas as perspetivas enfatizaram convergências quanto à relevância da comunicação, vulnerabilidade e apoio, distinguindo-se pela ênfase dos profissionais na responsabilização de ambos os parceiros e na consideração dos fatores contextuais que enquadram a vivência da psicopatologia no seio de uma relação amorosa.

Palavras-chave: psicopatologia; relações românticas; análise temática reflexiva; perspetiva clínica

ABSTRACT

Romantic relationships are commonly associated with individuals' physical and psychological well-being.

However, subjective experiences related to the presence of psychopathological conditions within romantic relationships remain under-explored, despite the challenges they may entail. This study sought to understand how psychopathology influences romantic relationships, by integrating the perspectives of women with this lived experience and clinical psychologists experienced in working with individuals with psychopathology. A qualitative methodology was therefore adopted, involving semi-structured interviews with five women and, subsequently, two clinical psychologists, using Reflexive Thematic Analysis for data analysis.

The emerging themes from the interviews with the women highlighted how psychopathology permeates romantic relationships, ranging from feelings of guilt and self-criticism to changes in intimacy, sexuality, and daily life. The participants perceived their partner's role as multifaceted, encompassing experiences of support, mismatches in meeting needs and potential partner overload. Relational resources and the capacity for renegotiation and adjustment within the couple were also considered relevant.

The interviews with psychologists broadened this understanding by highlighting the role of stigma, mental health literacy and gender expectations, as well as the risks of idealizing one's partner and the importance of bidirectional adaptation and a balance between autonomy, boundaries, and the creation of shared spaces within relationships.

Both perspectives revealed common ground regarding the importance of communication, vulnerability and support, with professionals placing greater emphasis on the responsibility of both partners and on considering the contextual factors that shape the experience of psychopathology within a romantic relationship.

Keywords: psychopathology; romantic relationships; reflective thematic analysis; clinical perspective

ÍNDICE

INTRODUÇÃO 1

METODOLOGIA 6

Desenho do estudo e objetivos de investigação 6

Participantes 6

Procedimento de recolha e análise de dados 7

APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DE RESULTADOS 8

1. Perspetivas das mulheres com diagnóstico psicopatológico 8

Tema 1: A sombra da insuficiência e o peso invisível: a psicopatologia como motor da culpa e autocobrança 8

Tema 2: Entre o amparo e o desgaste: o papel multifacetado do parceiro 10

Tema 3: O espelho da crise: quando a psicopatologia revela os alicerces e fendas do nós 12

Tema 4: O corpo como espelho e fronteira: a intimidade sob a sombra da psicopatologia 13

Tema 5: Aprender a falar a língua da psicopatologia: a renegociação do nós 15

2. Perspetivas dos psicólogos clínicos 16

Tema 1: O elefante na sala: para além da sombra do rótulo 16

Tema 2: O peso invisível do género na vivência da psicopatologia 18

Tema 3: O mito do parceiro salvador 19

Tema 4: A corda bamba do trabalho em equipa 21

Tema 5: Balões de oxigénio 23

3. Integração das perspetivas sobre a vivência da psicopatologia 24

CONCLUSÃO 27

Implicações, limitações e sugestões para estudos futuros 28

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS 31
ANEXOS 41
Tabela 1 41
Tabela 2 42
Tabela 3 42
Apêndice 1 43
LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS 44

INTRODUÇÃO

"ninguém pode dançar com um parceiro sem tocar nos pontos sensíveis um do outro. Precisamos de saber quais são esses pontos sensíveis e ser capazes de falar sobre eles de uma forma que atraia o nosso parceiro para mais perto de nós." (Johnson, 2008, p. 52)

Psicopatologia no contexto das relações amorosas

As relações amorosas constituem um contexto central para o bem-estar psicológico, podendo promover apoio, intimidade e regulação emocional, mas também stress e sofrimento. Neste contexto, a associação entre psicopatologia e funcionamento amoroso é geralmente conceptualizada como bidirecional, pois a sintomatologia pode tanto afetar o funcionamento da relação, como as dificuldades relacionais podem contribuir para a sua manutenção ou agravamento (Bhatia & Davila, 2017; South, 2021; Luginbuehl et al., 2026).

Globalmente, a investigação associa níveis mais elevados de sintomatologia a um funcionamento relacional menos adaptativo, podendo comprometer a sua estabilidade, qualidade e satisfação, embora estas associações variem consoante a sintomatologia, características dos parceiros e contexto (Luginbuehl et al., 2026; Cramer, 2004; Whisman & Baucom, 2012; Downward et al., 2022; South, 2021; Cousseau, 2019; Kasalova et al., 2018; Sharabi et al., 2016; Morgan et al., 2018; Resnick, 2007). Este padrão foi observado em diferentes quadros, incluindo perturbações de humor e ansiedade, perturbação obsessivo-compulsiva (McLeod, 1994; Chambless et al., 2001), perturbações associadas ao uso de substâncias (Whisman, 2007) e perturbação de hiperatividade e défice de atenção (Wymbs et al., 2021). Este impacto pode traduzir-se em maior turbulência relacional, distanciamento emocional e dificuldades na manutenção do vínculo (Mokoena et al., 2019; Whisman et al., 2022).

Apesar do predomínio de consequências negativas, alguns estudos descrevem experiências de fortalecimento relacional e maior intimidade nos casais perante o enfrentamento de desafios associados ao diagnóstico, o que sugere que este não determina necessariamente uma trajetória de deterioração (Azorin et al., 2021; Erickson, 2022; Pinto, 2024; Sharabi et al., 2016).

Esta variabilidade pode ser compreendida à luz do Modelo Vulnerabilidade-Stress-Adaptação (Karney & Bradbury, 1995), que propõe que a qualidade e estabilidade das relações

resultam da interação entre vulnerabilidades relativamente duradouras dos parceiros, fatores de stress e processos adaptativos utilizados pelo casal. Este modelo permite compreender por que razão condições semelhantes podem traduzir-se em experiências relacionais distintas. Deste modo, importa considerar não apenas o impacto da psicopatologia nas diferentes dimensões relacionais, mas também recursos e processos através dos quais os casais procuram adaptar-se às suas exigências.

A sexualidade e intimidade parecem ser das dimensões mais afetadas pela presença da psicopatologia. Embora relacionadas, constituem dimensões distintas, remetendo a primeira para aspetos como o desejo, funcionamento e satisfação sexual e a segunda para a proximidade e conexão emocional (American Psychological Association, n.d.).

A nível da sexualidade, quadros depressivos têm sido associados a redução do desejo e da frequência da atividade sexual (Sharabi et al., 2016; Merwin et al., 2017), enquanto na perturbação bipolar constata-se uma menor satisfação, frequência sexual e ejaculação prematura, particularmente durante episódios de doença (Lam et al., 2005; Azorin et al., 2021). Já na PHDA, a literatura evidencia dificuldades no funcionamento romântico e satisfação sexual, bem como maior envolvimento em comportamentos de risco (Wymbs et al., 2021; Desille & Alba, 2026; Canu & Carlson, 2003; Flory et al., 2006).

Estas dificuldades manifestam-se também na intimidade dos cônjuges. Na perturbação obsessivo-compulsiva, por exemplo, maior gravidade de obsessões tem sido associada a menor intimidade e satisfação relacional (Abbey et al., 2007), enquanto parceiros de pessoas com PHDA relatam níveis inferiores de intimidade e satisfação conjugal (Ben-Naim et al., 2017). Permanecem, contudo, menos esclarecidas como estas alterações são vividas e geridas pelo casal.

No que concerne à área da comunicação e gestão de conflitos, os estudos sobre quadros depressivos dominam a investigação e revelam estar associados a uma comunicação mais desligada, padrões de ataque-evitamento e perceções mais negativas das interações durante o conflito, contribuindo potencialmente para maior distress relacional (Barry et al., 2019; Li & Johnson, 2018; Neves & Duarte, 2015; Heene et al., 2007). Em quadros como PHDA e perturbação obsessivo-compulsiva, também têm sido identificados padrões comunicacionais mais desajustados, sobretudo quando os recursos do casal se encontram comprometidos (Kahveci & Tutarel-Kislak, 2022; Wymbs, 2021; Wymbs et al., 2021; Kasalova et al., 2020).

Uma possível explicação para estas dificuldades prende-se com a forma como os indivíduos experienciam e regulam emoções. É sugerido que níveis mais elevados de sintomatologia podem estar associados a maior medo ou dificuldade em experienciar emoções, reduzindo a comunicação construtiva e, consequentemente, a satisfação relacional (Fredman et al., 2025; Neves & Duarte, 2015).

Contudo, as evidências divergem na literatura. Um estudo recente demonstra, por exemplo, que alguns casais que vivem com psicopatologias de diversa etiologia identificam boas capacidades de comunicação como recurso, sugerindo que a sintomatologia não exclui competências relacionais positivas (Stein et al., 2024).

A literatura na conjugalidade destaca ainda o papel do parceiro como uma variável determinante na vivência da psicopatologia, seja enquanto apoio ou como sobrecarga. Estudos demonstram uma associação entre sintomatologia e níveis mais baixos de bem-estar subjetivo e mais elevados de ansiedade e depressão em parceiros de indivíduos diagnosticados (Idstad et al., 2010; Wittmund et al., 2002; Crago, 1972). Sobretudo perante maior gravidade sintomatológica, estes podem assumir funções de cuidador informal, associadas a autossacrifício e alterações na relação consigo próprios (Mokoena et al., 2019; Azorin et al., 2021).

A presença de psicopatologia pode também implicar alterações nos papéis, expectativas e responsabilidades quotidianas. Em parceiros de pessoas com PHDA, por exemplo, foram descritas dificuldades em equilibrar reciprocidade e exaustão, perpetuando sentimentos de impotência e inadequação (O'Brien et al., 2026). Alterações semelhantes têm sido descritas noutros quadros e caracterizadas como altamente desafiantes (Mokoena et al., 2019; Priestley et al., 2018; Kasalova et al., 2020; Ben-Naim et al., 2017; Bischkopf et al., 2002; Lam et al., 2005). A vivência do papel de parceiro/a varia, contudo, em função do género, diagnóstico e população estudada (Dattilio, 2010; Alves et al., 2014).

Neste sentido, a qualidade do apoio constitui um fator potencialmente protetor. Compreensão e disponibilidade têm sido associadas a maior satisfação relacional, adaptação à doença e, em alguns estudos, menor sintomatologia depressiva na pessoa diagnosticada (Hermosillo, 2024; Cramer, 2004; Garcia, 2006; Tam & Lim, 2008). Em contraste, a desvalorização, estigma e atribuições erróneas podem comprometer o apoio e funcionamento da relação (Sharabi et al., 2016; Lam et al., 2005; Priestley et al., 2018). O papel do outro pode,

assim, influenciar significativamente a adaptação conjunta da díade à psicopatologia (Cousseau, 2019; Azorin et al., 2021; Javier et al., 2024).

Além destes aspetos, importa considerar os processos de ajustamento do casal perante a psicopatologia. Neste contexto, este pode ser entendido como um processo diádico, no qual parceiros reorganizam expectativas, papéis e respostas às exigências do quadro. Este ajustamento pode envolver coping diádico, isto é, a mobilização conjunta de estratégias perante o stress (Bodenmann, 1995; Falconier & Kuhn, 2019), englobando processos como a corregulação emocional, resolução ativa de problemas e escuta ativa. De forma geral, formas mais adaptativas de coping diádico têm sido associadas a melhores indicadores de saúde mental e funcionamento relacional (Landolt et al., 2023; Allen et al., 2026; Garcia, 2006; Stein et al., 2024).

Esta relação poderá, contudo, ser bidirecional, considerando que níveis mais elevados de sintomatologia podem dificultar a mobilização de estratégias adaptativas, enquanto formas menos ajustadas de lidar com o stress podem contribuir para a manutenção ou agravamento das dificuldades (Aldwin & Revenson, 1987). Contudo, os benefícios do coping diádico variam consoante o stressor e contexto, sendo por vezes encontradas associações limitadas (Allen et al., 2026). A comunicação aberta, ausência de julgamento, confiança e compaixão podem ainda facilitar a adaptação (Landolt et al., 2023; Pinto, 2024; Merwin et al., 2017; Javier et al., 2024; Stein et al., 2024; Garcia, 2006; Hermosillo, 2024; Wozniak, 2022; Priestley et al., 2018). Assim, estes estudos parecem revelar que os processos de adaptação e ajustamento diádico não implicam a eliminação das dificuldades, mas antes a capacidade de reorganização perante uma nova realidade.

Finalmente, notamos que a investigação neste domínio se tem centrado sobretudo em quadros depressivos, perturbações de ansiedade e associadas ao uso de substâncias, permanecendo menos explorados outros diagnósticos. Predominam ainda metodologias quantitativas (South, 2021), oferecendo a investigação um acesso limitado à experiência subjetiva e significados atribuídos às dinâmicas relacionais. São também menos exploradas abordagens diádicas e a articulação de diferentes perspetivas sobre estes fenómenos, incluindo as de profissionais de saúde mental.

Neste contexto, e perante a escassa investigação qualitativa no contexto português, este estudo procura aprofundar a compreensão sobre a vivência de mulheres com diagnóstico

psicopatológico e que vivem numa relação romântica. Procuramos ainda reanalisar a mesma a partir do olhar de psicólogos com experiência na intervenção junto de pessoas e/ou casais diagnosticados com um quadro psicopatológico.

METODOLOGIA

Desenho do estudo e objetivos de investigação

Este estudo possui um carácter exploratório e tem por objetivo fundamental compreender a vivência da psicopatologia no seio das relações amorosas, especificamente articulando a experiência de mulheres com diagnóstico psicopatológico com a perspetiva de psicólogos clínicos, de modo a explorar as questões emergentes desta realidade. Procurou-se que esta articulação contribuísse para aprofundar e contextualizar os processos relacionais através de ângulos complementares. Optámos por uma metodologia qualitativa, recorrendo à Análise Temática Reflexiva, abordagem adequada à exploração de significados e experiências e que assume a participação ativa, integrativa e reflexiva da investigadora (Patton, 2002; Braun & Clarke, 2023). Para tal, foram formulados os seguintes objetivos específicos:

1) Explorar a forma como mulheres com um diagnóstico psicopatológico percecionam o impacto do diagnóstico na relação amorosa;
2) Compreender a perspetiva de psicólogos clínicos acerca dos processos relacionais associados à vivência da psicopatologia em contexto amoroso;
3) Explorar fatores individuais, relacionais e contextuais associados ao ajustamento à psicopatologia na relação.

Participantes

Foram realizadas entrevistas semiestruturadas a mulheres com diagnóstico psicopatológico em relações românticas, bem como a psicólogos clínicos com experiência na área.

O primeiro grupo integrou cinco mulheres entre 23 e 37 anos. A duração das relações variou entre quatro e 10 anos, estando quatro das participantes a coabitar com os parceiros. Das cinco participantes, uma possuía nacionalidade portuguesa e quatro nacionalidade brasileira, residindo estas últimas em Portugal há, no mínimo, cinco anos. Todas possuíam formação superior e encontravam-se em relações heteroafetivas. Os diagnósticos englobaram: Episódio Depressivo Major; Perturbação Depressiva Major; Perturbação Dissociativa Conversiva/ Perturbação de Sintomas Neurológicos Funcionais (APA, 2022); e PHDA. Algumas participantes apresentavam sintomatologia ansiosa clinicamente significativa. O tempo de diagnóstico variou entre um mês e 10 anos. O recrutamento ocorreu através do método de bola de neve e divulgação nas redes sociais. A caracterização das participantes encontra-se apresentada na Tabela 1.

O grupo de profissionais integrou dois psicólogos da área da Psicologia Clínica e da Saúde, entre 29 e 39 anos, sendo um homem e uma mulher. Ambos apresentavam experiência clínica consolidada em áreas distintas, nomeadamente intervenção na PHDA e intervenção psicológica individual e de casal. Foram recrutados por conveniência.

Procedimento de recolha e análise de dados

Foram realizadas entrevistas semiestruturadas através de dois guiões distintos, adaptados a cada grupo. O primeiro explorou a perceção das participantes femininas relativamente ao impacto da psicopatologia nas suas relações e fatores de ajustamento do casal. Após estas entrevistas, os principais fenómenos identificados foram considerados na construção do guião dirigido aos psicólogos, procurando contextualizá-los à luz da sua experiência.

Antes das entrevistas, os participantes foram informados sobre os objetivos e condições do estudo, incluindo o seu caráter voluntário, confidencialidade, anonimato, possibilidade de desistência e gravação áudio, tendo prestado consentimento informado (Apêndice 1). No primeiro grupo, as entrevistas decorreram presencialmente e online (consoante disponibilidade), tendo duração média de uma hora e quinze minutos; no segundo, foram realizadas presencialmente, com duração média de uma hora e dez minutos. Após a análise das entrevistas, as mesmas foram eliminadas.

A análise seguiu as seis fases propostas por Braun e Clarke (2006; 2019; 2021): após a familiarização com os dados (através da transcrição e leitura das entrevistas), procedeu-se à codificação semântica e latente. Os códigos foram organizados e utilizados no desenvolvimento de temas iniciais, sendo estes posteriormente revistos, refinados e definidos. A análise culminou na construção da narrativa analítica apresentada nos resultados. A codificação foi predominantemente indutiva.

As entrevistas das participantes diagnosticadas foram analisadas previamente, seguindo-se as dos profissionais. As análises foram desenvolvidas e posteriormente articuladas e integradas numa narrativa conjunta em função dos objetivos do estudo.

APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DE RESULTADOS

1. Perspetivas das mulheres com diagnóstico psicopatológico

Das entrevistas e realizadas às participantes, emergiram cinco temas que refletem a vivência da psicopatologia na relação amorosa, sintetizados na Tabela 2 e apresentados de seguida:

Tema 1: A sombra da insuficiência e o peso invisível: a psicopatologia como motor da culpa e autocobrança

As entrevistadas descrevem a psicopatologia como uma "intrusa" na relação, condicionando a disponibilidade para o outro e a forma como estas se percecionam enquanto parceiras. Como ilustra P4, diagnosticada com PHDA, *"não é fácil para mim, porque a minha cabeça é um caos (...), mas também não é fácil para quem vive comigo"*. Este impacto estende-se do campo sexual ao comunicacional, surgindo associado a maior impaciência, irritabilidade e desgaste (*"é como se sempre estivesse num gelo muito fino, você nunca sabe como você vai reagir (...) por mais que não seja sua intenção, é só porque você 'tá hipersensível"*; P2). São descritas nestes momentos alterações nas interações do casal, marcadas por maior frieza, desligamento e isolamento. P3 refere como, em momentos de maior sofrimento, *"eu costumo me isolar (...) muda um pouco a comunicação, até porque eu fico muito fria"*, enquanto P4 descreve que, perante maior sobrecarga, *"desligo de tudo e de todos, parece que não tem mais energia para nada"*. Assim, o afastamento pode acabar por limitar a disponibilidade para a interação com o outro e alterar os padrões habituais de comunicação do casal.

A sobrecarga pode também manifestar-se através de maior reatividade emocional, influenciando a interpretação dos comportamentos do outro e contribuindo para o escalamento de conflitos. P2 associa este processo a maior sensibilidade emocional, referindo que *"como estou numa hipersensibilidade emocional muito grande, e como tem essa questão da distorção cognitiva… os dois estão extremamente reativos e enviesados para acontecimentos que ocorram, então acaba tendo (...) um maior número de conflitos que normalmente aconteceriam"*. Noutros casos, a sintomatologia pode ocupar de tal forma o quotidiano que a relação fica temporariamente organizada em torno da crise: *"Raramente tínhamos (*conflitos*) (...), não tínhamos propriamente com o que discutir, porque nós não tínhamos vida (...) acabámos por estar… a sobreviver, só a sobreviver"* (P1). Estes padrões convergem com a literatura, que associa diferentes quadros psicopatológicos a menor disponibilidade emocional,

isolamento e silenciamento, bem como irritabilidade e reatividade nas interações (Sharabi et al., 2016; Barry et al., 2019; Fredman et al., 2025; Pinto, 2024; Wymbs, 2021; Neves & Duarte, 2015).

A consciência destas repercussões alimentou sentimentos de culpa, autocobrança e pressão interna nestas mulheres, associados a uma perceção de falha perante as expectativas do papel de parceira. Dificuldades de organização, reciprocidade ou disponibilidade foram interpretadas como incapacidade para corresponder a estas expectativas: *"tenho muita cobrança, muita dificuldade às vezes em me organizar (...), então sinto que às vezes estou a falhar no nosso relacionamento"* (P2). Este sentimento tornou-se particularmente evidente quando o companheiro assumia mais funções de apoio, despertando o receio de ser um peso: *"parece que sempre ele 'tá cuidando mais de mim do que eu 'tô cuidando dele (...), eu sinto como se às vezes estivesse sobrecarregando o relacionamento ou sobrecarregando ele"* (P4).

A culpa pareceu ainda atuar como amplificadora de inseguranças, ligada ao receio de abandono e de comprometer a relação: *"tenho muito medo de perder ele, então quando a gente está em situações mais conflituosas, é muito… essa culpa, esse medo"* (P5). Cobranças do parceiro foram ainda descritas como agravantes deste sentimento, sobretudo quando a sintomatologia não era plenamente reconhecida pelo outro, aumentando a pressão para que a participante "funcionasse adequadamente". Esta perceção de insuficiência e de constituir um peso é também descrita na literatura, sobretudo perante maior dependência de cuidados (Kasalova et al., 2018; Stein et al., 2024; Mokoena et al., 2019). Estes sentimentos poderão também ser potenciados por processos de estigma internalizado, embora esta interpretação permaneça incerta.

A perceção deste impacto levou, por outro lado, algumas participantes a evitar expor vulnerabilidades ou pedir ajuda, silenciando ou adiando a expressão emocional. P5 refere: *"eu evito muito conversar nesse sentido (...) fico pensando que vai gerar mais stress ou magoar mais"*, referindo que *"é um problema meu, tenho que lidar com isso sozinha"*. P3 indica igualmente que *"quando eu estou realmente muito mal eu não costumo pedir ajuda"*.

Estabelece-se assim o paradoxo do "silêncio protetor": apesar de utilizado para proteger a relação e "não dar trabalho ao outro", pode produzir o efeito contrário, aumentando a carga emocional através da acumulação de necessidades não expressas e limitando a partilha e acesso ao apoio. Este padrão converge com estudos que associam silenciamento e supressão emocional

a maior tensão relacional e menor abertura comunicacional (Jack, 2011; Neves & Duarte, 2015), bem como a maior desregulação e escalamento dos conflitos (Fruzzetti & Iverson, 2006).

Tema 2: Entre o amparo e o desgaste: o papel multifacetado do parceiro

O impacto da psicopatologia depende também da forma de acolhimento e papel do parceiro, que oscila entre amparo, distância e sobrecarga.

Uma presença que ampara é destacada pelas participantes, sobretudo quando o outro procura compreender e ajustar-se às necessidades emergentes. O apoio pode assumir uma dimensão emocional- associada à escuta, regulação emocional e expressão de vulnerabilidades (*"apesar de eu não gostar de mim, fazia-me sentir que eu era amada"*; P1) - ou instrumental, através do envolvimento no quotidiano e autocuidado: *"ele me lembrava de comer, (...) de parar um pouco, tomar água"* (P4). O parceiro pode, portanto, atuar como âncora perante limitações impostas pela sintomatologia.

Algumas participantes valorizaram a procura ativa do companheiro em compreender a sua vivência psicopatológica. P4 destaca que este *"faz bastantes perguntas até me entender (...), a curiosidade (...) faz diferença"*. Perante maior intensidade sintomatológica, o apoio pode assumir uma função protetora, nomeadamente na gestão de crises, como relata P1: *"provavelmente eu não estaria aqui se não fosse (*ele*). Houve imensas tentativas de suicídio (...) e (*ele*) salvou-me de muitas".* Quando articulado com a autonomia da participante, este apoio pode ainda favorecer o seu bem-estar e desenvolvimento pessoal. A valorização da presença, compreensão e colaboração do parceiro converge com a literatura sobre apoio conjugal, ausência de julgamento e envolvimento do outro enquanto recursos na vivência da psicopatologia (Pinto, 2024; Javier et al., 2024; Garcia, 2006; Fischer et al., 2016).

Em contraste, algumas narrativas revelaram um desencontro que distancia, caracterizado pela ausência de envolvimento ou formas de apoio percecionadas como desajustadas, marcadas pela invalidação, incompreensão ou dificuldade em responder às necessidades da participante. Esta dificuldade surgiu associada à reduzida literacia sobre a psicopatologia e racionalização excessiva das emoções. P3 refere dificuldades do parceiro em compreender "*um sentimento tão intenso"*, enquanto P4 descreve *"uma cobrança gigantesca que funcionasse igual ele"*.

Este desajustamento não implicou, necessariamente, ausência de intenção de apoiar sendo, contudo, as respostas do outro percecionadas como inadequadas e podendo resultar num

agravamento momentâneo da sintomatologia. P3 descreve como, perante crises, o parceiro *"tenta me abraçar, só que eu 'tô sentindo que 'tô mais presa (...) não sabe como ajudar e... acaba piorando"*. Também P4 relata que *"ele fica o tempo inteiro em cima de mim e (...) fico mais nervosa"*.

O desencontro surgia também quando o parceiro privilegiava a resolução do problema perante uma necessidade de validação emocional. P3 relata situações em que este responde *"vai lá e faz (...), porque é que não tenta resolver sozinha?"*. Esta dificuldade em reconhecer o sofrimento podia contribuir para procuras indiretas de proximidade: *"Às vezes também sumo para ver se ele me procura"* (P5). Este padrão sugere que, perante a perceção de indisponibilidade do outro, o retraimento pode coexistir com uma procura de proximidade e validação, ambivalência igualmente descrita por Kasalova e colaboradores (2018). Evidencia-se um desfasamento entre necessidades e apoio oferecido, que contribui para o silenciamento, frustração e ciclos de feedback negativo (Fruzzetti & Iverson, 2006).

Com efeito, o apoio pode converter-se num cuidado que pesa quando assume contornos continuados de hiperresponsabilização. P1 relata que, perante crises de alto risco, o parceiro *"passava noites acordado (...), o sistema nervoso dele estava constantemente em alerta"*. Esta vigilância mobiliza significativamente os recursos do parceiro, podendo tornar-se uma fonte de ativação emocional para o mesmo. Este impacto converge com estudos que documentam repercussões da psicopatologia no bem-estar do parceiro não diagnosticado (Wittmund et al., 2002; Bischkopf et al., 2002; Idstad et al., 2010; Azorin et al., 2021; Stein et al., 2024). Algumas participantes relataram também amplificação de conflitos e tensão na relação associada à preocupação do outro (*"pelo menos uma vez na semana tinha uma discussão (...), porque ele estava extremamente preocupado* (comigo)*"*; P4).

Noutros casos, a responsabilização estendeu-se ao próprio processo de recuperação. P2 descreve que o companheiro *"acaba se cobrando (...), sente-se com a necessidade de ser um agente de mudança nesse processo... é cansativo"*. Tal pode acentuar-se quando a participante dispõe de uma rede de apoio mais limitada, reduzindo a diversidade de fontes de suporte disponíveis.

Tema 3: O espelho da crise: quando a psicopatologia revela os alicerces e fendas do nós

O papel do parceiro não atua num vazio, sendo condicionado pelo tipo de relação e padrões de funcionamento prévios do casal.

Perante fragilidades relacionais prévias, observou-se uma tendência para estas se tornarem particularmente visíveis na forma como o casal lida com a psicopatologia. Dificuldades a nível da disponibilidade emocional, comunicação e compreensão mútua parecem ganhar maior peso quando a sintomatologia exige uma resposta acrescida do casal. A psicopatologia não surge, portanto, necessariamente como origem destas dificuldades, mas como um contexto que pode expor vulnerabilidades pré-existentes.

Parceiros percecionados como mais emocionalmente indisponíveis eram também descritos como apresentando maiores dificuldades em compreender e validar a experiência psicopatológica. P3 relata que, ao *" falar sobre algo que ele não compreende emocionalmente (...), ele age com indiferença (...), ironia (...), menosprezo"*, acrescentando que *"tive que lidar com essas crises de pânico sozinha"*. Este padrão repercutiu-se na segurança relacional, sendo descrito como gerador de *"muita insegurança"*.

Do mesmo modo, participantes com dificuldades na expressão emocional ou em relações com pouco diálogo experienciavam maiores dificuldades em pedir ajuda, havendo pouco espaço para conversar sobre o diagnóstico. P5 relata que *"dessas coisas emocionais costumo tentar resolver sozinha (...) só entro na minha bolha"*, referindo que, perante conflitos, *"cada um vai para o seu canto e fica no seu mundo"*. Quando o afastamento constitui uma resposta habitual às dificuldades, a psicopatologia pode reforçá-lo, favorecendo a acumulação emocional e escalamento dos conflitos, como descreve P3: *"eu 'tava naquele ponto de 'tar guardando. E aí estourei, comecei a chorar muito (...) e a gente acaba realmente se exaltando"*.

Deste modo, a defensividade, formas de comunicação mais hostis e receio em expressar vulnerabilidade podem contribuir para o bloqueio do canal de comunicação na díade, reforçando o retraimento e dificultando a cooperação mútua. Estes resultados encontram-se em linha com a literatura que associa o autossilenciamento a menor comunicação construtiva e maior distanciamento relacional (Jack, 2011; Fredman et al., 2025).

Assim, perante recursos mais limitados, a crise parece tornar mais difícil compensar fragilidades prévias, fazendo com que fendas se abram e se tornem mais visíveis. Esta leitura é

consistente com perspetivas que conceptualizam a relação entre psicopatologia e funcionamento conjugal como bidirecional, reconhecendo que vulnerabilidades individuais e relacionais podem tornar-se mais salientes perante maior stress (Halford et al., 1999; Bhatia & Davila, 2017; South, 2021).

Em contraste, recursos relacionais previamente consolidados parecem atuar como alicerces: quando existe um esforço habitual de compreensão e companheirismo, parece refletir-se na gestão conjunta do diagnóstico. P4 descreve esta dinâmica, *"a gente trabalha como um time"*, enquanto P1 menciona como a experiência psicopatológica, *"por muito difícil que tenha sido, só nos fortaleceu (...) e ajudou a melhorar a comunicação, a compreendermo-nos um ao outro"*.

Esta resposta parece ter resultado de uma aprendizagem construída ao longo da relação. P2 refere que *"ao longo desses anos, a gente aprendeu a dialogar"*, referindo *"fazer o máximo para consertar as coisas (...), e perceber o que magoou o outro"*. Dinâmicas marcadas por validação emocional e comunicação construtiva foram também associadas a maior segurança para a partilha perante a psicopatologia.

A psicopatologia não foi, portanto, apenas percecionada como fonte de deterioração. A adversidade, para algumas participantes, funcionou como um teste à relação, promovendo aprendizagem mútua e fortalecimento do vínculo. Este resultado contrasta com a tendência predominante da literatura centrada em menor satisfação conjugal, distress e instabilidade relacional (Whisman et al., 2004; 2022; VanderDrift et al., 2019; Wymbs et al., 2021).

Este espelhamento converge com o Modelo Vulnerabilidade-Stress-Adaptação (Karney & Bradbury, 1995), segundo o qual fatores de stress interagem com vulnerabilidades e recursos adaptativos do casal. O impacto da psicopatologia não parece, portanto, seguir um trajeto determinista: pode abrir fendas previamente existentes, mas também revelar momentos em que os alicerces resistem.

Tema 4: O corpo como espelho e fronteira: a intimidade sob a sombra da psicopatologia

A psicopatologia repercutiu-se na dimensão corporal e sexual, influenciando a vivência da intimidade. O corpo surge simultaneamente como espaço de manifestação da sintomatologia e como fronteira, condicionando a aproximação ao outro.

Todas as participantes descreveram impacto nesta esfera, desde diminuição dos níveis de desejo, dificuldades no orgasmo e capacidade de concentração nas relações sexuais, a efeitos associados à medicação, levando, em alguns casos, a colocar a sexualidade em segundo plano na vida a dois. P2, com sintomatologia depressiva, relata que *"por conta do meu quadro, tenho uma baixa libido, quando estou stressada, não tenho vontade de fazer as coisas"*, enquanto P4, diagnosticada com PHDA, menciona que *"eu não consigo concentrar em quase nada, inclusive em ter um orgasmo".* Estas alterações convergem com estudos que identificam efeitos semelhantes da sintomatologia e medicação no funcionamento sexual (Kasalova et al., 2018, 2020; Lam et al., 2005; Pinto, 2024).

Para algumas entrevistadas, o contacto físico e relações sexuais foram também associados a desconforto e ansiedade: *"não é porque não me sinta atraída (...), ou não sinta amor (...), mas sinto-me desconfortável em ter relações sexuais"; "eu percebo que a linguagem dele é dar beijinhos, abraços, mas (...) sinto aquela falta de ar"* (P1). A intimidade foi ainda condicionada pela relação de algumas participantes com o próprio corpo, como ilustra P5: *"às vezes não quero… ficar com a luz acesa (...) ou numa posição que me deixe mais à mostra"*. Estes relatos encontram paralelo na investigação, que associa preocupações com a imagem corporal a desconforto na exposição física perante o parceiro (Kasalova et al., 2018; 2020; Baucom et al., 2014; Pinto, 2024).

Este impacto foi, por algumas entrevistadas, acompanhado de culpa perante a pressão para corresponder às necessidades do outro, especialmente quando este apresenta maior desejo sexual ou perante expectativas sociais (*"eu sei que é muito importante para ele e gostava de conseguir dar mais nesse sentido (...) sinto-me culpada por não lhe conseguir dar isto";* P1). Esta culpa aproxima-se de sentimentos mais gerais de insuficiência perante o parceiro descritos na literatura (Kasalova et al., 2018; 2020; Stein et al., 2024).

O desejo foi ainda, em algumas narrativas, associado à qualidade da relação e intimidade emocional, em particular à admiração pelo outro, como ilustra P3: *"depois de tanto tempo*, *acaba sendo mais a admiração".* Assim, os resultados sugerem que o impacto na sexualidade não decorre apenas da psicopatologia: a relação com o próprio corpo, a pressão percebida para corresponder ao parceiro e a qualidade do vínculo participam também na construção do desejo e intimidade. Esta leitura aproxima-se de perspetivas que compreendem o desejo como

relacionalmente situado (Ferreira, 2013), podendo a intimidade emocional permanecer como recurso mesmo perante dificuldades sexuais (Boucher et al., 2016; Stein et al., 2024).

Tema 5: Aprender a falar a língua da psicopatologia: a renegociação do nós

As mudanças observadas na relação exigem uma adaptação contínua do casal, envolvendo novas formas de comunicar, compreender e negociar necessidades.

Neste processo, o casal vai construindo uma "linguagem comum", ajustando progressivamente a comunicação às dificuldades associadas à sintomatologia. Em diversas participantes, é descrito o trabalho conjunto de adaptação comunicacional, incluindo a utilização de uma linguagem mais clara e assertiva, colocação de limites e reconhecimento dos recursos emocionais durante conflitos (como realizar pausas antes do seu escalamento). P4 refere que, perante sinais de desatenção, o parceiro *"tenta ser o mais direto possível"*. Este ajustamento envolve também o reconhecimento dos momentos em que o outro não se encontra disponível para comunicar: *"eu respeito o que ele (...) sente, ele respeita momentos que eu não estou preparada para conversar"* (P2). A aprendizagem de estabelecimento de limites é igualmente salientada por P4, que refere: *"eu tive que aprender a avisar: "você 'tá ultrapassando meu limite" sem passar do limite dele"*.

No processo de melhoria comunicacional, o autoconhecimento de si e do diagnóstico é descrito como uma ferramenta valiosa, enquanto a sua ausência pode dificultar o reconhecimento do impacto dos próprios comportamentos na relação. Adicionalmente, a validação emocional e expressão da vulnerabilidade surgiram associados a uma melhor gestão dos conflitos, maior intimidade e redução da culpa excessiva nas participantes. P5 descreve este processo como assente na possibilidade de discordar sem comprometer a escuta do outro: *"por mais que ele ache que eu esteja errada, ele sempre tenta (...) conversar com calma, me escutar"*. Estes processos convergem com a literatura sobre a relevância de uma comunicação que valida e da adaptação relacional à psicopatologia (Fruzzetti & Iverson, 2006; Fredman et al., 2025; Pinto, 2024; Stein et al., 2024), bem como com a investigação sobre coping diádico positivo, assente numa resposta conjunta ao stress (Landolt et al., 2023; Allen et al., 2026).

As participantes descrevem também um processo de renegociação do quotidiano a dois, procurando adaptar práticas, comportamentos e rotinas às exigências da psicopatologia. P4 descreve estratégias conjuntas encontradas para facilitar a concentração na sexualidade perante

o quadro de PHDA: *"a gente conseguiu encontrar formas mais fáceis de me concentrar (...), coloca uma música (...), uma luz (...), acende uma vela"*. Já P1 descreve como o companheiro se tornou mais preparado para responder às crises conversivas em espaços públicos: *"se estivermos num jantar com amigos (...) e as pessoas me virem a desmaiar (...) ele já explica* (a terceiros) *muito rápido"*. Estes exemplos ilustram uma postura ativa de reorganização, igualmente identificada na literatura (Pinto, 2024; Stein et al., 2024).

Este processo implica ainda um trabalho individual sobre comportamentos que interferem na relação, reconhecendo o seu impacto no outro. P3 destaca a importância de gerir a própria impulsividade durante conflitos, associada ao quadro de PHDA, referindo que *"controlar (...) esse momento de impulsividade (...), teve muito trabalho da minha parte"*.

Paralelamente, as participantes valorizam a preservação de espaços na relação não centrados no diagnóstico (como *"o horário do casal"* - P4- e recurso ao entretenimento), bem como da própria autonomia. P3 refere que *"a gente faz concessões pelo relacionamento, mas não deixa de ser quem é pela pessoa"*. A adaptação parece, assim, envolver também a autorregulação individual, implicando um equilíbrio entre interdependência e individualidade. Estes resultados encontram-se próximos ao conceito de diferenciação do self, no qual a intimidade pode coexistir com a preservação de um espaço individual (Ferreira, 2013; Fonseca, 2011), articulação destacada como relevante para prevenir o escalamento de ciclos relacionais negativos (Fruzzetti & Iverson, 2006; Stein et al., 2024).

Esta renegociação do "nós" foi descrita pelas participantes como facilitadora da abertura ao outro, fortalecimento relacional e gestão conjunta das dificuldades, enquanto a sua ausência foi acompanhada de maior desgaste e frustração.

2. Perspetivas dos psicólogos clínicos

Num segundo momento do estudo, foram entrevistados psicólogos clínicos que lidam com a realidade destas mulheres. Das entrevistas emergiram cinco temas, que ampliam a compreensão da vivência da psicopatologia na relação amorosa. Estes encontram-se na Tabela 3 e são apresentados de seguida:

Tema 1: O elefante na sala: para além da sombra do rótulo

O estigma experienciado pelas pessoas diagnosticadas surgiu como um elemento recorrente, capaz de influenciar o modo como a pessoa se perceciona e é percecionada na

relação. O diagnóstico pode simultaneamente atuar como fonte de autoconhecimento e um rótulo que aprisiona. Segundo PC2, "*há pessoas para quem este diagnóstico é extremamente limitador (...), pode trazer muita dor e querer esconder isto nas relações que constroem"*. A dificuldade em aceitá-lo pode traduzir-se em camuflagem, menor partilha e na projeção relacional do autoestigma, dificultando o trabalho conjunto. Pode ainda potenciar sentimentos de culpa e uma vivência mais solitária do diagnóstico, numa tentativa de "não ser um peso". Esta leitura converge com estudos sobre estigma internalizado e vergonha, culpa e perceção de constituir um fardo (Stein et al., 2024; Kasalova et al., 2020).

O estigma pode também advir do companheiro, erguendo-se como *"muralha"* (PC1) à compreensão da sintomatologia. Pode manifestar-se através da limitação da escuta ou atribuição das dificuldades à falta de vontade: *"os meus preconceitos sobre este diagnóstico (...), podem impedir-me de ouvir efetivamente a outra pessoa"* (PC2).

Neste processo, os *media* e redes sociais podem tanto promover literacia como reforçar preconceitos dentro da relação. PC2 sublinha o paradoxo da sociedade atual, onde, apesar da quantidade crescente de informação, *"nem sempre está estruturada de forma adequada (...). Continua a haver uma necessidade de mediação"*.

Neste contexto, o diagnóstico pode tornar-se um "*elefante na sala*" (PC2), conduzindo à estagnação do diálogo, evitamento de conversas sobre a psicopatologia ou, por outro lado, interrogatórios culpabilizantes. A literatura acrescenta, contudo, nuances, ao associar relações de maior proximidade e apoio social a níveis mais baixos de estigma (Kolb et al., 2023; Lo Hog Tian et al., 2025).

Neste sentido, os psicólogos destacam a relevância da literacia em saúde mental através de fontes fidedignas, do acompanhamento psicológico e, eventualmente, de intervenções conjuntas. O conhecimento pode permitir *"criar narrativas diferentes sobre o problema (...) deixa de ser sobre ele ou ela já não quer saber de mim, não gosta de mim, não tem paciência para mim, para ser um ele ou ela está (...) atualmente incapaz de responder emocionalmente àquilo que preciso*" (PC2). Assim, a dinâmica relacional poderá mover-se de um lugar de culpabilização para a compreensão contextualizada das dificuldades, permitindo ver além do rótulo. De facto, a investigação identifica associações entre maior literacia em saúde mental e menores atitudes estigmatizantes, melhores estratégias comunicacionais e apoio (Gil, 2015; Carvalho et al., 2020; Loureiro et al., 2020; Penhalber et al., 2022; Pinto & Maia, 2022).

Esta procura de informação nunca deverá, contudo, ignorar a singularidade do indivíduo, visto que *"a vivência de todas estas psicopatologias é individual"* (PC2). Compreender o outro implica, assim, deslocar o foco do rótulo para as dificuldades concretas vivenciadas na relação. Como reforça PC2, *"Esqueçam um nome! Existem dificuldades reais, vamos colocá-las em cima da mesa, mas vamos assumir que elas existam. Aceitar!"*.

Tema 2: O peso invisível do género na vivência da psicopatologia

Os entrevistados identificaram, na sua experiência, diferenças na forma como as expectativas de género atravessam a vivência psicopatológica. Nas mulheres, destacam uma exigência particular perante responsabilidades domésticas e sexuais quando estas dimensões são afetadas pela sintomatologia. PC1 relata que *"continua a haver uma afetação maior das mulheres ao nível do trabalho doméstico (...) há mais coisas sobre os ombros delas que muitas vezes deixam de ser feitas"*, enquanto nos homens *"pode não haver uma alteração tão grande nas (...) dinâmicas de casa"*. Esta alteração surge associada a culpa e desamparo, sobretudo quando estas tarefas deixam de ser cumpridas, reforçando crenças como: *"Eu não consigo servir. Eu já não sirvo para ele"* (PC1). O desempenho nestas áreas parece, assim, assumir o peso invisível de uma obrigação socialmente esperada.

É também descrita uma desvalorização social do sofrimento feminino. Segundo PC2, a mulher pode sentir, nas relações, que *"não tenho direito a queixar-me. Continuamos a acreditar que mulheres com queixas específicas (...) são histéricas, desvalorizamos"*. Esta invalidação pode ser interiorizada e dificultar o reconhecimento das próprias necessidades como legítimas.

Já nos homens, surgem expectativas associadas à autossuficiência, retraimento e repressão emocional. PC2 refere modelos de masculinidade *"que nos obrigam a engolir o que estamos a sentir, a não falar (...), a não trabalharmos a inteligência emocional"*, o que favorece, potencialmente, mecanismos de coping desadaptativos.

Assim, embora assumam formas distintas, as expectativas de género parecem exercer um peso invisível e transversal, podendo dificultar, em ambos os casos, o reconhecimento e expressão do sofrimento.

É na passagem da expectativa à relação que estes padrões se tornam particularmente visíveis, refletindo-se na forma como as necessidades associadas à psicopatologia são comunicadas e respondidas no casal. Os entrevistados identificam diferenças na forma como

necessidades são procuradas e respondidas na díade: *"é muito comum termos homens a tentarem resolver as coisas e mulheres a tentarem procurar validação sem que às vezes exista uma capacidade clara de reconhecer e comunicar essas necessidades"* (PC2). Estes padrões podem contribuir para desfasamentos entre o apoio desejado e recebido.

Distinções semelhantes surgem no envolvimento com o diagnóstico. PC1 observa que *"mulheres procuram mais informação quando diagnosticadas. Tendem a envolver-se mais (...), falar mais sobre isto (...). Os homens falam naturalmente menos sobre"*. Estes resultados sugerem, assim que os papéis de género influenciam não apenas a vivência individual da psicopatologia, mas também a forma como o sofrimento é comunicado, interpretado e acompanhado na relação.

Tema 3: O mito do parceiro salvador

Estas expectativas cruzam-se com conceções mais amplas sobre aquilo que o parceiro deve oferecer, podendo colocá-lo pedestal de idealização. Segundo os entrevistados, o ajustamento conjunto é dificultado por conceções culturais que associam o mesmo à figura de um "salvador". PC1 descreve *"uma ideia generalizada (...) de que o parceiro romântico (...) tem que apoiar o máximo, tem que lá estar (...). Esta ideia de incondicionalidade (...), muitíssimo difundida e muito pouco realista"*. Esta conceção é alimentada por referências como *"Hollywood e Disney"* e pelos filmes românticos.

Nesta visão, amar pode ser associado à expectativa de disponibilidade incondicional, apoio constante e permanência na relação independentemente do contexto. É normalizada a visão da relação enquanto principal- ou mesmo única- fonte de suporte, pressupondo respostas idealizadas e recursos emocionais quase ilimitados. Esta expectativa pode dificultar o reconhecimento de que o parceiro também possui necessidades e limites próprios. Apesar da relevância atribuída a esta ideia pelos participantes, a idealização do parceiro enquanto "salvador" permanece pouco explorada na psicologia das relações românticas.

Os profissionais procuram, por isso, desconstruir esta idealização, salientando que limites podem coexistir com afeto e compromisso. PC1 considera estas expectativas de incondicionalidade *"não muito saudáveis"*, defendendo que *"na relação romântica tem que haver uma condicionalidade"*.

Embora o apoio do outro seja importante, quando excessivo, pode comprometer a autonomia da pessoa diagnosticada e alimentar a sua "infantilização" e dependência. PC1 salienta que *"este cuidado excessivo às vezes quase que retira autonomia à própria pessoa, que muitas vezes já sente que não tem grande autonomia"*, podendo reduzir a mobilização dos próprios recursos. A literatura identifica processos semelhantes quando o parceiro assume tarefas da competência do outro ou acomoda excessivamente as dificuldades, podendo contribuir para a manutenção dos sintomas (Baucom et al., 2014; Fischer et al., 2016; Kasalova et al., 2018; O'Brien et al., 2026). Os profissionais salientam, neste sentido, a distinção entre interdependência saudável e fusão.

Simultaneamente, a expectativa de apoio permanente pode promover sobrecarga no parceiro e uma responsabilização desproporcional pelo bem-estar e recuperação do outro, evidenciando os limites deste papel de "salvação". PC2 reforça que *"não tem que resolver-me, não tem que ser a minha psicóloga (...) não tem que ser o meu médico"*. Quando prolongada, esta responsabilização pode aproximar o parceiro de uma posição de cuidador e favorecer o desgaste e distanciamento, como consequência do esgotamento dos recursos. Esta dinâmica encontra paralelo na investigação sobre sobrecarga e papel do parceiro não diagnosticado (Wittmund et al., 2002; Priestley et al., 2018; O'Brien et al., 2026; Mokoena et al., 2019; Whisman & Baucom, 2012).

Paralelamente, os participantes alertam para o risco de a psicopatologia reduzir a responsabilização da pessoa diagnosticada pelo impacto dos seus comportamentos. PC1 refere que *"acontece muitas vezes uma certa desresponsabilização das atitudes"*, salientando que *"o diagnóstico explica, mas não justifica"*. Reconhecer o impacto da psicopatologia não implica, assim, retirar agência à pessoa diagnosticada, mas compreender as suas dificuldades preservando o seu envolvimento ativo na gestão da sintomatologia.

A passagem da "salvação" à parceria implica, por isso, uma interdependência que preserve a individualidade: "*num nós tem que haver sempre espaço para dois eus"* (PC1). Esta parceria implica também ajustar expectativas face aos recursos de cada elemento, salientando que *"eu dou X (...), o outro pode efetivamente dar Y"*. PC2 reforça que *"a outra pessoa tem os seus limites, a sua tolerância, a sua capacidade (...), há coisas que não vai conseguir ajudar"* (PC2).

Tal destaca a importância de uma rede de apoio mais ampla (*tem que haver rede";* PC1), e do autocuidado do parceiro para que este consiga manter-se disponível.

Deste modo, a dinâmica deve ser capaz de acolher duas realidades simultâneas: a necessidade de apoio em períodos de vulnerabilidade, e a manutenção dos limites, recursos e individualidade de ambos. A interdependência surge, assim, não como disponibilidade ilimitada, mas como apoio mútuo sustentado pela autonomia, autocuidado e diversificação das fontes de suporte.

Tema 4: A corda bamba do trabalho em equipa

Funcionar como equipa implica caminhar numa corda bamba entre apoio, autonomia e responsabilidades, ajustando os papéis ao que cada elemento necessita e consegue proporcionar.

Neste trabalho conjunto, os dois "jogadores" assumem papéis distintos, embora interdependentes. Ao parceiro é atribuído um papel ativo no apoio, podendo funcionar *"quase como um elemento terapêutico na recuperação"* (PC1). PC2 considera o envolvimento do outro *"um excelente preditor do sucesso na terapia conjugal"*, podendo traduzir-se em presença emocional perante o sofrimento, celebração das pequenas conquistas e eventual participação na intervenção. Também é ressaltada uma postura de escuta contemplativa, em detrimento de uma procura imediata de soluções: *"às vezes os nossos problemas não têm que ser fórmulas matemáticas para resolver, às vezes são poesia para ser apreciada"* (PC2). À pessoa diagnosticada é, por sua vez, atribuída responsabilidade pelo processo de recuperação: *"se eu tive um diagnóstico, tenho uma responsabilidade de me envolver no tratamento"* (PC1).

Esta distribuição não implica igualdade, mas equidade, uma vez que *"há fases em que uma pessoa dá 70% e outro 30%... um 20 e outro 80 (...), não tem que ser sempre o mesmo (...). Tem que ser equitativo"* (PC1). O trabalho em equipa surge, assim, como um processo dinâmico e circular, marcado por tentativas e erros.

Embora assumam papéis distintos, ambos os elementos da díade devem procurar "jogar do mesmo lado". Este ajustamento pode atravessar diferentes dimensões da relação. PC1 destaca, por exemplo, a importância de *"simplificar um bocadinho o conflito"* e escolher *"as batalhas em que nos vamos meter"*. A comunicação deve ser ajustada à disponibilidade emocional do outro: *"não vale a pena insistir na mesma forma de comunicação se sei que o outro não está a ouvir"* (PC1). É ainda salientada a necessidade de ajustar expectativas face ao

tempo de recuperação e reconhecer a coexistência das necessidades de ambos ("*as dores podem coexistir, não têm que ser comparadas";* PC2).

Na ausência de diálogo e reconhecimento mútuo das necessidades, a adaptação pode tornar-se predominantemente unidirecional, concentrando num dos elementos a responsabilidade pelo ajustamento. Um processo de acomodação saudável é, portanto, entendido como bidirecional: *"o sistema e a dinâmica pode acomodar-se para incluir (...), mas também responsabilizar a própria pessoa para estas acomodações"* (PC2). Esta perspetiva aproxima-se do coping diádico de Bodenmann (2005) e da literatura que conceptualiza a adaptação conjugal como um processo flexível e evolutivo (Pinto, 2024).

Importa, contudo, distinguir adaptação flexível de acomodação excessiva da sintomatologia: embora num contexto específico de sintomatologia pós-traumática, Talbot e Thompson-Hollands (2025) demonstram que alterações persistentes do comportamento do parceiro destinadas a reduzir o sofrimento imediato podem associar-se a piores resultados relacionais.

Os entrevistados destacam alguns alicerces que permitem ao casal funcionar enquanto equipa. Entre os facilitadores relacionais, destacam-se a aceitação do outro, companheirismo, a qualidade da relação e a possibilidade de expressar vulnerabilidade num contexto de disponibilidade mútua. Perante maior vulnerabilidade e menor perceção de autoeficácia, podem intensificar-se necessidades de segurança e proximidade, tornando particularmente relevante a disponibilidade emocional do parceiro (Bowlby, 1969, 1982). Estes recursos convergem com a literatura sobre o ajustamento perante stressores clínicos (Pinto, 2024; Epstein & Zheng, 2017; Ferreira, 2013; Fonseca, 2011). PC1 refere que "*se a relação for uma boa relação, se houver amor, cuidado (...)é um bom preditor dessa adaptação"*, o que favorece uma dinâmica em que *"estamos lá um para o outro, apoiamo-nos e sabemos que há dias melhores para um, dias melhor para o outro"*. Nesta lógica, PC2 salienta ser essencial *"estar disponível para ouvir, estar disponível para acolher, estar disponível para ajudar (...). Não existe relação sem vulnerabilidade. Nós vinculamo-nos à vulnerabilidade do outro*". Estes resultados convergem com a literatura sobre recursos facilitadores da adaptação no casal (Aguilera-Serrano et al., 2018; Ropero, 2012).

Os profissionais valorizam ainda uma compreensão da psicopatologia enquanto fenómeno com impacto na díade, sustentada pela curiosidade genuína, otimismo e comunicação

explícita e não culpabilizante. Contudo, funcionar enquanto equipa não implica preservar a relação a qualquer custo. Como salienta PC2, *"o sucesso da terapia de casal muitas vezes não implica necessariamente que as pessoas (...) vão ficar juntas (...). Por vezes, o sucesso acontece quando as pessoas se libertam do peso que é estar naquela relação"*.

Tema 5: Balões de oxigénio

Finalmente, os profissionais salientam que, para o trabalho em equipa ser sustentável, a psicopatologia não pode ocupar todo o espaço na relação, sendo importante criar "*balões de oxigénio*" individuais e partilhados.

Preservar o eu além da psicopatologia implica, segundo os profissionais, manter autonomia, atividades próprias e uma rede de apoio diversificada. PC1 refere, por exemplo, a importância de *"sair ou ir treinar"* e de *"ter outras relações com quem possa falar (...), desanuviar"*. Esta diversificação permite responder às necessidades da pessoa diagnosticada sem concentrar todo o suporte no parceiro, que assume um papel complementar e não exclusivo: *"o parceiro romântico não substitui os amigos, uma conversa com amigos, um passeio com amigos (...), se estiver tudo em cima do parceiro, claro que fica sobrecarregado"* (PC1). Esta leitura é consistente com estudos que identificam redes externas como protetoras da sobrecarga e facilitadoras de estratégias adaptativas de coping diádico (Pinto, 2024; Landolt et al., 2023).

O investimento no desenvolvimento pessoal surge também como facilitador, contribuindo para reforçar a perceção de competência. PC2 destaca a importância de equilibrar o investimento no outro com o investimento pessoal, sugerindo *"refletir sobre o quanto é que dedica a si como dedica à parceira ou parceiro (...), as duas coisas podem coexistir!"*. Esta articulação entre autonomia e proximidade aproxima-se da literatura sobre diferenciação do self, que associa a preservação de interesses e recursos próprios, em simultâneo com uma ligação positiva ao parceiro, a maior intimidade e satisfação na relação (Ferreira, 2013). A identidade conjugal pode, assim, construir-se sem anular as individualidades que a compõem (Rosa, 2010; Fonseca, 2011).

Os profissionais destacam também a importância de preservar o nós além da psicopatologia, mantendo tempo de qualidade e momentos de intimidade não centrados no diagnóstico. Segundo PC1, "*uma tentativa de manter alguns rituais do casal ajuda"*, mesmo

quando estes necessitam de ser ajustados às necessidades da pessoa diagnosticada em períodos de maior intensidade sintomatológica. Tal pode, assim, implicar encontrar novas formas de sustentar aquilo que é significativo para o casal. Esta preservação encontra suporte na literatura, que identifica a manutenção de papéis, atividades e experiências positivas do casal como um recurso protetor para o funcionamento relacional (South, 2021; Gómez-López et al., 2019; Stanton & Campbell, 2014).

Os profissionais alertam também para o risco de a psicopatologia ocupar excessivamente a dinâmica a dois. Como refere PC2, *"quanto mais a relação se foca exclusivamente nisto* (diagnóstico)*, maior a tendência para nos perdermos daquilo que alimenta positivamente a relação"*. Esta centralidade tem sido associada a padrões comunicacionais mais disfuncionais e à perda progressiva da identidade relacional para além da doença (Jarnecke et al., 2016).

Torna-se, assim, importante criar "*balões de oxigénio*" que preservem momentos de proximidade, prazer e conexão. Como sintetiza PC2, trata-se de *"aproveitar momentos da relação que não sejam sobre esta doença, o que é que somos para além disto (...). Quanto mais potenciarmos este funcionamento (...), tendencialmente mais fácil vai ser conseguirmos viver numa relação para além da psicopatologia que nos acomete"*.

3. Integração das perspetivas sobre a vivência da psicopatologia

A integração das duas perspetivas abordadas acima permite aprofundar a compreensão da vivência da psicopatologia na relação, articulando uma perspetiva imersa na experiência com um olhar clínico sobre os processos relacionais.

No cruzamento destes contributos, ressaltam-se diversas comunalidades, nomeadamente o impacto da psicopatologia na comunicação e gestão de conflitos- tendo os psicólogos mencionado efeitos observados nos relatos das participantes (como irritabilidade, sensibilidade, reatividade e menor tendência à partilha) - e sexualidade, bem como a relevância do papel do parceiro. Convergem ainda na importância da preservação da individualidade, do trabalho em equipa e possibilidade de expressão da vulnerabilidade.

Este cruzamento permite ainda ampliar a compreensão dos processos de adaptação relacionais. O silêncio, por exemplo, é descrito pelas participantes femininas sobretudo como tentativa de proteção da relação, enquanto os profissionais salientam os seus potenciais efeitos

nocivos a longo prazo, como o bloqueio do coping diádico e aumento da incompreensão e solidão. Já na acomodação relacional, as mulheres focam-se maioritariamente no ajustamento do parceiro à psicopatologia, enquanto os profissionais enfatizam a necessidade de uma adaptação bidirecional.

Os relatos dos profissionais acrescentam, assim, dimensões menos explicitadas nas narrativas femininas, como a desmistificação da idealização do parceiro enquanto "salvador", a responsabilização da pessoa diagnosticada e a distinção entre igualdade e equidade na distribuição do apoio. Também o género e o estigma, presentes de forma mais velada nos discursos das participantes, adquiriram maior centralidade nas narrativas dos profissionais, que os enquadraram como fatores capazes de influenciar expectativas e respostas relacionais.

Relativamente ao género, as participantes femininas referiram sobretudo assimetrias na gestão emocional e quotidiana da relação, sendo atribuída às mulheres maior iniciativa ao abordar temas emocionais, enquanto os parceiros tendiam a assumir posições mais práticas ou retraídas. Como refere P4, *"os homens geralmente são ensinados a resolver as coisas de casa e fazer as coisas mais práticas e as mulheres são ensinadas a cuidar da parte (...) do afeto, do amor, da relação"*. Surgiram ainda diferenças nas responsabilidades domésticas e expectativas sexuais, por vezes associadas à socialização prévia dos parceiros e a sentimentos de culpa perante menor disponibilidade sexual. Estas experiências encontram paralelo na literatura sobre gestão emocional no casal (Jack, 2011; Rauer et al., 2014).

O olhar dos profissionais permitiu aprofundar esta dimensão, sendo salientada nos homens uma maior tendência ao retraimento e "invulnerabilidade" perante o sofrimento, e nas mulheres maior verbalização, envolvimento e procura de informação sobre o diagnóstico. Esta expressão feminina entra em paradoxo com a socialização para a resistência face ao sofrimento, o que poderá dificultar o reconhecimento das necessidades do outro e a qualidade do apoio.

Foi ainda salientada a pressão social sobre o desempenho doméstico e sexual feminino, o que poderá intensificar sentimentos de insuficiência. Estas influências devem, contudo, ser entendidas como socialmente construídas e não universais (McKenzie et al., 2022; Pinto & Corradi-Webster, 2023), existindo estudos que identificam mais semelhanças do que diferenças entre géneros em contextos semelhantes (Woodin, 2011; Pinto, 2024). Deste modo, os resultados não permitem concluir que o género seja um fator determinante, mas antes uma lente social que se articula com a relação.

Os psicólogos introduziram ainda a possibilidade de a adaptação não implicar necessariamente a manutenção da relação. Perante desencontros persistentes e recursos insuficientes, a rutura pode, em alguns casos, constituir um trajeto possível.

Em suma, a articulação das duas perspetivas permitiu construir uma compreensão mais abrangente e contextualizada da vivência da psicopatologia na relação amorosa. Enquanto as mulheres deram acesso à experiência concreta deste fenómeno, os profissionais contribuíram para aprofundar e enquadrar processos menos explicitados nos seus relatos. Adicionam, igualmente, a dimensão do "depende" e da singularidade da experiência, reforçando a natureza contextual e não determinista do impacto da psicopatologia na díade.

Deste cruzamento ressalta uma vivência multidimensional, cujo impacto depende não apenas da sintomatologia, mas também da resposta do parceiro, dos recursos relacionais prévios e da capacidade de comunicar, ajustar e preservar simultaneamente o vínculo e a individualidade, reforçando a sua natureza contextual e não determinista.

CONCLUSÃO

A presente investigação visou compreender a vivência da psicopatologia nas relações românticas, articulando perspetivas de mulheres com diagnóstico psicopatológico e de psicólogos clínicos.

Os resultados evidenciaram uma experiência multidimensional e complexa, com impacto na comunicação e gestão de conflitos, intimidade, sexualidade e organização do quotidiano. Para algumas das participantes, esta vivência assumiu a forma de uma sombra de insuficiência, marcada por culpa, autocobrança e receio de constituir um peso, e podendo traduzir-se em menor disponibilidade, isolamento, silenciamento ou maior reatividade. Os resultados do estudo convergiram, de forma global, com a literatura, embora o impacto da psicopatologia na relação varie consoante a sintomatologia e recursos disponíveis.

Neste contexto, o papel do parceiro foi percecionado como particularmente complexo, situado entre o amparo e o desgaste. A sua presença, compreensão e disponibilidade foram percecionadas como facilitadoras da adaptação, enquanto a invalidação ou falta de apoio foram associadas a solidão, retraimento e em dificuldade em procurar ajuda.

A psicopatologia parece, assim, funcionar como um espelho do casal, tornando mais visíveis tanto os alicerces como as fragilidades previamente existentes no "nós". O corpo e a intimidade podem igualmente tornar-se espaços onde estas dificuldades se expressam, atuando simultaneamente como um reflexo e fronteira da experiência psicopatológica. A comunicação construtiva, validação e orientação conjunta para a resolução de problemas favoreceram o ajustamento, enquanto dificuldades prévias na expressão de necessidades e reduzida disponibilidade emocional tenderam a agravá-lo. Para algumas participantes diagnosticadas, as exigências associadas à psicopatologia contribuíram ainda para o desenvolvimento de novas competências, promovendo compreensão mútua e o fortalecimento da relação. Neste sentido, o ajustamento implicou frequentemente a renegociação de necessidades, limites e formas de proximidade.

O olhar dos profissionais permitiu ampliar a compreensão sobre esta vivência. As dificuldades relatadas pelas participantes encontraram paralelo na perspetiva dos clínicos, sendo reforçada a relevância de processos como a comunicação, o apoio e adaptação relacional. Para além destas comunalidades, a perspetiva dos profissionais permitiu aprofundar dimensões menos explicitadas nas narrativas das mulheres, enquadrando a experiência relacional num

contexto mais amplo. Neste sentido, estes sublinharam o papel do estigma e das interpretações erróneas atribuídas ao diagnóstico. Evidenciaram ainda o peso invisível do género, bem como os riscos associados ao mito do parceiro salvador, sobretudo quando o apoio se transforma numa responsabilidade centrada num único elemento da díade. São salientados, assim, os benefícios de uma interdependência saudável.

Na perspetiva dos profissionais, o casal parece mover-se sobre uma corda bamba, num esforço de funcionar enquanto equipa. Este trabalho surge como um recurso central, sustentado pela qualidade prévia da relação, disponibilidade para a vulnerabilidade, comunicação ajustada e capacidade de negociar conflitos e expectativas. A preservação de "balões de oxigénio", através de redes de apoio e momentos não centrados na psicopatologia, permite igualmente cuidar do "eu" e do "nós" além do diagnóstico. Os psicólogos referem ainda que a adaptação não implica necessariamente manter a relação, podendo a rutura constituir um desfecho possível.

Em suma, a psicopatologia não determina, por si só, a qualidade ou estabilidade da relação. O seu impacto parece resultar da interação entre sintomatologia, características individuais, recursos relacionais e contexto social. Mais do que um diagnóstico, a forma como o casal se compreende, comunica e gere as dificuldades é o que parece condicionar verdadeiramente a sua vivência.

Implicações, limitações e sugestões para estudos futuros

Este estudo apresenta limitações a ser consideradas. Primeiramente, o tamanho reduzido da amostra, tanto no grupo feminino como no grupo de profissionais, limita a amplitude e aprofundamento das perspetivas analisadas. Adicionalmente, o foco exclusivo em mulheres em relações heterossexuais, embora tenha permitido explorar o peso do género, limita a compreensão de outras identidades de género e configurações relacionais.

Seria igualmente relevante a inclusão dos parceiros românticos das participantes, de forma a compreender como estes percecionam os mesmos fenómenos e em que medidas as suas perspetivas convergem ou divergem. Acresce que os dados foram recolhidos num único momento, não permitindo compreender a evolução das perceções ao longo do tempo. O período decorrido desde o diagnóstico diferiu também entre as participantes, podendo corresponder a diferentes fases de adaptação à psicopatologia e ao seu impacto relacional. Neste sentido,

estudos longitudinais permitiriam acompanhar estas experiências ao longo do percurso relacional, explorando possíveis transformações associadas às diferentes fases da relação e à adaptação ao diagnóstico. Finalmente, apesar de as participantes brasileiras residirem em Portugal há vários anos, os diferentes contextos socioculturais de origem poderão ter influenciado os significados atribuídos às experiências relacionais, dimensão que não foi especificamente explorada neste estudo.

Para estudos futuros, seria interessante ampliar a diversidade da amostra, aprofundar diagnósticos menos estudados e realizar uma investigação semelhante com homens diagnosticados, bem como utilizar um formato longitudinal.

Apesar destas limitações, cremos que o estudo contribuiu para a compreensão da psicopatologia nas relações românticas, ainda que pelo olhar das parceiras femininas, integrando fatores individuais, relacionais e socioculturais, como o género, o estigma e as expectativas sociais. Um contributo particularmente relevante reside no cruzamento entre as perspetivas das mulheres e dos psicólogos clínicos, abordagem ainda pouco explorada neste domínio, que permitiu identificar comunalidades e aprofundar a compreensão dos processos envolvidos. A inclusão do olhar dos profissionais constitui, assim, um elemento distintivo do estudo, ao favorecer uma leitura mais integrada e sistémica da vivência da psicopatologia em contexto amoroso, evidenciando também a forma como expectativas associadas aos papéis de género podem enquadrar as experiências das mulheres e as dinâmicas relacionais.

Para a prática clínica, os resultados sugerem a relevância de considerar em psicoterapia conjugal não só os processos internos e individuais dos parceiros, como também a desconstrução de mitos de salvação mútua e o estabelecimento de fronteiras. Poderão ainda ser úteis programas psicoeducativos que informem ambos os parceiros sobre o diagnóstico e incluam planos de autocuidado para paciente e respetivo companheiro, promovendo a diversificação da rede de apoio: "*cuidar de si para cuidar do outro"* (PC2). Sobretudo, parece de inegável relevância a adoção de um olhar casuístico, sistémico e aprofundado, atento à singularidade de cada situação.

Em última instância, compreender a psicopatologia em contexto amoroso implica reconhecer que esta pode atravessar a relação sem a definir. Entre o "eu" e o "nós", o ajustamento mútuo parece depender menos da ausência de dificuldades e mais da construção da capacidade de escutar, compreender e reconfigurar a relação, preservando simultaneamente a individualidade e o vínculo. No fundo, viver a psicopatologia a dois não implica encontrar uma

forma de a resolver, mas descobrir formas de continuar a existir- individual e conjuntamente, entre o eu e o nós-, para além dela.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Abbey, R. D., Clopton, J. R., & Humphreys, J. D. (2007). Obsessive–compulsive disorder and romantic functioning. *Journal of Clinical Psychology*, *63*(12), 1181–1192. https://doi.org/10.1002/jclp.20423

Aguilera-Serrano, C., Chacón Cabanillas, R., González Morales, B., Ali Delgado, A., Díaz Castillo, S., Plaza del Pino, M. D., & Fernández Guillén, M. (2018). Delimitando la coerción y los cuidados enfermeros en salud mental: Una aproximación cualitativa. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, (20), 19–26. https://doi.org/10.19131/rpesm.0222

Aldwin, C. M., & Revenson, T. A. (1987). Does coping help? A reexamination of the relation between coping and mental health. *Journal of Personality and Social Psychology*, *53*(2), 337–348. https://doi.org/10.1037/0022-3514.53.2.337

Allen, E., Banford Witting, A., & Bradford, A. (2026). The dyadic coping inventory and mental health across various stress contexts: A decade in review. *The American Journal of Family Therapy*, *54*(2), 197–221. https://doi.org/10.1080/01926187.2025.2527610

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

American Psychiatric Association. (2022). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed., text rev.). https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425787

American Psychological Association. (n.d.). *APA dictionary of psychology*. Retrieved August 20, 2026, from https://dictionary.apa.org/intimacy

Azorin, J.-M., Lefrere, A., & Belzeaux, R. (2021). The impact of bipolar disorder on couple functioning: Implications for care and treatment. A systematic review. *Medicina*, *57*(8), 771. https://doi.org/10.3390/medicina57080771

Barry, R. A., Barden, E. P., & Dubac, C. (2019). Pulling away: Links among disengaged couple communication, relationship distress, and depressive symptoms. *Journal of Family Psychology*, *33*(3), 280–293. https://doi.org/10.1037/fam0000507

Baucom, D. H., Belus, J. M., Adelman, C. B., Fischer, M. S., & Paprocki, C. (2014). Couple-based interventions for psychopathology: A renewed direction for the field. *Family Process, 53*(3), 445–461. https://doi.org/10.1111/famp.12075

Ben-Naim, S., Marom, I., Krashin, M., Gifter, B., & Arad, K. (2017). Life with a partner with ADHD: The moderating role of intimacy. *Journal of Child and Family Studies*, *26*(5), 1365–1373. https://doi.org/10.1007/s10826-016-0653-9

Bhatia, V., & Davila, J. (2017). Mental health disorders in couple relationships. In J. Fitzgerald (Ed.), *Foundations for couples' therapy: Research for the real world* (pp. 268–278). Routledge. https://doi.org/10.4324/9781315678610-27

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. (1995). A systemic-transactional conceptualization of stress and coping in couples. *Swiss Journal of Psychology, 54*(1), 34–49.

Bodenmann, G. (2005). Dyadic coping and its significance for marital functioning. In T. A. Revenson, K. Kayser, & G. Bodenmann (Eds.), *Couples coping with stress: Emerging perspectives on dyadic coping* (pp. 33–49). American Psychological Association. https://doi.org/10.1037/11031-002

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

Bowlby, J. (1982). Attachment and loss: Retrospect and prospect. *American Journal of Orthopsychiatry, 52*(4), 664–678. https://doi.org/10.1111/j.1939-0025.1982.tb01456.x

Bowlby, J. (1969). *Attachment and loss: Vol. 1. Attachment*. Basic Books.

Braun, V., & Clarke, V. (2019). Reflecting on reflexive thematic analysis. *Qualitative Research in Sport, Exercise and Health*, *11*(4), 589–597. https://doi.org/10.1080/2159676X.2019.1628806

Braun, V., & Clarke, V. (2021). *Thematic analysis: A practical guide*. SAGE.

Braun, V., & Clarke, V. (2023). Toward good practice in thematic analysis: Avoiding common problems and be(com)ing a knowing researcher. *International Journal of Transgender Health*, *24*(1), 1–6. https://doi.org/https://doi.org/10.1080/26895269.2022.2129597

Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, *3*(2), 77–101. https://doi.org/10.1191/1478088706qp063oa

Canu, W., & Carlson, C. L. (2003). Differences in heterosocial behavior and outcomes of ADHD-symptomatic subtypes in a college sample. *Journal of Attention Disorders, 6*(3), 123-133. https://doi.org/10.1177/108705470300600304

Carvalho, D., Querido, A., Tomás, C., Gomes, J., & Cordeiro, M. (2020). O que sabem e pensam os enfermeiros sobre a doença mental: Estudo do conhecimento e atitudes estigmatizantes em saúde mental. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, (Spe7), 65–71. https://doi.org/10.19131/rpesm.0249

Chambless DL, Bryan AD, Aiken LS, Steketee G, Hooley J.M. (2001). Predicting expressed emotion: A study with families of obsessive-compulsive and agoraphobic outpatients. *Journal of Family Psychology, 15*(2), 225–240. https://doi.org/10.1037/0893-3200.15.2.225

Crago, M. A. (1972). Psychopathology in married couples. *Psychological Bulletin, 77*(2), 114–128. https://doi.org/10.1037/h0032232

Cousseau, J. (2019). *Sintomas depressivos e relacionamentos conjugais: Uma revisão sistemática da literatura* [Trabalho de graduação, Universidade de Caxias do Sul]. Repositório Institucional da Universidade de Caxias do Sul. https://repositorio.ucs.br/11338/5041

Cramer, D. (2004). Emotional support, conflict, depression, and relationship satisfaction in a romantic partner. *The Journal of Psychology*, *138*(6), 532–542. https://doi.org/10.3200/JRLP.138.6.532-542

Dattilio, F. M. (2010). *Cognitive-behavior therapy with couples and families: A comprehensive guide for clinicians.* Guilford Press.

Desille, A. E., & Alba, B. (2026). It's not you, "it's me": Sexual experiences and sexual satisfaction in an ADHD sample. *Archives of Sexual Behavior, 55*(3), 1391–1400. https://doi.org/10.1007/s10508-025-03386-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

Epstein, N. B., & Zheng, L. (2017). Cognitive-behavioral couple therapy. *Current Opinion in Psychology, 13*, 142–147. https://doi.org/10.1016/j.copsyc.2016.09.004

Erickson, C. (2022). he give and take of mental health and romantic relationships. *Canadian Journal of Family and Youth / Le Journal Canadien de Famille et de La Jeunesse*, *14*(2), 51–60. https://doi.org/10.29173/cjfy29765

Falconier, M. K., & Kuhn, R. (2019). Dyadic coping in couples: A conceptual integration and a review of the empirical literature. *Frontiers in Psychology, 10*, Article 571. https://doi.org/10.3389/fpsyg.2019.00571

Ferreira, L. (2013). *Intimidade e desejo sexual nas relações de casal: O paradoxo da diferenciação conjugal* [Tese de doutoramento, Universidade de Lisboa]. Repositório da Universidade de Lisboa. http://hdl.handle.net/10316/31617

Fischer, M. S., Baucom, D. H., & Cohen, M. J. (2016). Cognitive-behavioral couple therapies: Review of the evidence for the treatment of relationship distress, psychopathology, and chronic health conditions. *Family Process*, *55*(3), 423–442. https://doi.org/10.1111/famp.12227

Flory, K., Molina, B. S. G., Pelham, W. E., Jr., Gnagy, E., & Smith, B. (2006). Childhood ADHD predicts risky sexual behavior in young adulthood. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology, 35*(4), 571–577. https://doi.org/10.1207/ s1537 4424j ccp35 04_8

Fonseca, S. (2011). *Do namoro ao casamento: Histórias que se constroem – exploração de significados, expectativas, conflito e amor.* [Dissertação de mestrado, Universidade do Porto]. https://doi.org/10.34626/9m3j-fn94

Fredman, S. J., Lee, J., Le, Y., Taverna, E., & Marshall, A. D. (2025). Associations among PTSD symptoms, fear of emotion, and couple communication difficulties: A between-person dyadic analysis. *Behaviour Research and Therapy*, *184,* 104666. https://doi.org/10.1016/j.brat.2024.104666

Fruzzetti, A. E., & Iverson, K. M. (2006). Intervening with couples and families to treat emotion dysregulation and psychopathology. In D. K. Snyder, J. A. Simpson, & J. N. Hughes (Eds.), *Emotion regulation in couples and families: Pathways to dysfunction and health* (pp. 249–267). American Psychological Association. https://doi.org/10.1037/11468-012

Garcia, R. S. M. (2006). *"Quando um cônjuge está deprimido"...: O papel da vinculação, do suporte conjugal e das estratégias de coping na adaptação conjugal à depressão* [Dissertação de mestrado, Universidade de Lisboa]. Repositório da Universidade de Lisboa. http://hdl.handle.net/10451/29897

Gil, I. (2015). Estigma e doença mental. In M. J. Quartilho (Ed.), *Cadernos de psiquiatria social e cultural* (pp. 59–76). Imprensa da Universidade de Coimbra. https://doi.org/10.14195/978-989-26-0968-3_3

Gómez-López, M., Viejo, C., & Ortega-Ruiz, R. (2019). Well-being and romantic relationships: A systematic review in adolescence and emerging adulthood. *International Journal of Environmental Research and Public Health, 16*(13), 2415. https://doi.org/10.3390/ijerph16132415

Halford, W. K., Bouma, R., Kelly, A., & Young, R. M. (1999). Individual psychopathology and marital distress. *Behavior Modification*, *23*(2), 179–216. https://doi.org/10.1177/0145445599232001

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. https://doi.org/10.1111/j.1545-5300.2007.00228.x

Hermosillo, D. R. (2024). A*DHD and intimate relationships: How does ADHD impact intimate relationships and what are the common themes noticed by professionals?* [Dissertação de doutoramento, The Chicago School of Professional Psychology].

Idstad, 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

Jack, D. C. (2011). Reflections on the silencing the self scale and its origins. *Psychology of Women Quarterly, 35*(3), 523-529. https://doi.org/10.1177/0361684311414824

Jarnecke, A. M., Reilly, M. S., & South, S. C. (2016). Internalizing and externalizing symptoms and marital relationship functioning: The mediating role of demand–withdraw communication processes. *Journal of Marital and Family Therapy, 42*(3), 509–524. https://doi.org/10.1111/jmft.12153

Javier, S. J., Risbud, R., Rossi, F. S., Slightam, C., Aikens, J., Guetterman, T., Piette, J. D., & Trivedi, R. (2024). Improving depression management with support from close others: A thematic analysis of individuals with depression and their partners in care. *Chronic Illness*, *20*(2), 283-295. https://doi.org/10.1177/17423953231175690

Johnson, S. M. (2008). *Hold me tight: Seven conversations for a lifetime of love*. Little, Brown and Company.

Kahveci Öncü, B., & Tutarel Kişlak, Ş. (2022). Marital adjustment and marital conflict in individuals diagnosed with ADHD and their spouses. *Archives of Neuropsychiatry, 59*(2), 127–132. https://doi.org/10.29399/npa.27502

Karney B. R., Bradbury T. N. (1995). The longitudinal course of marital quality and stability: a review of theory, methods, and research. *Psychological Bulletin, 118*(1), 3–34. https://doi.org/10.1037/0033-2909.118.1.3

Kasalova, P., Prasko, J., Holubova, M., Vrbova, K., Zmeskalova, D., Slepecky, M., & Grambal, A. (2018). Anxiety disorders and marital satisfaction. *Neuro Endocrinology Letters, 38*(8), 555–564.

Kasalova, P., Prasko, J., Holubova, M., Vanek, J., Ociskova, M., Minarikova, K., Chupacova, M., Kantor, K., Kolek, A., Sollár, T., Nesnidal, V., Zatkova, M., Slepecky, M., & Barnard, L. (2020). Marriage in a panic: Panic disorder and intimate relationships. *Neuro Endocrinology Letters, 41*(4), 179–194.

Kolb, K., Liu, J., & Jackman, K. (2023). Stigma towards patients with mental illness: An online survey of United States nurses. *International Journal of Mental Health Nursing, 32*(1), 323–336. https://doi.org/10.1111/inm.13084

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

Landolt, S. A., Weitkamp, K., Roth, M., Sisson, N. M., & Bodenmann, G. (2023). Dyadic coping and mental health in couples: A systematic review. *Clinical Psychology Review*, *106*, 102344. https://doi.org/10.1016/j.cpr.2023.102344

Li, P.-F., & Johnson, L. N. (2018). Couples' depression and relationship satisfaction: examining the moderating effects of demand/withdraw communication patterns. *Journal of Family Therapy*, *40*, 63–S85. https://doi.org/10.1111/1467-6427.12124

Lo Hog Tian, J. M., Watson, J. R., Cioppa, L., Murphy, M., Boni, A. R., Parsons, J. A., Maunder, R. G., & Rourke, S. B. (2025). The role of dimensions of social support in the relationship between stigma and mental health: A moderation analysis. *AIDS and Behavior, 29*(1), 155–165.https://doi.org/10.1007/s10461-024-04506-9

Loureiro, L., Rosa, A., Pimentel, C., Cunha, S., Costa, L., Correia, S., Morgado, T., Marques, A., Santos, D., & Albino, M. (2020). Primeira ajuda em saúde mental: Contributo do

programa para o incremento da literacia em saúde mental dos estudantes do ensino superior. *Revista Portuguesa de Investigação Comportamental e Social, 6*(2), 24–38. https://doi.org/10.31211/rpics.2020.6.2.184

Luginbuehl, T., Liu, D. Y., Miller, J. V., & Davila, J. (2026). Romantic relationships and depression. In J. W. Pettit, T. M. Olino, R. C. Boyd, B. C. Chu, E. P. Hayden, & D. A. Pizzagalli (Eds.), *APA handbook of depression: Classification, co-occurring conditions, and etiological processes* (pp. 581–600). American Psychological Association. https://doi.org/10.1037/0000437-032

McKenzie, S. K., Oliffe, J. L., Black, A., & Collings, S. (2022). Men's experiences of mental illness stigma across the lifespan: A scoping review. *American Journal of Men's Health, 16*(1), 15579883221074789. https://doi.org/10.1177/15579883221074789

McLeod J.D. (1994). Anxiety disorders and marital quality. *Journal of Abnormal Psychology, 103*(4), 767–776. https://doi.org/10.1037/0021-843X.103.4.767

Merwin, K. E., O'Sullivan, L. F., & Rosen, N. O. (2017). We need to talk: Disclosure of sexual problems is associated with depression, sexual functioning, and relationship satisfaction in women. *Journal of Sex & Marital Therapy*, *43*(8), 786–800. https://doi.org/10.1080/0092623x.2017.1283378

Mokoena, A. G., Poggenpoel, M., Myburgh, C., & Temane, A. (2019). Lived experiences of couples in a relationship where one partner is diagnosed with a mental illness. *Curationis*, *42*(1). https://doi.org/10.4102/curationis.v42i1.2015

Morgan, P. C., Durtschi, J. A., & Kimmes, J. G. (2018). Sexual and relationship satisfaction associated with shifts in dyadic trajectories of depressive symptoms in german couples across four years. *Journal of Marital and Family Therapy*, *44*(4), 655–670. https://doi.org/10.1111/jmft.12302

Neves, A., & Duarte, C. (2015). Sintomas depressivos, resolução de conflitos e satisfação conjugal em indivíduos num relaconamento. *Psicologia, Saúde & Doença*, *16*(3), 331–344. https://doi.org/10.15309/15psd160305

O'Brien, M., Kini-Seery, C., Kelly, C., Kilbride, K., Wrigley, M., Nearchou, F., & Bramham, J. (2026). "I felt like a burden": An exploration into the experience of romantic relationships for people with ADHD. *Journal of Marital and Family Therapy*, *52*(1). https://doi.org/10.1111/jmft.70097

Patton, M. Q. (2002). *Qualitative research & evaluation methods* (3rd ed.). SAGE Publications.

Penhalber, E., Teixeira, M. de A., Piber, L. de S., & Piber, R. S. (2022). Evidências científicas sobre letramento em saúde. *Bios Papers, 1*(2). https://doi.org/10.18270/bp.v1i2.3923

Pinto, A. L. L., & Corradi-Webster, C. M. (2023). Mulheres, relações afetivo-amorosas e uso de drogas: Vivências e significados. *Estudos de Psicologia (Campinas), 40*. https://doi.org/10.1590/1982-0275202340e220130

Pinto, A. R. C. (2024). *Eu, tu, nós e a psicopatologia: Um estudo qualitativo* [Dissertação de mestrado, Universidade do Porto]. https://doi.org/10.34626/ezrw-vy07

Pinto, M., & Maia, C. (2022). Filhos de pessoas com doença mental e programas de intervenção multidisciplinar em literacia em saúde – uma revisão narrativa das experiências internacionais e portuguesas. *Jornal de Investigação Médica, 3*(2), 25–33. https://doi.org/10.29073/jim.v3i2.665

Priestley, J., McPherson, S., & Davies, F. (2018). Couples' disease: The experience of living with a partner with chronic depression. *Journal of Couple & Relationship Therapy*, *17*(2), 128–145. https://doi.org/10.1080/15332691.2017.1372833

Rauer, A. J., Sabey, A., & Jensen, J. F. (2014). Growing old together: Compassionate love and health in older adulthood. *Journal of Social and Personal Relationships, 31*(5), 677–696. https://doi.org/10.1177/0265407513503596

Resnick, E. M. (2007). *The relations among differing forms of psychopathology symptoms, couple communication, and relationship satisfaction* [Master's thesis, University of Maryland, College Park]. DRUM.

Ropero, J. J. B. (2012). Intervención psicoterapéutica en el trastorno mental grave. *Clínica Contemporánea, 3*(1), 3–23. https://doi.org/10.5093/cc2012a1

Rosa, C. P. (2010). *A identidade dialógica de um prisma empírico: Um estudo da conjugalidade* [Tese de doutoramento, Universidade do Minho].

Sharabi, L. L., Delaney, A. L., & Knobloch, L. K. (2016). In their own words: How clinical depression affects romantic relationships. *Journal of Social and Personal Relationships*, *33*(4), 421–448. https://doi.org/10.1177/0265407515578820

South, S. C. (2021). Pathology in relationships. *Annual Review of Clinical Psychology*, *17*, 577–601. https://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-081219-115420

Stanton, S. C. E., & Campbell, L. (2014). Psychological and physiological predictors of health in romantic relationships: An attachment perspective. *Journal of Personality, 82*(6), 528–538. https://doi.org/10.1111/jopy.12056

Stein, C. H., Redondo, R. A., Simon, S., & Silverman, Z. J. (2024). Strengths, struggles, and strategies: How adults with serious mental illness navigate long-term romantic relationships. *60*(7), 1322–1332. https://doi.org/10.1007/s10597-024-01288-1

Talbot, M., & Thompson-Hollands, J. (2025). Accommodation of posttraumatic stress symptoms: A scoping review of the literature. *Journal of Traumatic Stress, 38*(2), 200–207. https://doi.org/10.1002/jts.23112

Tam, C. L., & Lim, S. G. (2008). A study of marital conflict on measures of social support and mental health problems. *Sunway Academic Journal, 5*, 97–111.

Thorsen, M. L., & Pearce-Morris, J. (2016). Adolescent mental health and dating in young adulthood. *Society and Mental Health, 6*(3), 223-245. https://doi.org/10.1177/2156869316665884

VanderDrift, L. E., Antshel, K. M., & Olszewski, A. K. (2019). Inattention and hyperactivity-impulsivity: Their detrimental effect on romantic relationship maintenance. *Journal of Attention Disorders*, *23*(9), 985-994. https://doi.org/10.1177/1087054717707043

Whisman, M. A., & Baucom, D. H. (2012). Intimate relationships and psychopathology. Clinical Child and Family Psychology Review, 15(1), 4–13. https://doi.org/10.1007/s10567-011-0107-2

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. https://doi.org/10.1037/0021-843X.116.3.638

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., 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://doi.org/10.1037/0022-006x.72.5.830

Wittmund, B., Wilms, H.-U., Mory, C., & Angermeyer, M. C. (2002). Depressive disorders in spouses of mentally ill patients. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology, 37*(4), 177–182. https://doi.org/10.1007/s001270200012

Woodin, E. M. (2011). A two-dimensional approach to relationship conflict: Meta-analytic findings. *Journal of Family Psychology, 25*(3), 325–335. https://doi.org/10.1037/a0023791

Wozniak, J. (2022). Attention-deficit/hyperactivity disorder and problematic romantic relationships in adulthood: A review of the literature. *Spectrum* (*9)*. https://doi.org/10.29173/spectrum158

Wymbs, B. T., Canu, W. H., Sacchetti, G. M., & Ranson, L. M. (2021). Adult ADHD and romantic relationships: What we know and what we can do to help. *Journal of Marital and Family Therapy*, *47*(3), 664-681. https://doi.org/10.1111/jmft.12475

Wymbs, B. T. (2021). Investigating self-control resource depletion as a situational risk factor for aversive interpartner communication by young adults with ADHD. *Journal of Attention Disorders*, *25*(2), 199-208. https://doi.org/10.1177/1087054718779228

ANEXOS

Tabela 1

Caracterização das participantes com diagnóstico psicopatológico

Participante	Idade	Diagnóstico	Duração da relação	Coabitação	Tempo de diagnóstico
P1	26	Perturbação dissociativa conversiva	4 anos e 10 meses	Sim	4 anos
P2	25	Episódio Depressivo Major	5 anos	Sim	1 mês
P3	35	PHDA e ataques de pânico recorrentes	10 anos	Sim	7 anos
P4	37	PHDA	10 anos	Sim	2 anos
P5	23	Perturbação Depressiva Major e sintomatologia ansiosa significativa	5 anos	Não	10 anos

Tabela 2

Temas e subtemas sobre a perceção das participantes diagnosticadas no impacto da psicopatologia na relação

Temas	Subtemas
A sombra da insuficiência e o peso invisível: a psicopatologia como motor da culpa e auto-cobrança	S1: A psicopatologia como intrusa na relação S2: "Ser um peso": a culpa, insuficiência e medo de falhar S3: O paradoxo do silêncio protetor
Entre o amparo e o desgaste: o papel multifacetado do parceiro	S1: A presença que ampara S2: O desencontro que distancia S3: O cuidado que pesa
O espelho da crise: quando a psicopatologia revela os alicerces e fendas do nós	S1: Quando as fendas se abrem S2: Quando os alicerces resistem
O corpo como espelho e fronteira: a intimidade sob a sombra da psicopatologia	
Aprender a falar a língua da psicopatologia: a renegociação do nós	S1: Construção de uma linguagem comum S2: Renegociação do quotidiano a dois

Tabela 3

Temas e subtemas sobre a perceção de psicólogos clínicos no impacto da psicopatologia na relação

Temas	Subtemas
O elefante na sala: para além da sombra do rótulo	S1: O rótulo que aprisiona S2: Para além do rótulo
O peso invisível do género na vivência da psicopatologia	S1: O peso das expectativas S2: Da expectativa à relação
O mito do parceiro salvador	S1: O pedestal da idealização S2: Os limites da salvação S3: Da salvação à parceria
A corda bamba do trabalho em equipa	S1: Dois jogadores, diferentes papéis

	S2: Jogar do mesmo lado
	S3: Os alicerces da equipa
Balões de oxigénio	S1: Preservar o eu além da psicopatologia
	S2: Preservar o nós além da psicopatologia

Apêndice 1

Documento de declaração do 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: _____

- ☐ Fui informado(a) sobre os objetivos, procedimentos e condições de participação neste estudo.
- ☐ Aceito participar de forma voluntária.
- ☐ Aceito a gravação em áudio da entrevista.

Participante: _____

Investigadora: _____

Data: ____ / ____ / _____

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

APA: American Psychological Association

ATR: Análise Temática Reflexiva

PHDA: Perturbação de Hiperatividade e Défice de Atenção