

O papel do ajustamento diádico na sintomatologia psicopatológica e qualidade de vida de doentes com perturbação psiquiátrica e dos parceiros saudáveis

Stephanie Alves* / Marco Pereira* / Catarina Janeiro** / Isabel Narciso** / Maria Cristina Canavarro*

* CINEICC – Centro de Investigação do Núcleo de Investigação e Intervenção Cognitivo-Comportamental, Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra;

** Faculdade de Psicologia da Universidade de Lisboa

O objetivo do presente estudo consistiu em avaliar o ajustamento individual e conjugal de casais num contexto de perturbação psiquiátrica de um dos seus membros, explorando-se o papel dos indicadores de ajustamento diádico na sintomatologia psicopatológica e qualidade de vida do doente e do parceiro saudável. A amostra foi constituída por 108 casais, 54 casais onde um elemento tem uma perturbação diagnosticada (27 casais em que o doente identificado era a mulher e 27 casais em que o homem era o elemento doente) e 54 casais da população geral. O protocolo de avaliação incluiu o Inventário de Sintomas Psicopatológicos (BSI), o índice de qualidade de vida EUROHIS-QOL-8 e a Escala de Ajustamento Diádico – Revista (EAD-R). Os resultados mostraram que os casais dos grupos clínicos apresentaram valores mais baixos de qualidade de vida e mais elevados de sintomatologia depressiva e ansiosa, comparativamente aos casais da população geral. As mulheres cujo parceiro estava doente demonstraram um ajustamento individual semelhante ao apresentado pelas mulheres com perturbação psiquiátrica diagnosticada. O ajustamento diádico dos casais dos grupos clínicos também se revelou inferior ao dos casais da população geral. O ajustamento diádico apenas se associou significativamente ao ajustamento individual quer do próprio, quer do parceiro nos casais em que o homem era o doente. Os diferentes padrões de ajustamento parecem relacionar-se com as especificidades da população clínica, do sexo do elemento doente e da duração do quadro clínico. Os resultados observados enfatizam a importância de se assumir uma perspetiva diádica neste contexto, sendo discutidas as subseqüentes implicações clínicas.

Palavras-chave: Ajustamento diádico, Casal, Psicopatologia, Qualidade de vida, Sintomatologia psicopatológica.

INTRODUÇÃO

O impacto negativo que os problemas de saúde mental assumem na vida dos indivíduos tem vindo a ser demonstrado, particularmente no que respeita à vida conjugal e ao bem-estar do parceiro saudável (Benazon & Coyne, 2000; van Wijngaarden, Schene, & Koeter, 2004; Wittmund, Wilms,

Marco Pereira é apoiado por uma Bolsa de Pós-Doutoramento da Fundação para a Ciência e Tecnologia (FCT) (SFRH/BPD/44435/2008).

A correspondência relativa a este artigo deverá ser enviada para: Stephanie Alves, CINEICC – Centro de Investigação do Núcleo de Investigação e Intervenção Cognitivo-Comportamental, Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra, Rua do Colégio Novo, Apartado 6153, 3001-802 Coimbra. E-mail: stephanie.alves17@hotmail.com

Mory, & Angermeyer, 2002). Este impacto poder-se-á refletir em padrões de comunicação, resolução de conflitos e interação disfuncionais (Heene, Buysee, & van Oost, 2007), interferir com as rotinas, gerar stress e sobrecarga na relação (Whisman, 1999), resultando num afastamento do apoio dado e recebido e num aumento de conflitos conjugais (Whisman & Baucom, 2012).

No contexto das perturbações psiquiátricas, é sobretudo no âmbito da depressão que a investigação empírica se tem focado (Kouros & Cummings, 2011; Røsand et al., 2012; Whisman & Baucom, 2012), sugerindo que a presença de sintomatologia depressiva num dos elementos pode ter repercussões negativas importantes no funcionamento da relação (e.g., Beach & Bodenmann, 2010; Heene et al., 2007; Whisman & Uebelacker, 2009). Este impacto traduz-se em interações conjugais conflituosas, pautadas por uma comunicação, expressão de afetos e estratégias de resolução de problemas disfuncionais e falta de positividade verbal e não-verbal, quer percebidas pelo próprio quer pelo parceiro (Beach & Bodenmann, 2010; Coyne, Thompson, & Palmer, 2002; Kouros & Cummings, 2011). Por sua vez, os prejuízos experienciados a esse nível contribuem para o desenvolvimento ou manutenção dos sintomas depressivos (e.g., Beach, Katz, Kim, & Brody, 2003; Kouros & Cummings, 2011; Whisman & Uebelacker, 2009), sendo essa contribuição mais explicitamente percebida nas mulheres (Fincham, Beach, Harold, & Osborne, 1997; Laurent, Kim, & Calpadi, 2009). Também no domínio das perturbações pelo uso de substâncias, o interesse pela compreensão das dinâmicas conjugais tem vindo a crescer, enfatizando-se as repercussões significativas e negativas ao nível do ajustamento conjugal (Leonard & Eiden, 2007; Mudar, Leonard, & Soltysinski, 2001) e satisfação conjugal a longo-prazo, quer percebida pelo elemento consumidor quer pelo parceiro (Homish, Leonard, & Cornelius, 2008; Marshal, 2003; Mudar et al., 2001). Para além disso, o facto de a maioria destes indivíduos apresentar com frequência outros problemas de saúde mental associados (e.g., perturbações de personalidade, perturbações do humor) (Connor, Saunders, & Feeney, 2006; Leonard & Eiden, 2007) pode, por sua vez, acarretar desafios adicionais no seio conjugal (Whisman, 1999).

Adotando uma perspetiva diádica, tem sido documentado que o ajustamento individual de um dos companheiros é importante não apenas para o seu ajustamento conjugal ao longo do tempo, mas também para o ajustamento individual e conjugal do seu parceiro (Whisman & Baucom, 2012). A presença de sintomatologia depressiva num dos elementos pode contribuir não só para uma perceção de pior ajustamento conjugal do próprio, bem como do ajustamento individual (Benazon & Coyne, 2000; Dudek et al., 2001; Idstad, Ask, & Tambs, 2010; Wittmund et al., 2002) e conjugal (Coyne et al., 2002; Kouros & Cummings, 2011; Whisman, Uebelacker, & Weinstock, 2004) do elemento saudável. Outros estudos têm demonstrado que o ajustamento conjugal do elemento doente também se relaciona com o seu pior ajustamento individual bem como o do parceiro (e.g., Beach et al., 2003; Laurent et al., 2009; Røsand et al., 2012). No âmbito dos comportamentos aditivos, observa-se um padrão semelhante no que se refere ao impacto negativo dos consumos não só no ajustamento emocional do consumidor (Homish, Leonard, & Kearns-Bodkin, 2006) como também no ajustamento emocional (Homish et al., 2006; Leonard & Eiden, 2007) e conjugal (Homish et al., 2008; Leonard & Eiden, 2007; Marshal, 2003; Mudar et al., 2001) do parceiro não consumidor.

Em suma, é extensa a investigação empírica que documenta que o funcionamento das relações íntimas e os problemas de natureza mental estão fortemente associados entre si e se influenciam mutuamente (Baucom, Whisman, & Paprocki, 2012; Whisman, 1999, 2007; Whisman & Baucom, 2012). Contudo, o desafio nesta área de investigação deverá não só procurar compreender as dinâmicas conjugais num contexto de perturbação mental, como também num âmbito de promoção de saúde mental e, em particular, de qualidade de vida (QdV). Na área da saúde mental, vários estudos têm demonstrado que problemas desta natureza estão íntima e negativamente relacionados com a QdV percebida pelo próprio. Essa associação seria particularmente significativa em indivíduos com perturbações mentais graves (Evans, Banerjee, Leese, & Huxley, 2007) ou que apresentam perturbações psiquiátricas comórbidas (Gamma & Angst, 2001).

De forma particular, existe evidência empírica relativa ao impacto negativo da sintomatologia depressiva (Hansson & Björkman, 2006; Ishak et al., 2013) e ansiosa (Hansson & Björkman, 2006) na QdV dos indivíduos com problemas desta natureza. Também a QdV dos indivíduos com problemas de natureza aditiva tende a sofrer repercussões negativas, sendo esta agravada quando se encontram associadas outras perturbações do foro mental (Connor et al., 2006; Laudet, 2011). No entanto, poucos estudos (e.g., Angermeyer, Kilian, Wilms, & Wittmund, 2006; Wang & Zhao, 2012) exploraram o impacto da psicopatologia presente num dos cônjuges na QdV do parceiro. A este respeito, Angermeyer et al. (2006) verificaram que a QdV também seria percebida como menos satisfatória por este (quer se trate de homem ou mulher), nomeadamente nos domínios *bem-estar psicológico e relações sociais*. Assim, atendendo à interdependência vivida no seio conjugal (Benazon & Coyne, 2000), é importante explorar também esta questão.

De forma geral, existe evidência de que relações íntimas percebidas como satisfatórias são fontes significativas de apoio social, bem-estar e satisfação com a vida (Be, Whisman, & Uebelacker, 2013), funcionamento psicológico e físico (Beach et al., 2003; Whisman & Baucom, 2012), contribuindo frequentemente para uma melhor QdV (Gamma & Angst, 2001; Khaleque, 2004). Adicionalmente, em contextos de stresse psicológico, alguns autores observaram que um ajustamento diádico avaliado positivamente (quer pelo próprio, quer pelo parceiro) pode atuar como um fator protetor neste contexto, diminuindo a possível expressão de psicopatologia (Baucom, Kirby, & Kelly, 2009; Edwards, Nazroo, & Brown, 1998; Røsand et al., 2011, 2012). De forma semelhante, outros autores observaram que elevados níveis de satisfação conjugal poderão servir de mecanismo protetor relativamente à expressão de sintomatologia depressiva tanto para os homens (Kouros & Cummings, 2011) como para as mulheres (Fincham et al., 1997).

No que respeita à QdV, e no contexto específico da doença mental, pouco se sabe acerca da associação entre o ajustamento diádico e esta variável, quer em relação ao elemento doente quer ao elemento saudável. A investigação tem-se sobretudo focado no contributo de determinantes sociais (e.g., apoio social), cuja presença tende a associar-se a maior QdV, quer percebida pelo doente (Connell et al., 2012; Hansson & Björkman, 2006), quer pelo parceiro (Angermeyer et al., 2006; Wang & Zhao, 2012). Nesta linha, Gamma e Angst (2001) verificaram que o domínio *relações íntimas* de QdV assumia um papel importante no *bem-estar psicológico e físico* das mulheres, comparativamente aos homens, não esclarecendo, contudo, acerca da presença e de comorbilidades de perturbações psiquiátricas observada nestes grupos. Porém, os estudos que exploraram que aspetos do funcionamento conjugal poderiam atuar como protetor num contexto de *distress* emocional do casal são ainda escassos, restringem-se sobretudo à depressão e nem sempre consideram o casal como unidade de análise (Whisman & Baucom, 2012). Neste sentido, constituindo-se como um cenário vulnerável à presença de psicopatologia e como um cenário privilegiado para a promoção de um funcionamento individual e conjugal saudável, parece ser relevante compreender qual o papel que o ajustamento diádico adquire no contexto de uma situação adversa de um dos seus membros.

Face ao exposto, como objetivos do presente estudo, pretende-se: (1) avaliar o ajustamento individual (em termos de *distress* emocional e qualidade de vida) e conjugal de casais que estejam a passar por um problema de saúde mental de um dos seus elementos; (2) avaliar a associação entre o ajustamento diádico (em termos de coesão, consenso e satisfação conjugais) e o ajustamento do doente e do parceiro saudável; e (3) avaliar a existência de possíveis efeitos cruzados entre os indicadores de adaptação dos dois membros do casal. Tendo em conta a revisão bibliográfica, estabelecemos as seguintes hipóteses: H1) espera-se que os casais dos grupos em que um dos elementos apresenta perturbação psiquiátrica apresentem valores mais baixos de QdV e ajustamento diádico e mais elevados de sintomatologia depressiva e ansiosa, comparativamente aos casais da população geral; e, H2) em todos os grupos, espera-se que a um maior ajustamento diádico (consenso, satisfação e coesão) se associem níveis mais baixos de sintomatologia depressiva e ansiosa, e mais elevados de QdV, quer do próprio(a) quer do parceiro(a), esperando-se ainda efeitos mais fortes ao nível da satisfação conjugal.

MÉTODO

Participantes

A amostra foi constituída por 108 casais ($n=216$), divididos em dois grupos clínicos e um grupo de controlo. O primeiro grupo clínico foi composto por 27 casais ($n=54$) em que a mulher tem uma perturbação mental diagnosticada (GCMD), sendo o segundo formado por 27 casais ($n=54$) onde o elemento com um quadro psiquiátrico é o homem (GCHD). O grupo de controlo (GC) foi constituído por uma amostra homóloga de 54 casais ($n=108$) provenientes da população geral, onde nenhum dos elementos tinha uma perturbação mental diagnosticada. As características sociodemográficas da amostra são descritas no Quadro 1. Em termos globais, os participantes são na maioria casados (81.5%) e têm filhos (78.7%), encontram-se empregados (77.3%), vivem em meio urbano (88.9%) e referem religião católica (89.4%). Têm uma idade compreendida entre os 25 e os 76 anos, completaram entre 2 e 17 anos de escolaridade e estão numa relação conjugal que dura entre 1 e 48 anos.

QUADRO 1
Características sociodemográficas da amostra (N=216)

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

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

A análise comparativa dos grupos mostrou a existência de diferenças significativas na generalidade das variáveis analisadas, com exceção das variáveis existência de filhos e religião (cf.

Quadro 1). Globalmente, verificou-se uma maior proporção de participantes casados no GCMD, e de empregados e a viver em meio urbano no GC. Verificou-se ainda que os casais do GCMD eram mais velhos e reportavam uma maior duração da relação conjugal comparativamente ao GCHD ($p < .001$) e ao GC ($p < .01$). Em termos de escolaridade, observou-se que tanto o GCMD como o GCHD apresentam valores significativamente mais baixos comparativamente ao GC ($p < .01$, e $p < .05$, respetivamente).

Relativamente à condição clínica, no GCMD, a maioria refere perturbações do humor (77.8%), particularmente sintomatologia depressiva severa e uma minoria apresenta perturbações do humor comórbidas com outros quadros clínicos, nomeadamente perturbações do comportamento alimentar (3.7%) e perturbações pelo uso de substâncias (3.7%). Quanto ao GCHD, a maioria reporta comorbilidade entre perturbações do humor e perturbações pelo uso de substâncias (maioritariamente alcoolismo crónico) (48.1%), dois participantes reportam apenas perturbações pelo uso de substâncias (7.4%), dois (7.4%) reportam quadros aditivos com comorbilidade com perturbações da personalidade e 2 (7.4%) com perturbações do controlo dos impulsos. Sete participantes mencionam unicamente perturbações do humor (25.9%) e um refere perturbações psicóticas (3.7%). Para o GCMD, a duração média dos problemas psiquiátricos é de 11 anos ($DP=8.25$), sendo de 4.3 anos ($DP=4.50$) no GCHD.

Procedimento

A amostra foi recrutada segundo o método de amostragem não probabilística, por conveniência. Os casais constituintes do grupo clínico foram recrutados no Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra (CHUC) – Hospital Sobral Cid (HSC) e na Clínica Psiquiátrica de S. José, em Lisboa, entre Fevereiro de 2012 e Maio de 2013. Em termos de critérios de inclusão para todos os participantes, definiu-se que os participantes tinham de ter uma idade mínima de 18 anos e de estar casados ou viver em união de facto há pelo menos dois anos. A presença de perturbações cognitivas que impedissem a compreensão e consequente preenchimento do protocolo, e/ou outra condição crónica de saúde no parceiro foram considerados fatores de exclusão. Como critério de inclusão para o grupo clínico, foi considerado obrigatório que apenas um dos elementos do casal estivesse diagnosticado com um problema de saúde mental, sendo a ausência de perturbação mental nos dois elementos do casal fator de exclusão. O único critério de exclusão do grupo de controlo foi que nenhum dos cônjuges tivesse uma perturbação psiquiátrica diagnosticada.

No âmbito das considerações éticas, todos os participantes que concordaram participar foram informados sobre a natureza e os objetivos do estudo, e da confidencialidade e anonimato das respostas aos questionários, estando essa informação presente no consentimento informado que assinaram. Foi entregue a cada membro do casal o protocolo de avaliação dentro de um envelope. Os casais foram instruídos a preenchê-lo de uma forma independente e a devolvê-lo posteriormente devidamente selado.

Instrumentos

Ficha de dados sociodemográficos, clínicos e relacionais/familiares. Nesta ficha, era solicitada informação sobre dados demográficos gerais, história médica e psicopatológica, situação relacional e contexto familiar, e incluía ainda perguntas relacionadas com a história familiar.

Escala de Ajustamento Diádico-Revista (EAD-R; Busby, Christensen, Crane, & Larson, 1995; Versão Portuguesa [VP]: **Pereira, Canavarro, & Narciso, em estudo**). A EAD-R consiste numa medida de autorresposta, que visa avaliar, de forma global, o nível de ajustamento conjugal para casais que estão casados ou vivem em união de facto, permitindo classificá-los quanto à existência

ou não de dificuldades de ajustamento. É composta por 14 itens, sendo as respostas obtidas através de diferentes tipos de escalas de resposta. Na sua organização, é constituída por três subescalas: consenso (i.e., tomada de decisão, valores e afeto; itens 1-6), satisfação (i.e., estabilidade e conflito; itens 7-10) e coesão (i.e., atividades e discussão; itens 11-14), sendo ainda possível a obtenção de um resultado total. No presente estudo, os valores α de Cronbach variaram entre .65 (subescala coesão – GC) e .92 (subescala satisfação – GCHD).

Brief Symptom Inventory (BSI; Derogatis, 1982/1993; VP: Canavarro, 2007). O BSI é composto por 53 itens que avaliam sintomatologia psicopatológica em termos de nove dimensões básicas de psicopatologia e três índices globais. Cada indivíduo classifica o grau em que cada problema o afetou durante a última semana, numa escala de cinco pontos desde Nunca (0) a MUITÍSSIMAS VEZES (4). No presente estudo, apenas foram utilizadas as dimensões de ansiedade e depressão. Nos grupos em estudo, os valores α de Cronbach situaram-se entre .79 (ansiedade – GCHD) e .92 (depressão – GCMD).

EUROHIS-QOL-8 (Power, 2003; VP: Pereira, Melo, Gameiro, & Canavarro, 2011). O EUROHIS-QOL-8 consiste numa medida unidimensional de autoavaliação da QdV, constituída por oito itens (e.g., “Como avalia a sua vida?”). Cada item é respondido através de uma escala de resposta de cinco pontos, variando entre Muito má e Muito boa ou Nada e Completamente ou, ainda, entre Muito insatisfeito(a) e Muito satisfeito(a). A partir do somatório dos oito itens, obtém-se um resultado total, sendo que a um valor mais elevado corresponde uma melhor perceção da QdV. No presente estudo, os valores α de Cronbach variaram entre .77 (GC) e .93 (GCHD).

Análises estatísticas

O tratamento estatístico e análise dos dados foram realizados, recorrendo à versão 20.0 do programa estatístico IBM SPSS (*Statistical Package for the Social Sciences*). Para a caracterização da amostra, recorreu-se à estatística descritiva. Com o objetivo de averiguar a existência de diferenças entre os três grupos constituídos, relativamente às variáveis consideradas, recorremos a análises univariadas da variância (ANCOVA) e análises multivariadas da variância (MANCOVA) de medidas repetidas usando a variável sexo como fator intra-sujeitos (uma vez que os participantes estavam emparelhados em casais – o casal enquanto unidade de análise) e o grupo (clínicos vs. controlo) como fator entre-sujeitos, e os diferentes indicadores de ajustamento (individual e conjugal) como variáveis dependentes, controlando o efeito das covariáveis identificadas na comparação entre os grupos. O estudo das associações entre as variáveis foi realizado através de coeficientes de correlação Rho de *Spearman*. A magnitude dos efeitos foi analisada através do d de Cohen e o V de Cramer, adotando as seguintes convenções: efeito pequeno: d de Cohen ≥ 0.20 , V de Cramer $\geq .01$; efeito médio: d de Cohen ≥ 0.50 , V de Cramer $\geq .03$; efeito grande: d de Cohen ≥ 0.80 , V de Cramer $\geq .05$ (Cohen, 1992).

RESULTADOS

Ajustamento individual e ajustamento diádico nos grupos clínicos e de controlo

No Quadro 2, encontram-se as estatísticas descritivas dos diferentes indicadores de ajustamento individual (sintomatologia depressiva e ansiosa; qualidade de vida) e de ajustamento diádico, separadamente por sexo e por grupo (clínicos e controlo), bem como os efeitos principais e de interação das variáveis em estudo.

QUADRO 2

Estatísticas descritivas dos indicadores de ajustamento individual e conjugal, por grupo e sexo: Efeitos principais e de interação

	CGMD (n=54)		CGHD (n=54)		GC (n=108)		Grupo	Sexo	Grupo x Sexo			
	Masculino	Feminino	Masculino	Feminino	Masculino	Feminino						
	M (EP)	M (EP)	M (EP)	M (EP)	M (EP)	M (EP)						
							η_p^2	F	η_p^2	F	η_p^2	
<i>Sintomatologia</i>												
Depressão	0.71 (0.14)	2.02 (0.17)	2.77 (0.14)	1.87 (0.17)	0.51 (0.10)	0.74 (0.12)	60.63***	.54	0.04	.00	39.72***	.44
Ansiedade	0.48 (0.11)	1.75 (0.13)	2.10 (0.11)	1.17 (0.13)	0.50 (0.08)	0.78 (0.09)	33.85***	.40	0.05	.00	79.97***	.61
<i>Qualidade de vida</i>												
Total	68.06 (2.83)	47.69 (2.94)	38.54 (2.83)	54.28 (2.94)	73.67 (2.00)	71.01 (2.08)	35.44***	.41	1.29	.01	33.22***	.39
<i>Ajustamento diádico</i>												
Consenso	3.67 (0.16)	3.42 (0.17)	2.82 (0.16)	2.72 (0.17)	3.92 (0.11)	3.94 (0.12)	18.70***	.27	0.02	.00	1.37	.03
Satisfação	3.79 (0.16)	3.20 (0.18)	2.76 (0.16)	2.72 (0.18)	4.19 (0.11)	3.99 (0.13)	25.02***	.33	1.42**	.00	1.94	.08
Coesão	2.30 (0.21)	2.31 (0.21)	1.69 (0.21)	1.58 (0.21)	3.18 (0.15)	3.35 (0.15)	26.07***	.34	3.98	.04	0.96	.02
Total	46.42 (2.10)	42.56 (2.26)	34.73 (2.09)	33.52 (2.25)	52.96 (1.45)	53.02 (1.56)	28.8***	.36	0.91	.01	2.32	.04

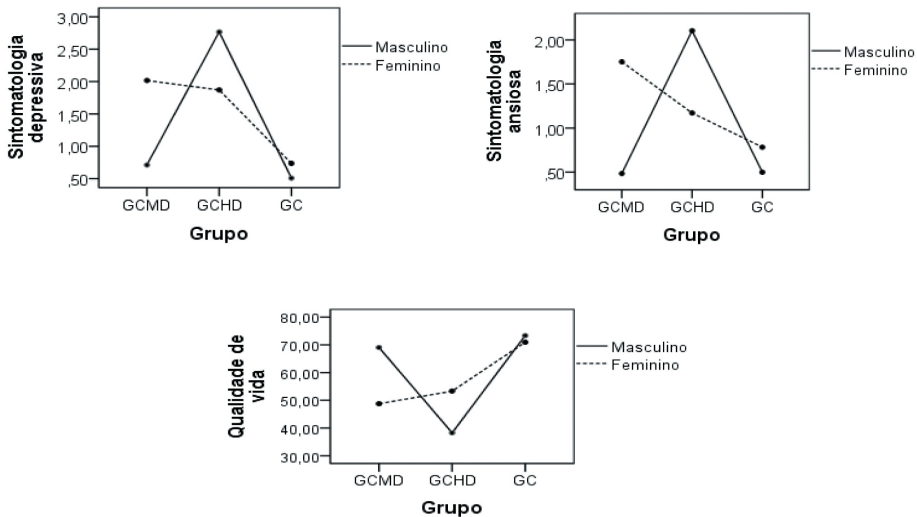
Nota. * $p < .05$; ** $p < .01$; *** $p < .001$.

Em relação à sintomatologia psicopatológica, verificou-se um efeito multivariado significativo do grupo [Lambda de Wilks=0.46, $F_{(4,202)}=24.36$, $p<.001$, $\eta_p^2=0.33$]. Os testes univariados subsequentes mostraram efeitos significativos, quer para a sintomatologia depressiva, quer para a sintomatologia ansiosa, e mostraram que os casais dos três grupos em análise se distinguem significativamente entre si ($p<.001$). Pela análise dos valores médios, os dois grupos clínicos apresentaram valores mais elevados de sintomatologia depressiva e ansiosa em comparação com o GC. O efeito multivariado da variável sexo não se revelou estatisticamente significativo [Lambda de Wilks=1.00, $F_{(2,101)}=0.12$, $p=.891$, $\eta_p^2=0.002$]. Os efeitos de interação entre o sexo e o grupo foram significativos [Lambda de Wilks=0.39, $F_{(4,202)}=30.79$, $p<.001$, $\eta_p^2=0.38$]. Os testes univariados revelaram efeitos significativos para as duas dimensões. Em ambas, os efeitos de interação permitiram verificar que os resultados das mulheres do GCMD são superiores aos observados, quer nas mulheres do GC, quer nos homens do mesmo grupo clínico. Além disso, observou-se que os resultados dos homens do GCMD são significativamente inferiores aos observados nos homens do GCHD mas não do GC. Na Figura 1, encontra-se a ilustração gráfica dos efeitos de interação.

Em relação à QdV, registou-se um efeito significativo do grupo e de interação. O efeito do sexo não se revelou estatisticamente significativo. Pela análise dos valores médios, podemos observar que os casais dos grupos clínicos apresentam pior perceção de QdV comparativamente ao grupo de controlo. O efeito de interação sugere que os homens do GCMD apresentam resultados significativamente superiores aos registados, quer nos homens do GCHD, quer nas mulheres de ambos os grupos clínicos (cf. Figura 1).

FIGURA 1

Gráficos de interação Grupo x Sexo nos indicadores de ajustamento individual



Em relação ao ajustamento diádico, registou-se um efeito multivariado significativo do grupo [Lambda de Wilks=0.60, $F_{(6,200)}=9.83$, $p<.001$, $\eta_p^2=0.23$]. A partir dos testes *post hoc* de *Bonferroni*, constatou-se que os três grupos se distinguem significativamente entre si, apresentando os casais do GCHD os valores mais baixos no total do ajustamento diádico. Em relação ao consenso, verificou-se que os casais do GCHD se distinguem significativamente das díades do GCMD ($p<.01$) e do GC ($p<.001$), apresentando valores mais baixos nesta dimensão.

Os casais do GCMD não se diferenciam dos do GC ($p=.142$). Na coesão, observou-se que os casais dos grupos clínicos apresentam níveis de coesão significativamente mais baixos do que os dos casais do GC ($p<.001$), não se verificando diferenças entre os grupos clínicos ($p=.051$). No que se prende com a satisfação, os três grupos distinguem-se significativamente entre si, apresentando os casais do GCHD valores mais baixos. O efeito de sexo foi estatisticamente significativo [Lambda de Wilks=0.85, $F_{(3,100)}=1.42$, $p=.001$, $\eta_p^2=.15$]. Os testes univariados mostraram que homens e mulheres se distinguem na satisfação, mais elevada entre os homens. O efeito de interação não foi significativo [Lambda de Wilks=0.89, $F_{(6,200)}=1.94$, $p=.076$, $\eta_p^2=.06$].

Associação entre o ajustamento diádico e ajustamento individual e efeitos do parceiro

As correlações entre as dimensões do ajustamento diádico e os indicadores de ajustamento individual, quer do doente, quer do parceiro saudável, encontram-se no Quadro 3. No GCMD, não foram encontradas correlações com significância estatística entre o ajustamento diádico da mulher (doente) e o seu ajustamento individual nem com os indicadores do parceiro. Relativamente ao ajustamento diádico do parceiro, apenas a dimensão *consenso* se correlacionou positiva e significativamente com a sua QdV. Já no GCHD, foi possível observar a existência de correlações significativas entre maiores valores de ajustamento diádico e menor sintomatologia ansiosa e depressiva, por um lado, e melhor QdV, por outro, quer do(a) próprio(a), quer do(a) parceiro(a). As correlações são maioritariamente moderadas a fortes e no sentido esperado. De assinalar que as associações mais fortes se registaram entre as dimensões e o total do ajustamento diádico do parceiro e os seus indicadores de ajustamento individual.

QUADRO 3
Correlações entre as dimensões do ajustamento diádico e os indicadores do ajustamento individual nos grupos clínicos

		Ajustamento (doente)			Ajustamento (parceiro)		
		DEP	ANS	QdV	DEP	ANS	QdV
GCMD	Doente						
	Consenso	-.08	.21	.05	.24	-.08	-.08
	Satisfação	-.10	-.03	-.02	.17	-.22	-.05
	Coesão	-.23	-.12	.38	.20	.10	.13
	Total	-.15	.05	.17	.32	-.07	-.04
	Parceiro						
	Consenso	-.18	-.27	.21	-.22	-.34	.39*
	Satisfação	-.11	-.14	.14	-.12	-.37	.29
	Coesão	-.21	-.26	.33	.20	-.10	.19
	Total	-.23	-.28	.29	-.03	-.31	.35
GCHD	Doente						
	Consenso	-.43*	-.47*	.74***	-.56**	-.69***	.74***
	Satisfação	-.39*	-.17	.68***	-.66***	-.57**	.70***
	Coesão	-.59**	-.32	.72***	-.75***	-.64***	.80***
	Total	-.53**	-.43*	.81***	-.66***	-.72***	.81***
	Parceiro						
	Consenso	-.43*	-.44*	.74***	-.64***	-.75***	.76***
	Satisfação	-.45*	-.18	.58**	-.82***	-.63***	.79***
	Coesão	-.64***	-.45*	.73***	-.77***	-.77***	.83***
	Total	-.50**	-.40*	.72***	-.74***	-.75***	.82***

Nota. * $p<.05$; ** $p<.01$; *** $p<.001$. DEP=depressão; ANS=ansiedade; QdV=qualidade de vida.

Em relação ao GC, as correlações entre o ajustamento diádico e o ajustamento individual são maioritariamente baixas, não se revelando estatisticamente significativas. As exceções foram a dimensão *consenso* da mulher, que se correlacionou negativamente com os seus valores de sintomatologia depressiva ($r=-.35, p<.05$) e a dimensão *satisfação* da mulher que apresentou uma correlação negativa e significativa com os seus valores de sintomatologia ansiosa ($r=-.31, p<.05$). As correlações registadas atingiram valores baixos.

DISCUSSÃO

O presente estudo teve como principal objetivo analisar o impacto dos problemas de saúde mental no ajustamento individual e diádico de ambos os elementos do casal (elemento doente e parceiro saudável) e explorar o papel que o ajustamento diádico poderia assumir neste contexto.

No que respeita ao ajustamento individual, observámos que os casais dos grupos clínicos, comparativamente aos casais do GC, apresentaram valores mais elevados de sintomatologia depressiva e ansiosa, o que corrobora os resultados de estudos com casais (e.g., Benazon & Coyne, 2000; Dudek et al., 2001; Homish et al., 2006; Idstad et al., 2010; Wittmund et al., 2002). Contudo, ressalva-se que o ajustamento emocional do parceiro saudável apenas se verificou ser inferior no GCHD, não manifestando os companheiros de mulheres doentes (GCMD) *distress* emocional. Em relação à QdV, os casais dos grupos clínicos apresentaram valores significativamente inferiores aos do GC. Ao nível individual, verificámos que o elemento doente, à semelhança dos resultados reportados em estudos com indivíduos com problemas de saúde mental (e.g., Evans et al., 2007; Gamma & Angst, 2001; Hansson & Björkman, 2006; Ishak et al., 2013; Laudet, 2011) apresenta uma baixa QdV percebida. Em termos da QdV do parceiro, à semelhança de estudos anteriores (e.g., Angermeyer et al., 2006; Wang & Zhao, 2012), observou-se que esta é sensível e negativamente afetada pela presença de psicopatologia num dos cônjuges mas apenas no GCHD. Contrariamente aos resultados de Wang e Zhao (2012), no nosso estudo, os companheiros de mulheres doentes (GCMD) não manifestaram prejuízos a esse nível. De forma global, os companheiros de mulheres com um problema de saúde mental não parecem ser tão afetados pela presença de psicopatologia no cônjuge (i.e., o seu ajustamento individual não se distingue dos homens do GC), comparativamente ao que acontece nas mulheres que vivem com um homem doente, cujo ajustamento individual é semelhante ao apresentado pelas mulheres com problemas de saúde mental diagnosticados.

Na tentativa de contextualizar os resultados obtidos, consideraram-se os seguintes pontos de reflexão. Por um lado, quando o parceiro tem uma perturbação psiquiátrica, as mulheres tendem a experienciar reações emocionais mais negativas (e.g., culpa, ansiedade, solidão), enquanto os homens tendem a lidar com a psicopatologia através de estratégias de resolução de problemas mais construtivas (Dattilio, 2010). Os nossos resultados vão no sentido dos reportados por Wittmund et al. (2002), que mostraram que as mulheres de homens com um problema de saúde mental se encontravam numa situação de maior vulnerabilidade para o risco de depressão, comparativamente aos homens que viviam com uma companheira doente. É também importante considerar que, uma vez que a maioria dos homens doentes apresenta problemas de natureza aditiva, é possível que em resposta ao stress experienciado no meio conjugal, as parceiras tendem a experienciar emoções mais negativas (e.g., sintomatologia depressiva) enquanto os parceiros respondem com um aumento do uso de substâncias (Homish et al., 2006). Embora os grupos clínicos sejam constituídos por casais onde apenas um dos elementos tinha uma condição psiquiátrica diagnosticada, não nos é possível descartar a hipótese destas mulheres apresentarem *distress* emocional relevante do ponto de vista clínico, dado que a probabilidade de isso acontecer

é mais elevada quando o parceiro apresenta sintomatologia depressiva (e.g., Benazon & Coyne, 2000; Heene et al., 2007; van Wijngaarden et al., 2004). Com efeito, no nosso estudo, o facto de a maioria dos indivíduos apresentar comorbidade com perturbações do humor poderá acrescentar não só desafios ao nível conjugal como também no bem-estar do parceiro.

As diferenças de género nas interações conjugais encontradas na literatura ou ainda ao nível da personalidade também poderão explicar os resultados encontrados. Por um lado, as mulheres estão mais orientadas para a relação comparativamente aos homens, sentem-se mais responsáveis pela resolução de dificuldades conjugais, enquanto os homens estão mais focados na independência. Adicionalmente, as mulheres recorrem mais frequentemente a estratégias de resolução de problemas focadas na emoção, tendem a preocupar-se e a culpabilizar-se mais por problemas sentidos na relação diádica, colocando-se em maior risco de vir a desenvolver sintomatologia depressiva. Já os homens tendem a assumir menos responsabilidade quando existe *distress* conjugal, bem como a minimizar a gravidades das preocupações dos parceiros (Beach & Bodenmann, 2010; Benazon & Coyne, 2000; Fincham et al., 1997; Heene et al., 2007). Com efeito, homens e mulheres, com as suas diferentes características biológicas e de personalidade e formas diferentes de gerir os seus vários papéis sociais (Costa, Terracciano, & McCrae, 2001), poderão lidar com a presença de doença mental num dos cônjuges de forma distinta. As mulheres têm, muitas vezes, múltiplas responsabilidades, que assumem, quer estejam ou não estejam doentes, e tendem a sentir-se mais sobrecarregadas pelas diversas tarefas domésticas e parentais a realizar. Por outro lado, a investigação sobre diferenças de género nas características da personalidade revela que as mulheres, globalmente, apresentam mais traços de *neuroticismo* (comparativamente aos homens). Estes traços englobam uma maior propensão à experiência de estados emocionais negativos, tornando-as mais sensíveis à vivência dos mesmos (Costa et al., 2001) e mais expressivas emocionalmente (Edwards et al., 1998). Por último, a interpretação dos efeitos cruzados encontrados deverá ainda ter em conta a duração média do quadro psiquiátrico, uma vez que é sensivelmente superior a 11 anos no GCMD, podendo ter ocorrido um efeito de habituação por parte dos homens.

Relativamente ao ajustamento diádico, os grupos clínicos apresentam pior ajustamento, no geral, e piores resultados nas diferentes dimensões, comparativamente aos casais da população-geral, o que é consistente com a literatura (e.g., Beach & Bodenmann, 2010; Coyne et al., 2002; Homish et al., 2008; Kouros & Cummings, 2011; Leonard & Eiden, 2007; Whisman et al., 2004). Por um lado, destaca-se o pior ajustamento diádico dos casais no qual o homem é o doente, particularmente no que concerne ao *consenso* (i.e., tomada de decisão, valores e afeto) e *satisfação* (i.e., estabilidade e conflito) conjugais. Estes resultados podem ser contextualizados na literatura que enfatiza o impacto particularmente negativo de problemas de abuso ou dependência de substâncias no seio conjugal, nomeadamente quando existe discrepância intra-casal quanto ao consumo (e.g., Homish et al., 2008; Leonard & Eiden, 2007; Mudar et al., 2001) bem como outras perturbações comórbidas (e.g., Perturbações do Humor) (Whisman, 1999). As interações diádicas destes casais poderão ser pautadas por elevados níveis de negativismo (e.g., criticismo, hostilidade) e baixos níveis de empatia, intimidade, entre outros (Marshall, 2003), justificando-se assim o seu pior ajustamento diádico. Por outro lado, a baixa satisfação conjugal percebida pelas mulheres, na generalidade, em comparação aos homens, pode dever-se a vários fatores. As mulheres tendem a ser mais vulneráveis à presença de stressores na relação conjugal (Fincham et al., 1997; Heene et al., 2007) e a terem a seu cargo maiores responsabilidades conjugais e parentais (e.g., trabalho doméstico; prestação dos cuidados aos filhos). Também as diferenças de género relativamente a características de personalidade acima mencionadas (cf. Costa et al., 2001) poderão justificar o facto de as mulheres, de forma global, serem mais afetadas pela satisfação experienciada na relação. No que respeita às considerações traçadas em relação aos grupos clínicos, importa salientar que, embora tenhamos estatisticamente controlado o efeito da duração da relação conjugal

nas análises realizadas, é provável que o próprio ajustamento à doença do cônjuge seja influenciado por esta variável, considerada importante em estudos que pretendem a comparação das díades (Be et al., 2013; Mudar et al., 2001).

Relativamente à associação entre o ajustamento diádico e o ajustamento individual do doente e do parceiro saudável, a literatura refere que a relação conjugal é considerada um importante fator para a saúde mental e para a QdV, nomeadamente em situações de stress emocional (e.g., Baucom et al., 2009; Edwards et al., 1998; Røsand et al., 2011). No presente estudo, estas evidências apenas se verificaram no padrão associativo encontrado nos casais do GCHD, onde valores mais elevados de ajustamento diádico se associaram a menor sintomatologia ansiosa e depressiva, por um lado, e maior QdV, por outro, quer do doente quer da companheira. Estes resultados estão em linha com os verificados por Røsand et al. (2012), onde o ajustamento diádico, quando positivo (quer percebido pelo próprio, quer pelo parceiro), se associa a menor *distress* emocional, podendo, assim, atuar como um fator protetor num contexto de perturbação mental. De igual modo, estes resultados vão no sentido dos observados por Fincham et al. (1997) e Kouros e Cummings (2011), que sugerem que a satisfação conjugal pode assumir um papel protetor particular em relação à expressão de sintomatologia depressiva. Observou-se ainda que as correlações foram mais fortes e significativas entre o ajustamento diádico da mulher e os seus indicadores de ajustamento individual. Isto pode sugerir que a satisfação relacional percebida pela própria assume uma clara importância ao nível do seu bem-estar emocional e em termos da QdV percebida. Estas constatações vão no sentido da literatura que enfatiza que a saúde mental (Fincham et al., 1997; Laurent et al., 2009) e a satisfação com a vida (Be et al., 2013) das mulheres poderão estar mais relacionada com aspetos do funcionamento conjugal (e.g., satisfação diádica, conflitos conjugais), comparativamente ao que acontece nos homens. No que respeita à QdV, os resultados obtidos são similares aos de Gamma e Angst (2001), ressaltando a importância das relações íntimas para o bem-estar psicológico das mulheres. Adicionalmente, sublinham-se os efeitos do parceiro. Neste grupo clínico, o ajustamento diádico de cada parceiro encontra-se negativamente associado quer aos seus níveis de sintomatologia, quer aos do parceiro. O ajustamento diádico de cada elemento encontra-se, ainda, positivamente associado à QdV, quer do próprio, quer do parceiro, apresentando-se a satisfação, a coesão e o consenso diádicos como importantes componentes da QdV de ambos os companheiros. Alguns autores já tinham verificado um impacto semelhante para as relações familiares e sociais no sentido lato do termo, quer na QdV do doente (e.g., Connell et al., 2012; Hansson & Björkman, 2006), quer na do elemento saudável (Angermeyer et al., 2006; Wang & Zhao, 2012).

Globalmente, os resultados obtidos no grupo de homens doentes reforçam o pressuposto de que o funcionamento conjugal e a saúde mental estão solidamente associados entre si (Baucom et al., 2012; Whisman, 1999, 2007; Whisman & Baucom, 2012). Por sua vez, o padrão de associação encontrado no grupo de mulheres doentes (cujos quadros clínicos prevalentes eram do foro depressivo) sugere que estes casais poderão estar numa situação de maior vulnerabilidade, ao não existir uma relação significativa entre os indicadores de ajustamento relacionais e individuais. Estes resultados não são consistentes com os reportados em estudos prévios com casais (e.g., Beach et al., 2003; Laurent et al., 2009; Røsand et al., 2012; Whisman & Uebelacker, 2009). Face ao exposto, a promoção da proximidade da díade de forma a ultrapassar a adversidade poderá constituir um importante recurso de ajustamento. Por outro lado, a ausência de associações significativas (tanto no GCMD bem como no GC) poderá sugerir a presença de outras variáveis interpessoais que poderão influenciar o padrão relacional em análise (e.g., vinculação no adulto, *coping* diádico). A sua exploração futura torna-se, assim, pertinente. As questões do sexo do doente e/ou o tipo de perturbação diagnosticada também poderão explicar os distintos padrões de associação encontrados, alertando-nos para o facto de que, no campo das perturbações do humor, a promoção do ajustamento conjugal possa ser considerada um objetivo prioritário.

Em suma, os resultados deste estudo apresentam evidência empírica acerca do impacto negativo que os problemas de saúde mental têm no funcionamento individual e conjugal dos membros do casal, assumindo-se mais explicitamente uma perspectiva diádica. Devem-se esperar dinâmicas de ajustamento diferentes, possivelmente em função das especificidades de cada população clínica, do sexo do elemento doente e/ou da duração do quadro clínico ou ainda da interação entre estas variáveis. A presença de efeitos cruzados ressalva a importância e necessidade de, no âmbito de estudo das relações conjugais, se examinarem as características intra-individuais bem como aquelas que existem entre os parceiros (o casal como unidade de análise), colmatando uma lacuna constantemente referida (Feeney, 2006; Whisman & Baucom, 2012; Whisman et al., 2004). Assim, privilegiando uma perspectiva diádica e possibilitando a comparação dos dados com um grupo de controlo, foram capturadas as particularidades do ajustamento individual (considerando-se indicadores de ajustamento “negativos” e “positivos”) e conjugal de cada elemento da díade face a um problema mental de um dos cônjuges. Procurou-se ainda esclarecer sobre a associação entre aspetos relacionais e individuais, neste contexto, embora mais estudos se afigurem como necessários nesta área de investigação.

Os resultados do presente estudo deverão ser lidos no contexto de algumas limitações. A principal limitação prende-se com o desenho transversal do estudo que nos impede de realizar inferências acerca de relações de causalidade entre as variáveis, devendo os resultados obtidos serem encarados com alguma precaução. Dado o caráter temporal natural dos relacionamentos e da evolução que a doença mental possa assumir, é importante que se repliquem estudos de natureza longitudinal, para se estudarem padrões de desenvolvimento das dinâmicas conjugais neste contexto. Dado o foco deste estudo em questões íntimas do casal, os resultados poderão refletir alguma desiderabilidade social e preservação da intimidade, não sendo possível garantir que o preenchimento do protocolo de avaliação tivesse sido realizado de uma forma independente, como instruído. Em relação à amostra, o método de seleção utilizado, a sua dimensão e a heterogeneidade observada nas variáveis idade, escolaridade e duração da relação conjugal colocam limitações quanto à extrapolação dos resultados para a população, não obstante o controlo dos efeitos imputáveis a estas variáveis nas análises estatísticas. Também a ausência de homogeneidade em termos das condições clínicas prevalentes, do sexo do elemento doente e do tempo médio de duração da perturbação diagnosticada, entre os grupos clínicos, pode ser entendida como uma limitação. Assim, sugere-se que o estudo seja replicado em grupos clínicos com amostras de maior dimensão e homogêneas nessas variáveis (e.g., explorar o impacto que o *mesmo* quadro psicopatológico assume em função do elemento doente ser homem vs. mulher), facilitando assim uma compreensão mais exata do papel destas variáveis no ajustamento da díade. Ainda respeitante à constituição dos grupos clínicos, recomendam-se estudos com casais em que *ambos* os elementos estejam a passar por um problema de saúde mental, sendo considerada uma variável importante no contexto de alguns quadros mentais (e.g., perturbações pelo uso de substâncias). Sugere-se ainda que sejam realizados estudos numa maior diversidade de perturbações mentais, dado que a escassez de estudos noutras áreas é apontada como uma importante lacuna nesta área (Whisman & Baucom, 2012).

Algumas ilações importantes do ponto de vista clínico podem ser retiradas deste estudo, nomeadamente a importância dos profissionais de saúde mental estarem vigilantes não só ao ajustamento individual e diádico do doente, bem como à provável presença de prejuízos significativos nestas áreas no companheiro saudável. Especificamente, tendo verificado que as mulheres tendem a ser mais afetadas pela presença de doença mental no parceiro, estas poderiam beneficiar de acompanhamento psicológico (Wittmund et al., 2002). A promoção de estratégias e competências de *coping* nas companheiras de indivíduos com problemas aditivos, por exemplo, poderá contribuir para a redução de *distress emocional* frequentemente presente nestas mulheres (Cox, Ketner, & Blow, 2013; O’Farrell & Clements, 2012). Por sua vez, quando o parceiro

apresenta um ajustamento individual positivo (como observado nos parceiros de mulheres doentes), este poderia assumir o papel de *partner-assisted* (Baucom et al., 2009; Baucom et al., 2012), encorajando as companheiras a realizar mudanças favoráveis (e.g., promover a ativação comportamental em casos de depressão). Porém, uma vez que estes casais também apresentaram um baixo ajustamento diádico, um trabalho primariamente dirigido ao casal poderia facilitar a promoção de competências essenciais ao elemento saudável para que, deste modo, as dificuldades emocionais possam ser trabalhadas em conjunto (Baucom et al., 2012). De facto, tendo em conta o impacto negativo observado no ajustamento diádico dos casais, na generalidade, os elementos da díade poderão retirar vantagem de serem seguidos juntos em psicoterapia. São conhecidos os benefícios tanto na redução da sintomatologia psiquiátrica bem como na melhoria da qualidade relacional percebida (Barbato & D'Avanzo, 2008; Powers, Vedel, & Emmelkamp, 2008). Tendo em conta os resultados obtidos, sublinha-se, ainda, a relevância destas intervenções junto dos casais onde o elemento doente é uma mulher, uma vez que poder-se-ão encontrar numa situação de maior vulnerabilidade neste contexto. Por sua vez, a associação encontrada entre o ajustamento conjugal (do próprio e do parceiro) e emocional nos casais onde o elemento doente é o homem, reforça a importância da área conjugal ser promovida num contexto de perturbação mental de um dos cônjuges e do parceiro ser envolvido no processo terapêutico (Baucom et al., 2012; Cox et al., 2013; Whisman & Baucom, 2012). Finalmente, destaca-se a importância de os esforços clínicos se concentrarem também na avaliação e promoção da QdV, quer do elemento doente, quer do elemento saudável, dado que a promoção da QdV do parceiro também se poderá traduzir em melhorias ao nível do bem-estar emocional manifestado pelo elemento doente (Wang & Zhao, 2012). Em suma, a interligação que as demais repercussões negativas associadas aos problemas de saúde mental adquirem na díade conjugal tem vindo a ser demonstrada. Partindo do pressuposto de que os indivíduos funcionam psicológica e fisicamente melhor quando envolvidos em relações íntimas percebidas como satisfatórias (Whisman & Baucom, 2012), torna-se fundamental mais estudos nesta área para que a prevenção e a intervenção, possam ser pensadas em função da sua eficácia e impacto positivo.

REFERÊNCIAS

- Angermeyer, M. C., Kilian, R., Wilms, H. U., & Wittmund, B. (2006). Quality of life of spouses of mentally ill people. *International Journal of Social Psychiatry, 52*, 278-285. doi:10.1177/0020764006067186
- Barbato, A., & D'Avanzo, B. (2008). Efficacy of couple therapy as a treatment for depression: A meta-analysis. *Psychiatric Quarterly, 79*, 121-132. doi:10.1007/s1126-008-9068-0
- Baucom, D. H., Kirby, J. S., & Kelly, J. T. (2009). Couple-based interventions to assist partners with psychological and medical problems. In K. Hahlweg, M. Grawe-Gerber, & D. H. Baucom (Eds.), *Enhancing couples: The shape of couple therapy to come* (pp. 79-93). Göttingen: Hogrefe.
- Baucom, D. H., Whisman, M. A., & Paprocki, C. (2012). Couple-based interventions for psychopathology. *Journal of Family Therapy, 34*, 250-270. doi:10.1111/j.1467-6427.2012.00600.x
- Be, D., Whisman, M. A., & Uebelacker, L. A. (2013). Prospective associations between marital adjustment and life satisfaction. *Personal Relationships, 20*, 728-739. doi:10.1111/per.12011
- Beach, B. G., & Bodenmann, G. (2010). Depression, marital satisfaction and communication in couples: Investigating gender differences. *Behavior Therapy, 41*, 306-316. doi:10.1016/j.beth.2009.09.001

- Beach, S. R. H., Katz, J., Kim, S., & Brody, G. H. (2003). Prospective effects of marital satisfaction on depressive symptoms in established marriages: A dyadic model. *Journal of Social and Personal Relationships, 20*, 355-371. doi:10.1177/0265407503020003005
- Benazon, N. R., & Coyne, J. C. (2000). Living with a depressed spouse. *Journal of Family Psychology, 14*, 71-79. doi:10.1037/0893-3200.14.1.71
- Busby, D. M., Christensen, C., Crane, D. R., & Larson, J. H. (1995). A revision of the dyadic adjustment scale for use with distressed and nondistressed couples: Construct hierarchy and multidimensional scales. *Journal of Marital and Family Therapy, 21*, 289-308. doi:10.1111/j.1752-0606.1995.tb00163.x
- Canavarro, M. C. (2007). Inventário de Sintomas Psicopatológicos – BSI. In M. M. Gonçalves, M. R. Simões, L. Almeida, & C. Machado (Eds.), *Avaliação Psicológica: Instrumentos validados para a População Portuguesa* (vol. III). Coimbra: Quarteto.
- Cohen, J. (1992). A power primer. *Psychological Bulletin, 112*(1), 155-159.
- Connell, J., Brazier, J., O’Cathain, A., Lloyd-Jones, M., & Paisley, S. (2012). Quality of life of people with mental health problems: A synthesis of qualitative research. *Health and Quality of Life Outcomes, 10*:138. doi:10.1186/1477-7525-10-138
- Connor, J. P., Saunders, J. B., & Feeney, G. F. (2006). Quality of life in substance use disorders. In H. Katschnig, H. Freeman, & N. Sartorius (Eds.), *Quality of life in mental disorders* (2nd ed., pp. 199-208). UK: John Wiley and Sons Ltd.
- Costa, P. T., Jr., Terracciano, A., & McCrae, R. R. (2001). Gender differences in personality traits across cultures: Robust and surprising findings. *Journal of Personality and Social Psychology, 81*, 322-331. doi:10.1037/0022-3514.81.2.322
- Cox, R. B., Ketner, J. S., & Blow, A. J. (2013). Working with couples and substance abuse: Recommendations for clinical practice. *The American Journal of Family Therapy, 41*, 160-172. doi:10.1080/01926187.2012.670608
- Coyne, J. C., Thompson, R., & Palmer, S. C. (2002). Marital quality, coping with conflicts, marital complaints, and affection in couples with a depressed wife. *Journal of Family Psychology, 16*, 26-37. doi:10.1037/0893-3200.16.1.26
- Dattilio, F. M. (2010). *Cognitive-behavior therapy with couples and families: A comprehensive guide for clinicians*. New York: Guilford.
- Derogatis, L. R. (1982/1993). *BSI: Brief Symptom Inventory* (3rd ed.). Minneapolis: National Computers Systems.
- Dudek, D., Zieba, A., Jawor, M., Szymaczek, M., Opila, J., & Dattilio, F. M. (2001). The impact of depressive illness on spouses of depressed patients. *Journal of Cognitive Psychotherapy, 15*, 49-57.
- Edwards, A. C., Nazroo, J. Y., & Brown, G. W. (1998). Gender differences in marital support following a shared life event. *Social Science & Medicine, 46*, 1077-1085. doi:10.1016/S0277-9536(97)10039-9
- Evans, S., Banerjee, S., Leese, M., & Huxley, P. (2007). The impact of mental illness on quality of life: A comparison of severe mental illness, common mental disorder and healthy population samples. *Quality of Life Research, 16*, 17-29. doi:10.1007/s11136-006-9002-6
- Feeney, J. A. (2006). Studying close relationships: Methodological challenges and advances. In P. Noller & J. A. Feeney (Eds.), *Close relationships: Functions, forms and processes* (pp. 49-64). NY: Psychology Press.
- Fincham, F. D., Beach, S. R. H., Harold, G. T., & Osborne, L. N. (1997). Marital satisfaction and depression: Different causal relationships for men and women? *Psychological Science, 8*, 351-357. doi:10.1111/j.1467-9280.1997.tb00424.x

- Gamma, A. & Angst, J. (2001). Concurrent psychiatric comorbidity and multimorbidity in a community study: Gender differences and quality of life. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 251, 43-46. doi:10.1007/BF03035126
- Hansson, L. & Björkman, T. (2006). Are factors associated with subjective quality of life in people with severe mental illness consistent over time? – A 6-year follow-up study. *Quality of Life Research*, 16, 9-16. doi:10.1007/s11136-006-9119-7
- Heene, E., Buysse, A., & van Oost, P. (2007). An interpersonal perspective on depression: The role of marital adjustment, conflict communication, attributions, and attachment within a clinical sample. *Family Process*, 46, 499-514. doi:10.1111/j.1545-5300.2007.00228.x
- Homish, G. G., Leonard, K. E., & Cornelius, J. R. (2008). Illicit drug use and marital satisfaction. *Addictive Behaviors*, 33, 279-291. doi:10.1016/j.addbeh.2007.09.015
- Homish, G. G., Leonard, K. E., & Kearns-Bodkin, J. N. (2006). Alcohol use, alcohol problems, and depressive symptomatology among newly married couples. *Drug and Alcohol Dependence*, 83, 185-192. doi:10.1016/j.drugalcdep.2005.10.017
- Idstad, M., Ask, H., & Tambs, K. (2010). Mental disorder and caregiver burden in spouses: The Nord-Trøndelag health study. *BMC Public Health*, 10, 516-521. doi:10.1186/1471-2458-10-516
- Ishak, W. W., Balayan, K., Brese, C., Greenberg, J. M., Fakhry, H., Christensen, S., & Rapaport, M. H. (2013). A descriptive analysis of quality of life using patient-reported measures in major depressive disorder in a naturalistic outpatient setting. *Quality of Life Research*, 22, 585-596. doi:10.1007/s11136-012-0187-6
- Khaleque, A. (2004). Intimate adult relationships, quality of life and psychological adjustment. *Social Indicators Research*, 69, 351-360. doi:10.1007/s11205-004-1543-x
- Kouros, C. D., & Cummings, E. M. (2011). Transactional relations between marital functioning and depressive symptoms. *American Journal of Orthopsychiatry*, 81, 128-138. doi:10.1111/j.1939-0025.2010.01080.x
- Laudet, A. B. (2011). The case for considering quality of life in addiction research and clinical practice. *Addiction Science & Clinical Practice*, 6, 44-55.
- Laurent, H. K., Kim, H. K., & Capaldi, D. M. (2009). Longitudinal effects of conflict behaviors on depressive symptoms in young couples. *Journal of Family Psychology*, 23, 596-605. doi:10.1037/a0015893
- Leonard, K. E., & Eiden, R. D. (2007). Marital and family processes in the context of alcohol use and alcohol disorders. *Annual Review of Clinical Psychology*, 3, 285-310. doi:10.1146/annurev.clinpsy.3.022806.091424
- Marshal, M. P. (2003). For better or for worse? The effects of alcohol use on marital functioning. *Clinical Psychology Review*, 23, 959-997. doi:10.1016/j.cpr.2003.09.002
- Mudar, P., Leonard, K. E., & Soltysinski, K. (2001). Discrepant substance use and marital functioning in newlywed couples. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 69, 130-134. doi:10.1037/0022-006X.69.1.130
- O'Farrell, T. J., & Clements, K. (2012). Review of outcome research on marital and family therapy in treatment of alcoholism. *Journal of Marriage and Family Therapy*, 38, 122-144. doi:10.1111/j.1752-0606.2011.00242.x
- Pereira, M., Melo, C., Gameiro, S., & Canavarro, M. C. (2011). Estudos psicométricos da versão em Português Europeu do índice de qualidade de vida EUROHIS-QOL-8. *Laboratório de Psicologia*, 9, 109-123.
- Power, M. (2003). Development of a common instrument for quality of life. In A. Nosikov & C. Gudex (Eds.), *EUROHIS: Developing Common Instruments for Health Surveys* (pp. 145-159). Amsterdam: IOS Press
- Powers, M. B., Vedel, E., & Emmelkamp, P. M. (2008). Behavioral couples therapy (BCT) for alcohol and drug use disorders: A meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 28, 952-962. doi:10.1016/j.cpr.2008.02.002

- Røsand, G. M., Slinning, K., Eberhard-Gran, M., Røysamb, E., & Tambs, K. (2011). Partner relationship satisfaction and maternal emotional distress in early pregnancy. *BMC Public Health, 11*:161. doi:10.1186/1471-2458-11-161
- Røsand, G., Slinning, K., Eberhard-Gran, M., Røysamb, E., & Tambs, K. (2012). The buffering effect of relationship satisfaction on emotional distress in couples. *BMC Public Health, 12*:66. doi:10.1186/1471-2458-12-66
- van Wijngaarden, B., Schene, A. H., & Koeter, M. W. (2004). Family caregiving in depression: Impact on caregivers' daily life, distress, and help seeking. *Journal of Affective Disorders, 81*, 211-222. doi:10.1016/S0165-0327(03)00168-X
- Wang, J., & Zhao, X. (2012). Quality of life and social support in spouses of patients with depression. *International Journal of Psychosocial Rehabilitation, 16*, 28-35.
- Whisman, M. A. (1999). Marital dissatisfaction and psychiatric disorders: Results from the National Comorbidity Survey. *Journal of Abnormal Psychology, 108*, 701-706. doi:10.1037/0021-843X.108.4.701
- Whisman, M. A. (2007) Marital distress and DSM-IV psychiatric disorders in a population-based national survey. *Journal of Abnormal Psychology, 116*, 638-643. doi:10.1037/0021-843X.116.3.638
- Whisman, M. A., & Baucom, D. H. (2012). Intimate relationships and psychopathology. *Clinical Child Family and Psychology Review, 15*, 4-13. doi:10.1007/s10567-011-0107-2
- Whisman, M. A., & Uebelacker, L. A. (2009). Prospective associations between marital discord and depressive symptoms in middle-aged and older adults. *Psychology and Aging, 24*, 184-189. doi:10.1037/a0014759
- Whisman, M. A., Uebelacker, L. A., & Weinstock, L. M. (2004). Psychopathology and marital satisfaction: The importance of evaluating both partners. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 72*, 830-838. doi:10.1037/0022-006X.72.5.830
- Wittmund, B., Wilms, H., Mory, C., & Angermeyer, M. C. (2002). Depressive disorders in spouses of mentally ill patients. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology, 37*, 177-182. doi: 10.1007/s001270200012

The purpose of this study was to assess the individual and marital adjustment of couples in the context of a psychiatric disorder of one of the spouses, exploring the role of dyadic adjustment on psychopathological symptoms and quality of life of the patient and his/her healthy partner. The total sample consisted of 108 couples: 54 couples in which one member was diagnosed with a mental disorder (27 where the identified patient was the woman and 27 where the man was the patient) and 54 couples of the general population. The assessment protocol included the Brief Symptom Inventory (BSI), the quality of life index EUROHIS-QOL-8 and the scale of Dyadic Adjustment Scale – Revised (DAS-R). The results showed that couples of the clinical groups presented lower levels of quality of life and higher levels of depressive and anxious symptoms compared to couples of the general population. The women whose partner was ill showed a similar individual adjustment to that presented by women with a psychiatric disorder. The dyadic adjustment of couples of the clinical groups was lower than that of their healthy counterparts. Dyadic adjustment was only significantly associated with a higher individual adjustment of the patient or the healthy partner in couples in which the man was the patient. The adaptation patterns seem to relate to the specificities of the clinical population, the sex of the ill partner and the duration of the clinical condition. The observed findings emphasize the importance to assume a dyadic perspective in this context, and the subsequent clinical implications will be discussed.

Key-words: Couple, Dyadic adjustment, Psychopathological symptoms, Psychopathology, Quality of life.