



CATÓLICA
FACULDADE DE EDUCAÇÃO E PSICOLOGIA

PORTO

*DIAGNÓSTICO RELACIONAL FAMILIAR EM SAÚDE
MENTAL: PERTURBAÇÕES PSICÓTICAS*

Dissertação apresentada à Universidade Católica Portuguesa para obtenção do
grau de mestre em Psicologia

- Especialização em Psicologia Clínica e da Saúde -

Ana Catarina Pedrosa Mesquita

Porto, julho de 2020



CATÓLICA
FACULDADE DE EDUCAÇÃO E PSICOLOGIA

PORTO

*DIAGNÓSTICO RELACIONAL FAMILIAR EM SAÚDE
MENTAL: PERTURBAÇÕES PSICÓTICAS*

Dissertação apresentada à Universidade Católica Portuguesa para obtenção do
grau de mestre em Psicologia

- Especialização em Psicologia Clínica e da Saúde -

Ana Catarina Pedrosa Mesquita

Trabalho efetuado sob a orientação de

Prof.^a Doutora Vânia Sousa Lima

Porto, julho de 2020

Agradecimentos

À Profª Vânia Sousa Lima, pela confiança no meu trabalho, por me motivar melhor que ninguém e por acreditar comigo “*no sonho*”. Por ter sido o meu maior e mais mirífico exemplo ao longo de todo o meu percurso acadêmico. *It really is a brave new world* consigo.

À Profª Lurdes Veríssimo, pela orientação e tutoria nos primeiros 3 anos da faculdade. Por me ter ouvido nas fases mais tristes e complicadas e por se rir comigo nas fases mais felizes.

À Dra. Natália Costa, pela disponibilidade e suporte.

À Profª Alexandra Carneiro, cujo apoio e disponibilidade permitiram a conclusão desta etapa.

Aos Professores da FEP-UCP que se cruzaram no meu caminho, pela partilha de conhecimentos e experiência que espero que se reflita na minha identidade como psicóloga.

À I nê s, *remember remember*. Pela companhia nas (demasiadas) noitadas, pela paciência, pelo carinho e pela amizade que nasceu na faculdade e que viverá para sempre.

À minha Mishka, pelo maior orgulho que senti e pelo apoio que nunca falhou. Pela amizade mais bonita e pela história de amor eterna que nunca vou esquecer.

À Mariana, pela amizade genuína e verdadeira. Por ser um dos meus maiores exemplos e motivos de orgulho.

À minha Dé, pelo positivismo e pelo sorriso doce quando preciso de encorajamento ou de um ombro amigo.

À Catarina, por ter sido a minha parceira ao longo do curso, por ser tão como eu em tantas formas e por me compreender melhor que ninguém.

À Joana, pela amizade, pelas gargalhadas, por sermos tão parecidas e tão diferentes e nos complementarmos de uma forma tão bonita. *We race as one*.

À Carolina, por provar que não há distância que quebre uma amizade verdadeira, por ser a minha fortuna e o melhor abraço do mundo.

À Daniela, a rainha da motivação, por nunca desistir de mim, por nunca dizer que não e por ser uma certeza na minha vida.

À Inês, o meu rebento, por me surpreenderes sempre, por seres o meu maior orgulho e pelo carinho. Obrigada por me permitires reviver os melhores momentos do meu percurso académico através de ti.

À Ana, ao Diogo e à Carlota, por serem figuras tão presentes ao longo do meu percurso académico. À Ana, pelo carinho de mãe e por me mostrar o mundo que existe para além do óbvio. Ao Diogo, pelas escapadelas ao *stress* e por me ouvir sempre, sem nunca julgar. À Carlota, pelo riso contagiante, és a estrelinha mais brilhante do céu. Continuamos a ser a melhor equipa.

À Francisca e à Joana, pelas amizades mais antigas que ficaram sempre e pelo café depois do jantar que demonstrou ser essencial para a saúde mental ao longo destes 5 anos.

Ao Carlos, por ser o melhor irmão do mundo. Por me fazer rir nos momentos mais stressantes e por sermos eternas crianças quando estamos juntos.

Aos meus pais, pela dedicação, pela paciência, pelo verdadeiro amor.

Resumo

O objetivo geral deste estudo consiste em comparar a funcionalidade familiar entre famílias clínicas (Perturbação Psicótica) e a população-geral, com base na Teoria de Relações Familiares Básicas de Linares. O CERFB foi aplicado a 16 participantes, dos quais 8 formaram o grupo clínico e 8 o grupo da população-geral.

Os resultados não apresentaram diferenças estatisticamente significativas nas pontuações da Conjugalidade e da Parentalidade entre os dois grupos nem entre os dois sexos. No entanto, apresentam correlações estatisticamente significativas entre a Conjugalidade e a Parentalidade no grupo clínico. Para além disso, os resultados relativos à estatística descritiva do CERFB indicaram que as famílias clínicas tendem a perceber a Conjugalidade e a Parentalidade como menos funcionais do que as famílias da população-geral.

Este estudo demonstrou ser relevante, na medida em que permitiu a obtenção de informação potencialmente relevante e útil e que pode ser incluída na intervenção (diádica ou em grupo) com as famílias do grupo clínico. Assim, é pertinente a continuação da investigação deste tópico e da capacidade discriminativa das Relações Familiares Básicas do CERFB, como um instrumento de diagnóstico relacional, em famílias com um filho com Perturbação Psicótica.

Palavras-Chave: Cuestionario de Evaluación de las Relaciones Familiares Básicas, Diagnóstico Relacional, Conjugalidade, Parentalidade, Perturbações Psicóticas.

Abstract

The aim of this study is to compare family functionality between clinical families (psychotic disorder) and families from the general population, based on Linares's Basic Family Relations Theory. The BFRI was applied to 16 participants of whom 8 formed the clinical group and 8 the group from the general population.

No statistically significant differences were found in the scores of the marital and parental functions between the two groups nor between males and females. However, statistically significant correlations were found between the marital and parental functions within the clinical group. Furthermore, the results from the CERFB's descriptive statistics indicated that clinical families tend to perceive the marital and parental functions as less functional than families in the general population.

This study proved to be relevant, as it allowed to obtain potentially useful and relevant information that may be included in the clinical families's intervention (dyadic or group). Therefore, more research on this topic is needed as well as on the CERFB's discriminative capacity of the Basic Family Relations in families with a child with a Psychotic Disorder.

Keywords: Basic Family Relations Inventory, Relational Diagnosis, Marital Functions, Parental Functions, Psychotic Disorders.

Índice de Conteúdos

Introdução.....	1
CAPÍTULO I : CONCEPTUALIZAÇÃO TEÓRICA.....	3
1. Teoria das Relações Familiares Básicas de Linares.....	3
2. Relações Familiares Básicas em Famílias com um filho com Perturbação Psicótica.....	8
3. Cuestionario de Evaluación de las Relaciones Familiares Básicas (CERFB)	12
CAPÍTULO II: ESTUDO EMPÍRICO	14
1. Método	14
1.1. Participantes	14
1.2. Instrumentos	18
a. Questionário Sociodemográfico	18
b. Cuestionario de Evaluación de las Relaciones Familiares Básicas (CERFB)	19
1.3. Procedimentos de Recolha de Dados	19
1.4. Procedimentos de Tratamento e Análise de Dados.....	20
CAPÍTULO III: APRESENTAÇÃO DE RESULTADOS	21
1. Estatística Descritiva: CERFB	21
2. Estatística Descritiva: COVID-19 e Relações Familiares no GCL.....	26
3. Estatística Inferencial: Teste de <i>Mann-Whitney</i>	28
4. Estatística Inferencial: Coeficiente de Correlação de <i>Pearson</i>	30
CAPÍTULO IV: DISCUSSÃO DE RESULTADOS E CONCLUSÕES FINAIS.....	32
1. Discussão de Resultados	32
2. Limitações, Implicações Clínicas e Direções Futuras.....	35
Referências Bibliográficas	37

Lista de Abreviaturas

CERFB – Cuestionario de Evaluación de las Relaciones Familiares Básicas

EE – *Expressed Emotions*

GCL – Grupo Clínico

GPG – Grupo da População Geral

PCA – Perturbações do Comportamento Alimentar

Lista de Tabelas

Tabela 1 – Dados Sociodemográficos relativos aos participantes

Tabela 2 – Dados sociodemográficos relativos ao/à filho/a com Perturbação Psicótica

Tabela 3 – Dados descritivos dos itens do CERFB

Tabela 4 – Caracterização das dimensões do CERFB em função do grupo e do sexo

Tabela 5 – Frequências quanto à questão “Considera que a situação atual de confinamento domiciliário (provocada pela pandemia da COVID-19) gerou mudanças na qualidade da parentalidade conjunta?”

Tabela 6 – Frequências quanto à questão “Considera que a situação atual de confinamento domiciliário (provocada pela pandemia da COVID-19) gerou mudanças na qualidade do funcionamento conjugal?”

Tabela 7 – Frequências quanto à questão “Considera que a situação atual provada pela pandemia da COVID-19 gerou alterações no comportamento do/a seu/sua filho/a?”

Tabela 8 – Frequências quanto à questão “Considera que foram necessárias adaptações na sua rotina familiar face a esta pandemia?”

Tabela 9 – Diferenças entre as dimensões do CERFB no grupo GPG, em função do sexo

Tabela 10 – Diferenças entre as dimensões do CERFB no grupo GCL, em função do sexo

Tabela 11 – Diferenças entre as dimensões do CERFB em função do grupo

Tabela 12 – Correlações entre as dimensões do CERFB no grupo GPG

Tabela 13 – Correlações entre as dimensões do CERFB no grupo GCL

Lista de Figuras

Figura 1 – Diagrama Ortogonal adaptado de Linares (2012)

Introdução

O objetivo geral deste projeto consiste em comparar a funcionalidade familiar entre famílias clínicas (Perturbação Psicótica) e não clínicas, com base na Teoria de Relações Familiares Básicas de Linares.

Segundo Watzlawick e Ceberio (1998), o modelo sistémico é uma das conceptualizações teóricas que se tem dedicado a compreender e aprofundar a visão da família como um todo. Este modelo afirma que para compreender de forma global uma determinada pessoa o ponto de partida são as pessoas mais próximas e influentes que a rodeiam, ou seja, a família. Olson e colaboradores (2014) caracterizam a família como dois ou mais indivíduos que estão comprometidos entre eles, partilhando intimidade, tomada de decisões, responsabilidades e valores. Este conceito é para Linares (1996; 2006b; 2007; 2012) descrito como a família de origem. Segundo a Teoria das Relações Familiares Básicas do mesmo autor, existem duas funções relacionais independentes (Conjugalidade e Parentalidade) que definem a atmosfera relacional de uma família de origem.

O CERFB (Lima et al., in press) é o primeiro instrumento adaptado para a população portuguesa que ao avaliar as relações familiares básicas segundo a teoria de Linares tem em consideração tanto a Conjugalidade como a Parentalidade. O estudo de validação deste instrumento para a população-geral portuguesa já se encontra realizado (Lima et al., in press), no entanto, é necessário determinar a sua utilidade na investigação em contextos clínicos. Noutros países, nomeadamente em Espanha, já foram realizados estudos que procuravam determinar a utilidade clínica do CERFB no diagnóstico relacional familiar, sendo que os resultados foram muito promissores. Em concreto, a investigação realizada por Campreciós (2015) tinha como objetivo validar e determinar a aplicabilidade clínica do CERFB em perturbações do comportamento alimentar (PCA), concluindo que este instrumento pode ser utilizado no diagnóstico relacional baseado nas relações familiares básicas, Conjugalidade e Parentalidade, em famílias com um filho com uma PCA, tanto em contextos clínicos como em contextos de investigação. Também o estudo de Roca e colaboradores (2020), que teve como objetivo descrever e explorar as relações familiares básicas, a ligação parental e o ajustamento diádico em famílias com um filho com Psicose, concluiu acerca da importância da avaliação conjunta da Conjugalidade e da Parentalidade nestas famílias, uma vez que as relações familiares influenciam cada membro de uma forma única e têm um impacto nas interações e dinâmicas familiares.

É necessário explorar a utilidade deste instrumento em populações clínicas específicas, no contexto português. Este projeto procura perceber de que modo o CERFB pode ser um instrumento útil na avaliação da Conjugalidade e da Parentalidade, em contexto clínico, especificamente em famílias com um filho com Perturbação Psicótica.

Este trabalho está dividido em 4 capítulos. O primeiro capítulo diz respeito à conceptualização teórica, que aborda as principais temáticas deste projeto, nomeadamente a Teoria de Relações Familiares Básicas de Linares (1996; 2006b; 2007; 2012), as relações familiares básicas em famílias com um filho com Perturbação Psicótica e por fim, uma contextualização do CERFB, como instrumento que se sustenta nesta teoria. O segundo capítulo corresponde ao estudo empírico que inclui uma caracterização da metodologia, dos participantes, dos instrumentos utilizados e do procedimento de recolha e de análise dos dados. Segue-se o terceiro capítulo, que se refere à apresentação dos resultados referentes à estatística descritiva e à estatística inferencial. O quarto e último capítulo consiste na discussão dos resultados obtidos e das conclusões finais, sendo que inclui também as limitações do estudo, implicações clínicas e direções futuras.

CAPÍTULO I : CONCEPTUALIZAÇÃO TEÓRICA

1. Teoria das Relações Familiares Básicas de Linares

A compreensão da Teoria das Relações Familiares Básicas de Linares (1996; 2006b; 2007; 2012) exige o enquadramento epistemológico da mesma, neste caso, na epistemologia sistémica. A teoria dos sistemas familiares considera três premissas importantes relativamente ao funcionamento familiar (Holmes et al., 2013; Holmes & Huston, 2010).

Em primeiro lugar, defende que a família é uma unidade de indivíduos interdependentes. Estes indivíduos são melhor compreendidos no contexto da unidade, ou seja, o funcionamento individual não depende apenas dos próprios mas também de um sistema complexo de expectativas, comportamentos e emoções entre os indivíduos que fazem parte da unidade que é a família. Desta forma, o comportamento de todos os indivíduos dentro de uma família está relacionado e dependente do comportamento dos restantes membros, sendo que todo o comportamento é comunicação e por isso, influencia e é influenciado pelo Outro (Minuchin, 1974; Watzlawick et al., 2011).

Em segundo lugar, esta teoria dita que de forma a manter o equilíbrio, o sistema familiar resiste à mudança apesar da inevitabilidade da mesma neste sistema (Holmes & Huston, 2010; Holmes et al., 2013). A teoria do desenvolvimento familiar procura compreender os processos de mudança nas famílias ao longo do seu ciclo de vida. De acordo com a mesma, as famílias atravessam uma sequência previsível de estádios ao longo do seu ciclo vital, sendo estes marcados por transições ou mudanças que são precipitadas pelas necessidades biológicas, sociais e psicológicas dos seus membros, tais como o nascimento do primeiro filho ou a reforma (Duvall, 1988; Goldenberg et al., 2017; McGoldrick & Carter, 1982). Perante estas mudanças e transições a família transforma-se de forma a manter a continuidade, havendo uma negociação de novas regras (Relvas, 2000). Para além disso, podem surgir novos subsistemas, emergindo conflitos inevitáveis neste processo que oferecem uma oportunidade de crescimento aos membros da família. No entanto, se estes conflitos não forem resolvidos, poderão ser geradores de outros problemas futuros (Minuchin, 1974).

Por fim, este sistema é composto por subsistemas interdependentes entre si. Segundo Alarcão (2006, p.37), família é o “lugar onde naturalmente nascemos, crescemos e morremos”. A autora também afirma que a família pode ser considerada um sistema, na medida em que a mesma é composta por objetos e respetivos atributos e relações. Esta possui limites ou fronteiras que a distinguem do seu meio mas também contém subsistemas e é contida noutros sistemas,

ou suprassistemas, sendo que todos se encontram ligados e hierarquicamente organizados, algo já salientado por Minuchin (1974). Para além disso, Alarcão (2006) identifica como exemplo dois subsistemas que fazem parte do sistema familiar: a Conjugalidade e a Parentalidade.

Linares (2007; 2012) considera que estas duas funções (Conjugalidade e Parentalidade) definem a atmosfera relacional de uma família de origem, caracterizada pelo autor como sendo constituída por duas pessoas que assumem o papel de pais. A Conjugalidade e a Parentalidade representam duas dimensões do *relational nurturing*, sendo a primeira entendida como amor conjugal e a segunda como amor parental (Linares, 2007). Desta forma, considera-se pertinente o enquadramento destas duas funções no *relational nurturing*.

Segundo Linares (2006a; 2007; 2012), o elemento mais importante da experiência relacional é a experiência subjetiva de ser amado. Assim, introduz o conceito de *relational nurturing* que conjuga elementos cognitivos, emocionais e pragmáticos, que se combinam entre si de forma a tornar a interação humana a base para o crescimento, o desenvolvimento, o bem-estar e a saúde mental. Este conceito é equivalente a outro conceito introduzido pelo mesmo autor, o amor complexo, sendo que este deixa de ser um fenómeno puramente afetivo para passar a integrar pensamentos, sentimentos e ações (Linares, 2006a; 2006b; 2007; 2012). Segundo o mesmo autor, embora estes três elementos: o cognitivo, o emocional e o pragmático possam ser percebidos como independentes (na medida em que a repressão de um dos elementos não afete de modo imediato os demais) é admissível considerar-se que o efeito causado pela supressão de um deles venha a generalizar-se por todos os elementos.

Tal como supramencionado, a Conjugalidade e a Parentalidade são duas funções indispensáveis para a compreensão da Teoria das Relações Familiares Básicas de Linares (1996; 2006b; 2007; 2012). No que diz respeito à Conjugalidade, esta reflete a forma como o casal se relaciona entre si e como resolve os conflitos conjugais (Linares, 2006b), ideia também salientada por Relvas (2000). Por sua vez, segundo Linares (2007, 2012) a Parentalidade reconhece o exercício das funções parentais, apoiado numa relação complementar e desigual, na medida em que o dar e o receber não podem estar equilibrados, posição a que acresce a de Relvas (2000) e a de Olson e colaboradores (2014).

A Conjugalidade e a Parentalidade, como dimensões contínuas, podem ser representadas num *continuum* inscrito entre um polo de máxima positividade e outro de máxima negatividade. A Conjugalidade inscreve-se entre um extremo harmonioso e um extremo desarmonioso, considerando as múltiplas possibilidades em que um casal atende às necessidades de apoio, ajuda e *relational nurturing* reciprocamente. A Parentalidade pode situar-se entre um extremo de conservação e um extremo de deterioração, dependendo do

exercício das funções parentais. Estes dois extremos da Parentalidade podem ser primários ou secundários. Os primários assumem que a Parentalidade sempre foi conservada/deteriorada e os secundários de que esta era conservada e passou a ser deteriorada ou vice-versa (Linares, 1996; 2012).

É importante realçar que a Conjugalidade e a Parentalidade são duas funções relacionais autónomas. No entanto, influenciam-se mutuamente, sendo que a Conjugalidade pode deteriorar a Parentalidade ou ajudá-la a recompor-se e a Parentalidade pode comprometer ou redimir a Conjugalidade. A combinação entre estas duas funções define o *relational nurturing* de uma família (Linares, 1996; 2006b; 2007; 2012).

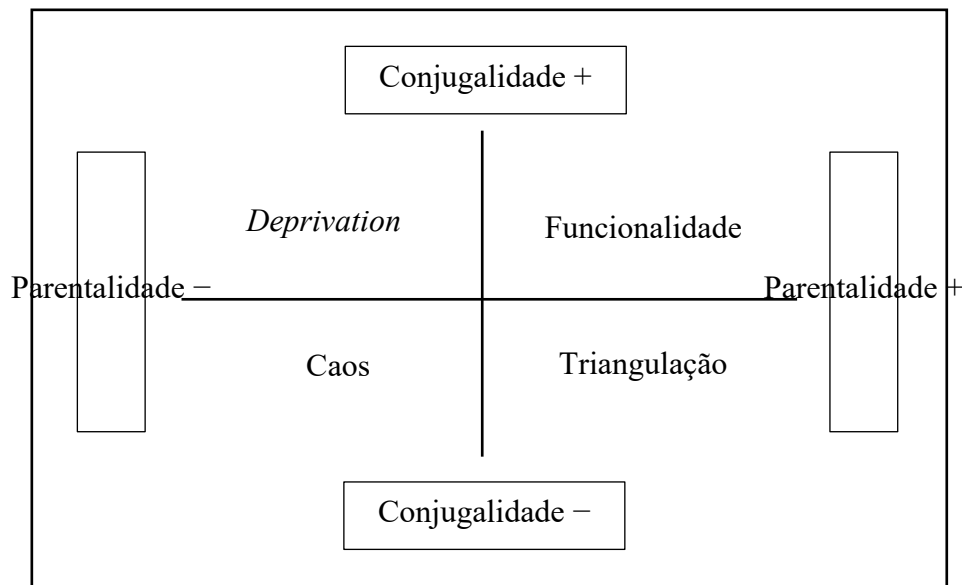
A Conjugalidade quando referente a um casal com aptidão para formar uma família, conceptualizado como um casal funcional, é caracterizada pela reciprocidade cognitiva (“o que pensa”), emocional (“o que sente”) e pragmática (“o que faz”), posição a que acresce a de DeFrain e Asay (2007), Olson e colaboradores (2014) e a de Schaefer e Olson (1981). Por sua vez, o intercâmbio recíproco de elementos cognitivos consiste no reconhecimento e valorização, ou seja, na perceção do Outro como tendo a sua própria identidade e necessidades e o destaque e apreciação das qualidades do Outro, respetivamente (Linares, 1996; 2002; 2007; 2012), em acréscimo ao posicionamento de Relvas (2000). Os elementos emocionais referem-se ao estado afetivo (caracterizado pela ternura) e a paixão (caracterizada pela exaltação). Por fim, os elementos pragmáticos consistem no desejo, intimidade sexual e gestão da convivência diária. Esta reciprocidade exige um exercício de dar e receber, de forma equilibrada (Linares, 1996; 2002; 2007; 2012), salientando-se o carácter multifacetado da Conjugalidade conforme já Olson e colaboradores (2014) e Relvas (2000) haviam referido. Também a Parentalidade envolve elementos cognitivos, emocionais e pragmáticos. Relativamente aos primeiros dois, estes são equivalentes aos descritos na Conjugalidade, sendo que é o elemento pragmático que sofre alterações notórias. Na Parentalidade, este último elemento refere-se principalmente à socialização, ou seja, consiste na preparação adequada dos filhos para a sua integração na sociedade, possuindo dois elementos fundamentais, a normatividade e a proteção, que enaltecem a garantia do respeito da sociedade por parte do indivíduo e a reciprocidade desse respeito, respetivamente (Linares, 1996; 2007; 2012), aspeto salientado também por DeFrain e Asay (2007) e Olson e colaboradores (2014).

Na figura 1 é possível observar um diagrama ortogonal, proposto por Linares (2012), que integra a Parentalidade e a Conjugalidade. Esta interseção dá origem a quatro quadrantes que representam quatro modalidades distintas da relação familiar. O quadrante superior direito define-se pela funcionalidade familiar, caracterizada pela Conjugalidade Harmoniosa e

Parentalidade Primariamente Conservada. Esta modalidade é a que proporciona mais possibilidades de oferecer um *relational nurturing* totalmente satisfatório. Neste caso, o casal apresenta uma boa capacidade de resolver adequadamente os seus conflitos conjugais, enquanto educam os seus filhos, proporcionando uma quantidade bastante satisfatória de recursos para o desenvolvimento de uma personalidade madura e equilibrada dos mesmos (Linares, 2006b; 2007; 2012).

Figura 1

Diagrama Ortogonal adaptado de Linares (2012)



Nota. Diagrama ortogonal, proposto por Linares (2012), que integra a Parentalidade e a Conjugalidade. Esta interseção dá origem a quatro quadrantes que representam quatro modalidades distintas da relação familiar.

As famílias tidas como tendo um funcionamento disfuncional ocupam os três quadrantes restantes, sendo que a sua diferenciação depende de como se encontram as dimensões relacionais de Conjugalidade e Parentalidade. De acordo com estes três quadrantes, podem ser distinguidas famílias caracterizadas pela triangulação, *deprivation* ou caos (Linares, 1996; 2006b; 2007; 2012). No quadrante inferior direito estão representadas as famílias caracterizadas pela triangulação, definidas pela Conjugalidade Desarmoniosa e a Parentalidade Primariamente Conservada. Nesta modalidade de relação familiar, o casal, inicialmente, pode funcionar bem ao nível das funções parentais, no entanto, perante dificuldades na resolução dos seus conflitos conjugais deixam de estar envolvidos na prestação de cuidados e satisfação das necessidades dos seus filhos, relativas ao *relational nurturing* (Linares, 2006b; 2007; 2012). O mesmo autor

define a triangulação como a implicação disfuncional das crianças na resolução dos problemas relacionais dos pais, ou seja, estes eventualmente recorrem às crianças com propostas de aliança, originando problemas que provocam a deterioração secundária da Parentalidade (Linares, 1996; 2006b; 2007; 2012).

No quadrante superior esquerdo estão representadas as famílias caracterizadas pela *deprivation*, definidas pela Conjugalidade Harmoniosa e a Parentalidade Primariamente Deteriorada. Nesta modalidade de relação familiar o casal não demonstra dificuldades significativas no plano conjugal, no entanto, apresenta-se incompetente no exercício das funções parentais e na provisão de um *relational nurturing* adequado (Linares, 1996; 2006b; 2007; 2012). Estas famílias são caracterizadas por estabelecerem altos níveis de exigência, que são desproporcionais em relação às possibilidades que são oferecidas aos filhos (Linares, 2012).

Finalmente, no quadrante inferior esquerdo, estão representadas as famílias caóticas, definidas pela Conjugalidade Desarmoniosa e pela Parentalidade Primariamente Deteriorada. Nestas famílias, a situação familiar é caracterizada como conflituosa e em constante desarmonia, não sendo os pais capazes de atender às necessidades relacionais dos filhos (Linares, 2006b). O ambiente relacional destas famílias é caracterizado como caótico, na medida em que as graves deficiências provocadas ao nível do *relational nurturing* desta combinação expõe os filhos a todos os tipos de riscos, tanto na forma de abuso psicológico como de desenvolvimento de uma perturbação mental, sendo que o risco mais evidente é relativamente à socialização (Linares, 1996; 2006b; 2007; 2012), posição a que acresce a de Barnhill (1979).

Também Minuchin e colaboradores (2009) consideram que o processo de formação da identidade depende de duas características, autonomia e pertença, sendo que é no contexto familiar que a criança aprende a perceber-se como um indivíduo autónomo, que pertence e depende de um determinado grupo. Estes autores concluem que o funcionamento familiar tem implicações consideráveis no desenvolvimento individual, sendo que alguns aspetos da personalidade da criança são reforçados e outros são desencorajados ou restritos (Minuchin et al., 2009). Desta forma, Linares (1996, 2012) identifica as triangulações, *deprivations* e caotizações como as três grandes variedades de maltrato psicológico, sendo que estas podem levar ao desenvolvimento de diversas modalidades de maltrato físico e ao desenvolvimento de perturbações mentais.

Não obstante, é importante realçar que a funcionalidade familiar não é estática e por isso, está sujeita a alterações ao longo do ciclo de vida de uma família (Duvall, 1988; Goldenberg et al., 2017; McGoldrick & Carter, 1982). Existem diversos acontecimentos de vida

stressantes que podem influenciar a dinâmica familiar (nomeadamente na Conjugalidade e Parentalidade), podendo provocar consequências ao nível do desenvolvimento e adaptação nos diversos membros (Dalman et al., 2010; Harland et al., 2002).

Posteriormente à apresentação da Teoria das Relações Familiares Básicas de Linares (1996; 2006b; 2007; 2012) é pertinente a sua contextualização nas Perturbações Psicóticas.

2. Relações Familiares Básicas em Famílias com um filho com Perturbação Psicótica

Segundo o Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais (DSM-5; APA, (2014), as Perturbações Psicóticas são definidas por anomalias em um ou mais dos seguintes domínios: delírios, alucinações, pensamento desorganizado, comportamento motor anormal ou grosseiramente desorganizado e sintomas negativos.

Relativamente a este conjunto de perturbações, vários estudos foram conduzidos de forma a tentar compreender como é que esta perturbação se desenvolve, ou seja, a sua etiologia, que fatores de risco estão a ela associados, entre outros. Neste estudo, dar-se-á maior ênfase aos fatores ambientais e sociais, nomeadamente a dinâmica familiar, dado o posicionamento sistémico adotado ao longo do mesmo. No entanto, sem desconsiderar os restantes fatores e a sua importância na compreensão do desenvolvimento e manutenção destas perturbações. Os e Kapur (2009) focaram-se nos progressos-chave da biologia, epidemiologia e farmacologia da esquizofrenia e de como estes três aspetos juntos podem ser compreendidos. No que concerne aos fatores perinatais e da infância, são consideradas condições como hipoxia, infeção materna, stress materno e má nutrição materna como fatores de risco (pouco incidentes) da esquizofrenia. Também são identificados fatores de risco desenvolvimentais, nomeadamente ao nível de alterações intelectuais e da linguagem ou mesmo atrasos motores ligeiros. Este estudo realça também que a vulnerabilidade para a esquizofrenia é parcialmente genética, exemplificando que estudos com gémeos indicam que a esquizofrenia possui uma herdabilidade estimada de 80% (Os & Kapur, 2009).

Considerados estes fatores e seguindo um posicionamento sistémico, segue-se a análise de uma série de fatores de risco desenvolvimentais, ambientais e sociais deste conjunto de perturbações. Este conjunto de fatores começou a ser considerado e investigado quando a comunidade científica se apercebeu que os genes são necessários para o surgimento da esquizofrenia mas geralmente não são suficientes para o seu desenvolvimento (Dean & Murray, 2005). O estudo destes fatores não nega a importância da genética, mas apoia que a etiologia

da esquizofrenia resulta de uma interação genética-ambiental (Dean & Murray, 2005; Tsuang et al., 2001).

A orientação teórica “a família como a unidade da doença” surgiu em contexto de investigação, em que pais saudáveis e o seu filho com esquizofrenia viviam juntos na ala psiquiátrica de um centro de investigação (Bowen, 1960; 1961). Segundo Bowen (1960), o conceito de família como uma unidade ou a família como um único organismo é crucial para a compreensão da esquizofrenia. Isto porque a família, que vive em constante contacto com o membro familiar com esquizofrenia, está num estado de conflito intenso e turbulência emocional e por isso, requer um apoio que vai para além do apoio individualizado à pessoa que apresenta os sintomas (Bowen, 1961). Esta orientação teórica conceptualiza a psicose como um sintoma de um processo ativo que compromete toda a família e levou à abordagem psicoterapêutica que envolvia todos os membros da família em todos os momentos da psicoterapia (Bowen, 1960; 1961). Este estudo permitiu concluir que a diminuição dos sintomas estava associada à presença dos pais, que faziam parte das relações psicoterapêuticas, uma vez que a psicose era vista como uma manifestação singular de um problema familiar e portanto a psicoterapia era direcionada a toda a família com o objetivo de solucionar o problema em questão (Bowen, 1960; 1961).

A elevada Expressão da Emoção (*Expressed Emotion*, EE) entre familiares, caracterizada pelo criticismo, hostilidade e o envolvimento emocional excessivo, foi estudada em famílias onde a doença já está instalada, sendo que está associada ao aumento da probabilidade de uma recaída (Koutra et al., 2015; Miklowitz, 2004). Estas atitudes, por sua vez, estão relacionadas com a sobrevalorização ou a ameaça da autoestima do indivíduo vulnerável, levando à sua deterioração. Contemplando a EE através de uma lente de psicopatologia do desenvolvimento e considerando que a criança possui uma predisposição genética para o desenvolvimento de uma perturbação mental, estes comportamentos são particularmente difíceis para a criança quando esta começa a desenvolver os esquemas mentais do *self* (Miklowitz, 2004). A exposição repetida ao criticismo durante estes períodos constituem-se como a base para a elaboração de esquemas negativos, dúvida no próprio, autocriticismo e relacionamentos conflituosos. Para além disso, a exposição continuada da criança à ansiedade e/ou ao envolvimento excessivo por parte de um progenitor pode levar a que esta internalize crenças de que é incompetente e de que o mundo é um lugar perigoso. Estes processos podem resultar no aparecimento de dificuldades ao nível da autorregulação emocional, por sua vez refletidos na sintomatologia depressiva, ansiosa e de agressividade (Miklowitz, 2004).

Wüsten e Lincoln (2017) procuraram avaliar o funcionamento familiar e a propensão para a psicose em amostras de diferentes culturas. Os resultados deste estudo destacaram o impacto que as famílias podem ter no desenvolvimento de sintomas psicóticos clinicamente relevantes ou na sua prevenção, visto que a predisposição para a psicose na amostra apresentada era explicada, em grande parte, pelo funcionamento familiar. Neste estudo, o funcionamento familiar engloba o apoio familiar, a satisfação com as relações familiares e os padrões de comunicação na família, sendo que os aspetos que sobressaíram relativos à propensão para a psicose foram o envolvimento emocional excessivo, o criticismo perfeccionado e a qualidade das relações familiares (Wüsten & Lincoln, 2017).

Dean e Murray (2005) identificam fatores de risco para o desenvolvimento da esquizofrenia, presentes na infância, nomeadamente o ambiente adverso de criação. Em primeiro lugar, é importante realçar o “*Finnish Adoptive Family Study of Schizophrenia*” (Tienari, 1991; Tienari et al., 1987). Este estudo foca-se no ambiente familiar como um fator de risco para o desenvolvimento posterior da esquizofrenia. Os autores do estudo em questão caracterizam o ambiente familiar saudável como possuindo níveis baixos de ansiedade, limites entre os membros e gerações claramente definidos e onde o reconhecimento do Outro e a empatia são consistentes. Por outro lado, as famílias com um ambiente adverso de criação são divididas em 4 grupos: levemente perturbadas, neuróticas, rígidas e seriamente perturbadas/caóticas. Nestas famílias pode estar presente a sintomatologia ansiosa e depressiva, padrões restritivos e repetitivos, tendem a ser mal adaptativas e disfuncionais, os conflitos familiares não são reconhecidos ou resolvidos e os limites são instáveis e pouco claros (Tienari et al., 1987). Em primeiro lugar, foi feita uma recolha de dados de todas as mulheres que tinham sido hospitalizadas devido à esquizofrenia, percebendo que 264 dessas mulheres tinham dado um total de 291 filhos para adoção. O estudo em questão inclui 179 dos filhos e as respetivas famílias de adoção. Estas famílias foram intensamente estudadas, nas suas casas e foram feitas entrevistas de *follow-up* 5 a 7 anos depois dos procedimentos iniciais (Tienari et al., 1987). Os resultados demonstraram que em famílias com um ambiente saudável, não havia evidências de desenvolvimento de esquizofrenia apesar da presença da mesma na mãe biológica, ao contrário do que aconteceu em famílias com um ambiente adverso de criação. Os autores concluem que os resultados são consistentes com a hipótese de que famílias saudáveis possivelmente protegeram as crianças que estariam geneticamente vulneráveis ao desenvolvimento da esquizofrenia (Tienari et al., 1987; Tienari, 1991).

Também Linares (2008; 2012), salientando a sua teoria das relações familiares básicas, procurou melhor compreender as Perturbações Psicóticas e como a sua teoria se aplica em

famílias com um filho com este diagnóstico. Desta forma, será reintroduzido o conceito de triangulação. Este pode ser dividido em três tipos, a triangulação equívoca, a triangulação manipuladora e a triangulação invalidante, sendo que esta última é o elemento chave para a compreensão relacional da psicose (Linares, 2012). Assim, este autor desenvolveu a Teoria da Triangulação Invalidante, que consiste na negação da existência do indivíduo pelos seus pais ou figuras relacionais mais importantes. Tal constitui um ataque à identidade individual que, sob pressão, se desintegra (Linares & Vallarino, 2008; Linares, 2012).

Segundo a Teoria da Triangulação Invalidante, perante este tipo de triangulação, ou seja, face à falta de reconhecimento do próprio pelos outros, o indivíduo adota um tipo de atitude perante a família e a sociedade, distante e desconectado. Devido à triangulação que ocorre no contexto familiar, o indivíduo autodenomina-se como não sendo ninguém, não existindo, porque é essa a percepção que o mesmo retira do tratamento social que recebe pelos outros. Neste seguimento, o indivíduo torna-se incapaz de estabelecer algum tipo de conexão interpessoal e são formuladas crenças como “não sou ninguém”, “não sou importante”, “estou sozinho”. O autor acrescenta que perante estas crenças, o funcionamento psicológico procura uma saída, uma adaptação que permita ao indivíduo reagir de forma funcional. Esta reação é complementada com sintomas positivos e delírios que, por sua vez, resultam na reconstrução de uma identidade alternativa, que tem sucesso em garantir o reconhecimento social outrora inexistente (Linares & Vallarino, 2008; Linares, 2012).

Por fim, salienta-se o estudo de Roca e colaboradores (2020), que teve como objetivo descrever e explorar as relações familiares básicas, ligação parental e o ajustamento diádico em famílias com filhos com Perturbação Psicótica. Estes autores concluíram que os pais de filhos com psicose percecionam um nível mais elevado de deterioração na Conjugabilidade e Parentalidade do que os pais de filhos sem esta perturbação. O mesmo estudo salientou ainda uma maior deterioração das funções relacionais por parte do sexo masculino em comparação com o sexo feminino. Por fim, verificaram que estas famílias eram mais protetoras e controladoras e não encorajavam tanto os filhos a serem independentes e autónomos. Percecionavam-se também como menos carinhosas e emocionalmente distantes e indiferentes (Roca et al., 2020).

3. Cuestionario de Evaluación de las Relaciones Familiares Básicas (CERFB)

O Cuestionario de Evaluación de las Relaciones Familiares Básicas (CERFB), desenvolvido por Ibáñez e colaboradores (2012), surgiu em contexto espanhol perante a necessidade crescente de um instrumento que avaliasse e diferenciasses a Conjugalidade e a Parentalidade.

Segundo a Teoria das Relações Familiares Básicas de Linares, Ibáñez e colaboradores (2012), com o objetivo de aumentar o conhecimento das relações familiares em contextos definidos tanto no campo da prevenção e intervenção como na investigação procuraram desenvolver um instrumento capaz de discriminar e avaliar, ao mesmo tempo, as duas funções relacionais básicas (Conjugalidade e Parentalidade) diferenciando entre casais funcionais e disfuncionais e entre um exercício adequado ou não das funções parentais. A amostra final deste estudo consistiu em 442 participantes (221 casais), com idades entre os 27 e os 71 anos ($M = 52.4$; $DP = 6.7$).

O estudo das propriedades psicométricas do CERFB no contexto espanhol foi dividido em três fases. A primeira correspondeu à construção do instrumento, seguindo o modelo bidimensional proposto por Linares (1996; 2006b; 2007; 2012). A segunda fase abarcou a realização de uma primeira aplicação do questionário, seguida por uma análise fatorial exploratória das duas escalas (Parentalidade e Conjugalidade), que indicou uma validade de constructo adequada. Por fim, a terceira fase contemplou a análise da confiabilidade e validade do CERFB. Os resultados desta fase demonstraram uma boa consistência interna, tanto na escala da Conjugalidade ($Alpha\ de\ Cronbach = .91$), como na escala da Parentalidade ($Alpha\ de\ Cronbach = .92$), concluindo que o instrumento possui boas propriedades psicométricas.

Tendo em consideração estes resultados, o interesse em expandir a aplicabilidade do CERFB a outras populações (nomeadamente, populações clínicas) e outras culturas aumentou, como é o caso de Itália e Portugal.

Relativamente ao estudo realizado no contexto italiano, este foi levado a cabo por Vilaregut e colaboradores (2019). A amostra final deste estudo consistiu em 228 participantes (114 casais), com idades entre os 34 e os 69 anos ($M = 51.70$; $DP = 6.04$). Em primeiro lugar, procedeu-se à tradução e adaptação do instrumento, seguindo as orientações da *International Test Commission's* (Muniz et al., 2013). Em segundo lugar, foi efetuada uma análise fatorial confirmatória, cujos resultados apoiam o modelo bifatorial, visto que os índices de ajuste estão de acordo com os critérios de adequação do mesmo. Em terceiro lugar, foi feita uma análise da confiabilidade e validade do instrumento, que assinalou uma boa consistência interna, tanto na

escala da Conjugalidade (*Alpha de Cronbach* = .92) como na escala da Parentalidade (*Alpha de Cronbach* = .80).

No caso de Portugal, um estudo já foi realizado com o intuito de examinar a estrutura dimensional do CERFB e a sua confiabilidade, assim como a sua validade convergente e divergente. Os participantes foram divididos em duas amostras, sendo que a primeira amostra consistiu em 150 participantes (75 casais), com idades entre os 31 e os 61 anos de idade ($M = 49.79$; $DP = 6.04$) e a segunda amostra consistiu em 228 participantes (114 casais). Os resultados deste estudo demonstraram a sua utilidade para avaliar as relações familiares básicas através das funções conjugais e parentais descritas pela teoria de Linares (Lima et al., in press), sendo que ambas as escalas apresentaram boa consistência interna (*Alpha de Cronbach* com valores entre .80 a .94). Para além disso, os resultados sugerem uma validade convergente e divergente do CERFB boa com os outros instrumentos utilizados no estudo (que avaliam separadamente a Conjugalidade e a Parentalidade). Por fim, considera-se pertinente que o estudo deste instrumento seja expandido para outras populações dentro do contexto português, nomeadamente populações clínicas.

CAPÍTULO II: ESTUDO EMPÍRICO

1. Método

Este estudo foi desenvolvido com recurso à metodologia quantitativa. O objetivo geral deste projeto consiste em comparar a funcionalidade familiar entre famílias clínicas (Perturbação Psicótica) e não clínicas, com base na Teoria de Relações Familiares Básicas de Lineares. Os objetivos específicos deste estudo são:

1. Descrever a funcionalidade familiar em famílias clínicas (Perturbação Psicótica) e não clínicas, considerando o sexo (mãe e pai);

2. Comparar a Parentalidade em famílias clínicas (Perturbação Psicótica) e não clínicas, considerando o sexo (mãe e pai);

3. Comparar a Conjugalidade em famílias clínicas (Perturbação Psicótica) e não clínicas, considerando o sexo (mãe e pai);

4. Explorar o impacto do confinamento domiciliário provocado pela pandemia da COVID-19 no funcionamento familiar de famílias com um/uma filho/a com Perturbação Psicótica;

5. Avaliar as diferenças entre as dimensões da Conjugalidade (Conjugalidade, Conjugalidade harmoniosa, Conjugalidade desarmoniosa) e a dimensão da Parentalidade (Parentalidade, Parentalidade primariamente conservada e Parentalidade primariamente deteriorada), em função do grupo (clínico e população-geral) e do sexo (pai e mãe);

6. Avaliar a correlação entre as dimensões da Conjugalidade (Conjugalidade, Conjugalidade harmoniosa, Conjugalidade desarmoniosa) e as dimensões da Parentalidade (Parentalidade, Parentalidade primariamente conservada e Parentalidade primariamente deteriorada), em famílias clínicas e não clínicas.

1.1. Participantes

Os participantes deste estudo foram casais/pais de adultos com o diagnóstico de uma perturbação psicótica, assim como casais/pais de adultos sem nenhuma psicopatologia identificada. Desta forma, os participantes foram divididos em dois grupos: um grupo não clínico (constituído por famílias da população-geral - GPG) e um grupo clínico (constituído por famílias clínicas - perturbações psicóticas - GCL).

Grupo da População-Geral (GPG)

Relativamente à população-geral foram utilizados os dados recolhidos para o projeto da adaptação e validação do CERFB para famílias da população-geral, sendo que a amostra é constituída por 378 participantes (189 casais). Tendo em consideração a extensividade da amostra original, foi realizada uma seleção de forma a ir ao encontro, não só ao número de participantes do GCL, mas também de forma a que as características sociodemográficas (sexo, idade dos participantes, idade dos filhos, anos de convivência em casal e tipologia da relação conjugal) dos dois grupos fossem o mais semelhante possível.

Os critérios de inclusão para esta população não clínica foram:

- Ter nacionalidade portuguesa;
- Fazer parte de um casal heterossexual;
- Idade entre os 18 e os 70 anos de idade;
- Ter, pelo menos, um filho biológico em comum, com mais de 11 anos de idade a viver com eles.

Desta forma, os participantes do GPG consistem em 2 homens e 6 mulheres, com idades compreendidas entre os 53 e os 69 anos ($M = 58,25$, $DE = 5,42$). No que diz respeito às habilitações literárias, 12,5% têm o 1º ciclo do ensino básico, 25,0% têm o 3º ciclo do ensino básico, 37,5% têm o ensino secundário, 12,5% têm licenciatura e por fim, 12,5% têm mestrado.

No que diz respeito ao estado civil, 2 participantes relatam estar em união de facto (25,0%) e 6 participantes afirmam estar no primeiro casamento (75,0%). Em relação aos anos de convivência em casal, as respostas variam entre 18 e 38 anos ($M = 28,13$, $DP = 6,49$). Os participantes têm entre 1 a 4 filhos ($M = 2,00$, $DP = 0,93$), sendo que 1 a 2 filhos vivem com os pais.

Todos os participantes são naturais do norte do país, mais especificamente do Grande Porto. Relativamente à situação profissional, 4 participantes relatam ser empregados por conta de outrem, 3 empregados por contra própria e 1 desempregado há mais de 12 meses. Por fim, metade dos participantes relata tomar medicação, nomeadamente fármacos para tratamento de hipertensão arterial, hipotiroidismo, hipercolesterolemia e suplementos.

Grupo Clínico (GCL)

Relativamente à população clínica, esta inclui pais e mães que possuem um filho com o diagnóstico de uma Perturbação Psicótica.

Os critérios de inclusão para esta população clínica foram:

- Ter nacionalidade portuguesa;
- Fazer parte de um casal heterossexual;
- Idade entre os 18 e os 70 anos de idade;
- Ter, pelo menos, um filho biológico em comum, com mais de 11 anos de idade a viver com eles;
- Um dos filhos tem de ter o diagnóstico de uma Perturbação Psicótica.

Os participantes do GCL são 2 homens e 6 mulheres, com idades compreendidas entre os 41 e os 67 anos ($M = 55.25$, $DE = 8.21$). No que diz respeito às habilitações literárias, 12.5% têm o 3º ciclo do ensino básico, 12.5% têm o ensino secundário, 25.0% têm licenciatura, 25.0% têm pós-graduação e por fim, 25.0% têm doutoramento.

Relativamente ao estado civil, 2 participantes estão em união de facto (25.0%), 3 participantes relatam estar casados, no primeiro casamento (37.5%) e 3 participantes relatam estar no segundo (ou mais) casamento (37.5%). Em relação aos anos de convivência em casal, as respostas variam entre 5 e 40 anos ($M = 24.67$, $DP = 16.0$). Os participantes têm entre 1 a 3 filhos ($M = 2.25$, $DP = .71$), sendo que 1 a 2 filhos vivem com os pais.

Todos os participantes são de naturalidade portuguesa, sendo que os locais de residência atual variam entre Grande Lisboa e Grande Porto. No que diz respeito à situação profissional 5 participantes relatam ser empregados por conta de outrem, 2 empregados por contra própria e 1 desempregado há mais de 12 meses. 6 participantes relatam tomar medicação, nomeadamente fármacos inibidores de beta-1 seletivo, antidepressivos, para tratamento de reposição hormonal e fármacos vasodilatadores periféricos.

No que toca ao filho com problemas de saúde mental, o diagnóstico é psicose. Podem ser identificados 7 homens e 1 mulher, com idades compreendidas entre 24 a 40 anos ($M = 31.88$, $DP = 5.38$). Relativamente ao tempo que passou desde que foi realizado o diagnóstico, as respostas variam entre 1 a 25 anos. Por sua vez, o acompanhamento psiquiátrico varia entre 4 a 25 anos e o acompanhamento psicológico varia entre 4 a 20 anos. O número de internamentos varia entre 1 a 5 ($M = 2.25$, $DP = 1.28$) e ocorreram entre 1995 e 2018.

Na tabela 1 podem ser consultados os dados sociodemográficos mais relevantes relativos aos participantes de ambos os grupos. Já a tabela 2 agrupa todos os dados que dizem respeito ao/à filho/a dos participantes com uma Perturbação Psicótica.

Tabela 1

Dados Sociodemográficos relativos aos participantes

Variáveis	GCL		GPG	
	<i>n</i>	<i>M(DP) o %</i>	<i>n</i>	<i>M(DP) o %</i>
Idade (anos)	8	55.25 (8.21)	8	58.25 (5.42)
<i>Sexo</i>				
Feminino	6	75.0	6	75.0
Masculino	2	25.0	2	25.0
<i>Habilitações académicas</i>				
1º Ciclo do Ensino Básico	0	0	1	12.5
3º Ciclo do Ensino Básico	1	12.5	2	25.0
Ensino Secundário	1	12.5	3	37.5
Licenciatura	2	25.0	1	12.5
Pós-Graduação	2	25.0	0	0
Mestrado	0	0	1	12.5
Doutoramento	2	25.0	0	0
<i>Local de Residência Atual</i>				
Grande Porto	7	75.0	8	100.0
Grande Lisboa	1	12.5	0	0
Outros	1	12.5	0	0
<i>Estado Civil</i>				
União de Facto	2	25.0	2	25.0
Casado 1º Casamento	3	37.5	6	75.0
Casado 2º Casamento ou mais	3	37.5	0	0
Anos de Convivência	8	24.67 (16.03)	8	28.13 (6.49)
Número de filhos	8	2.25 (0.71)	8	2.00 (0.93)
<i>Situação Profissional</i>				
Empregado por conta de outrem	5	62.5	4	50.0
Empregado por conta própria	2	25.0	3	37.5
Desempregado há mais de 12 meses	1	12.5	1	12.5

Tabela 2*Dados sociodemográficos relativos ao/à filho/a com Perturbação Psicótica*

Variáveis	<i>n</i>	<i>M(DP) o %</i>
Idade(anos)	8	31.88 (5.38)
<i>Sexo</i>		
Feminino	1	12.5
Masculino	7	87.5
<i>Diagnóstico</i>		
Psicose	8	100.0
Tempo diagnóstico	8	11.57 (3.39)
Acompanhamento Psiquiátrico	7	14.00 (3.40)
Acompanhamento Psicológico	5	12.20 (3.18)
Número de internamentos	8	2.25 (1.28)

1.2. Instrumentos

a. Questionário Sociodemográfico

O questionário sociodemográfico permite a recolha de dados sociodemográficos e outros dados considerados relevantes para a caracterização dos participantes deste estudo, neste caso para os participantes que se inserem no GCL. Desta forma, são incluídos dados que dizem respeito aos participantes como: sexo, data de nascimento, naturalidade, local de residência atual, estado civil, anos de coabitação em casal, habilitações literárias, situação profissional, profissão, uso de medicação, número de filhos, idade dos filhos e número de filhos que vivem com o casal, assim como dados relativos ao filho/a com o diagnóstico de uma Perturbação Psicótica, neste caso: o diagnóstico específico, a idade do/a filho/a diagnosticado/a com a Perturbação Psicótica, há quanto tempo foi feito o diagnóstico, há quanto tempo é que o/a seu/sua filha/o está a ser acompanhada (existindo uma distinção entre acompanhamento psiquiátrico e psicoterapêutico), número de internamentos e quando é que estes ocorreram.

Tendo em consideração que a recolha de dados ocorreu durante a pandemia da COVID-19, foram recolhidos dados quanto às mudanças provocadas pelo confinamento domiciliário imposto pelo Estado de Emergência decretado pelo Governo Português, na qualidade da parentalidade conjunta, na qualidade do funcionamento conjugal, no comportamento do/a filho/a com problemas de saúde mental e por fim, quanto às adaptações na rotina familiar.

b. Cuestionario de Evaluación de las Relaciones Familiares Básicas (CERFB)

O CERFB (versão original de Ibáñez et al., 2012; versão portuguesa de Lima et al., in press) é um questionário de autorrelato com 25 itens que tem como objetivo avaliar as relações familiares com base na teoria de Linares. Assim, avalia a perceção dos pais relativamente às relações familiares, em concreto, a relação com os seus filhos e com o seu companheiro. Os itens são politómicos, classificados numa escala de *Likert* de 5 pontos, sendo que (1) significa nunca, (2) significa poucas vezes, (3) significa algumas vezes, (4) significa bastantes vezes e (5) significa sempre. Este questionário apresenta uma estrutura bidimensional: escala da Conjugalidade (14 itens) e escala da Parentalidade (11 itens), sendo que a pontuação de cada uma obtém-se a partir da soma das respostas dos itens que a compõem, indicando assim, o grau de funcionalidade conjugal e parental. O estudo relativamente às propriedades psicométricas do CERFB, realizado por Ibáñez et al. (2012), centrou-se na análise da validade fatorial exploratória, consistência interna e validade do constructo do CERFB, tendo concluído que o mesmo tem boas propriedades psicométricas e se constitui como um questionário fiável. De acordo com o estudo de validação português, constituído por uma amostra de 378 participantes, tanto a conjugalidade como a parentalidade apresentaram boa consistência interna, sendo o *Alpha de Cronbach* de .92 e .81, respetivamente (Lima et al., in press).

1.3. Procedimentos de Recolha de Dados

Relativamente ao GPG, conforme mencionado, os dados já se encontram recolhidos no âmbito de um projeto anterior, que procurou avaliar as propriedades psicométricas do CERFB para a população-geral portuguesa (*vid.* Lima et al., in press)

No que diz respeito aos dados do GCL, estes foram recolhidos num contexto clínico, nomeadamente numa organização não governamental (NGO) que presta apoio a pessoas com problemas de saúde mental e às suas famílias. É ainda importante referir que todos os participantes deste grupo faziam parte de um grupo de apoio para pais com filhos com problemas de saúde mental. Desta forma, o contacto foi estabelecido por profissionais do próprio contexto, via e-mail, por na altura em que ocorreu a recolha de dados, a população portuguesa encontrar-se em confinamento domiciliário (devido à pandemia da COVID-19) e por isso, não era possível a realização deste contacto num registo presencial. No e-mail, os participantes foram informados acerca das condições do estudo e sobre as questões legais inerentes ao mesmo, nomeadamente o facto de a participação ser voluntária e a anonimidade de todos os participantes estar garantida. No mesmo e-mail, foi disponibilizado um *link* que

dava acesso aos participantes a uma versão online do questionário sociodemográfico e do CERFB.

1.4. Procedimentos de Tratamento e Análise de Dados

A análise de dados foi feita com recurso ao programa IBM-SPSS (versão 26).

Na primeira fase recorreu-se à estatística descritiva que permitiu descrever os participantes do estudo, ou seja, do GPG e do GCL. Ainda considerando a estatística descritiva, foi realizada uma análise individual às respostas dos itens do CERFB, considerando os dois grupos (GPG e GCL). Nesta análise foram utilizadas a média, o desvio-padrão, a mediana e o número das respostas a cada item.

Por sua vez, na segunda fase recorreu-se à estatística inferencial. Foram realizados diferentes testes, escolhidos de acordo com os objetivos específicos anteriormente mencionados. Tendo em consideração o n , recorreu-se à estatística não paramétrica. Foi realizado o teste de *Mann-Whitney* para averiguar se as ordens médias dos dois grupos independentes (homens e mulheres; GPG e GCL) de uma variável dependente ordinal (Conjugalidade e Parentalidade) diferem. Para além disso, foi também realizado o Coeficiente de Correlação de *Pearson* para averiguar a associação entre a Parentalidade e a Conjugalidade, nos dois grupos.

CAPÍTULO III: APRESENTAÇÃO DE RESULTADOS

1. Estatística Descritiva: CERFB

Tabela 3

Dados descritivos dos itens do CERFB

Itens CERFB	<i>Grupo</i>	<i>n</i>	<i>M (DP)</i>	<i>Mdn</i>
<i>Dimensão da Conjugalidade Harmoniosa</i>				
3. O/A meu/minha companheiro(a) ajuda-me a enfrentar os problemas quotidianos.	GCL	8	3.88 (1.55)	4.50
	GPG	8	3.88 (1.46)	4.50
11. O/A meu/minha companheiro(a) e eu fazemos uma boa equipa.	GCL	8	3.38 (1.60)	3.50
	GPG	8	4.00 (1.51)	5.00
12. O/A meu/minha companheiro(a) sabe como tratar-me.	GCL	8	3.75 (1.23)	4.00
	GPG	8	4.00 (1.41)	5.00
16. O/A meu/minha companheiro(a) sabe escutar-me.	GCL	8	3.38 (1.41)	3.50
	GPG	8	3.63 (1.41)	4.00
17. O/A meu/minha companheiro(a) mostra-se muito carinhoso(a) comigo.	GCL	8	4.00 (1.41)	4.50
	GPG	8	4.00 (1.41)	5.00
19. O/A meu/minha companheiro(a) ajuda-me a ser mais forte.	GCL	8	3.75 (1.58)	4.50
	GPG	8	3.75 (1.58)	4.50
25. O/A meu/minha companheiro(a) e eu dialogamos tranquilamente sobre qualquer coisa.	GCL	8	3.88 (.99)	3.50
	GPG	8	3.88 (1.13)	4.00
<i>Dimensão da Conjugalidade Desarmoniosa</i>				
6. Creio que o/a meu/minha companheiro(a) não me compreende.*	GCL	8	3.88 (1.46)	4.50
	GPG	8	3.25 (1.39)	3.00
7. O/A meu/minha companheiro(a) estraga as coisas com a sua indelicadeza.*	GCL	8	4.63 (.52)	5.00
	GPG	8	4.00 (1.31)	4.50

9. O/A meu/minha companheiro(a) tem mais em conta as opiniões dos outros do que as minhas.*	GCL	8	4.63 (.52)	5.00
	GPG	8	4.00 (1.51)	5.00
10. É-me difícil disfrutar na intimidade com o/a meu/minha companheiro(a).*	GCL	8	4.13 (.99)	4.50
	GPG	8	4.13 (1.46)	5.00
14. O/A meu/minha companheiro(a) dedica-me pouco tempo.*	GCL	8	3.63 (.92)	4.00
	GPG	8	2.88 (1.36)	3.50
22. O/A meu/minha companheiro(a) e eu discutimos diariamente de forma acalorada por qualquer assunto.*	GCL	8	4.25 (.46)	4.00
	GPG	8	4.38 (.74)	4.50
24. Penso que o/a meu/minha companheiro(a) e eu estamos em desacordo na maioria das coisas.*	GCL	8	4.13 (.64)	4.00
	GPG	8	3.75 (1.28)	4.00

Dimensão da Parentalidade primariamente conservada

5. Sinto que o(s) meu(s) filhos me corresponde(m) afetivamente.	GCL	8	3.88 (1.13)	4.00
	GPG	8	4.13 (.99)	4.00
8. Diálogo tranquilamente com o(s) meu(s) filho(s).	GCL	8	3.38 (.52)	3.00
	GPG	8	4.25 (.89)	4.50
13. Gosto de partilhar o tempo livre com o(s) meu(s) filho(s).	GCL	8	3.75 (1.04)	4.00
	GPG	8	4.63 (.74)	5.00
20. Reconheço abertamente quando o(s) meu(s) filho(s) atua(m) corretamente.	GCL	8	4.50 (.76)	5.00
	GPG	8	4.63 (.74)	5.00

Dimensão da Parentalidade primariamente deteriorada

1. Estou seguro(a) que o(s) meu(s) filho(s) só pensa(m) em levar a dele(s) avante.*	GCL	8	1.50 (4.38)	2.50
	GPG	8	3.00 (1.51)	2.50
	GCL	8	3.63 (1.06)	3.50

2. Na minha opinião o(s) meu(s) filhos têm defeitos importantes.*	GPG	8	3.63 (.92)	3.00
4. Creio que o(s) meu(s) filho(s) não são responsável(eis).*	GCL	8	3.62 (.75)	3.50
	GPG	8	3.63 (1.50)	4.00
15. Costumo ter que gritar com o(s) meu(s) filho(s) para que me obedeça(m).*	GCL	8	4.13 (1.13)	4.50
	GPG	8	2.13 (4.55)	3.50
18. Penso que o(s) meu(s) filho(s) não sabe(m) como tratar-me.*	GCL	8	3.63 (1.51)	4.00
	GPG	8	4.38 (.92)	5.00
21. Sinto que o(s) meu(s) filho(s) me tiram do sério frequentemente.*	GCL	8	4.00 (.76)	4.00
	GPG	8	2.75 (.89)	3.00
23. Estou convencido(a) que o(s) meu(s) filho(s) só obedece(m) quando se ameaça castigá-lo(s).*	GCL	8	4.62 (.52)	5.00
	GPG	8	4.38 (.74)	4.50

Nota: Os itens assinalados (*) correspondem aos itens invertidos.

A Tabela 3 permite explorar os dados descritivos (média, desvio-padrão e mediana) relativos às respostas dos itens do CERFB, em função do grupo (GPG e GCL) e das dimensões da Conjugalidade e Parentalidade do CERFB.

No GPG, a média mais alta corresponde ao item 13 – “Gosto de partilhar o tempo livre com o(s) meu(s) filho(s)” ($M = 4.63$, $DP = .74$) e ao item 20 – “Reconheço abertamente quando o(s) meu(s) filho(s) atua(m) corretamente” ($M = 4.63$, $DP = .74$), sendo que ambos fazem parte da dimensão da Parentalidade Primariamente Conservada. Já a média mais baixa corresponde ao item 15 – “Costumo ter que gritar com o(s) meu(s) filho(s) para que me obedeça(m).” ($M = 2.13$, $DP = 4.55$), componente da Parentalidade Primariamente Deteriorada. Os itens com as medianas mais altas ($Mdn = 5$) são os itens 11, 12 e 17 da dimensão da Conjugalidade Harmoniosa, os itens 9 e 10 da Conjugalidade Desarmoniosa, os itens 13 e 20 da dimensão da Parentalidade Primariamente Conservada e o item 18 da Parentalidade Primariamente Deteriorada. Relativamente ao item com a mediana mais baixa ($Mdn = 2.50$), este é o item 1 – “Estou seguro(a) que o(s) meu(s) filho(s) só pensa(m) em levar a dele(s) avante.”, que pertence à dimensão da Parentalidade Primariamente Deteriorada.

Relativamente ao GCL e como é passível de ser observado na tabela, a média mais alta corresponde ao item 9 – “O/A meu/minha companheiro(a) tem mais em conta as opiniões dos outros do que as minhas.” ($M = 4.63$, $DP = .52$) que, por sua vez, é um componente da Conjugalidade Desarmoniosa. Por sua vez, a média mais baixa do mesmo grupo corresponde ao item 1 – “Estou seguro(a) que o(s) meu(s) filho(s) só pensa(m) em levar a dele(s) avante.” ($M = 1.50$, $DP = 4.38$), assim como a mediana mais baixa ($Mdn = 2.50$) que, por sua vez, pertence à Parentalidade Primariamente Deteriorada. Neste mesmo grupo, é possível identificar que os itens com uma mediana mais alta ($Mdn = 5$), nomeadamente, o item 7 e 9 que pertencem à Parentalidade Primariamente Deteriorada, assim como o item 20 e 23 que são componentes da Conjugalidade Harmoniosa e Desarmoniosa respetivamente.

Tabela 4

Caracterização das dimensões do CERFB em função do grupo e do sexo

Dimensão	<i>Sexo</i>	<i>Grupo</i>	<i>n</i>	<i>M(DP)</i>
CERFB – Conjugalidade	Masculino	GCL	2	59.50 (10.61)
		GPG	2	62.00 (.00)
	Feminino	GCL	6	53.83 (10.83)
		GPG	6	49.17 (18.28)
CERFB – Parentalidade	Masculino	GCL	2	42.50 (2.12)
		GPG	2	46.00 (.00)
	Feminino	GCL	6	41.50 (5.68)
		GPG	6	41.50 (7.29)
CERFB – Conjugalidade harmoniosa	Masculino	GCL	2	29.50 (7.78)
		GPG	2	33.50 (.71)
	Feminino	GCL	6	24.83 (8.70)
		GPG	6	25.00 (10.18)
CERFB – Conjugalidade desarmoniosa	Masculino	GCL	2	30.00 (2.83)
		GPG	2	28.50 (.71)
	Feminino	GCL	6	29.00 (3.03)
		GPG	6	24.17 (8.28)
CERFB – Parentalidade primariamente conservada	Masculino	GCL	2	15.67 (3.39)
		GPG	2	20.00 (.00)
	Feminino	GCL	6	15.00 (.00)
		GPG	6	16.83 (3.31)

CERFB –	Masculino	GCL	2	27.50 (2.12)
Parentalidade		GPG	2	21.50 (6.36)
primariamente	Feminino	GCL	6	24.33 (5.16)
deteriorada		GPG	6	24.67 (4.59)

Ao analisar a tabela 4, é possível verificar a média da pontuação dos participantes relativas às diferentes escalas do CERFB. Estas médias estão organizadas pelo sexo (feminino e masculino) e pelo grupo (GPG e GCL).

Relativamente à dimensão da Conjugalidade do CERFB, a média mais alta pertence aos homens do GPG ($M = 62.00$, $DP = .00$) e a média mais baixa diz respeito às mulheres do GPG ($M = 49.17$, $DP = 18.28$). No que toca à dimensão da Parentalidade do CERFB, a média mais alta pertence aos homens do GPG ($M = 46.00$, $DP = .00$) e a média mais baixa pertence às mulheres do GPG ($M = 41.50$, $DP = 7.29$) e às mulheres do GCL ($M = 41.50$, $DP = 5.68$).

No que diz respeito à dimensão da Conjugalidade Harmoniosa do CERFB, a média mais alta pertence aos homens do GPG ($M = 33.50$, $DP = .71$) e a média mais baixa pertence às mulheres do GCL ($M = 24.83$, $DP = 8.70$). Quanto à dimensão da Conjugalidade Desarmoniosa do CERFB, a média mais alta diz respeito aos homens do GCL ($M = 30.00$, $DP = 2.83$) e a média mais baixa corresponde às mulheres do GPG ($M = 24.17$, $DP = 8.28$).

Na dimensão da Parentalidade Primariamente Conservada do CERFB, a média mais alta pertence aos homens do GPG ($M = 20.00$, $DP = .00$) e a média mais baixa diz respeito às mulheres do GCL ($M = 15.00$, $DP = .00$). Relativamente à dimensão da Parentalidade Primariamente Deteriorada do CERFB, a média mais alta corresponde aos homens do GCL ($M = 27.50$, $DP = 2.12$) e a média mais baixa pertence às mulheres do GCL ($M = 24.33$, $DP = 5.16$).

2. Estatística Descritiva: COVID-19 e Relações Familiares no GCL

Tabela 5

Frequências quanto à questão “Considera que a situação atual de confinamento domiciliário (provocada pela pandemia da COVID-19) gerou mudanças na qualidade da parentalidade conjunta?”

Resposta	<i>n</i>	<i>%</i>
Sim	5	62.5
Não	3	37.5

Através da análise da Tabela 5, é possível concluir que 5 participantes do grupo clínico consideram que a atual situação de isolamento social gerou mudanças na qualidade da parentalidade conjunta (62.5%).

Alguns exemplos destas mudanças consistem em: (a) mais tempo passado com os filhos; (b) maior investimento na relação estabelecida com os filhos; (c) mais ajuda por parte do pai.

Tabela 6

Frequências quanto à questão “Considera que a situação atual de confinamento domiciliário (provocada pela pandemia da COVID-19) gerou mudanças na qualidade do funcionamento conjugal?”

Resposta	<i>n</i>	<i>%</i>
Sim	4	50.0
Não	4	50.0

Através da análise da Tabela 6, é possível concluir que metade dos participantes do grupo clínico consideram que a atual situação de isolamento social gerou mudanças na qualidade do funcionamento conjugal (50.0%).

Alguns exemplos destas mudanças consistem em: (a) passam mais tempo juntos; (b) menos relação íntima; (c) maior participação nas tarefas domésticas por parte do marido.

Tabela 7

Frequências quanto à questão “Considera que a situação atual provada pela pandemia da COVID-19 gerou alterações no comportamento do/a seu/sua filho/a?”

Resposta	<i>n</i>	<i>%</i>
Sim	6	75.0
Não	2	25.0

A Tabela 7 permite perceber que 6 participantes consideram que a atual situação de isolamento social gerou alterações no comportamento do/a filho/a com problemas de saúde mental (75.0%).

Alguns exemplos destas mudanças consistem em: (a) maior ansiedade, nervosismo e insegurança, (b) preocupação excessiva; (c) sentimentos de stress; (d) tristeza; (e) maior agressividade verbal; (d) passa mais tempo com a família.

Tabela 8

Frequências quanto à questão “Considera que foram necessárias adaptações na sua rotina familiar face a esta pandemia?”

Resposta	<i>n</i>	<i>%</i>
Sim	7	87.5
Não	1	12.5

Por fim, a Tabela 8 permite perceber que 7 participantes consideram que foram necessárias adaptações na sua rotina familiar face a esta pandemia (87.5%).

Alguns exemplos são: (a) partilha do espaço; (b) distribuição tarefas domésticas; (c) mais tempo passado com a família, (d) gestão de tempo; (e) articulação trabalho com obrigações familiares.

3. Estatística Inferencial: Teste de *Mann-Whitney*

Tabela 9

Diferenças entre as dimensões do CERFB no GPG, em função do sexo

	Homens (n=2) Ordem Média	Mulheres (n=6) Ordem Média	<i>Mann-Whitney</i> U (sig.)
CERFB – Conjugalidade	4.50	4.50	6.00 (1.00)
CERFB – Parentalidade	6.00	4.00	3.00 (.31)
CERFB – Conjugalidade Harmoniosa	6.00	4.00	3.00 (.31)
CERFB – Conjugalidade Desarmoniosa	4.50	4.50	6.00 (1.00)
CERFB – Parentalidade primariamente conservada	7.00	3.67	1.00 (.09)
CERFB – Parentalidade primariamente deteriorada	3.50	4.83	4.00 (.50)

No que concerne à avaliação de diferenças, a leitura da tabela 9 permite verificar que não existem diferenças estatisticamente significativas, entre os homens e as mulheres do GPG quanto à Conjugalidade e Parentalidade avaliados pelas diferentes escalas.

Tabela 10

Diferenças entre as dimensões do CERFB no GCL, em função do sexo

	Homens (n=2) Ordem Média	Mulheres (n=6) Ordem Média	<i>Mann-Whitney</i> U (sig.)
CERFB – Conjugalidade	5.25	4.25	4.50 (.62)
CERFB – Parentalidade	5.25	4.25	4.50 (.62)
CERFB – Conjugalidade Harmoniosa	5.50	4.17	4.00 (.51)
CERFB – Conjugalidade Desarmoniosa	5.00	4.33	5.00 (.74)

CERFB – Parentalidade primariamente conservada	3.50	4.83	4.00 (.50)
CERFB – Parentalidade primariamente deteriorada	5.75	4.08	3.50 (.40)

A análise da tabela 10 permite concluir que não há diferenças estatisticamente significativas, entre os homens e as mulheres do GCL quanto à Conjugalidade e Parentalidade avaliados pelas diferentes escalas.

Tabela 11

Diferenças entre as dimensões do CERFB em função do grupo

	GPG (n=8) Ordem Média	GCL (n=8) Ordem Média	Mann-Whitney U (sig.)
CERFB – Conjugalidade	8.06	8.94	28.50 (.71)
CERFB – Parentalidade	9.00	8.00	28.00 (.67)
CERFB – Conjugalidade Harmoniosa	9.00	8.00	28.00 (.67)
CERFB – Conjugalidade Desarmoniosa	7.38	9.63	23.00 (.34)
CERFB – Parentalidade primariamente conservada	10.38	6.63	17.00 (.11)
CERFB – Parentalidade primariamente deteriorada	7.75	9.25	26.00 (.53)

A análise da tabela 11 permite concluir que não há diferenças estatisticamente significativas, entre o GCL e o GPG quanto à Conjugalidade e Parentalidade avaliados pelas diferentes escalas.

4. Estatística Inferencial: Coeficiente de Correlação de *Pearson*

A tabela 12 e 13 permitem analisar as correlações entre as diversas dimensões da Conjugalidade e da Parentalidade, no grupo não clínico e clínico, respetivamente.

Tabela 12

Correlações entre as dimensões do CERFB do GPG

Dimensões do CERFB	1	2	3	4	5	6
1.Conjugalidade (CERFB)	1					
2.Parentalidade (CERFB)	.17	1				
3.Conjugalidade harmoniosa (CERFB)	.99**	.24	1			
4.Conjugalidade desarmoniosa (CERFB)	.99**	.07	.95**	1		
5.Parentalidade primariamente conservada (CERFB)	-.038	.90**	.05	-.14	1	
6.Parentalidade primariamente deteriorada (CERFB)	.09	.63	.12	.05	.36	1

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

No que toca à dimensão da Conjugalidade, esta possui uma correlação positiva e marginalmente significativa com a Conjugalidade Harmoniosa ($r = .99, p = .00$) e também com a Conjugalidade Desarmoniosa ($r = .99, p = .00$). Relativamente à Parentalidade, há uma correlação positiva marginalmente significativa com a Parentalidade Primariamente Conservada ($r = .90, p = .003$). Já a Conjugalidade Harmoniosa possui uma correlação positiva marginalmente significativa com a Conjugalidade Desarmoniosa ($r = .95, p = .00$).

Tabela 13*Correlações entre as dimensões do CERFB do GCL*

Dimensões do CERFB	1	2	3	4	5	6
1.Conjugalidade (CERFB)	1					
2.Parentalidade (CERFB)	.80*	1				
3.Conjugalidade harmoniosa (CERFB)	.98*	.69	1			
4.Conjugalidade desarmoniosa (CERFB)	.81*	.90**	.68	1		
5.Parentalidade primariamente conservada (CERFB)	.79*	.75*	.80*	.55	1	
6.Parentalidade primariamente deteriorada (CERFB)	.12	.46	.03	.33	-.07	1

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

Em primeiro lugar, é possível perceber a existência de uma correlação positiva e significativa entre a dimensão da Conjugalidade e da Parentalidade do CERFB ($r = .80, p = .018$). Assim, uma maior funcionalidade conjugal está associada a uma maior funcionalidade parental. Há uma correlação positiva marginalmente significativa entre a Conjugalidade Harmoniosa e a Conjugalidade ($r = .98, p = .00$). Também a Conjugalidade possui uma correlação positiva e significativa com a Conjugalidade Desarmoniosa ($r = .81, p = .01$) e com a Parentalidade Primariamente Conservada ($r = .79, p = .02$).

Por sua vez, há uma correlação positiva e marginalmente significativa entre a Parentalidade e a Conjugalidade Desarmoniosa ($r = .90, p = .003$). Para além disso, há uma correlação positiva e significativa entre a Parentalidade e a Parentalidade Primariamente Conservada ($r = .75, p = .03$).

Relativamente à Conjugalidade Harmoniosa, esta possui uma correlação positiva significativa com a Parentalidade Primariamente Conservada ($r = .80, p = .02$).

CAPÍTULO IV: DISCUSSÃO DE RESULTADOS E CONCLUSÕES FINAIS

1. Discussão de Resultados

Este estudo teve como objetivo comparar a funcionalidade familiar entre famílias clínicas (Perturbação Psicótica) e famílias da população-geral, com base na Teoria de Relações Familiares Básicas de Linares. Desta forma, em consonância com os pressupostos teóricos abordados no enquadramento teórico, torna-se pertinente perceber a relação entre os resultados deste estudo e a informação existente sobre o tema em questão.

Conforme referido, estudos recentes destacam a dinâmica familiar no desenvolvimento de sintomatologia psicótica (Elis et al., 2013; Wüsten & Lincoln, 2017). O CERFB é o único instrumento validado para a população portuguesa que, numa perspetiva sistémica, avalia a Parentalidade e a Conjugalidade ao mesmo tempo. O interesse do estudo da utilidade deste instrumento no contexto clínico, especificamente com Perturbações Psicóticas, provém da teoria desenvolvida por Linares (2008; 2012) que evidencia a singularidade destas perturbações e do impacto psicossocial no seu desenvolvimento.

No que diz respeito às diferenças entre os dois grupos (GPG e GCL), os resultados do presente estudo vão ao encontro dos resultados obtidos por um estudo realizado em Espanha com o objetivo de descrever e explorar as relações familiares básicas em famílias com um/a filho/a com uma perturbação psicótica, que não obteve diferenças estatisticamente significativas na perceção da Conjugalidade e da Parentalidade entre o grupo clínico e o grupo de comparação (Roca et al., 2020), considerando o sexo, a não ser entre os homens dos dois grupos. Estes resultados podem dever-se a diversas razões, sendo que para o estudo em questão destacam-se algumas das seguintes possibilidades.

Em primeiro lugar, o facto de os participantes do GCL fazerem parte de um grupo de apoio a famílias com um filho com problemas de saúde mental. Este grupo visa permitir o desenvolvimento de competências importantes para a gestão dos desafios do quotidiano normalmente associados à Perturbação Psicótica. Vários estudos apontam para o aumento da funcionalidade familiar e qualidade das relações entre os diferentes membros, quando consideradas intervenções ao nível familiar (como grupos de apoio), nomeadamente ao nível da comunicação baseada na confiança, assertividade, expressão de afeto, resolução de problemas e relações interpessoais (Chien, 2008; Palma et al., 2019), podendo tal ter-se verificado nos participantes do GCL.

Em segundo lugar, também pode ser justificado pelo facto de os dados relativos ao GCL terem sido recolhidos durante a pandemia da COVID-19. Os pais referem que este acontecimento foi causador de ansiedade, nervosismo, insegurança, preocupação excessiva, tristeza e agressividade verbal nos filhos com Perturbação Psicótica. No entanto, as famílias do GCL identificam o mesmo acontecimento como gerador de mudanças positivas na parentalidade conjunta, nomeadamente no tempo despendido com os filhos e o investimento na relação com os mesmos. Quanto ao funcionamento conjugal, metade dos participantes considera que ocorreram mudanças, sendo a maior parte delas positivas (mais tempo passado em conjunto e maior participação nas tarefas domésticas). Estas perceções derivadas do impacto do confinamento domiciliário não podem ser ignoradas na leitura dos resultados, uma vez que este pode constituir-se como um acontecimento de vida stressante e portanto provocar alterações na funcionalidade familiar (Dalman et al., 2010; Harland et al., 2002).

Aquando da análise da correlação entre as dimensões da Conjugalidade e da Parentalidade do CERFB, é possível verificar que a dimensão da Conjugalidade e da Parentalidade se influenciam mutuamente no GCL. Este resultado era esperado visto que a literatura já o sugere. Nomeadamente, no estudo realizado por Darmi e colaboradores (2016), que teve como objetivo explorar a experiência de pais com filhos com psicose, os resultados sugeriram que problemas de saúde mental (psicose) nos filhos têm um impacto na identidade dos participantes, como pais. Quando foram considerados os significados atribuídos pelos participantes às causas dos problemas de saúde mental dos filhos, estes justificam a existência dos mesmos através de fatores psicossociais, como a exposição dos filhos a problemas conjugais. Este significado afeta negativamente o seu autoconceito relativamente à Parentalidade. Também o estudo de Roca e colaboradores (2020) apresenta uma correlação positiva significativa entre a Conjugalidade e a Parentalidade em famílias com um/a filho/a com Perturbação Psicótica, sendo que os autores concluem a Conjugalidade e a Parentalidade tem semelhanças e se influenciam mutuamente neste grupo. No presente estudo, esta correlação já não está presente quando é considerado o GPG, no entanto, sabemos que tal acontece se for considerada a amostra total de onde este grupo foi retirado (Lima et al., in press), algo que seria expetável ocorrer considerando que os subsistemas da Conjugalidade e da Parentalidade se influenciam reciprocamente (Goldenberg et al., 2017; Robins et al., 2003).

Linares (2008; 2012), baseando-se na sua Teoria das Relações Familiares Básicas, caracteriza as famílias com um filho com Perturbação Psicótica como famílias representadas pela triangulação. Estas são definidas pela Conjugalidade Desarmoniosa e pela Parentalidade Primariamente Conservada. Os resultados deste estudo não apresentaram diferenças

significativas quanto à percepção da Conjugalidade e da Parentalidade entre os grupos (GCL e GPG), no entanto, a comparação das médias nas diferentes dimensões permite perceber qual o grupo com médias mais baixas relativas à Conjugalidade e à Parentalidade (valores mais baixos refletem uma menor funcionalidade e vice-versa). Para além disso, é também possível analisar as médias quanto às subescalas da Conjugalidade (Harmoniosa e Desarmoniosa) e da Parentalidade (Primariamente Conservada e Primariamente Deteriorada). Relativamente às dimensões gerais da Conjugalidade e da Parentalidade, os homens do GCL apresentam médias inferiores aos homens do GPG nas duas funções, enquanto que as mulheres do GCL apresentam valores superiores às mulheres do GPG quanto à Conjugalidade e valores semelhantes quanto à Parentalidade. Estes resultados vão ao encontro dos resultados obtidos no estudo de Roca e colaboradores (2020), sendo que este evidencia uma maior deterioração na percepção dos homens do GCL quanto à Conjugalidade e Parentalidade e resultados semelhantes entre as mulheres dos dois grupos.

Neste seguimento, quanto à Conjugalidade, tanto homens como mulheres do GCL apresentam médias inferiores ao GPG na Conjugalidade Harmoniosa e médias superiores na Conjugalidade Desarmoniosa. Este resultado vai ao encontro das premissas de Linares (2008; 2012) relativas a famílias com filhos com perturbação psicótica, caracterizadas por um grau mais baixo de funcionalidade conjugal. No presente estudo, acrescenta-se ainda os valores da Parentalidade Primariamente Conservada, sendo que ambos os sexos do GCL apresentam médias mais baixas do que o GPG. Relativamente à Parentalidade Primariamente Deteriorada, os homens do GCL apresentam valores superiores aos dos homens do GPG, enquanto que as mulheres do GCL indicam valores inferiores às mulheres do GPG. Segundo Linares (2008; 2012), estas famílias são caracterizadas pela Parentalidade Primariamente Conservada, no entanto, o mesmo autor destaca que estas duas funções relacionais se influenciam mutuamente, sendo que a Conjugalidade pode deteriorar a Parentalidade ou ajudá-la a recompor-se e a Parentalidade pode comprometer ou redimir a Conjugalidade. No caso das triangulações, está inerente a implicação disfuncional dos filhos na resolução dos problemas relacionais dos pais, provocando a deterioração secundária da Parentalidade (Linares, 1996; 2006b; 2007; 2012), o que pode explicar os resultados relativos aos pais do sexo masculino. Ademais, o facto de estes dados terem sido recolhidos em contexto pandémico pode influir na percepção destas famílias quanto à Parentalidade, considerando os desafios impostos pelo confinamento (não obstante aos aspetos positivos que os mesmos identificam) e uma exacerbação sintomatológica que, por sua vez, pode colocar desafios adicionais à Parentalidade.

No geral, os resultados relativos à estatística descritiva das dimensões do CERFB indicam que as famílias do GCL tendem a perceber a Conjugalidade e a Parentalidade como menos funcionais do que as famílias do GPG.

Face ao exposto, é possível considerar que o presente estudo, o primeiro a integrar o CERFB e populações clínicas com este grupo de perturbações em contexto português, assume-se como um contributo, na medida em que permitiu a obtenção de informação potencialmente relevante e útil e que pode ser incluída na intervenção com estas famílias, como será discutido de seguida.

2. Limitações, Implicações Clínicas e Direções Futuras

Relativamente às implicações clínicas dos resultados deste estudo, é importante considerar a importância que o apoio a famílias/pais com um filho com esta perturbação pode ter na percepção das funções relacionais. Para além disso, os resultados do presente estudo e de estudos semelhantes realizados noutros países (Roca et al., 2020) demonstram que a Conjugalidade e a Parentalidade se influenciam mutuamente no GCL e que há uma tendência para que estas famílias percecionem a Conjugalidade e a Parentalidade como menos funcionais em comparação com famílias da população-geral. Estes resultados devem ser considerados por profissionais de saúde mental, particularmente ao nível da intervenção com estes familiares. Esta intervenção poderá beneficiar de uma avaliação prévia com o CERFB, sendo que a intervenção seria direcionada para as dimensões mais relevantes identificadas pelos pais. Esta intervenção, em contexto de grupo ou no registo diádico (com os pais/casal), pode apresentar resultados muito positivos, como defende o estudo de Palma e colaboradores (2019), nomeadamente ao nível da atmosfera relacional de uma família, comunicação entre os membros, expressão de afetos, entre outros. Neste seguimento, seria pertinente a avaliação das mesmas dimensões depois da intervenção e avaliar as diferenças. Importa ainda realçar que esta intervenção seria benéfica não apenas ao nível da dinâmica familiar mas também para o/a filho/a com perturbação psicótica, considerando a relação da dinâmica com a sintomatologia psicótica (Elis et al., 2013; Wüsten & Lincoln, 2017). Ao nível da investigação, considera-se pertinente que no futuro, sejam também avaliadas as diferenças na percepção da Conjugalidade e da Parentalidade, entre GCL com e sem este tipo de apoio.

Outro aspeto que se destaca na discussão das direções futuras, é o facto de os dados relativos ao GCL terem sido recolhidos durante o confinamento domiciliário imposto pelo Estado de Emergência decretado pelo Governo Português. Esta situação teve um impacto

negativo no procedimento de recolha de dados, sendo que dificultou o contacto com as famílias do GCL e teve como resultado não ter sido possível a diversificação do grupo de participantes (e.g. o não equilíbrio quantitativo ao nível do sexo dos participantes). Assim, no futuro, seria importante recolher novos dados que permitissem a avaliação da funcionalidade familiar destas famílias numa fase que não esteja associada às consequências da pandemia da Covid-19 (e.g. distanciamento social, confinamento domiciliário, alteração de rotinas, entre outros).

A investigação futura com o CERFB deve também contemplar a avaliação de outras populações clínicas. Um conjunto de perturbações a ser destacado são as PCA, tendo em conta os resultados promissores de estudos realizados noutros países. Um exemplo é o estudo realizado por Campreciós e colaboradores (2014), que procurou analisar e descrever as relações familiares básicas, Conjugalidade e Parentalidade, de famílias com um filho com uma PCA e famílias de grupo controlo. Foi possível a discriminação entre famílias com filhos com PCA e famílias do grupo controlo, a nível da Conjugalidade e da Parentalidade. Considerando os resultados obtidos no estudo de Campreciós e colaboradores (2014), seria interessante que o mesmo fosse replicado no contexto português.

Refletindo sobre a validade discriminativa do CERFB no diagnóstico relacional familiar de famílias com filhos com perturbação psicótica, considera-se pertinente que mais estudos sejam realizados com esta população e de forma mais ampla, no contexto português. Do ponto de vista conceptual, seria pertinente a avaliação das dimensões do CERFB antes do desenvolvimento da perturbação psicótica. O presente estudo é de cariz transversal, o que implica que o instrumento foi aplicado apenas uma vez. Para além disso, foi preenchido/administrado quando a perturbação já estava instalada, não sendo possível avaliar as funções relacionais (Conjugalidade e Parentalidade) antes e depois do início do desenvolvimento da perturbação, numa perspetiva longitudinal. Em acréscimo e considerando que no estudo de validação do instrumento para a população-geral portuguesa, recorreu-se à Escala de Ajustamento Diádico (*Dyadic Adjustment Scale/DAS*; Spanier, 1976, traduzido e adaptado por Gomez e Leal, 2008) e à Escala de Stress Parental (*Parental Stress Scale/PSS*; Berry & Jones, 1995, traduzido e adaptado por Mixão et al., 2010), seria pertinente no futuro a realização de um estudo que incluísse estes instrumentos para a avaliação destas medidas nesta população clínica (perturbações psicóticas), de que o presente estudo se assume como um primeiro contributo. Tal contribuiria de modo equivalente comparar/avaliar as qualidades psicométricas do CERFB com esta população, comparando-as com os resultados dos demais países.

Referências Bibliográficas

- Alarcão, M. (2006). *(Des)equilíbrios familiares* (3ª Ed.). Quarteto Editora.
- American Psychiatric Association. (2014). *Manual de diagnóstico e estatístico das perturbações mentais* (DSM-5) (5ª Ed.). Climepsi Editores.
- Barnhill, L. R. (1979). Healthy family systems. *Family Coordinator*, 28(1), 94-100. <https://doi.org/10.2307/583274>
- Berry, J. O., & Jones, W. H. (1995). The parental stress scale: Initial psychometric evidence. *Journal of Social and Personal Relationships*, 12(3), 463-472. <https://doi.org/10.1177/0265407595123009>
- Bowen, M. (1960). A family concept of schizophrenia. In D. D. Jackson (Ed.), *The etiology of schizophrenia* (pp. 346-372). Basic Books.
- Bowen, M. (1961). The family as the unit of study and treatment: Workshop, 1959: 1. Family Psychotherapy. *American Journal of Orthopsychiatry*, 31(1), 40-60. <https://doi.org/10.1111/j.1939-0025.1961.tb02106.x>
- Campreciós, M. (2015). *Validación y aplicabilidad clínica del cuestionario de evaluación de las relaciones familiares básicas (CERFB) en los trastornos de la conducta alimentaria* [Doctoral Thesis, Universitat Ramon Llull]. Tesis Doctorals en Xarxa. <https://www.tdx.cat/handle/10803/352474#page=1>
- Chien W. T. (2008). Effectiveness of psychoeducation and mutual support group program for family caregivers of chinese people with schizophrenia. *The open nursing journal*, 2, 28–39. <https://doi.org/10.2174/1874434600802010028>
- Dalman, C., Wicks, S., Magnusson, C., Jorgensen, L., & Hallqvist, J. (2010). Death and other severe life events in the (nuclear) family during fetal life and childhood and the later risk of psychosis: a national cohort study. *Schizophrenia Research*, 117 (2): 270-271. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2010.02.433>
- Darmi, E., Bellali, T., Papazoglou, I., Karamitri, I., & Papadatou, D. (2016). Caring for an intimate stranger: parenting a child with psychosis. *Journal of psychiatric and mental health nursing*, 24 (4), 194-202. <https://doi.org/10.1111/jpm.12367>

- Dean, K., & Murray, R. M. (2005). Environmental risk factors for psychosis. *Dialogues in Clinical Neuroscience*, 7(1), 69-80.
- DeFrain, J., & Asay, S. M. (2007). Family strengths and challenges in the USA. *Marriage & Family Review*, 41(3-4), 281-307. https://doi.org/10.1300/J002v41n03_04
- Duvall, E. (1988). Family development's first forty years. *Family Relations*, 37(2), 127-134. <https://doi.org/10.2307/584309>
- Elis, O., Caponigro, J. M. y Kring, A. M. (2013). Psychosocial treatments for negative symptoms in schizophrenia: Current practices and future directions. *Clinical Psychology Review*, 33, 914-928. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2013.07.001>
- Goldenberg, I., Stanton, M., Goldenberg, H. (2017). *Family Therapy: An Overview* (9ª Ed.). Cengage Learning.
- Gomez, R., & Leal, I. (2008). Ajustamento conjugal: Características psicométricas da versão portuguesa da dyadic adjustment scale. *Análise Psicológica*, 26(4), 625-638. <https://doi.org/10.14417/ap.522>
- Harland, P., Reijneveld, S. A., Brugman, E., Verloove-Vanhorick, S. P., & Verhulst, F. C. (2002). Family factors and life events as risk factors for behavioural and emotional problems in children. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 11, 176-184. <https://doi.org/10.1007/s00787-002-0277-z>
- Holmes, E. K., & Huston, A. C. (2010). Understanding positive father-child interaction: Children's, father's and mother's contributions. *Fathering: A Journal of Theory, Research & Practice about Men as Fathers*, 8(2), 203-225. <https://doi.org/10.3149/fth.1802.203>
- Holmes, E. K., Sasaki, T., & Hazen, N. L. (2013). Smooth versus rocky transitions to parenthood: Family systems in developmental context. *Family Relations*, 62(5), 824-837. <https://doi.org/10.1111/fare.12041>
- Ibáñez, N., Linares, J. L., Vilaregut, A., Virgili, C., & Campreciós, M. (2012). Propiedades psicométricas del cuestionario de evaluación de las relaciones familiares básicas (CERFB). *Psicothema*, 24(3), 489-494.

- Koutra, K., Triliva, S., Roumeliotaki, T., Basta, M., Simos, P., Lionis, C., & Vgontzas, A. N. (2015). Impaired family functioning in psychosis and its relevance to relapse: A two-year follow-up study. *Comprehensive Psychiatry*, *62*, 1-12. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2015.06.006>
- Lima, V. S., Dias, P., Vilaregut, A., & Callea, A. (in press). Psychometric Properties and Factorial Structure of the CERFB in Portugal.
- Linares, J. L. (1996). *Identidad y narrativa. La Terapia Familiar en la Práctica Clínica*. Ediciones Paidós.
- Linares, J. L. (2006a). Complex love as relational nurturing: An integrating ultramodern concept. *Family Process*, *45*(1), 101-115. <https://doi.org/10.1111/j.1545-5300.2006.00083.x>
- Linares, J. L. (2006b). *Las formas del abuso: La violencia física y psíquica en la familia y fuera de ella*. Ediciones Paidós.
- Linares, J. L. (2007). La personalidad y sus trastornos desde una perspectiva sistémica. *Clínica Y Salud*, *18*(3), 381-399.
- Linares, J. L. (2012). *Terapia familiar ultramoderna: La inteligencia terapéutica*. Herder Editorial.
- Linares, J. L., & Campos, C. (2002). *Sobrevivir a la pareja: Problemas y soluciones*. Editorial Planeta.
- Linares, J. L., & Vallarino, D. (2008). Schizophrenia and eco-resilience. *Journal of Systemic Therapies*, *27*(3), 16-29. <https://doi.org/10.1521/jsyt.2008.27.3.16>
- MGoldrick, M., & Carter, E. (1982). The family life cycle. In F., Walsh (Ed.), *Normal family processes* (pp. 167-195). The Guildford Press.
- Miklowitz, D. J. (2004). The role of family systems in severe and recurrent psychiatric disorders: A developmental psychopathology view. *Development and Psychopathology*, *16*(3), 667-688. <https://doi.org/10.1017/S0954579404004729>
- Minuchin, S. (1974). *Families and family therapy*. Harvard University Press.

- Minuchin, S., Rosman, B. L., & Baker, L. (2009). *Psychosomatic families: Anorexia nervosa in context*. Harvard University Press.
- Mixão, M. L., Leal, I., & Maroco, J. (2010). Escala de stress parental. In I. Leal & J. Maroco (Eds.), *Avaliação em sexualidade e parentalidade* (pp. 199-210). Livpsic.
- Muniz, J., Elosua, P., & Hambleton, R. K. (2013). Directrices para la traducción y adaptación de los tests: Segunda edición. *Psicothema*, 25(2), 151-157. <http://dx.doi.org/10.7334/psicothema2013.24>
- Olson, D., DeFrain, J., & Skogrand, L. (2014). *Marriages and families: Intimacy, diversity, and strengths* (8ª Ed.). McGraw Hill.
- Os, J., & Kapur, S. (2009). Schizophrenia. *Lancet*, 374, 635-645. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(09\)60995-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(09)60995-8)
- Palma, C., Gomis, O., Farriols, N., Frías, Á., Gregorio, M., Palacio, A., Horta, A., Aliaga, F., & Barón, F. J. (2019). La Intervención Familiar Domiciliaria en Psicosis: Análisis Cualitativo de los Cambios Observados tras la Psicoterapia. *Clínica y Salud*, 30 (3), 147–154. <https://doi.org/10.5093/clysa2019a21>
- Relvas, A. P. (2000). *O ciclo vital da família: Perspetiva sistémica* (2ª Ed.). Edições Afrontamento.
- Robbins, M. S., Mayorga, C. C., & Szapocznik, J. (2003). The ecosystemic "lens" to understanding family functioning. In T. L. Sexton, G. R. Weeks, & M. S. Robbins (Eds.), *Handbook of family therapy: The science and practice of working with families and couples* (p. 21–36). Brunner-Routledge.
- Roca, M., Vilaregut, A. & Palma, C. (2020). Basic Family Relations, Parental Bonding, and Dyadic Adjustment in Families with a Member with Psychosis. *Community Mental Health Journal*, 1-7. <https://doi.org/10.1007/s10597-020-00581-z>
- Schaefer, M. T., & Olson, D. H. (1981). Assessing intimacy: The PAIR inventory. *Journal of Marital and Family Therapy*, 7(1), 47-60. <https://doi.org/10.1111/j.1752-0606.1981.tb01351.x>

- Spanier, G. B. (1976). Measuring dyadic adjustment: New scales for assessing the quality of marriage and similar dyads. *Journal of Marriage and the Family*, 38(1), 15-28.
- Tienari, P. (1991). Interaction between genetic vulnerability and family environment: The finnish adoptive family study of schizophrenia. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 84(5), 460-465. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.1991.tb03178.x>
- Tienari, P., Sorri, A., Naarala, M., Wahlberg, K., Moring, J., Pohjola, J., & Wynne, L. C. (1987). Genetic and psychosocial factors in schizophrenia: The finnish adoptive family study. *Schizophrenia Bulletin*, 13(3), 477-484. <https://doi.org/10.1093/schbul/13.3.477>
- Tsuang, M. T., Stone, W. S., & Faraone, S. V. (2001). Genes, environment and schizophrenia. *The British Journal of Psychiatry*, 178(40), 18-24. <https://doi.org/10.1192/bjp.178.40.s18>
- Vilaregut, A., Callea, A., Campreciós, M., Coletti, M., Mercadal, L., & Mateu, C. (2019). Measuring family relations: Italian validation of the "Cuestionario de Evaluación de las Relaciones Familiares Básicas" (CERFB). *Clinical Neuropsychiatry*, 16(2), 116-123.
- Watzlawick, P., & Ceberio, M. R. (1998). *La construcción del universo: Conceptos introductorios y reflexiones sobre epistemología, constructivismo y pensamiento sistémico*. Herder Editorial.
- Watzlawick, P., Bavelas, J. B., & Jackson, D. D. (2011). *Pragmatics of human communication: A study of interactional patterns, Pathologies and Paradoxes*. WW Norton & Company.
- Wüsten, C., & Lincoln, T. M. (2017). The association of family functioning and psychosis proneness in five countries that differ in cultural values and family structures. *Psychiatry Research*, 253, 158-164. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2017.03.041>