



CRESCER NA PROXIMIDADE DA DOENÇA MENTAL: OS  
EFEITOS EMOCIONAIS E RELACIONAIS NOS DESCENDENTES

Diana Gonçalves

Orientador de Dissertação:

PROF. DOUTOR MIGUEL TRIGO

Professor de Seminário de Dissertação:

PROF. DOUTOR MIGUEL TRIGO

Dissertação submetida como requisito parcial para a obtenção do grau de:

MESTRE EM PSICOLOGIA

Especialidade em Psicologia Clínica

Dissertação de Mestrado realizada sob a orientação do Prof. Doutor Miguel Trigo apresentada no ISPA – Instituto Universitário, para obtenção de grau de Mestre na especialidade de Mestre em Psicologia Clínica.

## Agradecimentos

Antes demais, agradeço ao Professor Miguel Trigo por me guiar neste caminho, que nem sempre foi claro. Obrigada pela sua partilha, por me ter deixado aprender consigo e por me ter sempre motivado a pensar mais além.

Gostava de agradecer ao Dr. Luís Oliveira, Vice-Presidente da Associação de Apoio aos Doentes Depressivos e Bipolares (ADEB) pelo acolhimento e disponibilidade. Deixo também um agradecimento especial à Dr<sup>a</sup>. Sónia Cherpe, Dr<sup>a</sup>. Renata Frazão e Dr<sup>a</sup>. Lídia Agueda, por todo o interesse, disponibilidade e ajuda dada, que fez com que este estudo chegasse mais longe.

À minha família, aos meus pais e segundos pais (os meus avós), obrigada por todo o apoio e compreensão nos momentos mais difíceis. Obrigada por acreditarem em mim mesmo quando eu própria não acredito, por me aceitarem tal e qual como sou e amarem cada bocadinho do meu ser. Esta vitória, devo-a também a vocês.

Ao meu amor Cut, foste sem dúvida quem viveu mais comigo a montanha-russa que foi este último ano, e não poderia pedir outra pessoa para ter a meu lado. Estiveste sempre lá, nas fases boas e menos boas, durante o entusiasmo e no desespero. Nunca me deixaste desistir, acreditaste por mim e em mim, e por isso, obrigada. És e serás sempre a minha calma no meio do caos. O abraço que me dá paz.

Às FDM, obrigada por estarem lá desde o início e por terem vivido tudo e de tudo comigo. Nada disto seria a mesma coisa sem vocês, serão sempre família.

À minha afi Bá, obrigada por todo o carinho e orgulho que sempre demonstraste ter por mim. Obrigada, pelos teus abraços de aconchego. Que continues sempre a cuidar mais de mim do que aquilo que eu consigo cuidar de ti. És e serás sempre a pintainha de sua madrinha. Uma relação que não se explica, nós sabemos.

Ao meu afilhadinho Rodrigo, obrigada por todo o carinho. Obrigada por seres uma surpresa boa na minha vida, por me dares razões para sempre voltar onde fui feliz.

Ao meu pseudo Bernas, obrigada por teres sempre um ombro amigo. Obrigada pelas palavras e pelos abraços, que são conforto.

À Bea, obrigada por tudo, tu sabes. Independentemente de tudo, sabemos sempre quando uma precisa da outra e, nestes anos, nunca me deixaste na mão. Obrigada por teres sempre as palavras que eu não precisava de ouvir, como aquelas que mais precisava (“se há alguém que consegue fazer isto és tu”).

À Fausti, obrigada por todo o apoio, pelas horas infindáveis a ouvires-me falar sobre a tese, assim como de outros assuntos. Obrigada por seres quem és para mim. És

uma pessoa que levo para a vida. Que continuemos sempre a não precisar de dizer nada, nós sabemos. A eterna balança dos meus gémeos.

Aos meus amigos “do secundário”, à minha melhor amiga e já aquisição de mobília de casa Marta, ao David e à Vanessa, obrigada por me aceitarem incondicionalmente. Obrigada por apesar do tempo que passe ou da distância que nos separa, tudo e nada mudar. São para a vida toda.

Às minhas amigas mais antigas Sara e Marisa, obrigada por estarem sempre lá, mesmo que à distância de umas quantas auroras boreais.

À minha madrinha Márcia, obrigada por todo o carinho e por me teres acolhido desde o início deste percurso, deixaste-o mais bonito. Foste sempre um exemplo.

À Catarina, obrigada por partilhares comigo as dores que a tese e o estágio nos trouxeram. Foste sem dúvida um apoio inesperado.

À Joana, obrigada por me guiares quando estava mais perdida.

Por último, agradeço ao ISPA por ter sido casa ao longo destes 5 anos, por me ter permitido crescer, conhecer mais de mim e por me ter dado pessoas, momentos e experiências que levo para a vida e que vão deixar tanta saudade. Foi o alcançar de um sonho.

## Resumo

A doença mental é caracterizada como uma condicionante clinicamente significativa do bem-estar geral. Esta envolve mudanças cognitivas, emocionais e/ou comportamentais que afetam o funcionamento social, laboral e familiar do indivíduo. Prevê-se que, 23% das crianças cresça num núcleo familiar onde pelo menos um dos progenitores apresenta uma doença mental. A presente investigação pretende avaliar, numa amostra da população portuguesa, se a presença de doença mental nos progenitores, está associada a diferenças nos padrões de vinculação, parentalização e regulação emocional dos descendentes na idade adulta. A amostra em estudo foi constituída por 377 participantes, sendo dividida em duas condições. A condição 1 constituída por descendentes de pais sem experiência de doença mental (SDM) e a condição 2 constituída por descendentes de pais com experiência de doença mental (CDM). Foram obtidos 232 participantes na condição SDM, apresentando uma idade média de 26.94 anos e 145 participantes na condição CDM com uma idade média de 27.44 anos. Para avaliar as variáveis em estudo, foi utilizada a *Escala de Vinculação do Adulto (EVA)*, o *Questionário sobre a Parentalização (QP)* e a *Escala de Dificuldades na Regulação Emocional (EDRE)*. Os resultados sugerem que os filhos de pais CDM apresentam uma maior frequência de padrões de vinculação inseguros, maiores níveis de parentalização percebidos e maiores dificuldades de regulação emocional, quando comparados com os descendentes de pais SDM. Em conclusão, a doença mental dos pais pode ser vista como uma condicionante do funcionamento do descendente.

**Palavras-chave:** doença mental; descendentes; vinculação; parentalização; regulação emocional.

## Abstract

Mental illness is characterized as a clinically significant condition of general well-being. It involves cognitive, emotional and/or behavioral changes that affect the individual's social, work and family functioning. It is estimated that 23% of children grow up in a family where at least one of the parents has a mental illness. This research aims to assess, in a sample of the portuguese population, whether the presence of mental illness in the parents is associated with differences in the patterns of attachment, parentification and emotional regulation of the offspring in adulthood. The study sample consisted of 377 participants and was divided into two conditions. Condition 1 consisted of offspring of parents with no experience of mental illness (SDM) and condition 2 consisted of offspring of parents with experience of mental illness (CDM). We obtained 232 participants in the SDM condition, with an average age of 26.94 years, and 145 participants in the CDM condition, with an average age of 27.44 years. To assess the variables under study we used the *Adult Attachment Scale R (AAS-R)*, the *Parentification Questionnaire (PQ)* and the *Difficulties in Emotion Regulation Scale (DERS)*. The results suggest that children of parents CDM show a higher frequency of insecure attachment patterns, higher levels of perceived parentification and greater difficulties with emotional regulation when compared to the offspring of parents SDM. In conclusion, parental mental illness can be seen as a conditioning factor in the functioning of the offspring.

**Keywords:** mental illness; offspring; attachment; parentification; emotional regulation.

## Índice

<b>Introdução</b> .....	<b>1</b>
<b>Revisão de Literatura</b> .....	<b>3</b>
Vinculação .....	<b>3</b>
O efeito da doença mental dos pais na vinculação dos descendentes .....	6
Parentalização .....	<b>7</b>
O efeito da doença mental dos pais na parentalização dos descendentes.....	12
Regulação emocional.....	<b>13</b>
O efeito da doença mental dos pais na regulação emocional dos descendentes ....	17
Relação entre vinculação, parentalização e regulação emocional.....	<b>19</b>
<b>Objetivos</b> .....	<b>21</b>
Objetivo geral .....	<b>21</b>
Objetivos específicos.....	<b>21</b>
<b>Método</b> .....	<b>22</b>
Delineamento.....	<b>22</b>
Amostra .....	<b>22</b>
Critérios .....	<b>22</b>
Critérios de inclusão .....	<b>22</b>
Critérios de exclusão .....	23
Procedimento .....	<b>23</b>
Preparação do estudo .....	23
Recrutamento e seleção dos participantes .....	24
Armazenamento e proteção de dados .....	25
Instrumentos .....	<b>26</b>
Questionário de Dados Sociodemográficos e de Caracterização da Amostra ( <i>QDS-CM</i> ).....	26
Escala de Vinculação do Adulto ( <i>EVA</i> ).....	27
Questionário sobre a Parentalização ( <i>QP</i> ).....	29
Escala de Dificuldades na Regulação Emocional ( <i>EDRE</i> ).....	31

Ética.....	33
Direitos para uso e tradução de instrumentos psicológicos.....	33
Autorizações para recolha de dados .....	34
Consentimento informado .....	34
Procedimento estatístico.....	34
<b>Análise de resultados.....</b>	<b>35</b>
Estudo da normalidade da distribuição.....	35
Análise descritiva da caracterização sociodemográfica .....	36
Análise descritiva das escalas.....	38
Estudo das qualidades psicométricas.....	40
Estudo da diferença de médias e proporções.....	40
Verificação objetivo 1 .....	40
Verificação objetivo 2 .....	41
Verificação objetivo 3 .....	41
Verificação de hipóteses complementares.....	42
Objetivo a).....	42
Objetivo b).....	43
Objetivo c).....	45
Objetivo d).....	46
Objetivo e).....	49
Estudo de correlações .....	49
<b>Discussão .....</b>	<b>50</b>
Objetivos principais.....	51
Objetivos complementares .....	53
<b>Considerações Finais .....</b>	<b>58</b>
Síntese das principais conclusões .....	58
Limitações .....	59
Estudos futuros .....	60
<b>Referências .....</b>	<b>61</b>

<b>Anexos.....</b>	<b>73</b>
Anexo 1: Explicação dos participantes excluídos devido aos critérios de elegibilidade. .....	73
Anexo 2: <i>E-mail</i> padrão para autorização do uso dos instrumentos. ....	74
Anexo 3: <i>E-mail</i> padrão para recolha da amostra. ....	75
Anexo 4: Caracterização dos participantes recrutados para realização do pré-teste e tempo de resposta ao questionário.....	76
Anexo 5: <i>Post</i> de divulgação do estudo nas redes sociais. ....	77
Anexo 6: <i>Newsletter</i> N. °18/2023 da ADEB – divulgação do estudo “A doença mental como uma sobrecarga: os efeitos emocionais e psicossociais nos descendentes”. ....	78
Anexo 7: Pré-visualização do questionário em formato <i>Google Forms</i> . ....	79
Anexo 8: Questionário de Dados Sociodemográficos e de Caracterização da Amostra. .....	109
Anexo 9: Escala de Vinculação do Adulto ( <i>EVA</i> ). ....	113
Anexo 10: Questionário sobre a Parentalização ( <i>QP</i> ). ....	115
Anexo 11: Escala de Dificuldades na Regulação Emocional ( <i>EDRE</i> ). ....	117
Anexo 12: Constituição da bateria de instrumentos. ....	119
Anexo 13: Autorização para o uso da Escala de Vinculação do Adulto ( <i>EVA</i> ). ....	121
Anexo 14: Autorização para o uso do Questionário sobre a Parentalização ( <i>QP</i> )...	123
Anexo 15: Autorização para o uso da Escala de Dificuldades na Regulação Emocional ( <i>EDRE</i> ). ....	124
Anexo 16: Consentimento informado. ....	126
Anexo 17: Estatísticas descritivas dos dados sociodemográficos e de caracterização da amostra total e por condição. ....	127
Anexo 18: Estatísticas descritivas dos pais CDM. ....	129
Anexo 19: Correlações entre as variáveis em estudo. ....	131

Anexo 20: Distribuição dos estilos de vinculação pelos descendentes de pais CDM em relação à presença ou ausência de acompanhamento psicológico.....	<b>133</b>
Anexo 21: Distribuição dos estilos de vinculação dos descendentes em relação à presença ou ausência de acompanhamento psicológico por parte dos pais.....	<b>134</b>
Anexo 22: Distribuição dos estilos de vinculação dos descendentes em relação à presença ou ausência de apoio para lidar com a doença mental dos progenitores. ..	<b>136</b>
Anexo 23: Ausência de diferenças significativas nos resultados da EDRE relacionados à presença ou ausência de apoio para lidar com a doença mental do(s) progenitor(es).....	<b>138</b>
Anexo 24: Correlações entre as variáveis em estudo na condição SDM. ....	<b>140</b>
Anexo 25: Correlações entre as variáveis em estudo na condição CDM.....	<b>142</b>
Anexo 26: Distribuição dos filhos de pais CDM quanto ao intervalo de tempo em que já recorreram a algum tipo de acompanhamento psicológico. ....	<b>144</b>
Anexo 27: Distribuição dos pais CDM quanto ao intervalo de tempo em que já recorreram a algum tipo de acompanhamento psicológico. ....	<b>146</b>
Anexo 28: Discriminação da(s) fonte(s) de apoio dos descendentes de pais CDM. ....	<b>148</b>

## Lista de Tabelas

**Tabela 1.** Estatísticas descritivas dos dados sociodemográficos da amostra total e por condição.

**Tabela 2.** Estatísticas descritivas das medidas utilizadas em estudo.

**Tabela 3.** Distribuição e diferenças no estilo de vinculação entre descendentes de pais SDM e CDM.

**Tabela 4.** Diferenças na parentalização entre descendentes de pais SDM e CDM.

**Tabela 5.** Diferenças nas dificuldades de regulação emocional entre descendentes de pais SDM e CDM.

**Tabela 6.** Distribuição e diferenças entre os descendentes de pais SDM e CDM quanto à existência de diagnóstico de doença mental.

**Tabela 7.** Diferenças na parentalização em relação à presença ou ausência de acompanhamento psicológico pelos descendentes de pais CDM.

**Tabela 8.** Diferenças nas dificuldades de regulação emocional em relação à presença ou ausência de acompanhamento psicológico pelos descendentes de pais CDM.

**Tabela 9.** Distribuição dos estilos de vinculação dos descendentes consoante a presença de diagnóstico psiquiátrico em um ou em ambos os progenitores.

**Tabela 10.** Ausência de diferenças significativas nos resultados do *QP* e *EDRE* consoante a presença de diagnóstico psiquiátrico em um ou em ambos os progenitores.

**Tabela 11.** Ausência de diferenças significativas nos resultados do *QP* em relação à presença ou ausência de acompanhamento psicológico por parte das mães CDM.

**Tabela 12.** Ausência de diferenças significativas nos resultados da *EDRE* em relação à presença ou ausência de acompanhamento psicológico por parte das mães CDM.

**Tabela 13.** Pré-teste: Dados dos participantes.

**Tabela 14.** Bateria de instrumentos.

**Tabela 15.** Estatísticas descritivas dos dados sociodemográficos e de caracterização da amostra total e por condição.

**Tabela 16.** Estatísticas descritivas dos pais da condição CDM.

**Tabela 17.** Correlações entre as variáveis em estudo.

**Tabela 18.** Distribuição dos estilos de vinculação pelos descendentes de pais CDM em relação à presença ou ausência de acompanhamento psicológico.

**Tabela 19.** Distribuição dos estilos de vinculação dos descendentes em relação à presença ou ausência de acompanhamento psicológico por parte do pai (quando apenas um dos pais tem diagnóstico).

**Tabela 20.** Distribuição dos estilos de vinculação dos descendentes em relação à presença ou ausência de acompanhamento psicológico por parte da mãe (quando apenas um dos pais tem diagnóstico).

**Tabela 21.** Distribuição dos estilos de vinculação dos descendentes em relação à presença ou ausência de acompanhamento psicológico por parte do pai (quando ambos os pais têm diagnóstico).

**Tabela 22.** Distribuição dos estilos de vinculação dos descendentes em relação à presença ou ausência de acompanhamento psicológico por parte da mãe (quando ambos os pais têm diagnóstico).

**Tabela 23.** Distribuição dos estilos de vinculação dos descendentes em relação à presença ou ausência de apoio para lidar com a doença mental do pai (quando apenas um dos pais tem diagnóstico).

**Tabela 24.** Distribuição dos estilos de vinculação dos descendentes em relação à presença ou ausência de apoio para lidar com a doença mental da mãe (quando apenas um dos pais tem diagnóstico).

**Tabela 25.** Distribuição dos estilos de vinculação dos descendentes em relação à presença ou ausência de apoio para lidar com a doença mental do pai (quando ambos os pais têm diagnóstico).

**Tabela 26.** Distribuição dos estilos de vinculação dos descendentes em relação à presença ou ausência de apoio para lidar com a doença mental da mãe (quando ambos os pais têm diagnóstico).

**Tabela 27.** Ausência de diferenças significativas nos resultados da *EDRE* relacionados à presença ou ausência de apoio para lidar com a doença mental do(s) progenitor(es).

**Tabela 28.** Correlações entre as variáveis em estudo na condição SDM.

**Tabela 29.** Correlações entre as variáveis em estudo na condição CDM.

**Tabela 30.** Intervalos de tempo em que os filhos de pais CDM já recorreram a algum tipo de acompanhamento psicológico.

**Tabela 31.** Intervalos de tempo em que os pais CDM já recorreram a algum tipo de acompanhamento psicológico.

**Tabela 32.** Discriminação da(s) fonte(s) de apoio dos descendente de pais CDM.

## Introdução

Segundo a *American Psychiatric Association* (2022), a doença mental é caracterizada como uma condicionante clinicamente significativa do bem-estar geral. Esta envolve mudanças cognitivas, emocionais e/ou comportamentais que afetam o funcionamento social, laboral e familiar do indivíduo.

A nível global, Portugal é considerado o segundo país da Europa com maior prevalência de doenças mentais na população. Os dados existentes indicam que uma em cada cinco pessoas sofre de uma doença psiquiátrica, sendo as perturbações depressivas e de ansiedade as mais comuns (Ordem dos Psicólogos Portugueses [OPP], 2013).

Ao longo da vida, qualquer pessoa independentemente da sua idade, sexo, etnia ou estatuto social está sujeita a desenvolver uma doença mental (APA, 2022; Smith, 2004). Prevê-se que, a nível mundial 23% das crianças cresça num núcleo familiar onde, pelo menos, um dos progenitores apresenta uma doença mental (Metz & Jungbauer, 2021; Murphy et al., 2016). Os estudos existentes revelam que o contexto, a severidade dos sintomas e duração da doença do progenitor, assim como, a idade e as próprias características da criança (e.g., temperamento) influenciam a existência de efeitos negativos para os descendentes proveniente da condição dos pais (Mechling, 2016; Reupert et al., 2012).

De acordo com Falkov (2004, citado por Reupert & Maybery, 2007) "as crianças cujos pais são doentes mentais vivem com os sintomas, comportamentos e expressões da doença mental. Vêm-na e sentem-na" (p. 362). Desta forma, a doença mental dos pais poderá ser interpretada como um fator de risco para o descendente, uma vez que se encontra frequentemente associada a perturbações na dinâmica familiar (e.g., discussões entre os pais ou separação), como também, a problemas sociais e económicos (e.g., falta de apoio e/ou dificuldades em manter o emprego) (Metz & Jungbauer, 2021). Estima-se que nos países desenvolvidos 35% a 50% das pessoas com doenças mentais graves não obtenham qualquer tipo de tratamento e/ou acompanhamento (Patrick et al., 2019a).

Neste sentido, a investigação demonstra que crescer junto de um progenitor com doença mental poderá acarretar consequências negativas para o desenvolvimento, a saúde física e psicológica, assim como, o bem-estar socio-emocional do descendente, mesmo mais tarde na idade adulta, em comparação com descendentes de pais sem qualquer diagnóstico psicopatológico (Brummelhuis et al., 2022; Metz & Jungbauer, 2021; Murphy et al., 2016). De modo frequente, a doença mental dos pais compromete a capacidade dos próprios para cuidar dos filhos e afeta a forma como estes interagem com

a criança, existindo fatores transversais a diversos quadros psicopatológicos, nomeadamente, menor disponibilidade emocional, um maior foco de atenção sobre a própria doença e/ou sintomas, emoções excessivas e inapropriadas e/ou comportamentos negativos e imprevisíveis dirigidos à criança (e.g., mudanças extremas de humor) (Reupert et al., 2012; Singleton, 2007; Tabak et al., 2016).

Os descendentes de pais com doença mental vivenciam um leque de emoções negativas (e.g., autculpabilização, incerteza, angústia) e experiências que incluem um maior sentido de responsabilidade e preocupação para com o progenitor resultante da condição dos pais e das oscilações que a mesma provoca (Mechling, 2016; Patrick et al., 2019a). Muitas das vezes, os descendentes acabam por se anular a si próprios para caber na vivência do outro, assumindo papéis inadequados à idade, como fontes de apoio emocional e instrumental para os pais (Aldridge, 2006; Patrick et al., 2019a; Reupert et al., 2012; Tabak et al., 2016).

Deste modo, os descendentes de pais com doença mental devido a fatores contextuais, genéticos e ambientais apresentam um maior risco para desenvolverem eles próprios perturbações mentais, tais como, ansiedade, depressão e perturbações relacionadas com o consumo de substâncias (Brummelhuis et al., 2022; Manning & Gregoire, 2009; Reupert et al., 2012; Yamamoto & Keogh, 2018). Além disso, vários estudos indicam a existência de maiores dificuldades cognitivas, emocionais e comportamentais; menor autoestima; dificuldades na construção da identidade; dificuldades em construir e manter relações com o outro; problemas de vinculação; maiores dificuldades a nível académico (Foster, 2010; Metz & Jungbauer, 2021; Ostman, 2008; Patrick et al., 2019a; Yamamoto & Keogh, 2018). No entanto, é importante realçar que a doença mental dos pais não deve ser percecionada como um fator determinístico, na medida em que, não implica de forma absoluta a existência de consequências negativas para o descendente (Smith, 2004).

Posto isto, pretendeu-se no presente estudo analisar especificamente as consequências para os descendentes adultos de pais com doença mental no âmbito da vinculação, parentalização e regulação emocional. Concretamente, considerou-se pertinente perceber através da comparação de uma amostra clínica e não clínica da população, o quanto o descendente pode ou não ser afetado pela experiência de doença mental do(a) progenitor(a), nos casos em que o descendente cresceu na proximidade da doença mental. Apesar de existir uma vasta literatura no âmbito das possíveis consequências para os filhos de pais com doença mental, a maior parte da investigação

refere-se a faixas etárias mais precoces do desenvolvimento, não incidindo praticamente sobre os filhos adultos (Brummelhuis et al., 2022; Kamis, 2020; Metz & Jungbauer, 2021; Patrick et al., 2019b). É importante, existir uma atualização dos dados referentes a esta temática, dada a atualidade do tema e à escassa investigação referente à população portuguesa. Do mesmo modo, seria pertinente para a prática clínica aprofundar o conhecimento acerca da parentalização, na medida em que esta é considerada como um fator de risco vivencial e emocional para os descendentes de pais com doença mental e, no caso, são poucos os estudos realizados com a população portuguesa.

## **Revisão de Literatura**

### **Vinculação**

A capacidade de construir laços afetivos com o outro, é vista como uma competência basilar ao desenvolvimento do ser humano. Esta inicia-se nos primeiros meses de vida, sendo primordialmente observada na relação estabelecida entre o bebé e o(s) seu(s) cuidador(es) (Hornor, 2019). A qualidade da primeira relação é um aspeto fundamental para o desenvolvimento cognitivo, social e emocional da criança. Esta depende da sensibilidade do cuidador para dar respostas adequadas às necessidades básicas e afetivas da criança (Hornor, 2019; Patrick et al., 2019b). Segundo Bowlby (1969,1982, citado por Tereno & Matos, 2017), diferenças na prestação de cuidados resultam em diferenças na qualidade de vinculação estabelecida entre o bebé e o cuidador.

Neste sentido, a vinculação é considerada uma construção relacional. Esta refere-se ao vínculo afetivo estabelecido entre dois indivíduos. No caso da relação bebé-cuidador, este vínculo inicia-se por volta dos 7 a 9 meses de idade (Lightfoot et al., 2018).

As relações de vinculação são caracterizadas como relações fortes, que têm por base conexões emocionais duradouras e que organizam o comportamento de um indivíduo em relação a outro. Estas assentam sobre funções específicas, isto é, a relação construída com a figura de vinculação, idealmente, fornece à criança sentimentos de segurança, bem-estar e proximidade que lhe permitem explorar o mundo que a rodeia e promovem a perceção da existência de uma base segura em situações de stresse, de angústia ou de ameaça para a própria (Thompson et al, 2021; Thompson et al., 2022).

John Bowlby (citado por Hornor, 2019) contribuiu significativamente para o estudo do conceito de vinculação, expandindo a compreensão do desenvolvimento humano e da importância e função das relações de proximidade, conceptualizando a Teoria da Vinculação. Com base na sua experiência de trabalho, o autor constatou que

um crescimento mental saudável por parte do bebê e/ou da criança é resultado da experiência de relacionamento entre este e o seu cuidador/a, devendo esta ser satisfatória e agradável para ambos. Nesta relação, o/a bebê/criança deve experienciar um relacionamento amoroso, íntimo e contínuo com a mãe/cuidador (Hornor, 2019).

Desta forma, a Teoria da Vinculação encontra-se assente em três princípios basilares (Hornor, 2019):

“(a) os seres humanos são projetados para se conectar com os outros emocionalmente e para formar relacionamentos íntimos; (b) o desenvolvimento social e cognitivo das crianças é fortemente influenciado pela forma como são tratadas pelos pais, especialmente pelas mães; e (c) experiências iniciais podem explicar tendências em relacionamentos posteriores.” (p. 613).

Durante o processo de desenvolvimento, com o aumento da capacidade simbólica da criança, ocorre a interiorização de aspetos estruturantes da experiência relacional vivida com a(s) figura(s) de vinculação. Estes constituem representações internas orientadoras da interação da criança com o(s) outro(s) ao nível dos afetos, cognições e comportamentos, que persistem na adolescência e idade adulta (Canavarro et al., 2006; Hornor, 2019; Sutton, 2018; Tereno & Matos, 2017).

Estes modelos relacionais são designados em português por “modelos internos dinâmicos”, formados com base nas representações da criança acerca do eu, do outro e da relação (Hornor, 2019; Lightfoot et al., 2018; Tereno & Matos, 2017). São considerados “dinâmicos”, porque apesar de serem modelos relativamente estáveis influenciam as relações posteriormente estabelecidas. No entanto, há a possibilidade de novas experiências de vinculação significativas promoverem alterações e/ou a desconfirmação da experiência passada. Neste sentido, existem modelos internos diferenciados derivados do padrão de vinculação desenvolvido entre a criança e a sua figura de vinculação (Canavarro et al., 2006).

Em vista disso, Mary Ainsworth (1973, citado por Tereno & Matos, 2017) introduziu o conceito de “base segura”, permitindo um maior entendimento acerca do comportamento exploratório da criança e, por conseguinte, foram definidos três padrões de vinculação consistentes e diferenciados entre si no que concerne à qualidade da relação mãe/cuidador-bebê, designadamente: a) vinculação segura; b) vinculação insegura

evitante; c) vinculação insegura ambivalente/resistente (Hornor, 2019; Lightfoot et al., 2018).

Na prática, estes padrões foram avaliados através de um procedimento desenvolvido por Ainsworth (s.d., citado por Lightfoot et al., 2018) denominado “situação estranha”. Este permite avaliar o tipo de vinculação da criança com base em aspetos específicos como: a) a utilização da mãe enquanto base segura, permitindo a exploração do meio; b) o comportamento da criança ao ser deixada num espaço sozinha e com uma pessoa que não conhece; c) o comportamento da criança quando a mãe regressa ao espaço.

Uma vinculação segura parte de uma resposta consistente da figura de vinculação. Neste padrão relacional, o cuidador é percebido como uma base segura, o que permite à criança explorar o que a rodeia, uma vez que sente as suas necessidades asseguradas sempre que necessário e/ou quando requeridas ao cuidador, que é sentido como disponível (Hornor, 2019; Sutton, 2018; Tereno & Matos, 2017).

Em contrapartida, o défice ou ausência de sensibilidade, estabilidade e responsividade por parte do cuidador implica a formação de um tipo de vinculação inseguro. Este subdivide-se em: 1) vinculação insegura evitante – caracterizada por uma atitude de indiferença da criança em relação à figura de vinculação, que tem sido relacionado com a existência de comportamentos de rejeição e indisponibilidade emocional do cuidador; 2) vinculação insegura ambivalente/resistente – caracterizada por uma proximidade excessiva à figura de vinculação e comportamentos desadaptativos por parte da criança, coincidente com comportamentos inconstantes (intrusivos e/ou não responsivos) e incongruentes da figura de vinculação (Lightfoot et al., 2018; Sutton, 2018; Tereno & Matos, 2017). Mais tarde, Main e Solomon (1990, citado por Hornor, 2019) identificaram um quarto padrão de vinculação dito desorganizado. Este é caracterizado por “comportamentos parentais assustadores, assustados ou confusionais” (p. 410), que implicam a não consolidação de um padrão estável de procura do cuidador em situações adversas por parte da criança (Lightfoot et al., 2018; Tereno & Matos, 2017).

Vários estudos demonstram que o padrão de vinculação estabelecido é um preditor de implicações positivas ou negativas ao desenvolvimento da criança. Estudos indicam que uma vinculação segura está associada a efeitos positivos ao nível dos comportamentos de internalização e externalização da criança, da sua competência social e da qualidade das relações formadas entre pares. Por outro lado, uma vinculação insegura encontra-se associada a maiores dificuldades ao nível do funcionamento social e

psicológico, aumentando o risco do desenvolvimento de doenças psicopatológicas ao longo da vida (Hornor, 2019).

É importante salientar que, inicialmente, a vinculação foi estudada exclusivamente em relação à infância. Contudo, a partir da década de 80 vários autores contribuíram para a sua expansão, através do estudo da adolescência e idade adulta. Desta forma, a investigação começou a incidir sobre as relações com figuras amorosas/intimidade e a relação com os pares (Canavarro et al., 2006; Thompson et al., 2021). Posto isto, a vinculação do adulto é definida, segundo Zhang et al. (2022), com base “nas crenças, expectativas e sentimentos que os indivíduos aprenderam quando bebês por meio de experiências com os seus cuidadores.” (p. 1090). É provável, que um indivíduo ao longo do seu percurso de desenvolvimento, possua várias figuras de vinculação consoante a fase da sua vida e as condições a que é exposto.

Neste sentido, foram levantadas questões acerca da estabilidade dos padrões relacionais ao longo do tempo, originando duas perspetivas divergentes. De acordo com Patrick et al. (2019b), 1) a “perspetiva do protótipo” defende que “as representações de vinculação desenvolvidas na infância são mantidas ao longo do tempo e influenciam a dinâmica interpessoal.”; 2) a “perspetiva revisionista” que “ênfatiza a importância de experiências contínuas, como o stress familiar e ambientes de risco, como desempenhando um papel central na evolução do padrão de vinculação”. Esta perspetiva, considera que os padrões de vinculação são flexíveis e influenciáveis por fatores externos (p. 602). Contudo, a literatura recente apresenta-se inconclusiva quanto a este tópico. Concluindo que, um padrão de vinculação seguro tende a ser mais consistente ao longo da vida, em comparação com os padrões de vinculação inseguros (Sutton, 2018; Thompson et al., 2022).

### **O efeito da doença mental dos pais na vinculação dos descendentes**

A literatura sugere que, a existência de doença mental nos pais, encontra-se associada a um maior número de consequências negativas para o descendente ao nível da vinculação (Ruiz et al., 2018). Neste sentido, Apter et al. (2017) referem estudos longitudinais com incidência sobre o primeiro ano de vida do bebé, demonstrando que a psicopatologia materna se encontra positivamente correlacionada a um maior risco de desenvolvimento de problemas de vinculação. Para além disso, foram verificadas consequências negativas quanto à segurança da vinculação dos descendentes, de acordo com diferentes diagnósticos psicopatológicos dos pais (Ireland & Pakenham, 2010).

Numa meta-análise realizada com o objetivo de comparar a distribuição dos padrões de vinculação na população geral e clínica, verificou-se um maior número de padrões de vinculação inseguros em filhos de mães com doença mental (Patrick et al., 2019b). Do mesmo modo, com base em estudos transversais que analisaram o padrão de vinculação recorrendo a métodos observacionais e de autorrelato, foram identificados níveis mais elevados de vinculação insegura em descendentes de pais com doença mental em comparação com descendentes de pais sem diagnóstico (Doucette et al., 2013).

Neste sentido, a meta-análise realizada por Barnes e Theule (2019) demonstrou que, os bebés de mães com diagnóstico psicopatológico apresentam maior probabilidade em desenvolver um padrão de vinculação inseguro em comparação com os bebés de mães psicologicamente saudáveis. Além disso, foi verificada uma relação significativa entre o aumento dos sintomas psicopatológicos maternos e a identificação de estilos de vinculação inseguros no bebé. Em contrapartida, Doucette et al. (2013), não verificaram diferenças significativas quanto à perceção do estilo de vinculação desenvolvido por filhos de pais com doença bipolar e filhos de pais sem doença mental. No entanto, estes resultados variam quando ambos os progenitores apresentam diagnóstico de doença bipolar, observando-se diferenças no estilo de vinculação.

Segundo Ruiz et al. (2018), mães diagnosticadas com depressão adotam padrões comportamentais que interferem com a segurança da vinculação. Estudos existentes relacionam o desenvolvimento de um tipo de vinculação inseguro na idade adulta com a existência de depressão materna e paterna. Os filhos de pais com diagnóstico de depressão têm maior probabilidade em apresentar estilos de vinculação evitativos e ansiosos em comparação com filhos de pais sem diagnóstico. Por outro lado, estudos realizados em idades mais avançadas do desenvolvimento indicam que filhos de pais com doença bipolar apresentam um estilo de vinculação inseguro, enquanto que outros não identificam diferenças no estilo de vinculação desenvolvido por filhos de mães com diagnóstico de bipolaridade ou perturbações do humor (Ruiz et al., 2018).

### **Parentalização**

As fronteiras psicológicas presentes na relação da criança com o seu cuidador apresentam-se como fundamentais ao desenvolvimento infantil saudável, dado que contribuem para a adequação dos papéis familiares e demarcam as diferenças relacionadas com as etapas de desenvolvimento em que cada individuo se encontra (Masiran et al., 2023; Schorr & Goldner, 2022).

No entanto, há situações em que os pais não se demonstram disponíveis ou com maturidade emocional suficiente para exercer de forma apropriada as suas funções parentais. Este contexto tende a promover uma inversão das funções parentais e filiais, isto é, em vez de os pais procurarem cuidar da criança, assegurando as suas necessidades desenvolvimentais, verifica-se o contrário. É a criança que regularmente adota este papel junto do/a progenitor/a, podendo este ser imposto pelo cuidador ou praticado autonomamente pela criança ao perceber a incapacidade dos pais (Mello et al., 2015; Nuttall et al., 2021).

Neste sentido, a parentalização (ou parentificação) é definida como uma distorção ou ausência de fronteiras entre os subsistemas familiares, de tal forma que as crianças ou adolescentes assumem papéis e responsabilidades que lhe são inadequadas do ponto de vista desenvolvimental e emocional e, por norma, associadas aos adultos (Blake-Holmes et al., 2023; Borchet et al., 2018; Boumans & Dorant, 2018; Dariotis et al., 2023; Masiran et al., 2023; Nuttall et al., 2021; Van Loon et al., 2017).

O termo “parentalização” foi proposto por Boszormenyi-Nagy e Spark em 1973 (citado por Mello et al., 2020), sendo definido no âmbito das Terapias Familiares. No entanto, a sua origem teve por base influências da Psicanálise. Uma das primeiras referências à ideia de parentalização é vista no artigo de Schmideberg (1948, citado por Mello et al., 2020) intitulado “*Parents as children*”, no qual é referida a inversão do papel parental em situações que acarretam elevados níveis emocionais, tais como, os conflitos conjugais e/ou perdas significativas, existindo uma ascensão dos filhos ao subsistema parental. Mais tarde, na década de 60/70, Minuchin e colaboradores (1967, citado por Mello et al., 2020) introduziram o conceito de “criança parental”, ao remeter-se à atribuição do poder parental a uma criança (Borchet et al., 2016).

Jurkovic (1997, citado por Borchet et al., 2018) identificou a existência de dois tipos de parentalização com base na função desempenhada, nomeadamente, a parentalização emocional e a parentalização instrumental (Dariotis et al., 2023).

A parentalização emocional é caracterizada pelo facto de a criança/adolescente “atender às necessidades emocionais e sociais dos membros da família” (p. 243) (Borchet et al., 2018). Esta pode ser observada através da preocupação da criança pelo bem-estar e/ou monitorização do estado emocional dos pais e/ou dos irmãos, atendendo, muitas das vezes, às suas necessidades de conforto e proteção e pela mediação de conflitos entre membros da família. Além disso, esta pode adotar papéis inadequados junto dos pais, tornando-se no seu confidente ou partilhando a responsabilidade das decisões familiares.

Estes comportamentos têm como fim único a manutenção da homeostase familiar (Borchet et al., 2018; Boumans & Dorant, 2018; Dariotis et al., 2023; Khafi et al., 2014; Schier et al., 2015). Por outro lado, a parentalização instrumental refere-se “à preocupação com as condições de vida da família” (p. 117) (Borchet et al., 2016). Esta envolve sobretudo a realização de tarefas domésticas e/ou atividades típicas dos adultos, como por exemplo, fazer as compras, cozinhar e cuidar dos irmãos. Nesta forma de parentalização, a criança trata da manutenção da casa e da organização da rotina diária da família (Borchet et al., 2016; Borchet et al., 2018; Boumans & Dorant, 2018; Dariotis et al., 2023; Khafi et al., 2014) É importante salientar que, estes dois tipos de parentalização não são mutuamente exclusivos. Isto é, a criança poderá desempenhar simultaneamente funções instrumentais e emocionais (Borchet et al., 2018; Dariotis et al., 2023).

A investigação existente sugere que a parentalização emocional está relacionada a um maior número de resultados prejudiciais para o indivíduo “parentificado” em comparação com a parentalização instrumental (Boumans & Dorant, 2018; Cho & Lee, 2019; Dariotis et al., 2023; Khafi et al., 2014). Segundo Boumans e Dorant (2018), esta diferença pode ser explicada pelo facto de a criança suprimir as suas necessidades em prol de satisfazer as necessidades dos recetores de cuidados, no caso, os pais e/ou irmãos.

Porém, existem evidências de que os efeitos da parentalização emocional e instrumental não são unicamente desadaptativos. Khafi et al. (2014), afirmam que as características individuais, familiares e culturais influenciam os efeitos da parentalização no desenvolvimento. Inclusive, foi verificado que os jovens Europeus Americanos têm um maior número de consequências negativas associadas à parentalização instrumental e emocional, apresentando um “aumento dos problemas dos comportamentos de externalização e diminuição da qualidade do relacionamento pais-filhos” (p. 267). Em contrapartida, os jovens Afro-Americanos apresentam uma maior qualidade no relacionamento com os pais, associado a valores positivos de parentalização emocional e valores neutros de parentalização instrumental. Do mesmo modo, Masiran et al. (2023), refere a etnia como um importante mediador nos resultados positivos ou negativos da parentalização.

No que se refere, às diferenças entre a experiência de parentalização segundo o sexo, a literatura apresenta-se inconsistente. Vários estudos apontam para um maior risco deste fenómeno por parte do sexo feminino (Peris et al., 2008). No entanto, estudos como o de Hooper et al. (2014) verificam o contrário, associando o sexo masculino a níveis mais elevados de parentalização, visível em todos os grupos raciais/étnicos. Contudo, há

estudos que referem não existir diferenças significativas entre os sexos (Masiran et al., 2023). Todavia, a parentalização demonstra-se mais propensa na relação com a mãe, independentemente do sexo do descendente (Hooper et al., 2014).

Para além disso, a idade em que o indivíduo experimenta este fenómeno encontra-se associado ao tipo de resultados obtidos posteriormente. Vários estudos revelam que quando a parentalização surge em idades mais precoces do desenvolvimento, existe um maior número de consequências nocivas para a criança (Cho & Lee, 2019).

Desta forma, é importante salientar que a parentalização “é um conceito multidimensional que é único tanto para o indivíduo que experimenta o fenómeno quanto para o contexto em que está situado e, como tal, existem atributos individuais e contextuais.” (p. 3) (Blake-Holmes et al., 2023).

Neste sentido, segundo Jurkovic (1997, citado por Schier et al., 2015), a parentalização deve ser analisada considerando as seguintes variáveis: 1) “excesso de intensidade”; 2) “tipo de atribuições de papéis”; 3) “extensão de responsabilidade”; 4) “objeto de cuidados”; 5) “adequação à idade”; 6) “grau de internalização”; 7) “fronteiras familiares”; 8) “legitimidade social”; 9) “eticidade” (p. 1308). Para além disso, deve ser explorada a existência de fatores de proteção para a criança, nomeadamente, a presença de outras figuras de apoio (e.g., irmãos) (Mello et al., 2015)

Devemos ter em consideração que a parentalização “não se circunscreve de forma incondicional no campo da patologia ou da disfunção relacional” (p. 217) (Mello et al., 2015). Esta assume um sentido patológico quando interfere no potencial de desenvolvimento da criança (Mello et al., 2020).

De acordo com Borchet et al. (2016), a parentalização pode ser categorizada consoante o tipo de consequências que provoca em parentalização construtiva (ou adaptativa) e parentalização destrutiva (ou patológica).

A parentalização construtiva é descrita como transitória e traduz-se em responsabilidades moderadas para a criança, que vão ao encontro das normas culturais existentes e do seu próprio estágio de desenvolvimento. A criança que experimenta uma parentalização construtiva é frequentemente validada pelos seus esforços, sendo reconhecida pela sua ajuda e/ou pelas tarefas que exerce. Por sua vez, o reconhecimento dado aos comportamentos da criança, faz com que esta perceçione os seus esforços como justos e gratificantes (Mello et al., 2020; Schorr & Goldner, 2022).

Este tipo de parentalização tende a produzir um maior número de consequências positivas para a criança/adolescente, entre elas, o desenvolvimento de um maior nível de

motivação, autoestima, empatia, maturidade e resiliência; um aumento das suas competências interpessoais e otimização de estratégias de *coping* adaptativas (Borchet et al., 2020; Boumans & Dorant, 2018; Cho & Lee, 2019; Hendricks et al., 2021; Schorr & Goldner, 2022). Do mesmo modo, esta pode apresentar-se benéfica, por exemplo, em situações de crise familiar, facilitando o processo de adaptação à mudança. Este contexto, permite que a criança desenvolva sentimentos de auto-competência, promova comportamentos altruístas e aumente a sua autoestima.

Por seu turno, “a parentalização é prejudicial para a criança quando se torna um padrão estável das relações familiares” (p. 118) (Borchet et al., 2016; Dariotis et al., 2023). A parentalização destrutiva é caracterizada por um cuidado parental carecido, resultando na atribuição de responsabilidades emocionais e instrumentais que ultrapassam as capacidades e recursos da criança. Este ato tende a ser continuado no tempo, sobrecarregando-a de tal forma que esta começa a perceber o seu papel como intolerável e injusto. A parentalização apresenta-se como destrutiva quando os encargos dados à criança ultrapassam as competências características do estágio de desenvolvimento em que esta se encontra o que, por sua vez, obrigam-na a deixar de lado a satisfação das suas próprias necessidades (e.g., apoio, segurança, autoconfiança) em proveito das necessidades dos cuidadores (Borchet et al., 2018; Hendricks et al., 2021; Mello et al., 2015; Schier et al., 2015; Schorr & Goldner, 2022).

Esta forma de parentalização pode comprometer o desenvolvimento da criança a curto e longo prazo, apresentando resultados negativos para a criança/adolescente, tais como, o desenvolvimento de baixa autoestima; manifestação de comportamentos de autoagressão; dificuldades no processo de separação-indivuação e construção do self; presença de sentimentos de ansiedade, depressão e de desamparo. Para além disso, vários estudos relacionam a vivência de uma parentalização patológica na infância com uma maior probabilidade do desenvolvimento de psicopatologia na idade adulta, principalmente, depressão, perturbações do humor e transtornos por uso de substâncias (Cho & Lee, 2019; Nuttall et al., 2021; Schier et al., 2015; Schorr & Goldner, 2022).

No geral, a revisão de literatura existente identifica uma associação entre a parentalização e o aumento do risco de manifestação de doenças mentais, nomeadamente, perturbações de ansiedade, perturbações de personalidade e transtornos alimentares; aumento do consumo de substâncias psicoativas; maiores dificuldades ao nível da autorregulação emocional e dos relacionamentos interpessoais; comprometimento da relação com os pares e no desempenho académico; desenvolvimento de menores

competências parentais na idade adulta. Do mesmo modo, as crianças “parentificadas”, quando adultas, têm maior probabilidade em repetir o padrão de relacionamento vivido tornando, muitas das vezes, a parentalização um fenômeno intergeracional (Borchet et al., 2018; Hendricks et al., 2021; Mello et al., 2020; Van Parys et al., 2015).

A investigação tem identificado circunstâncias familiares específicas que antecedem o fenômeno de parentalização, tais como, a ausência de um dos progenitores; a existência de conflitos conjugais; o processo de divórcio dos pais; condições de doença física crônica, mental ou de dependência por parte dos pais; cuidadores com estilos de vinculação inseguros ou baixa competência parental; situações de violência doméstica ou de carência econômica (Cho & Lee, 2019; Dariotis et al., 2023; Khafi et al., 2014; Mello et al., 2020; Schorr & Goldner, 2022).

### **O efeito da doença mental dos pais na parentalização dos descendentes**

O fenômeno da parentalização encontra-se muito presente em famílias onde, pelo menos, um dos pais sofre de doença mental. Segundo Chen e Panebianco (2019, citado por Masiran et al., 2023), a doença parental é vista como um fator de risco para a parentalização do adolescente. Van Parys et al. (2015) referem que as crianças de pais com perturbação depressiva, tendem a envolver-se ativamente no funcionamento familiar e na vivência emocional do cuidador dada a condição deste último. Este ato é visto pelo próprio como uma forma de se relacionarem com o progenitor. Do mesmo modo, filhos de pais com alcoolismo manifestam maiores níveis de parentalização na idade adulta.

Outros estudos indicam que os filhos adolescentes de pais com doença mental tendem a experimentar maiores níveis de *stress*, associados às responsabilidades familiares que possuem, o que por sua vez, pode influenciar negativamente as suas capacidades de adaptação durante a infância ou adolescência (Van Loon et al., 2017).

O estudo de Van Loon et al. (2017) verifica, com base em resultados de análises longitudinais, que filhos adolescentes “parentificados” que vivem com um progenitor com doença mental apresentam maiores problemas de internalização. No entanto, o mesmo não é verificado quanto aos problemas de externalização, não existindo uma relação entre a parentalização e a manutenção de problemas de externalização ao longo do tempo.

## **Regulação emocional**

As emoções são uma componente elementar do funcionamento humano. Estas são ativadas pontualmente, compreendendo um conjunto de alterações cognitivas, fisiológicas e comportamentais. As emoções cumprem uma função adaptativa, na medida em que nos transmitem informações acerca de nós próprios e do ambiente, atuando na forma como respondemos a objetivos percebidos (Bariola et al., 2011; Etkin et al., 2015; Gross, 2002; Sanchis-Sanchis et al., 2020). No entanto, estas não influenciam na totalidade o modo como os indivíduos respondem, apenas tornam mais prováveis determinados tipos de resposta sendo, por isso, possível regular as emoções (Gross, 2002).

Na literatura não existe um consenso quanto à definição de regulação emocional. De acordo com Gross (1998) esta é caracterizada como o processo pelo qual “os indivíduos influenciam as emoções que têm, quando as têm e como experienciam e expressam essas emoções” (p. 275) (Aldao, 2012; Barthel et al., 2018; Gross, 2002; Kraft et al., 2023; Sanchis-Sanchis et al., 2020). Estes processos podem ter uma origem consciente ou inconsciente, voluntária ou involuntária, assim como, automática ou controlada, podendo atuar em qualquer estágio do processo de resposta emocional (Aldao et al., 2010; Bariola et al., 2011; Veloso et al., 2011).

Por sua vez, Thompson (1994, citado por Souza et al., 2021) define regulação emocional como o processo intrínseco e extrínseco responsável por “monitorizar, avaliar e modificar as reações emocionais, especialmente a sua intensidade e característica temporal, a fim de se alcançar um objetivo.” (Bariola et al., 2011; Islamiah et al., 2021; Morelen et al., 2014; Suveg et al., 2011). Deste modo, a regulação emocional proporciona alterações ao nível da natureza, latência, tempo de ativação, intensidade e duração da emoção (Gross, 2002; Veloso et al., 2011).

Por outras palavras, a regulação emocional reúne o reconhecimento de experiências emocionais e a competência para modular respostas emocionais consoante exigências situacionais ou objetivos individuais. Como tal, os indivíduos recorrem a estratégias de regulação emocional para alterar a intensidade e/ou natureza da experiência emocional vivida ou do evento estimulador da emoção (Aldao et al., 2010; Morelen et al., 2014). A regulação emocional permite a gestão de emoções negativas (e.g., tristeza) e positivas (e.g., alegria) (Bariola et al., 2011). Podem ser utilizadas várias estratégias, simultaneamente ou sequencialmente, para regular uma única emoção. Os estudos indicam que a utilização de múltiplas estratégias é mais visível em situações que

apresentam elevados níveis de intensidade emocional (Naragon-Gainey et al., 2017; Zörer & Yorulmaz, 2022). No entanto, os indivíduos apresentam inúmeras formas de regular as suas emoções, não existindo propriamente um número fixo de estratégias possíveis (Gross, 2014).

Atualmente, a investigação conceptualiza a existência de dois tipos de regulação das emoções – a regulação interpessoal e a regulação intrapessoal das emoções. A primeira refere-se à competência dos indivíduos para utilizar as interações sociais como forma de regular o seu próprio afeto e o dos outros (Barthel et al., 2018; Zörer & Yorulmaz, 2022). Por sua vez, a segunda refere-se à forma inerente de o indivíduo regular as suas próprias emoções, não procurando influenciar as emoções dos outros.

No cerne da regulação intrapessoal, o modelo mais citado no que se refere ao estudo das estratégias de regulação emocional, é o modelo de Gross (1998). No geral, este propõe a distinção entre dois tipos de estratégias, com base no momento em que estas são implementadas no processo emocional: estratégias focadas no antecedente e estratégias focadas na resposta.

As estratégias focadas no antecedente ocorrem antes da emoção ter sido desencadeada e, portanto, antes da tendência de resposta emocional ser totalmente ativada e, conseqüentemente, ter existido alterações na resposta comportamental e fisiológica do sujeito. Em contrapartida, as estratégias focadas na resposta ocorrem após a emoção ter sido ativada e, por sua vez, as tendências de resposta terem sido estabelecidas (Aldao 2012; Bariola et al., 2011; Gross, 2002; Veloso et al., 2011).

Além disso, as estratégias de regulação emocional podem ser categorizadas dependendo do momento em que procuramos utilizá-las o que, por sua vez, relaciona-se com a posição temporal em que estamos no processo de geração da emoção.

Estas dividem-se em: a) seleção da situação (“decidir se deve evitar ou envolver-se numa situação emocionalmente relevante”); b) modificação da situação (“modificar componentes de um ambiente físico para alterar o seu impacto emocional”); c) mobilização da atenção (“direcionando a atenção para longe ou para componentes específicos de estímulos emocionais”); d) mudança cognitiva (“reconhecendo o processo de pensamento negativo e substituindo-o por um mais eficaz”); e) modulação de resposta (“modificando diretamente uma resposta fisiológica, experiencial ou comportamental a um estímulo emocional”) (p. 1342) (Akbari et al., 2021). Esta última situa-se dentro das estratégias focadas na resposta e as restantes nas estratégias focadas no antecedente.

No entanto, a maioria dos estudos recorre à análise de duas estratégias específicas como forma de comparar as estratégias focadas na resposta e as focadas no antecedente, nomeadamente a reavaliação cognitiva e a supressão. A reavaliação cognitiva integra as estratégias focadas no antecedente e corresponde à redefinição de uma situação emocional, com o intuito de alterar o seu efeito. Por seu turno, a supressão integra as estratégias focadas na resposta e é caracterizada pela inibição da expressão da emoção (Bariola et al., 2011).

Outros autores apoiaram-se nos modelos teóricos baseados na estratégia para classificar de forma diferente os meios existentes para regular as emoções. Parkinson e Totterdell (1999, citado por Zörer & Yorulmaz, 2022) distinguiram entre estratégias cognitivas (e.g., ruminação, aceitação, distração) e estratégias comportamentais (e.g., exercício, comer, atividades sociais) (Naragon-Gainey et al., 2017).

Autores como Aldao e colaboradores (2010, 2012, citado por Naragon-Gainey et al., 2017) classificaram as estratégias de regulação emocional consoante a sua relação com sintomas psicopatológicos. Desta forma, estratégias positivamente associadas ao bem-estar psicológico são consideradas como “adaptativas”, enquanto que as estratégias positivamente associadas a sintomas psicopatológicos são designadas por “desadaptativas”. Esta classificação assenta sobre investigações que demonstram que as estratégias consideradas adaptativas (i.e, aceitação, resolução de problemas e reavaliação cognitiva) tendencialmente facilitam o processo de regulação emocional, ao contrário das estratégias ditas desadaptativas (i.e, ruminação, evitação e supressão), que tendem a interferir com o mesmo (Aldao, 2010, 2012; Barthel et al., 2018; Kraft et al., 2023; Polizzi & Lynn, 2021; Weiss et al., 2021).

No entanto, é percebido como redutor classificar as estratégias unicamente como “adaptativas” ou “desadaptativas”, uma vez que cada estratégia pode apresentar resultados favoráveis ou desfavoráveis consoante a situação, o indivíduo e o objetivo na qual é aplicada. Assim sendo, não deve ser evitado o uso de estratégias ditas “desadaptativas”, em prol do uso exclusivo de estratégias “adaptativas”. Isto é, deve existir uma plasticidade na utilização das estratégias dependendo do contexto em que estas são empregues (Naragon-Gainey et al., 2017; Polizzi & Lynn, 2021; Zörer & Yorulmaz, 2022).

Do mesmo modo, verificou-se que a regulação emocional difere ao nível dos seus processos, consequências e atitudes de acordo com a cultura em que estamos inseridos (Olhaberry & Sieverson, 2022; Gross, 2015). Uma das principais diferenças percebidas

diz respeito à forma como os pais transmitem a socialização das emoções aos filhos. O estudo de Bozicevic et al. (2016, citado por Souza et al., 2021) encontrou diferenças significativas, conferidas à diversidade cultural, quanto às práticas parentais e, conseqüentemente, à regulação emocional desenvolvida por crianças de mães sul-africanas e inglesas. Para além disso, foram evidenciadas diferenças raciais e étnicas quanto ao uso de estratégias de regulação emocional, demonstrando que os indivíduos de minorias etnoraciais apresentam melhor uso das estratégias de regulação emocional (Weiss et al., 2021).

Outros dois fatores que influenciam a regulação emocional é o sexo e a idade. De modo geral, a investigação indica que o sexo feminino utiliza mais estratégias de regulação adaptativas e desadaptativas em comparação com o sexo masculino. A maior utilização de estratégias desadaptativas por parte do sexo feminino suporta os resultados obtidos no âmbito da investigação que sugerem que as mulheres apresentam um maior risco do desenvolvimento de perturbações emocionais do que os homens. No que se refere à idade, os estudos indicam uma diminuição no uso geral e, em específico, de estratégias de regulação emocional adaptativas por parte dos adolescentes (13 aos 15 anos) (Sanchis-Sanchis et al., 2020).

Segundo Souza et al. (2021) “a regulação emocional é uma habilidade essencial para o bem-estar do indivíduo, em todas as etapas do ciclo vital, bem como para o funcionamento psicológico saudável.” (p. 2). A capacidade de regular as emoções é essencial em diversas áreas do funcionamento psicossocial, nomeadamente, ao nível do funcionamento social, académico, profissional, assim como, para a saúde mental do indivíduo (Boemo et al., 2022; Morris et al., 2017).

Neste sentido, os estudos existentes demonstram que uma boa competência ao nível da regulação emocional encontra-se significativamente associada ao desenvolvimento de níveis mais elevados de competência social; maior resiliência; mais relações positivas com os pares; melhores resultados académicos (Aldao et al., 2010; Boemo et al., 2022; Islamiah et al., 2021). Por seu turno, dificuldades ao nível da regulação emocional têm vindo a ser consideradas como uma componente transversal a diversas formas psicopatológicas, nomeadamente, na depressão, ansiedade, perturbações da personalidade, perturbações alimentares e perturbações por consumo de substâncias. Além disso, também se relacionam com menores competências sociais e maiores problemas comportamentais (Akbari et al., 2021; Aldao et al., 2010; Boemo et al., 2022; Gross, 2015; Islamiah et al., 2021; Naragon-Gainey et al., 2017; Silk et al., 2006).

Desta forma, a dificuldade percebida em diferentes domínios do processo de regulação emocional foi designada por Gratz e Roemer (2004, citado por Zörer & Yorulmaz, 2022) como desregulação emocional. Estes autores, sob influência do modelo de Gross, propuseram uma conceptualização de desregulação emocional como um construto multidimensional que inclui: a) “falta de consciência emocional”; b) “falta de clareza emocional”; c) “dificuldades em se envolver em comportamentos orientados para objetivos”; d) “dificuldades de controlo dos impulsos”; e) “acesso limitado a estratégias de regulação das emoções”; f) “não aceitação de respostas emocionais” (Akbari et al., 2021). Para além disso, elevada intensidade emocional, dificuldades na perceção das emoções, responsividade negativa perante estados emocionais e o uso de estratégias desadaptativas são aspetos igualmente demonstrativos de problemas ao nível da regulação emocional (Velooso et al., 2011).

Do mesmo modo, Abbott (2005, citado por Velooso et al., 2011) define a desregulação emocional como o recurso excessivo a estratégias consideradas “desadaptativas” que interferem com o funcionamento adaptativo do sujeito.

A desregulação emocional resulta da interceção entre a elevada fragilidade emocional e a inaptidão do sujeito em regular as suas emoções. Em outros termos, a desregulação emocional “representa a inabilidade para modificar ou regular pistas emocionais, experiências, acções, respostas verbais e/ ou não verbais perante a presença de uma vasta gama de emoções, dificuldades de adaptação e contextos situacionais.” (p. 94). Tal como acontece no método de regulação emocional, estas dificuldades podem surgir em qualquer um dos estádios do processo emocional (Velooso et al., 2011).

Essencialmente, a desregulação emocional é caracterizada pela vivência excessiva de experiências emocionais negativas; dificuldade em alterar o foco atencional para estímulos não emocionais; dificuldade na gestão de tarefas direcionadas a um objetivo no momento da ativação emocional; falta de controlo sobre os comportamentos dirigidos a emoções significativas; estado de dissociação ou congelamento na presença de elevados níveis de *stress*; falhas no processamento de informação (Velooso et al., 2011).

### **O efeito da doença mental dos pais na regulação emocional dos descendentes**

O contexto familiar, principalmente a experiência resultante da interação com os pais (e.g., a capacidade de resposta dos pais às manifestações emocionais da criança) e o próprio papel parental apresentam-se como parte essencial no desenvolvimento emocional da criança (Bariola et al., 2011; Olhaberry & Sieverson, 2022; Simões et al.,

2022). Concretamente, no âmbito da regulação emocional, os pais são vistos como modelos primários a partir do qual a criança aprende a controlar e a expressar as suas emoções (Frankel et al., 2012).

As competências associadas à regulação das emoções variam ao longo do desenvolvimento do sujeito (Olhaberry & Sieverson, 2022). Nos primeiros anos de vida, os bebés recorrem a formas rudimentares para regular as suas emoções, dependendo por completo do cuidador para satisfazer as suas necessidades emocionais. No entanto, durante o crescimento e com a aquisição de novas capacidades, a criança desenvolve novas formas de regular as emoções, resultantes de uma interação mais complexa com o outro. Assim sendo, no decorrer do ciclo de vida, especificamente na transição entre a adolescência e idade adulta, o sujeito adquire maiores capacidades de autorregulação, passando a não necessitar do outro como fonte de apoio vital ao seu processo de regulação emocional (Frankel et al., 2012; Gross, 2015).

Neste sentido, de acordo com o modelo de Morris et al. (2007), os pais influenciam a regulação emocional das crianças de três modos: por observação da forma como os pais regulam as suas próprias emoções (e.g., modelação); pelas práticas parentais relacionadas com a gestão das emoções (e.g., reação dos pais à expressão de emoções negativas da criança); clima emocional da família (e.g., tipo de vinculação desenvolvido) (Islamiah et al., 2021; Morris et al., 2017; Souza et al., 2021). Para além disso, estes autores afirmam que determinadas características parentais podem também impactar indiretamente o desenvolvimento da regulação emocional da criança, nomeadamente, a experiência de doença mental dos pais (Islamiah et al., 2021).

De modo geral, ambos os progenitores contribuem de forma particular para o desenvolvimento da regulação emocional da criança (Islamiah et al., 2021; Kiel & Kalomiris, 2015). Contudo, a literatura existente incide sobretudo na influência da psicopatologia materna, evidenciando uma associação positiva entre esta e o desenvolvimento de problemas emocionais na criança que, muitas das vezes, se estendem à idade adulta (Simões et al., 2022).

Como referido, a desregulação emocional é transversal a inúmeras doenças do foro psicológico, pelo que, pais que apresentam algum diagnóstico psicopatológico tendem eles próprios a exibir dificuldades ao nível da regulação das suas emoções. Além, do predomínio de experiências emocionais negativas e/ou estados emocionais intensos e instáveis que comprometem as suas capacidades parentais.

Na maioria dos casos, a investigação revela que existem consequências para os filhos de pais com doença mental resultante da vivência das manifestações da doença dos pais. Esta contribui significativamente para que os filhos de pais com experiência de doença mental, construam eles próprios esquemas emocionais negativos e/ou desenvolvam estratégias de regulação emocional desadaptativas e, por isso, demonstrem um maior risco para o desenvolvimento de sintomas psicopatológicos (Bariola et al., 2011; Morelen et al., 2014; Olhaberry & Sieverson, 2022; Suveg et al., 2011).

Vários estudos indicam que maiores níveis de sintomatologia depressiva, tanto no progenitor do sexo masculino como feminino, encontram-se fortemente correlacionados com dificuldades na regulação emocional das crianças (Islamiah et al., 2021). Para além disso, a investigação revela que em resposta a situações angustiantes os filhos de mães com perturbação depressiva têm maior tendência em adotar estratégias interpretadas como desadaptativas em comparação com os filhos de mães que não evidenciam qualquer perturbação (Bariola et al., 2011; Silk et al., 2006).

Os estudos indicam uma relação entre a desregulação emocional materna e comportamentos parentais não auxiliares a nível emocional, o que por sua vez, encontra-se associado a maiores problemas emocionais da criança (Morelen et al., 2014). Do mesmo modo, mães que apresentam maiores dificuldades ao nível da regulação emocional mostram-se menos responsivas e recetivas em relação aos estados emocionais e expressão das emoções dos seus filhos, em comparação com mães que não apresentam dificuldades a este nível (Silk et al., 2006; Souza et al., 2021).

### **Relação entre vinculação, parentalização e regulação emocional**

De acordo com a literatura, a vivência de parentalização na infância pode levar a implicações na capacidade de regulação emocional do indivíduo na idade adulta, uma vez que este sistema se mostra subdesenvolvido em resultado da anterior ausência de cuidados parentais contentores (Mello et al., 2020).

Mais concretamente, um dos pressupostos da Teoria da Vinculação refere-se ao facto das relações estabelecidas pelo indivíduo nos primeiros tempos de vida servirem como base à formação de modelos internos dinâmicos da relação com o outro. Estes modelos tendem a ser generalizados para outras relações existentes ao longo da trajetória de vida do sujeito, influenciando-as. Neste sentido, o fenómeno da parentalização quando estabelecido em idades mais precoces, pode moldar os modelos internos desenvolvidos com base na internalização de uma representação negativa do *self* ou de uma perceção

deturpada da relação com o outro e dos papéis interpessoais (Baggett et al., 2015; Masiran et al., 2023; Schier et al., 2015; Schorr & Goldner, 2022). Assim, segundo Jurkovic (1997, citado por Hooper, 2007) “a parentalização pode ter efeitos a longo prazo no desenvolvimento, na vinculação e nos padrões de interação entre a criança e o progenitor, que também se evidenciam mais tarde nas relações adultas.” (p. 220).

Para além disso, indivíduos parentificados tendem a apresentar menor capacidade em compreender os seus sentimentos em comparação com indivíduos que não vivenciaram este fenómeno (Schier et al., 2015).

Do mesmo modo, a organização da vinculação entre a criança e o seu cuidador corresponde ao desenvolvimento de diferentes estratégias de regulação emocional (Brumariu, 2015). A formação de uma relação de vinculação segura tende a facilitar o desenvolvimento de estratégias adaptativas de regulação emocional, enquanto que uma relação de vinculação insegura propicia a criação de estratégias desadaptativas (Cooke et al., 2018; Gresham & Gullone, 2012; Mikulincer & Shaver, 2019). Por definição, espera-se que indivíduos que apresentem uma vinculação segura tenham maior capacidade em expressar (de forma clara) e de controlar as suas emoções, adaptando-se ao contexto. Esta reação advém da qualidade da interação desenvolvida com o cuidador. Desta forma, se o cuidador revela uma resposta sensível e previsível às necessidades emocionais da criança, esta desenvolve a conceção de que este tipo de resposta se tornará a repetir mesmo noutras relações (Brumariu, 2015; Frankel et al., 2012; Gresham & Gullone, 2012; Sutton, 2018).

Por seu turno, indivíduos que apresentem uma vinculação insegura evitante tendem a recorrer a estratégias de minimização e regulação excessiva das suas emoções negativas, em resultado de um historial de respostas de rejeição e invalidação das suas emoções por parte do cuidador. Por outro lado, um estilo de vinculação ambivalente traduz um padrão anterior de resposta inconsistente por parte do cuidador às necessidades emocionais da criança. Em consequência, esta tende a recorrer a estratégias “hiperativadoras” para captar a atenção do cuidador, nomeadamente através da intensificação e exorbitância na expressão de emoções negativas. Estes indivíduos revelam-se bastante dependentes dos cuidadores para regular as suas emoções, o que por sua vez, contribui para o desenvolvimento de estratégias emocionais menos complexas e eficazes (e.g., ruminação). Por último, um padrão de vinculação desorganizado compreende a perceção de uma figura de vinculação inconsistente que tanto se mostra uma fonte de segurança como de medo ou angústia para a criança. Isto faz com que haja uma diminuição da competência da criança para desenvolver estratégias de regulação

emocional eficazes, refletindo-se em respostas emocionais incongruentes ou contraditórias (Cooke et al., 2018; Frankel et al., 2012; Malik et al., 2015; Mikulincer & Shaver, 2019; Zhang et al., 2022).

Com base no referido, constata-se que o tipo de vinculação estabelecido precede o desenvolvimento da regulação emocional, sendo este um fator essencial para o entendimento da expressão emocional, mais tarde, na idade adulta (Ferraro & Taylor, 2021).

## **Objetivos**

### **Objetivo geral**

Numa amostra da população portuguesa, pretende-se avaliar se a presença de doença mental nos progenitores, está associada a diferenças nos padrões de vinculação, parentalização e regulação emocional dos descendentes na idade adulta.

### **Objetivos específicos**

1. Avaliar se existem diferenças no estilo de vinculação desenvolvido por descendentes de pais com e sem experiência de doença mental;
2. Avaliar se existem diferenças quanto ao nível de parentalização percebido por descendentes de pais com e sem experiência de doença mental;
3. Avaliar se existem diferenças ao nível das dificuldades de regulação emocional para os descendentes de pais com e sem experiência de doença mental.

Do mesmo modo, apesar de não serem considerados objetivos centrais, foram explanados outros objetivos de interesse à temática de investigação. Com base nos dados recolhidos para estratificação da amostra procurou-se avaliar:

- a) Se existe um maior número de diagnósticos de doença mental nos descendentes de pais CDM em comparação com os descendentes de pais SDM;
- b) Se a existência de acompanhamento psicológico pelos descendentes de pais CDM encontra-se associado a melhores resultados nas variáveis em estudo;
- c) Se a presença de diagnóstico psiquiátrico no pai, na mãe ou em ambos os progenitores resultam em diferenças nos resultados dos descendentes em relação às variáveis em estudo;
- d) Se o facto de os pais CDM terem acompanhamento psicológico se associa a melhores resultados para os descendentes ao nível das variáveis em estudo;

e) Se a existência de apoio de outras pessoas para lidar com a doença mental do progenitor se encontra associado a melhores resultados para o descendente ao nível das variáveis em estudo.

## **Método**

### **Delineamento**

O estudo apresenta um método quantitativo e um *design* observacional do tipo correlacional, visto que se pretende comparar o estilo de vinculação, o nível de parentalização percebido e o nível de dificuldades na regulação emocional dos descendentes de pais com e sem experiência de doença mental (Marôco, 2018). Para além disso, é considerado um estudo transversal, na medida em que só existe um momento de mediação das variáveis (Barker, et al., 2002).

### **Amostra**

A amostra inicial incluiu um total de 405 participantes, tratando-se de uma amostra não probabilística recolhida por conveniência. Após a verificação dos critérios de elegibilidade necessários à participação no estudo, foram excluídos 28 sujeitos (anexo 1). Deste modo, a amostra total foi constituída por 377 participantes, com idades compreendidas entre os 18 e os 67 anos ( $M = 27.14$ ,  $DP = 10.63$ ,  $Med=23.0$ ).

Além disso, a amostra foi dividida em duas condições. A condição 1 constituída por descendentes de pais sem experiência de doença mental (SDM) e a condição 2 constituída por descendentes de pais com experiência de doença mental (CDM). Esta distribuição foi realizada com base na resposta do descendente à pergunta “Ao longo da sua vida os seus progenitores tiveram algum diagnóstico de doença mental?”, presente no questionário inicial de recolha de dados sociodemográficos e de caracterização da amostra. Neste sentido, foram obtidos 232 participantes na condição SDM, que equivale a 61.5% da amostra total, apresentado uma idade média de 26.94 anos ( $DP=10.97$ ,  $Med=23.0$ , min-máx:18-67) e 145 participantes na condição CDM perfazendo 38.5% da amostra, apresentado uma idade média de 27.44 anos ( $DP=10.08$ ,  $Med=24.0$ , min-máx:18-62).

### **Crítérios**

#### **Crítérios de inclusão**

Foram considerados como participantes elegíveis para ambas as condições (SDM e CDM) todos os sujeitos que apresentaram os seguintes critérios: idade igual ou superior

a 18 anos; nacionalidade portuguesa; acesso a redes sociais. Especificamente, na amostra 2 (CDM) deverá existir um diagnóstico psiquiátrico prévio dos pais há pelo menos 1 ano.

### **CrITÉRIOS de exclusão**

Não foram selecionados, em ambas as condições, sujeitos que durante o seu desenvolvimento não tenham crescido junto do(a) seu(sua) progenitor(a). Em concreto, na amostra 1 (SDM) não deverá existir um diagnóstico psiquiátrico prévio dos pais.

## **Procedimento**

### **Preparação do estudo**

Numa primeira fase, foi realizada uma seleção dos instrumentos mais adequados em termos de características e validade. De seguida, foi requerida autorização para o uso desses instrumentos psicológicos. Para tal, os autores foram contactos via *e-mail* (anexo 2). Além disso, foi solicitada autorização para realizar alterações às escalas, quando aplicável. No caso, foi necessário adaptar a *Escala de Vinculação do Adulto (EVA)* e o *Questionário sobre a Parentalização (QP)*, fundamentado na secção seguinte. É de salientar que, todas as escalas selecionadas apresentaram adaptação e tradução para a língua portuguesa. Como tal, os autores dessas versões foram contactados diretamente, no período de 19-27 de Dezembro.

Numa terceira fase, foram explorados possíveis locais de recrutamento, com o intuito de amplificar o número de participantes da condição CDM. Como resultado, foram selecionados quatro locais de interesse, não especificados por questões de confidencialidade. Essencialmente, procurou-se grupos de intervenção e associações de apoio a doentes e familiares dirigidos a uma ou várias perturbações psicológicas. Posteriormente, foram enviados *e-mails* às instituições, no período de 2-30 de janeiro (anexo 3). Isto, considerando que o expectável seria os participantes integrarem o estudo via *online* ou presencial, conforme o possível.

À posteriori, foi enviado o resumo do projeto de investigação para um maior esclarecimento acerca do estudo. Como resultado, foi recebida uma resposta positiva da parte da Associação de Apoio aos Doentes Depressivos e Bipolares (ADEB), permitindo divulgar internamente a investigação e proceder à recolha de amostra em contexto presencial e *online*. Contudo, não existiu aderência à participação no estudo presencialmente.

Numa quarta fase, foi necessário fazer uma adaptação cultural do *Questionário sobre a Parentalização (QP)* para efeitos de estudo. Para tal, procedeu-se à tradução do original inglês, tendo-se criado um painel de consensualização composto pela investigadora e por duas pessoas de naturalidade portuguesa fluentes em inglês. De seguida, foi consensualizada uma segunda versão pela investigadora e por uma pessoa de naturalidade portuguesa eficiente em revisão de português, comparando a tradução da primeira versão com o *QP* traduzido para português brasileiro. Isto, com o objetivo de existir um ajuste linguístico do português brasileiro para o português europeu, resultando em alterações ao nível dos advérbios de frequência e das construções frásicas.

Do mesmo modo, a *Escala de Vinculação do Adulto (EVA)* foi adaptada com base na versão “*Close Relationships Version*” proposta por Collins (1996). Esta versão difere da original quanto à instrução inicial e à construção de determinados itens da escala – nomeadamente os itens 3,9,11 e 17 substituindo a expressão “*os/dos meus parceiros*” por “*as/das outras pessoas* ou *as pessoas*”. Neste sentido, optou-se pela utilização da instrução original da versão “*Close Relationship Version*” traduzida para português com o intuito de ampliar a aplicação da mesma, remetendo para “relações próximas” em vez de “relações românticas”.

Além disso, foi construído pela autora da presente dissertação um *Questionário Sociodemográfico e de Caracterização da Amostra*, com o propósito de aumentar a precisão e relevância dos dados recolhidos para o âmbito do estudo.

De seguida, foi elaborado um caderno de recolha de dados, contendo a versão final dos instrumentos. Com base neste foi criado o formulário *online* através da plataforma *Google Forms*, a fim de possibilitar a resposta ao questionário por duas vias.

Por último, após o procedimento referido foi realizado um pré-teste. Este permitiu uma primeira aplicação do questionário com a finalidade de compreender quais as dificuldades e/ou dúvidas sentidas pelos participantes no preenchimento do mesmo, a obtenção de *feedback* quanto à sua estrutura (i.e, organização visual; clareza do conteúdo) e a possibilidade de estimar o tempo médio necessário ao seu preenchimento. No caso, foi possível recrutar seis participantes, com idades compreendidas entre os 19 e os 24 anos, para testar a versão final do questionário em ambos os formatos (anexo 4).

### **Recrutamento e seleção dos participantes**

O recrutamento dos participantes realizou-se, na sua totalidade, via *online*, através de duas formas de divulgação. Primeiramente, por meio da sua publicação em redes

sociais, nomeadamente, *Instagram; Facebook; Whatsapp, Linkedin, Twitter*. Essencialmente, através da criação de *posts* e *stories* com o *layout* do estudo (anexo 5) e com acesso direto ao *link* para preenchimento do questionário.

Com a finalidade de uma maior exposição da investigação foram enviadas “*direct messages*” pelo *Instagram, Linkedin e Whatsapp* para a rede de contactos da investigadora e, para além disso, o estudo foi divulgado em grupos do *Facebook*.

Na fase anteriormente descrita, o método predominantemente utilizado, para efeitos de recrutamento, foi o método bola de neve. Neste, são selecionados e contactados diretamente potenciais participantes provenientes da rede de contactos do investigador que, por sua vez, divulgarão o estudo para outros indivíduos potencialmente elegíveis.

Seguidamente, com o objetivo de aumentar a dimensão da amostra da condição CDM, parte do processo de recrutamento efetuou-se em colaboração com a ADEB. Para tal, o estudo foi divulgado internamente via *newsletter* (anexo 6) para os associados da instituição. Sendo que, o recrutamento dos participantes estendeu-se às Delegações da ADEB de Coimbra e do Porto e à sede da ADEB em Lisboa.

O questionário *online* esteve acessível durante quatro meses. Deste modo, o processo de recolha de respostas teve o seu início a 8 de abril e o seu término a 10 de julho de 2023. Posteriormente, no processo de tratamento de dados, foi efetuada a seleção dos participantes com base na verificação dos critérios de elegibilidade necessários à integração na presente investigação. Para efeitos de estudo, foram considerados os sujeitos que aceitaram os termos do consentimento informado. Atendendo que, o formulário *online* foi construído de forma a que apenas procediam no seu preenchimento, indivíduos que concordassem com o referido no consentimento e declarassem ter uma idade igual ou superior a 18 anos.

### **Armazenamento e proteção de dados**

Procurou-se que os dados obtidos para efeitos de estudo fossem armazenados, protegidos, e divulgados consoante a Lei n.º 58/2019 artigo “21.º *Prazo de conservação de dados pessoais*” ponto 2 e artigo “31.º *Tratamentos para fins de arquivo de interesse público, fins de investigação científica ou história ou fins estatísticos*” pontos 1, 2 e 4 referente à proteção de dados pessoais (DR, 2019). Contudo, não obstante, a recolha de dados foi realizada exclusivamente *online* (anexo 7). Desta forma, as respostas obtidas foram convertidas diretamente da plataforma para uma folha de cálculo *Excel* e, posteriormente, armazenadas em bases de dados da própria investigadora e o seu acesso

vedado através de uma *password*. Para além disso, como forma de impossibilitar a identificação de contributos singulares e facilitar o tratamento estatístico, todas as variáveis em estudo foram codificadas.

## **Instrumentos**

Para a realização do presente estudo foram aplicados os seguintes instrumentos: o Questionário de Dados Sociodemográficos e de Caracterização da Amostra (QDS-CM) (anexo 8); a “Escala de Vinculação do Adulto” (EVA) (Canavarro, 1997; anexo 9); o “Questionário sobre a Parentalização” (QP) (Féres-Carneiro et al., 2021; anexo 10); a “Escala de Dificuldades na Regulação Emocional” (EDRE) (Velooso et al., 2011; anexo 11). Em anexo, encontra-se apresentada a constituição da bateria de instrumentos utilizada (anexo 12).

### **Questionário de Dados Sociodemográficos e de Caracterização da Amostra (QDS-CM)**

O *Questionário de Dados Sociodemográficos e de Caracterização da Amostra (QDS-CM)* apresenta um total de 23 itens. O seu formato de resposta difere consoante o tipo de questão. Este compreende respostas abertas curtas (e.g., “idade”) e respostas fechadas de seleção (e.g., “Sexo: Masculino **ou** Feminino **ou** Intersexo”).

O *QDS-CM* foi aplicado com duplo propósito. Primeiramente, pretendeu-se recolher informação de carácter sociodemográfico acerca do participante (i.e., o/a descendente) através das questões 1 a 6 (e.g., “3. Nacionalidade”). Além disso, foram desenvolvidas questões específicas relacionadas com a saúde mental do(a) descendente – questões 7 e 8 (e.g., “7. Alguma vez lhe foi diagnosticada uma doença mental?”), com o seu ambiente familiar – questões 9 e 10 (e.g., “9. Durante o seu desenvolvimento cresceu junto do(a) seu(sua) progenitor(a)?”) e com a presença de diagnóstico de doença mental por parte dos progenitores (e.g., “11. Ao longo da sua vida os seus progenitores tiveram algum diagnóstico de doença mental?”).

Segundamente, pretendeu-se recolher através do testemunho dos descendentes informações complementares acerca do(a) seu(sua) progenitor(a) com experiência de doença mental, quando aplicável. Para tal, foram constituídas seis questões referentes: ao diagnóstico e à sua extensão temporal (“a) *Qual o diagnóstico?*”; “b) *Há quanto tempo foi diagnosticada a doença?*”); quanto à existência de acompanhamento psicológico ou psiquiátrico (“c) *O/A seu/sua pai/mãe já recorreu ou recorre atualmente a algum tipo de*

*acompanhamento psicológico? Se sim, em que intervalo(s) de tempo?”; O/A seu/sua pai/mãe toma medicação psiquiátrica?”); à evolução da doença (“e) Considera que a doença do/a seu/sua pai/mãe tem piorado ao longo do tempo?”); e à fonte de apoio do(a) descendente no confronto com a doença mental do/a pai/mãe (“f) Teve apoio de outras pessoas para lidar com a doença do/a seu/sua pai/mãe?”).*

### **Escala de Vinculação do Adulto (EVA)**

A *Escala de Vinculação do Adulto (EVA)* adaptada por Canavarro (1997) para a população portuguesa, deriva da versão original *Adult Attachment Scale R* de Collins e Read (1990). A *EVA* é um questionário de auto-resposta que permite avaliar o estilo de vinculação do sujeito adulto. Esta é composta por um total de 18 itens divididos por três subescalas – “*Ansiedade*”; “*Conforto com a proximidade*”; “*Confiança nos outros*”, cada uma com 6 itens, respetivamente (Canavarro et al., 2006).

Segundo Canavarro et al. (2006) a dimensão “*Ansiedade*” refere-se “ao grau de ansiedade que o individuo sente em relação a questões interpessoais como o medo do abandono ou de não ser bem querido.” (p. 17). Esta é constituída pelos itens 3, 4, 9, 10, 11, 15 – apresentando a título de exemplo a seguinte questão “15. *Quero aproximar-me das pessoas mas tenho medo de ser magoado(a).*”

Por sua vez, a dimensão “*Conforto com a proximidade*” refere-se “ao grau em que o individuo se sente confortável com a proximidade e a intimidade” (p. 17). Esta é composta pelos itens 1, 6, 8, 12, 13, 14 – (e.g., “1. *Estabeleço, com facilidade, relações com as pessoas.*”).

Por último, a dimensão “*Confiança nos outros*” refere-se “ao grau de confiança que os sujeitos têm nos outros, assim como na disponibilidade destes quando sentida como necessária” (p. 17). Esta é formada pelos itens 2, 5, 7, 16, 17, 18 – (e.g., “7. *Acho que as pessoas nunca estão presentes quando são necessárias.*”).

O formato de resposta à escala segue uma estrutura tipo *Likert* em que “1- *nada característico em mim*”; “2 – *pouco característico em mim*”; “3 - *característico em mim*”; “4 – *muito característico em mim*”; “5 – *extremamente característico em mim*”.

A cotação da *EVA* permite obter um valor para cada uma das dimensões supramencionadas, através do cálculo da média de cada dimensão. Para tal, após a cotação dos itens (de 1 a 5) é realizada a soma do conjunto de itens da respetiva dimensão e dividida a pontuação pelo número total de itens (=6). É essencial realçar que os itens 2, 7, 8,13, 16,17, 18, são cotados de forma inversa (Canavarro, et al. 2006). Além disso,

para efeitos de interpretação, a *EVA* possibilita o cálculo da variável *ConfortoConfiança* que une as dimensões *Conforto com a proximidade* e *Confiança nos outros*. Esta é obtida através do valor médio destas duas dimensões (Canavarro, et al. 2006).

No que concerne à interpretação dos resultados, com base nos valores obtidos nas variáveis *Ansiedade* e *ConfortoConfiança* é possível classificar os indivíduos segundo os protótipos de vinculação propostos por Bartholomew (1990) em “seguros”; “preocupados”; “desligados” e “amedrontados”.

Desta forma, são classificados como “seguros” indivíduos que apresentem “valores superiores ao valor médio da escala (=3) na variável *ConfortoConfiança* e valores inferiores ao valor médio na variável *Ansiedade*” (p. 21); “preocupados” quando evidenciam valores superiores ao valor intermédio em ambas as variáveis *ConfortoConfiança* e *Ansiedade*; “desligados” quando as variáveis *Ansiedade* e *ConfortoConfiança* apresentam valores inferiores ao valor intermédio da escala; “amedrontados” quando revelam valores inferiores ao valor intermédio na variável *ConfortoConfiança* e valores superiores ao valor intermédio da escala na variável *Ansiedade*. Nos casos em que o sujeito apresenta uma resposta intermédia, numa ou em ambas as subescalas *Ansiedade* e *ConfortoConfiança*, é classificado como “não classificável”. Nesta condição, os sujeitos apresentam um estilo de vinculação inconclusivo, dada a possibilidade de pertencer a vários estilos em simultâneo (Canavarro, et al. 2006).

No que diz respeito, às propriedades psicométricas da versão original da escala, são apresentados índices de fiabilidade razoáveis ( $\alpha = .75$  *Depend*;  $\alpha = .72$  *Anxiety*;  $\alpha = .69$  *Close*). A *EVA* apresenta uma estabilidade temporal “de  $r = .52$ , para a subescala *Anxiety*,  $r = .68$  para a subescala *Close* e  $r = .71$  para a subescala *Depend*.” (p. 13) para um período de dois meses. Por sua vez, as análises de correlação revelaram a existência de uma correlação moderada entre os factores *Depend* e *Close* ( $r = .41$ ); correlação fraca entre os factores *Anxiety* e *Depend* ( $r = -.18$ ) e ausência de correlação entre os factores *Anxiety* e *Depend* ( $r = -.08$ ) (Canavarro et al., 2006).

Quanto às propriedades psicométricas da versão portuguesa, de modo geral, é possível afirmar que a *EVA* demonstra bons resultados ao nível da sua fiabilidade e validade. Esta apresenta valores elevados no *alpha* de Cronbach total da escala ( $\alpha = .81$ ), coeficiente de Spearman-Brown (.84) e correlação *Split-half* (.83). Além disso, com base na estrutura fatorial e respetivos valores de correlação item-total e *alpha* excluindo o item, é possível inferir correlações satisfatórias entre os itens e os totais das subescalas, exceto

no item 5 da dimensão *Confiança nos Outros* ( $r = .037$ ) (Canavarro, et al. 2006). Por outro lado, são demonstrados valores inferiores ao desejável quanto à consistência interna das dimensões *Conforto com a Proximidade* e *Confiança nos Outros* ( $\alpha = .67$  e  $\alpha = .54$ , respetivamente). Contudo, estas subescalas mostram-se relevantes na diferenciação da população geral e clínica. Do mesmo modo, contribuem de forma favorável para a construção de estilos de vinculação consistentes com a Teoria da Vinculação do Adulto (Canavarro, et al. 2006).

### **Questionário sobre a Parentalização (QP)**

O *Questionário sobre a Parentalização (QP)* foi adaptado e validado por Féres-Carneiro, Londero-Santos e Natividade (2021) para o contexto brasileiro. A versão original denominada *Parentification Questionnaire (PQ)* foi conceptualizada pelos autores Jurkovic e Thirkield (1998). O *QP* pretende avaliar o nível de parentalização percebido. A versão original do instrumento é composta por 42 itens de autorrelato, apresentando um formato de resposta dicotómico (i.e, verdadeiro **ou** falso). A versão adaptada para a população brasileira difere quanto ao número total de itens, existindo uma redução para 24 itens (Féres-Carneiro, Londero-Santos & Natividade, 2021).

Os itens que compõem a escala procuram medir, de forma retrospectiva, três dimensões representativas do construto: 1) parentalização instrumental; 2) parentalização emocional; 3) perceção de injustiça. É considerada uma medida retrospectiva, uma vez que as respostas dadas pelo sujeito devem incidir sobre o período da infância e adolescência em que este coabitou com a família de origem (Féres-Carneiro, Londero-Santos et al., 2021; Hooper & Wallace, 2010).

Neste sentido, a dimensão *Parentalização Instrumental* refere-se ao facto de a criança ou adolescente ser vista como a/o responsável por manter o bem-estar físico da família, sendo-lhe atribuídas tarefas, tais como, limpar a casa ou fazer as compras. Esta dimensão é constituída pelos itens 1, 4, 6, 7, 10, 17, 20, 23, 24 – e.g., “10. Frequentemente eu era responsável pelos cuidados físicos de algum membro da minha família, por exemplo, dar banho, alimentar, vestir, etc.” (Féres-Carneiro, Londero-Santos & Natividade, 2021; Féres-Carneiro, Londero-Santos, Magalhães et al., 2021).

A dimensão *Parentalização Emocional* relaciona-se com o facto da criança ou adolescente desempenhar, de certa forma, o papel dos pais. Na medida em que procura satisfazer as necessidades emocionais e/ou psicológicas da família, uma vez que essas funções não são desempenhas de forma adequada pelo progenitor. Esta dimensão é

formada pelos itens 2, 3, 9, 13, 15, 16, 19, 22 – e.g., “3. *Os membros da minha família dificilmente me procuravam para pedir conselhos.*” (Féres-Carneiro, Londero-Santos & Natividade, 2021; Féres-Carneiro, Londero-Santos, Magalhães et al., 2021).

A dimensão *Percepção de Injustiça* incide sobre a compreensão da criança ou adolescente quanto ao reconhecimento, consideração, apoio e/ou reciprocidade de cuidados emocionais e instrumentais por outros membros da família. Esta dimensão é composta pelos itens 5, 8, 11, 12, 14, 18, 21 – e.g., “5. *Frequentemente, me sentia como não pertencendo à minha família.*” (Féres-Carneiro, Londero-Santos & Natividade, 2021; Féres-Carneiro, Londero-Santos, Magalhães et al., 2021).

Através da cotação do *QP* é possível obter uma pontuação para cada fator: IP = Parentalização Instrumental; EP = Parentalização Emocional; PU = Percepção de Injustiça) e uma pontuação global (GP = Parentalização Global).

A pontuação da IP é calculada através da seguinte equação  $\frac{IP_1 + IP_2}{9}$  considerando que *IP*<sub>1</sub> refere-se ao número total de respostas verdadeiras aos itens 4, 6, 7, 10, 17 e *IP*<sub>2</sub> refere-se ao número total de respostas falsas aos itens 1, 20, 23, 24. A pontuação da EP é calculada pela equação  $\frac{EP_1 + EP_2}{8}$  considerando que *EP*<sub>1</sub> equivale ao número total de respostas verdadeiras aos itens 2, 15, 16, 19, 22 e *EP*<sub>2</sub> equivale ao número total de respostas falsas aos itens 3, 9, 13. A pontuação da PU é calculada através da seguinte equação  $\frac{PU_1 + PU_2}{7}$  considerando que *PU*<sub>1</sub> representa o número total de respostas verdadeiras aos itens 5, 8, 11, 12 e *PU*<sub>2</sub> representa o número total de respostas falsas aos itens 14, 18, 21. A pontuação da GP é calculada através da soma das pontuações de cada fator a dividir pelo número total de fatores  $[\frac{PU + EP + IP}{3}]$ .

Ao nível da interpretação dos resultados obtidos, tanto no fator geral como nos fatores específicos, os indivíduos são classificados com baixo nível de parentalização quando apresentam pontuações abaixo de -1 desvio-padrão da média (= .06). Por outro lado, indivíduos com um nível médio de parentalização apresentam pontuações entre -1 desvio-padrão e +1 desvio-padrão. E, por último, indivíduos com alto nível de parentalização apresentam pontuações acima de +1 desvio-padrão (= .68) (Féres-Carneiro, Londero-Santos, Magalhães et al., 2021).

No que concerne às propriedades psicométricas do instrumento original, os valores obtidos apresentam-se como adequados ao nível da consistência interna do instrumento (coeficiente *alpha* de Cronbach = .83; Spearman-Brown = .85; fiabilidade teste-reteste = .86). O mesmo se verifica na versão adaptada para a população brasileira

(Féres-Carneiro, Londero-Santos & Natividade, 2021). A análise fatorial com base em 24 itens confirmou a adequação dos três fatores originais da escala, explicando 56,5% da variância dos dados. Do mesmo modo, a exclusão de 18 itens dos 42 da escala original, demonstrou não implicar alterações significativas quanto à consistência interna do instrumento (Féres-Carneiro, Londero-Santos & Natividade, 2021). Além disso, a análise de Féres-Carneiro, Londero-Santos e Natividade (2021) confirmou a possibilidade do cálculo de um fator de segunda ordem. Desta forma, o *QP* permite calcular três fatores específicos e um fator global de parentalização. Sendo que, tanto os três fatores de primeira ordem como o fator global apresentam índices de consistência interna satisfatórios, há exceção do fator *Parentalização Emocional* ( $KR-20 = .67$ ).

### **Escala de Dificuldades na Regulação Emocional (EDRE)**

A *Escala de Dificuldades na Regulação Emocional (EDRE)* foi validada e traduzida para a população portuguesa por Pinto Gouveia e Veloso (2007, citado por Veloso et al., 2011). Esta deriva da versão original *Difficulties in Emotion Regulation Scale (DERS)* de Gratz e Roemer (2004).

A *EDRE* é constituída por 36 itens de autorrelato, respondidos de acordo com uma escala tipo *Likert* que varia de “1 - *quase nunca*”; “2 - *algumas vezes*”; “3 - *cerca de metade do tempo*”; “4 - *a maior parte do tempo*” a “5 - *quase sempre*” (Gratz & Roemer, 2004). Esta permite avaliar as dificuldades experienciadas ao nível da regulação emocional por parte do indivíduo adulto, baseando-se em 6 domínios: 1) “não aceitação da resposta emocional”; 2) “dificuldades em iniciar comportamentos orientados para objetivos”; 3) “dificuldades no controlo dos impulsos”; 4) “falta de consciência das emoções”; 5) “acesso limitado a estratégias de regulação emocional”; 6) “falta de clareza emocional” (p. 96). Cada domínio/subescala é composto/a por uma variância de 5 a 8 itens (Gratz & Roemer, 2004; Veloso et al., 2011).

O primeiro domínio “*Não aceitação da resposta emocional*” compreende os itens 11, 12, 21, 23 e 25. Este infere acerca da tendência do indivíduo para responder com emoções secundárias negativas às emoções negativas do outro e/ou a reações de não aceitação do seu sofrimento por parte do outro. Este domínio apresenta afirmações do tipo “23. *Quando estou perturbado(a) (aborrecido(a), zangado(a), preocupado(a)) sinto-me um(a) fraco(a).*”. O segundo domínio “*Dificuldades em iniciar comportamentos orientados para objetivos*” é constituído pelos itens 13, 18, 20, 26 e 33. Este remete para a experiência emocional negativa do sujeito e como esta se encontra relacionada com as

suas dificuldades de concentração e de realização de tarefas (e.g., “18. Quando estou perturbado(a) (aborrecido(a), zangado(a), preocupado(a)) tenho dificuldade em focar a minha atenção em outras coisas.”) (Gratz & Roemer, 2004).

O terceiro domínio “*Dificuldades no controlo dos impulsos*” é formado pelos itens 3, 14, 19, 24, 27 e 32 – e.g., “19. Quando estou perturbado(a) (aborrecido(a), zangado(a), preocupado(a)), sinto-me descontrolado(a).”. Este considera a dificuldade do indivíduo em manter o controlo do seu comportamento quando experiencia emoções negativas. O quarto domínio “*falta de consciência das emoções*” é constituído pelos itens 2, 6, 8, 10, 17 e 34 – e.g., “2. Presto atenção à forma como me estou a sentir”. Este demonstra a tendência do indivíduo para responder e reconhecer emoções (Gratz & Roemer, 2004).

O quinto domínio “*acesso limitado a estratégias de regulação emocional*” é composto pelos itens 15, 16, 22, 28, 30, 31, 35 e 36 – e.g., “15. Quando estou perturbado(a) (aborrecido(a), zangado(a), preocupado(a)), acredito que vou continuar assim por muito tempo.” Este refere-se a uma conceção do indivíduo, em que este assume que estando perturbado não existe uma forma eficaz para regular as suas emoções. O último domínio “*falta de clareza emocional*” compreende os itens 1, 4, 5, 7 e 9 – e.g., “4. Não faço ideia de como me sinto.”. Este refere-se à capacidade do indivíduo em identificar, de forma clara, as emoções que experiencia (Gratz & Roemer, 2004).

A cotação da *EDRE* permite o cálculo de uma pontuação global (*EDRE* total) e por subescala. O índice total de dificuldades na regulação emocional (i.e, *EDRE* total) é calculado pela soma dos resultados de cada subescala dividindo pelo nº total de itens de cada subescala (=6). Por sua vez, é possível através do cálculo da média, obter o valor de cada subescala isoladamente, compreendendo quais os domínios que afetam de forma significativa a capacidade de regulação emocional do sujeito. É importante salientar que os itens 1, 2, 6, 7, 8, 10, 17, 20, 22, 24 e 34 são cotados de forma inversa.

A interpretação dos resultados, seja das subescalas como do *EDRE* total, é realizada através da comparação do resultado obtido com os valores possíveis de resposta à escala (1 a 5). Desta forma, um resultado = 4 numa das subescalas será indicativo de maiores dificuldades de regulação emocional por parte do sujeito nesse parâmetro. Por sua vez, um *EDRE* total = 2 será indicativo de menores dificuldades ao nível da regulação emocional por parte do indivíduo.

No que se refere às propriedades psicométricas da versão original da escala, a *EDRE* demonstra alta consistência interna ( $\alpha = 0,93$ ). Do mesmo modo, Gratz e Roemer (2004)

verificaram que “trinta e quatro dos itens tiveram correlações item-total acima de  $r = 0,30$ . Todas as subescalas DERS também tiveram consistência interna adequada ( $\alpha > 0,80$ ) para cada subescala” (p. 47). Para além disso, o *EDRE* total apresenta uma boa fiabilidade teste-reteste no período de 4 a 8 semanas “( $\rho I = 0,88, p < 0,01$ )”. A fiabilidade teste-reteste referente às subescalas da *EDRE* apresenta-se adequada (p. 52).

No que diz respeito às propriedades psicométricas da versão portuguesa verifica-se uma consistência interna elevada ( $\alpha = .904$ ) e uma boa estabilidade temporal ( $r = .841$ ). Do mesmo modo, ambas as validades convergente e divergente se apresentam adequadas (Velooso et al., 2011). Quanto à validade discriminante do instrumento esta permite discriminar entre populações clínicas e não clínicas, apresentando diferenças estatisticamente significativas entre as amostras [ $t(529) = -8.132, p < .01$ ].

No entanto, é de notar que existem correlações item-total muito baixas ( $r < .20$ ), nomeadamente nos itens 2 ( $r = .169$ ), 6 ( $r = .078$ ), 8 ( $r = .073$ ) e 17 ( $r = -.054$ ), traduzindo-se em valores pouco adequados. Contudo, foi observado que a sua extração não implica um aumento da consistência interna do instrumento, optando por manter os itens dada a sua pertinência para o estudo dos processos de regulação emocional.

A análise em componentes principais verificou a existência de uma solução fatorial divergente à encontrada pelos autores da versão original, extraíndo sete componentes em vez de seis. No entanto, optou-se por manter a estrutura fatorial da escala original, uma vez que o reajuste dos domínios implicaria que alguns dos itens integrassem mais do que um fator em simultâneo, o que não se mostra favorável à interpretação dos resultados.

Por fim, quanto às correlações entre fatores, é possível afirmar que todos estes se correlacionam positivamente entre si, à exceção do fator *consistência emocional* que apresenta uma correlação negativa com os restantes fatores. Contudo, este fenómeno pode ser explicado pelo facto de metade dos itens desta componente serem invertidos, dificultando muitas vezes a sua compreensão e resposta por parte dos participantes.

## **Ética**

O presente estudo rege-se sobre os princípios gerais e específicos explícitos no Código Deontológico da Ordem dos Psicólogos Portugueses (Lei nº. 637/2021).

## **Direitos para uso e tradução de instrumentos psicológicos**

Todos os instrumentos aplicados dispõem de adaptação e/ou tradução para a língua portuguesa, pelo que, os autores dessas mesmas versões foram contactados diretamente.

No *e-mail* enviado à autora do *QP* foi esclarecida a necessidade de realizar uma adaptação cultural do instrumento para português europeu para efeitos de estudo. Do mesmo modo, no *e-mail* enviado à autora da *EVA*, foi requerida a modificação do conceito “relações românticas” para “relações próximas” dado o objetivo do estudo e a possibilidade dessa adaptação com base na versão “*Close Relationship Version*” proposta pelo autor da escala original. Neste sentido, a utilização de todo e qualquer instrumento, bem como, as adaptações inquiridas foram previamente autorizadas pelos autores (anexos 13 a 15).

### **Autorizações para recolha de dados**

A autorização para recolha de dados na ADEB foi concedida pelo Vice-presidente da direção da associação. Foi proposto que a recolha decorresse via *online* nas Delegações da ADEB de Coimbra e do Porto e via presencial e *online* na sede da ADEB em Lisboa, em colaboração com as representantes de cada distrito.

### **Consentimento informado**

Todos os participantes tiveram acesso ao consentimento informado (anexo 16) antes de iniciarem o estudo. Este tem como objetivo informar o participante acerca do âmbito em que decorre o estudo, no que consiste o mesmo e do tempo de duração aproximado. Do mesmo modo, pretende esclarecer o participante acerca da presença ou ausência de implicações práticas para o mesmo decorrente da sua participação e reforçar o seu carácter voluntário, anónimo e confidencial, assim como, a possibilidade de desistir do estudo a qualquer momento.

### **Procedimento estatístico**

Numa primeira instância, recorreu-se à análise dos pressupostos de ausência de *outliers* em relação ao *QP* e à *EDRE*. Para tal, foram observados os diagramas de extremos e quartis das respetivas escalas, não sendo identificados quaisquer *outliers* extremos, segundo o método proposto por Tukey (1977). Desta forma, foi mantida a totalidade da amostra.

Posteriormente, foram testados os desvios à normalidade com o objetivo de compreender se seria possível realizar uma análise paramétrica, procedendo à verificação das hipóteses em estudo.

De seguida, foi realizada a análise das estatísticas descritivas para caracterização sociodemográfica e da amostra em estudo, recorrendo a tabelas de frequências absolutas

e relativas e, quando justificável, à média, desvio-padrão, mediana, mínimos e máximos. Do mesmo modo, foi realizada a análise descritiva das escalas utilizadas no presente estudo, observando a média, desvio-padrão, mediana, mínimos e máximo e o alfa de Cronbach. Mais tarde, foram analisadas as correlações entre as variáveis em estudo através do coeficiente de correlação de Pearson.

Por fim, com o objetivo de verificar as hipóteses específicas principais recorreu-se a dois testes de hipóteses diferentes dadas as características das variáveis em estudo. Para verificar o objetivo 1 foi utilizando o teste qui-quadrado, dada a existência de duas variáveis nominais (*Condição* – variável nominal dicotômica e *Estilo de vinculação* – variável nominal categórica). Por sua vez, como forma de verificar o objetivo 2 e 3 utilizou-se o teste *t* de Student para amostras independentes, dada a existência de uma variável nominal dicotômica (*condição*) e duas variáveis métricas (*QP* e *EDRE*). O mesmo foi observado na verificação de outras hipóteses de interesse propostas.

No geral, recorreu-se ao teste qui-quadrado quando se verificou a presença de duas variáveis nominais (e.g., hipótese a)) e, em alternativa, na presença de variáveis métricas e nominais recorreu-se ao teste *t* de Student para amostras independentes (e.g, hipótese b) ou à ANOVA *one-way* quando se entendeu ser necessário comparar mais do que dois grupos.

Nos casos em que se recorreu à utilização do teste *t* de Student foi primeiramente testado o pressuposto da homogeneidade de variâncias através do teste de *Levene*. Na maioria dos casos o pressuposto foi verificado utilizando o teste em questão. No entanto, nos casos em que o mesmo não se verificou, foi aplicada em alternativa a adaptação de *Welch* do teste *t* de Student. Nos casos em que se recorreu à ANOVA, foi previamente testado o pressuposto da homogeneidade de variâncias através do teste de *Levene*, sendo que na totalidade dos casos o pressuposto foi verificado.

## **Análise de resultados**

### **Estudo da normalidade da distribuição**

Verificou-se não existir uma distribuição normal das variáveis métricas (*QP* e *EDRE*). No entanto, segundo o critério de Kline (2016) não foram apresentados desvios severos à normalidade, uma vez que os valores de simetria e curtose apresentaram resultados inferiores a  $|3|$  e  $|10|$ , respetivamente. Deste modo, procedeu-se à utilização do teste paramétrico *t* de Student para amostras independentes, quando aplicável, visto que apesar

da distribuição de ambas as variáveis não ser exatamente normal, não compromete significativamente a análise.

### **Análise descritiva da caracterização sociodemográfica**

Para além do referido na secção da amostra, verificou-se uma distribuição de 61 (16.2%) sujeitos do sexo masculino e 316 (83.8%) sujeitos do sexo feminino, na amostra total ( $n=377$ ). No geral, foi verificada uma maior incidência de participantes residentes na área metropolitana de Lisboa (69.0%). Do mesmo modo, a nível das habilitações literárias, 41.6% dos participantes tem licenciatura e quanto à situação profissional 50.9% dos participantes são estudantes. Como pode ser observado em detalhe na tabela 1.

**Tabela 1**

*Estatísticas Descritivas dos Dados Sociodemográficos da Amostra Total e por Condição*

Variáveis	Total ( $n=377$ )	SDM ( $n=232$ )	CDM ( $n=145$ )
	$n$ (%)	$n$ (%)	$n$ (%)
Condição	377 (100)	232 (61.5)	145 (38.5)
Sexo			
Masculino	61 (16.2)	42 (18.1)	19 (13.1)
Feminino	316 (83.8)	190 (81.9)	126 (86.9)
Nacionalidade	377 (100)	232 (100)	145 (100)
Área de Residência			
Norte	17 (4.5)	13 (5.6)	4 (2.8)
Centro	71 (18.8)	44 (19.0)	27 (18.6)
Área Metropolitana de Lisboa	260 (69.0)	159 (68.5)	101 (69.7)
Alentejo	6 (1.6)	1 (0.4)	5 (3.4)
Algarve	11 (2.9)	8 (3.4)	3 (2.1)
Região Autónoma da Madeira	1 (0.3)	1 (0.4)	
Região Autónoma dos Açores	7 (1.9)	4 (1.7)	3 (2.1)
Fora de Portugal	4 (1.1)	2 (0.9)	2 (1.4)
Habilitações literárias			
Ensino Básico	17 (4.5)	12 (5.2)	5 (3.4)
Ensino Secundário	137 (36.3)	84 (36.2)	53 (36.6)
Licenciatura	157 (41.6)	94 (40.5)	63 (43.4)
Mestrado	64 (17.0)	41 (17.7)	23 (15.9)
Outro	2 (0.5)	1 (0.4)	1 (0.7)

**Tabela 1** (em continuação)

Situação Profissional			
Empregado(a)	145 (38.5)	84 (36.2)	61 (42.1)
Desempregado(a)	21 (5.6)	15 (6.5)	6 (4.1)
Estudante	192 (50.9)	126 (54.3)	66 (45.5)
Trabalhador-estudante	14 (3.7)	4 (1.7)	10 (6.9)
Reformado(a)	3 (0.8)	2 (0.9)	1 (0.7)
Doméstico(a)	2 (0.5)	1 (0.4)	1 (0.7)

No que se refere à divisão da amostra por condições (SDM e CDM), foi possível verificar uma prevalência do sexo feminino na condição SDM (81.9%), assim como, na condição CDM (86.9%).

Na condição CDM, 50.3% ( $n=73$ ) dos descendentes apresenta também um diagnóstico de doença mental, em comparação com a condição SDM, em que apenas 22.8% ( $n=53$ ) dos descendentes apresenta diagnóstico. As perturbações mais comuns em ambas as condições são as perturbações depressivas ( $n=14$  condição SDM e  $n=17$  condição CDM) e de ansiedade ( $n=6$  condição SDM e  $n=12$  condição CDM) ou a sua concomitância ( $n=11$  condição SDM e  $n=19$  condição CDM).

Na condição CDM, 74.5% ( $n=108$ ) dos descendentes recorrem ou já recorreram a acompanhamento psicológico, sendo que a maioria ( $n=120$ ; 82.8%) cresceu junto de ambos os progenitores e 41.4% ( $n=60$ ) já não coabita atualmente com os mesmos.

Por sua vez, com base nos dados recolhidos acerca dos progenitores da condição CDM, foi possível constatar uma maior prevalência no diagnóstico de perturbações depressivas independentemente do sexo do progenitor [Pai ( $n=11$ , 7.6%;  $n=16$ , 11.0%); Mãe ( $n=84$ , 57.9%;  $n=14$ , 9.7)]. Para além disso, foi identificado um maior número de casos ( $n=107$ ) em que o diagnóstico dos pais foi atribuído há mais de 10 anos [Pai ( $n=15$ , 10.3%;  $n=11$ , 7.6%); Mãe ( $n=65$ , 44.8%;  $n=16$ , 11.0%)]. No que diz respeito ao acompanhamento psicológico, 72,4% ( $n=105$ ) dos progenitores com experiência de doença mental, recorreram ou recorrem atualmente a algum tipo de acompanhamento psicológico, sendo identificada uma maior procura de acompanhamento por parte da mãe com experiência de doença mental, isto quando apenas um dos pais apresenta diagnóstico ( $n=65$ , 44.8%). O mesmo se verifica quanto à toma de medicação psiquiátrica, em que 60% ( $n=87$ ) dos progenitores recorre a medicação, sendo especificamente 40.0% ( $n=58$ ) dos casos referente à mãe com experiência de doença mental quando apenas um dos pais tem diagnóstico. Quanto à evolução da doença, 75.1% ( $n=109$ ) dos descendentes não identificou qualquer agravamento na condição do(s) progenitor(es). Em 62.8% ( $n=91$ )

dos casos, os descendentes não consideraram ter contado com o apoio de outras pessoas para lidar com a doença do progenitor.

Para um maior detalhe acerca dos dados referidos consultar anexo 17 e 18.

### **Análise descritiva das escalas**

Com base na tabela 2, é possível verificar que no que diz respeito à *EVA*, as respostas dos sujeitos às subescalas *Ansiedade* ( $M=3.06$ ,  $DP=1.02$ ), *Conforto com a proximidade* ( $M=3.41$ ,  $DP=0.71$ ) e *ConfortoConfiança* ( $M=3.19$ ,  $DP=0.63$ ) situam-se ligeiramente acima do valor intermédio da escala, apoiando a diversidade de resultados obtidos em relação ao estilo de vinculação e da identificação de casos não classificáveis, ou seja, a existência de casos em que o sujeito apresenta um estilo de vinculação inconclusivo dada a possibilidade de pertencer a vários estilos em simultâneo.

Por sua vez, a média de respostas dos sujeitos à subescala *Confiança nos outros* situa-se ligeiramente abaixo do valor intermédio da escala ( $M=2.97$ ,  $DP=0.72$ ) indicando que, no geral, esta subescala, apesar de ser considerada em conjunto com a subescala *Conforto com a proximidade*, contribui significativamente para os resultados obtidos no que se refere aos estilos de vinculação Desligados e Amedrontados.

Quanto ao *QP*, a média das respostas dos sujeitos situa-se entre os valores médios da escala, tanto na medida de *Parentalização Global* ( $M=.51$ ,  $DP=.25$ ) como nas restantes subescalas (*Parentalização Instrumental*  $M=.48$ ,  $DP=.28$ ; *Parentalização Emocional*  $M=.53$ ,  $DP=.30$ ; *Perceção de Injustiça*  $M=.53$ ,  $DP=.33$ ).

Por último, a *EDRE* nas dimensões *Não aceitação da resposta emocional* ( $M=2.59$ ,  $DP=1.15$ ); *Dificuldades no controlo dos impulsos* ( $M=2.32$ ,  $DP=0.99$ ); *Falta de consciência das emoções* ( $M=2.39$ ,  $DP=0.89$ ); *Acesso limitado a estratégias de regulação emocional* ( $M=2.62$ ,  $DP=0.98$ ); *Falta de clareza emocional* ( $M=2.60$ ,  $DP=0.96$ ) apresenta médias de resposta inferiores ao valor intermédio da escala. O que nos indica que, no geral, a amostra em estudo apresenta menores dificuldades ao nível da regulação emocional. O mesmo se verifica na *EDRE total* ( $M=2.63$ ,  $DP=0.76$ ).

Somente, na dimensão *Dificuldades em iniciar comportamentos orientados para objetivos*, a média de respostas dos sujeitos encontram-se ligeiramente acima do valor intermédio da escala ( $M=3.22$ ,  $DP=0.96$ ), contribuindo para os resultados que sugerem maiores dificuldades ao nível da regulação emocional.

**Tabela 2***Estatísticas Descritivas das Medidas Utilizadas em Estudo*

<b>Escalas</b>	<b>M (DP)</b>	<b>Med (min-máx)</b>	<b><math>\alpha</math></b>
Escala de Vinculação do Adulto (EVA)			
Ansiedade	3.06 (1.02)	3.17 (1-5)	.88
Conforto com a proximidade	3.41 (0.71)	3.50 (1-5)	.70
Confiança nos outros	2.97 (0.72)	3.00 (1-5)	.66
ConfortoConfiança	3.19 (0.63)	3.25 (1-5)	.79
Questionário sobre a Parentalização (QP)			
Parentalização Global	.51 (.25)	.50 (0-1)	.88
Parentalização Instrumental	.48 (.28)	.44 (0-1)	.76
Parentalização Emocional	.53 (.30)	.50 (0-1)	.75
Perceção de Injustiça	.53 (.33)	.57 (0-1)	.83
Escala de Dificuldades na Regulação Emocional (EDRE)			
EDRE Total	2.63 (0.76)	2.57 (1-4)	.95
Não aceitação da resposta emocional	2.59 (1.15)	2.40 (1-5)	.90
Dificuldades em iniciar comportamentos orientados para objetivos	3.22 (0.96)	3.20 (1-5)	.86
Dificuldades no controlo dos impulsos	2.32 (0.99)	2.0 (1-5)	.89
Falta de consciência das emoções	2.39 (0.89)	2.33 (1-5)	.86
Acesso limitado a estratégias de regulação emocional	2.62 (0.98)	2.63 (1-5)	.89
Falta de clareza emocional	2.60 (0.96)	2.40 (1-5)	.87

No que se refere à análise das correlações entre as variáveis em estudo (anexo 19), é possível verificar que todas as escalas se encontram correlacionadas com as suas respetivas subescalas. Para além disso, de forma geral, todas as subescalas se correlacionam umas com as outras, à exceção das subescalas *Parentalização Instrumental* e *Emocional*. A *Parentalização Instrumental* não se correlacionou com as subescalas *Falta de consciência das emoções* ( $r=.09, p=.085$ ) e *Falta de clareza emocional* ( $r=.07, p=.161$ ) da escala *EDRE*. Do mesmo modo, a *Parentalização emocional* não se correlacionou com quase nenhuma subescala, apresentando apenas uma correlação negativa com as subescalas *Confiança nos Outros* ( $r=-.18, p<.001$ .) e *ConfortoConfiança* ( $r=-.15, p=.003$ ) da escala *EVA*.

## Estudo das qualidades psicométricas

No que concerne aos valores de consistência interna observados, foi verificado que todas as escalas e respectivas dimensões apresentam valores adequados (ver tabela 2). Especificamente, os valores mais elevados de consistência interna encontrados referem-se ao *EDRE total* ( $\alpha=.95$ ) e à subescala *Não aceitação da resposta emocional* ( $\alpha=.90$ ), apresentando ambos valores considerados excelentes. Por outro lado, a subescala *Confiança nos outros* tem o menor valor encontrado, apresentando uma consistência interna fraca ( $\alpha=.66$ ), mas ainda assim aceitável.

Neste estudo, para confirmar as qualidades psicométricas das medidas utilizadas, apenas recorreu-se à observação dos valores de consistência interna das escalas, uma vez que todas estas se encontram traduzidas para a população portuguesa.

## Estudo da diferença de médias e proporções

### Verificação objetivo 1: Avaliar se existem diferenças no estilo de vinculação desenvolvido por descendentes de pais com e sem experiência de doença mental

Em geral, é possível afirmar que existem diferenças significativas nos estilos de vinculação desenvolvidos por filhos de pais com e sem experiência de doença mental ( $\chi^2(4)=18.33, p=.001$ ). Especificamente, verifica-se que os descendentes de pais SDM apresentam uma maior frequência (43.5%) do estilo de vinculação seguro em comparação com os filhos de pais CDM (29.0%) ( $\chi^2(1)=8.05, p=.005$ ). Por outro lado, verifica-se que os descendentes de pais CDM apresentam uma maior frequência (63.4%) dos estilos de vinculação inseguros em comparação com os filhos de pais SDM (52.2%) ( $\chi^2(1)=4.63, p=.031$ ). Contudo, foi verificado que na categoria “não classificáveis”, os descendentes de pais CDM e SDM não apresentam diferenças significativas entre si ( $\chi^2(1)=1.82, p=.177$ ). Tal como observado na tabela 3.

### Tabela 3

*Distribuição e Diferenças no Estilo de Vinculação entre Descendentes de Pais SDM e CDM*

Variável	SDM	CDM	Teste Qui-quadrado		
	n (%)	n (%)	df	$\chi^2$	p
Vinculação Segura	101(43.5)	42(29.0)	1	8.05	.005
Vinculação Insegura	121(52.2)	92(63.4)	1	4.63	.031
Não classificáveis	10(2.7)	11(2.9)	1	1.82	.177

**Verificação objetivo 2: Avaliar se existem diferenças quanto ao nível de parentalização percebido por descendentes de pais com e sem experiência de doença mental**

Os resultados obtidos indicaram existir diferenças significativas entre os descendentes de pais CDM e SDM ao nível das subescalas que compõe o construto [*Parentalização Instrumental* ( $d=-0.30$ , *Welch*  $t(285)=-2.79$ ,  $p=.003$ ); *Parentalização Emocional* ( $d=-0.41$ ,  $t(375)=-3.83$ ,  $p<.001$ ); *Percepção de Injustiça* ( $d=-0.55$ ,  $t(375)=-5.20$ ,  $p<.001$ )], tal como, ao nível da *Parentalização Global* ( $d=-0.53$ ,  $t(375)=-4.99$ ,  $p<.001$ ), nomeadamente, os descendentes de pais CDM apresentam maiores valores de parentalização do que os descendentes de pais SDM. Tal como observado na tabela 4.

**Tabela 4**

*Diferenças na Parentalização entre Descendentes de Pais SDM e CDM*

Variável	SDM	CDM	Teste t de Student		
	M (DP)	M (DP)	d	t	p
Parentalização Instrumental	0.45 (0.27)	0.53 (0.29)	-0.30	-2.79*	.003
Parentalização Emocional	0.49 (0.28)	0.61 (0.31)	-0.41	-3.83	<.001
Percepção de Injustiça	0.46 (0.32)	0.64 (0.32)	-0.55	-5.20	<.001
Parentalização Global	0.47 (0.23)	0.59 (0.26)	-0.53	-4.99	<.001

\* t de *Welch*

**Verificação objetivo 3: Avaliar se existem diferenças ao nível das dificuldades de regulação emocional para os descendentes de pais com e sem experiência de doença mental**

De uma forma geral, existem diferenças significativas ao nível da regulação emocional entre os descendentes de pais CDM e SDM. No sentido em que os descendentes de pais CDM apresentam maiores dificuldades na regulação emocional do que os descendentes de pais SDM, ao nível da *EDRE* total ( $d=-0.33$ ,  $t(375)=-3.07$ ,  $p=.001$ ). O mesmo se verifica para a maioria das subescalas da *EDRE*, nomeadamente, *Não aceitação da resposta emocional* ( $d=-0.26$ ,  $t(375)=-2.48$ ,  $p=.007$ ); *Dificuldades em iniciar comportamentos orientados para objetivos* ( $d=-0.31$ ,  $t(375)=-2.93$ ,  $p=.002$ ); *Dificuldades no controlo dos impulsos* ( $d=-0.27$ ,  $t(375)=-2.57$ ,  $p=.005$ ); *Acesso limitado*

a estratégias de regulação emocional ( $d=-0.32$ ,  $t(375)=-3.01$ ,  $p=.001$ ); Falta de clareza emocional ( $d=-0.21$ ,  $t(375)=-1.99$ ,  $p=.024$ ), há exceção da subescala *Falta de consciência das emoções*, onde não foram apresentadas diferenças significativas entre os descendentes de pais com e sem doença mental ( $d=-0.11$ ,  $t(375)=-1.03$ ,  $p=.153$ ) (ver tabela 5).

**Tabela 5**

*Diferenças nas Dificuldades de Regulação Emocional entre Descendentes de Pais SDM e CDM*

Variável	SDM	CDM	Teste t de Student		
	M (DP)	M (DP)	d	t	p
Não aceitação da resposta emocional	2.48 (1.12)	2.78 (1.19)	-0.26	-2.48	.007
Dificuldades em iniciar comportamentos orientados para objetivos	3.11 (0.97)	3.41 (0.92)	-0.31	-2.93	.002
Dificuldades no controlo dos impulsos	2.22 (0.93)	2.49 (1.05)	-0.27	-2.57	.005
Falta de consciência das emoções	2.36 (0.87)	2.45 (0.93)	-0.11	-1.03	.153
Acesso limitado a estratégias de regulação emocional	2.50 (0.96)	2.81 (0.99)	-0.32	-3.01	.001
Falta de clareza emocional	2.53 (0.95)	2.73 (0.96)	-0.21	-1.99	.024
EDRE total	2.53 (0.75)	2.78 (0.77)	-0.33	-3.07	.001

\* t de Welch

### Verificação de hipóteses complementares

**Objetivo a): se existe um maior número de diagnósticos de doença mental nos descendentes de pais CDM em comparação com os descendentes de pais SDM**

Tal como se verifica na tabela 6, os resultados obtidos permitem afirmar que existem diferenças no que se refere à existência de um diagnóstico de doença mental nos filhos de pais CDM e SDM ( $\chi^2(1)=30.33$ ,  $p<.001$ ), nomeadamente os filhos de pais CDM apresentam uma maior frequência (19.4%) de diagnósticos em comparação com os filhos de pais SDM (14.1%).

**Tabela 6**

*Distribuição e Diferenças entre os Descendentes de Pais SDM e CDM Quanto à Existência de Diagnóstico de Doença Mental*

Condição	Diagnóstico de doença mental no descendente		Teste Qui-quadrado		
	Não	Sim	<i>df</i>	$\chi^2$	<i>p</i>
SDM	<i>n</i> (%)	<i>n</i> (%)	1	30.33	<.001
CDM	179(47.5)	53(14.1)			
	72(19.1)	73(19.4)			

**Objetivo b): se a existência de acompanhamento psicológico pelos descendentes de pais CDM encontra-se associado a melhores resultados nas variáveis em estudo**

No que se refere aos estilos de vinculação obtidos através da *EVA*, não foram encontradas diferenças significativas entre descendentes de pais CDM que recorrem ou já recorreram a acompanhamento psicológico em comparação com aqueles que nunca recorreram ( $\chi^2(4)=2.02, p=.732$ ) (anexo 20).

Por sua vez, as análises realizadas no âmbito do *QP* sugerem que, no geral, existem diferenças nos resultados consoante a existência ou não de acompanhamento psicológico por parte dos descendentes de pais CDM (ver tabela 7). Especificamente, os descendentes que têm ou tiveram acompanhamento psicológico apresentam valores mais elevados na *Parentalização Global* ( $M=.63, DP=.25$ ) e nas subescalas *Parentalização Instrumental* ( $M=.57, DP=.29$ ) e *Percepção de Injustiça* ( $M=.69, DP=.29$ ) em comparação com os descendentes de pais CDM que nunca recorreram a qualquer tipo de acompanhamento. Em contrapartida, na subescala *Parentalização Emocional* não foram encontradas diferenças significativas entre os descendentes de pais CDM que recorrem ou já recorreram a acompanhamento psicológico em comparação com aqueles que nunca recorreram ( $d=-0.18, t(143)=-0.95, p=.171$ ).

**Tabela 7**

*Diferenças na Parentalização em Relação à Presença ou Ausência de Acompanhamento Psicológico pelos Descendentes de Pais CDM*

Variável	Acompanhamento psicológico dos descendentes		Teste t de Student		
	Não	Sim	<i>d</i>	<i>t</i>	<i>p</i>
	<i>M (DP)</i>	<i>M (DP)</i>			
Parentalização Instrumental	0.43 (0.28)	0.57 (0.29)	-0.50	-2.61	.005
Parentalização Emocional	0.56 (0.31)	0.62 (0.31)	-0.18	-0.95	.171
Percepção de Injustiça	0.48 (0.35)	0.69 (0.29)	-0.70	-3.38*	<.001
Parentalização Global	0.49 (0.24)	0.63 (0.25)	-0.55	-2.9	.002

\* t de Welch

Do mesmo modo, os valores obtidos na *EDRE* sugerem existir diferenças entre os descendentes de pais CDM que recorrem ou já recorreram a acompanhamento psicológico e aqueles que nunca beneficiaram desse acompanhamento. Especificamente, foram encontradas diferenças nas subescalas *Dificuldades em iniciar comportamentos orientados para objetivos* ( $d=-0.37$ ,  $t(143)=-1.93$ ,  $p=.028$ ) e *Acesso limitado a estratégias de regulação emocional* ( $d=-0.44$ ,  $t(143)=-2.28$ ,  $p=.012$ ). No sentido em que os descendentes com acompanhamento psicológico apresentam valores mais elevados de dificuldades na regulação emocional nestas subescalas [*Dificuldades em iniciar comportamentos orientados para objetivos* ( $M=3.49$ ,  $DP=0.85$ ); *Acesso limitado a estratégias de regulação emocional* ( $M=2.92$ ,  $DP=0.96$ )] em comparação com os descendentes que nunca recorreram a qualquer tipo de acompanhamento psicológico (ver tabela 8).

### Tabela 8

*Diferenças nas Dificuldades de Regulação Emocional em Relação à Presença ou Ausência de Acompanhamento Psicológico pelos Descendentes de Pais CDM*

Variável	Acompanhamento psicológico dos descendentes		Teste t de Student		
	Não	Sim	<i>d</i>	<i>t</i>	<i>p</i>
	<i>M (DP)</i>	<i>M (DP)</i>			
Não aceitação da resposta emocional	2.61 (1.17)	2.84 (1.20)	-0.19	-1.02	.155
Dificuldades em iniciar comportamentos orientados para objetivos	3.16 (1.06)	3.49 (0.85)	-0.37	-1.93	.028

**Tabela 8** (em continuação)

Dificuldades no controlo dos impulsos	2.24 (1.12)	2.57 (1.02)	-0.31	-1.63	.053
Falta de consciência das emoções	2.69 (1.10)	2.37 (0.85)	0.35	1.62*	.056
Acesso limitado a estratégias de regulação emocional	2.49 (0.99)	2.92 (0.96)	-0.44	-2.28	.012
Falta de clareza emocional	2.56(0.99)	2.79 (0.94)	-0.25	-1.29	.099
EDRE total	2.62 (0.87)	2.83 (0.73)	-0.27	-1.4	.082

\* t de Welch

**Objetivo c): Se a presença de diagnóstico psiquiátrico no pai, na mãe ou em ambos os progenitores resulta em diferenças nos resultados dos descendentes em relação às variáveis em estudo**

De forma global, não foram encontradas diferenças significativas ao nível dos resultados dos descendentes consoante a presença de diagnóstico psiquiátrico em um dos progenitores ou em ambos. Especificamente, não foram encontradas diferenças nos estilos de vinculação ( $\chi^2(8)=14.86, p=.062$ ) (ver tabela 9), na parentalização ( $p>.05$  para todas as comparações), nem na EDRE e respetivas subescalas ( $p>.05$  para todas as comparações) (ver tabela 10).

**Tabela 9**

*Distribuição dos Estilos de Vinculação dos Descendentes Consoante a Presença de Diagnóstico Psiquiátrico em Um ou em Ambos os Progenitores*

Variável	Progenitor com doença mental		
	Pai	Mãe	Ambos
	<i>n (%)</i>	<i>n (%)</i>	<i>n (%)</i>
Seguros	5(3.5)	30(20.8)	6(4.2)
Preocupados	12(8.3)	15(10.4)	3(2.1)
Desligados	1(0.7)	11(7.6)	1(0.7)
Amedrontados	6(4.2)	33(22.9)	10(6.9)
Não classificáveis	2(1.4)	8(5.6)	1(0.7)

**Tabela 10**

*Ausência de Diferenças Significativas nos Resultados do QP e EDRE Consoante a Presença de Diagnóstico Psiquiátrico em Um ou em Ambos os Progenitores*

Variável	Acompanhamento psicológico dos descendentes			Teste t de Student		
	Pai	Mãe	Ambos	$\eta^2$	F	p
	M(DP)	M(DP)	M(DP)			
Parentalização Instrumental	0.55 (0.25)	0.51(0.29)	0.60 (0.32)	.01	0.82	.444
Parentalização Emocional	0.63 (0.35)	0.59 (0.31)	0.63 (0.25)	.00	0.21	.810
Perceção de Injustiça	0.64 (0.29)	0.62 (0.34)	0.70 (0.28)	.01	0.50	.609
Parentalização Global	0.61 (0.26)	0.58 (0.26)	0.64 (0.24)	.01	0.64	.529
Não aceitação da resposta emocional	2.79 (1.15)	2.71 (1.19)	3.08 (1.29)	.01	0.81	.445
Dificuldades em iniciar comportamentos orientados para objetivos	3.56 (1.02)	3.30 (0.90)	3.71 (0.81)	.03	2.27	.107
Dificuldades no controlo dos impulsos	2.69 (1.31)	2.42 (0.99)	2.55 (0.99)	.01	0.70	.496
Falta de consciência das emoções	2.30 (0.82)	2.52 (0.97)	2.34 (0.84)	.01	0.75	.477
Acesso limitado a estratégias de regulação emocional	2.86 (1.06)	2.70 (0.96)	3.23 (0.93)	.04	2.58	.080
Falta de clareza emocional	2.87 (0.93)	2.68 (0.94)	2.76 (1.10)	.01	0.41	.667
EDRE total	2.84 (0.85)	2.72 (0.75)	2.95 (0.78)	.01	0.85	.429

**Objetivo d): Se o facto dos pais CDM terem acompanhamento psicológico se associa a melhores resultados para os descendentes ao nível das variáveis em estudo.**

Não foram verificadas diferenças resultantes da presença ou ausência de acompanhamento psicológico por parte dos pais CDM em relação ao estilo de vinculação desenvolvido pelos descendentes, quando apenas um dos progenitores apresenta diagnóstico [Pai ( $\chi^2(4)=4.66, p=.324$ ); Mãe ( $\chi^2(4)=8.91, p=.063$ )] ou quando ambos os progenitores apresentam diagnóstico [Pai ( $\chi^2(4)=8.71, p=.069$ ); Mãe ( $\chi^2(4)=2.64, p=.620$ )] (anexo 21).

Por outro lado, no QP foram encontradas diferenças quando apenas o pai apresenta diagnóstico, nomeadamente na subescala *Perceção de Injustiça* ( $d=0.66, Welch t(21.25)=1.94, p=.033$ ). No sentido em que os filhos de pais que recorrem ou já

recorreram a acompanhamento psicológico apresentam menores valores nesta subescala ( $M=.57$ ,  $DP=.34$ ) em comparação com aqueles em que o pai nunca recorreu a qualquer tipo de acompanhamento ( $M=.76$ ,  $DP=.14$ ). Do mesmo modo, existem diferenças relativamente ao pai quando ambos os progenitores têm diagnóstico. Especificamente, foram demonstradas diferenças nas subescalas *Percepção de Injustiça* ( $d=-0.82$ , *Welch*  $t(14.16)=-1.93$ ,  $p=.037$ ) e *Parentalização Global* ( $d=-0.81$ ,  $t(19)=-1.86$ ,  $p=.039$ ). Em ambos os casos o acompanhamento psicológico por parte do progenitor encontra-se associado a maiores valores de parentalização nos descendentes [*Percepção de Injustiça* ( $M=.81$ ,  $DP=.15$ ); *Parentalização Global* ( $M=.74$ ,  $DP=.16$ )] em comparação com os descendentes de pais que nunca recorreram a acompanhamento psicológico [*Percepção de Injustiça* ( $M=.60$ ,  $DP=.34$ ); *Parentalização Global* ( $M=.56$ ,  $DP=.27$ )].

No caso das mães, em ambas as situações, não foram evidenciadas diferenças significativas ao nível da parentalização ( $p>.05$ ) (ver tabela 11).

**Tabela 11**

*Ausência de Diferenças Significativas nos Resultados do QP em Relação à Presença ou Ausência de Acompanhamento Psicológico por Parte das Mães CDM*

Variável	Teste t de Student		
	<i>d</i>	<i>t</i>	<i>p</i>
Mãe (quando apenas um dos pais tem diagnóstico)			
Parentalização Instrumental	-0.05	-0.23	.411
Parentalização Emocional	-0.03	-0.12	.452
Percepção de Injustiça	0.12	0.57	.287
Parentalização Global	0.02	0.11	.457
Mãe (quando ambos os pais têm diagnóstico)			
Parentalização Instrumental	0.38	0.86	.199
Parentalização Emocional	-0.19	-0.51*	.309
Percepção de Injustiça	0.20	0.45	.328
Parentalização Global	0.18	0.40	.345

\**t* de Welch

Quanto à *EDRE*, as únicas diferenças encontradas ocorreram ao nível da *EDRE total* ( $d=0.73$ ,  $t(24)=1.81$ ,  $p=.042$ ) e da subescala *Falta de consciência das emoções* ( $d=0.97$ ,  $t(24)=2.40$ ,  $p=.012$ ). No sentido em que os descendentes de pais CDM que já recorreram ou recorrem atualmente a algum tipo de acompanhamento psicológico apresentam menores dificuldades na regulação emocional [*EDRE total* ( $M=2.62$ ,  $DP=0.85$ ); *Falta de*

*consciência das emoções* ( $M=2.02$ ,  $DP=0.70$ )] em comparação com os descendentes de pais que nunca recorreram a acompanhamento psicológico, tanto na *EDRE total* ( $M=3.21$ ,  $DP=0.74$ ), como na subescala *Falta de consciência das emoções* ( $M=2.75$ ,  $DP=0.83$ ). O mesmo já não se verifica para os pais, quando ambos os progenitores apresentam um diagnóstico de doença mental. Nesses casos, apenas existiram diferenças na subescala *Dificuldades em iniciar comportamentos orientados para objetivos* ( $d=-0.75$ ,  $t(19)=-1.73$ ,  $p=.050$ ). No sentido em que os descendentes de pais que têm ou tiveram acompanhamento psicológico apresentam maiores dificuldades de regulação emocional nesta subescala ( $M=4.02$ ,  $DP=0.90$ ) em comparação com os descendentes de pais que nunca beneficiaram desse acompanhamento ( $M=3.44$ ,  $DP=0.64$ ).

Quanto às mães, em ambas as situações, não foram encontradas diferenças ao nível da *EDRE total* e respetivas subescalas ( $p>.05$ ) (ver tabela 12).

**Tabela 12**

*Ausência de Diferenças Significativas nos Resultados da EDRE em Relação à Presença ou Ausência de Acompanhamento Psicológico por Parte das Mães CDM*

Variável	Teste t de Student		
	<i>d</i>	<i>t</i>	<i>p</i>
Mãe (quando apenas um dos pais tem diagnóstico)			
Não aceitação da resposta emocional	-0.16	-0.76	.226
Dificuldades em iniciar comportamentos orientados para objetivos	-0.15	-0.69	.245
Dificuldades no controlo dos impulsos	-0.24	-1.12	.133
Falta de consciência das emoções	0.08	0.37	.355
Acesso limitado a estratégias de regulação emocional	0.01	0.06	.475
Falta de clareza emocional	0.17	0.78	.217
EDRE total	-0.07	-0.32	.373
Mãe (quando ambos os pais têm diagnóstico)			
Não aceitação da resposta emocional	-0.01	-0.03	.490
Dificuldades em iniciar comportamentos orientados para objetivos	-0.35	-0.78	.221
Dificuldades no controlo dos impulsos	-0.17	-0.39	.350
Falta de consciência das emoções	-0.08	-0.19	.427
Acesso limitado a estratégias de regulação emocional	-0.12	-0.27	.396
Falta de clareza emocional	0.02	0.04	.483
EDRE total	-0.14	-0.31	.380

\**t* de Welch

**Objetivo e): Se a existência de apoio de outras pessoas para lidar com a doença mental do progenitor se encontra associado a melhores resultados para o descendente ao nível das variáveis em estudo**

Na *EVA* não foram encontradas diferenças quanto ao estilo de vinculação desenvolvido pelos descendentes de pais CDM associado à existência de apoio de outras pessoas para lidar com a doença mental do progenitor, independentemente de serem ambos os progenitores a apresentarem diagnóstico [Pai ( $\chi^2$  (4)=2.69,  $p=.611$ ); Mãe ( $\chi^2$  (4)=2.72,  $p=.606$ )] ou apenas um dos progenitores [Pai ( $\chi^2$  (4)=2.65,  $p=.618$ ); Mãe ( $\chi^2$  (4)=1.70,  $p=.791$ )] (anexo 22).

Ao nível do *QP* as únicas diferenças encontradas referem-se a situações em que apenas o pai apresenta diagnóstico, nomeadamente existem diferenças na subescala *Perceção de Injustiça* ( $d=0.77$ , *Welch t*(21.15)=2.15,  $p=.022$ ). No sentido em que os descendentes que tiveram apoio de outras pessoas para lidar com a doença mental do progenitor apresentam melhores resultados nesta subescala ( $M=.55$ ,  $DP=.34$ ) em comparação com os descendentes que não beneficiaram deste apoio ( $M=.77$ ,  $DP=.16$ ).

Por último, na *EDRE* não foram encontradas quaisquer diferenças nos resultados obtidos pelos descendentes de pais CDM ao nível do total da escala e por subescala, associado à existência de apoio de outras pessoas para lidar com a doença mental dos progenitores ( $p>.05$ ) (anexo 23).

### **Estudo de correlações**

No que se refere à análise das correlações entre as variáveis em estudo para a condição SDM (anexo 24), é possível verificar que todas as escalas se encontram correlacionadas com as suas respetivas subescalas.

Foi observada uma ausência de correlação entre a *Parentalização Global* e as subescalas *Falta de consciência das emoções* ( $r=.10$ ,  $p=.135$ ) e *Falta de clareza emocional* ( $r=.09$ ,  $p=.166$ ) da *EDRE*.

Do mesmo modo, observou-se que a subescala *Parentalização Emocional* e as subescalas da *EDRE* não se encontram correlacionadas entre si, à exceção da subescala *Falta de clareza emocional* que apresentou uma correlação negativa ( $r=-.13$ ,  $p<.05$ ). Para além disso, a subescala *Parentalização Instrumental* só se mostrou correlacionada com as subescalas *Não aceitação da resposta emocional* ( $r=.17$ ,  $p<.05$ ), *Acesso limitado a estratégias de regulação emocional* ( $r=.19$ ,  $p<.01$ ) e *EDRE total* ( $r=.13$ ,  $p<.05$ ) da *EDRE*.

A subescala *Parentalização Emocional* não se correlacionou com nenhuma das subescalas da *EVA* [*Ansiedade* ( $r=-.00, p=.968$ ); *Conforto com a proximidade* ( $r=.04, p=.593$ ); *Confiança nos outros* ( $r=-.13, p=.053$ ); *ConfortoConfiança* ( $r=-.05, p=.415$ )], assim como, a subescala *Parentalização Instrumental* não se correlacionou com as subescalas *Ansiedade* ( $r=.10, p=.117$ ) e *Conforto com a proximidade* ( $r=-.12, p=.072$ ).

No que diz respeito à análise das correlações entre as variáveis em estudo para a condição CDM (anexo 25), foi possível verificar que, de igual forma, todas as escalas se encontram correlacionadas com as suas respectivas subescalas.

Observou-se uma ausência de correlação entre a *Parentalização Global* e a subescala *Falta de consciência das emoções* ( $r=.14, p=.084$ ).

Do mesmo modo, a subescala *Parentalização emocional*, não se mostrou correlacionada com nenhuma das subescalas da *EDRE* [*Não aceitação da resposta emocional* ( $r=.05, p=.584$ ); *Dificuldades em iniciar comportamentos orientados para objetivos* ( $r=.12, p=.143$ ); *Dificuldades no controlo dos impulsos* ( $r=.13, p=.109$ ); *Falta de consciência das emoções* ( $r=.03, p=.723$ ); *Acesso limitado a estratégias de regulação emocional* ( $r=.07, p=.395$ ); *Falta de clareza emocional* ( $r=.06, p=.512$ ); *EDRE total* ( $r=.10, p=.236$ )], assim como, não se mostrou correlacionada com a subescala *Ansiedade* da *EVA* ( $r=.10, p=.244$ ). Para além disso, a subescala *Parentalização Instrumental*, não se apresentou correlacionada com as subescalas da *EDRE*, à exceção da subescala *Dificuldades no controlo dos impulsos* ( $r=.22, p<.01$ ) e *EDRE total* ( $r=.19, p<.05$ ).

Por último, a subescala *Dificuldades em iniciar comportamentos orientados para objetivos* da *EDRE* não se encontra correlacionada com a subescala *Confiança nos outros* da *EVA* ( $r=-.11, p=.177$ ).

## Discussão

Esta investigação pretendeu comparar os resultados obtidos entre os descendentes de pais CDM e SDM ao nível da vinculação, parentalização e regulação emocional.

Efetivamente, procurou-se perceber se crescer em proximidade com a doença mental do progenitor poderá implicar resultados diferentes para os descendentes. No sentido em que, de acordo com pesquisas anteriores, os descendentes de pais CDM apresentam um maior risco de experienciar dificuldades emocionais e relacionais, mais tarde na idade adulta (Metz & Jungbauer, 2021; Patrick et al., 2019a; Yamamoto & Keogh, 2018).

## **Objetivos principais**

No que se refere, aos objetivos principais do estudo, os resultados obtidos vão ao encontro do previsto segundo a literatura. Por hipótese, seria esperado que os filhos de pais CDM apresentassem uma maior frequência de estilos de vinculação inseguros quando comparado com os filhos de pais SDM (Apter et al., 2017; Doucette et al., 2013; Patrick et al., 2019b; Ruiz et al., 2018), sendo esta hipótese confirmada.

Os resultados do presente estudo são consistentes com a teoria, que refere que a experiência de doença mental dos cuidadores, pode associar-se a uma menor sensibilidade, responsividade e estabilidade nas respostas dadas por estes às necessidades básicas e afetivas da criança (Hornor, 2019; Patrick et al., 2019b). O que, por sua vez, contribui para o desenvolvimento de padrões de vinculação inseguros através das representações internas construídas, procedentes da interação da criança com o progenitor. Estas representações servem de base, mais tarde na idade adulta, para as interações da criança com o outro ao nível dos afetos, cognições e comportamentos (Canavarro et al., 2006; Hornor, 2019; Sutton, 2018; Tereno & Matos, 2017).

Contudo, constatou-se que os casos “não classificáveis”, não diferem consoante a existência de doença mental no progenitor. Seria esperada uma maior frequência do padrão de vinculação seguro nos descendentes de pais SDM e que este fosse mais consistente ao longo da trajetória de desenvolvimento (Sutton, 2018; Thompson et al., 2022). No entanto, a própria situação de vida do descendente, assim como, as diferentes experiências relacionais podem modificar as conceções anteriormente estabelecidas daquilo que é a relação com o outro, apoiando o facto do padrão de vinculação estabelecido não ser determinístico (Hooper, 2007; Patrick et al., 2019b).

Do mesmo modo, seria esperado que os filhos de pais CDM apresentassem maiores valores de parentalização em relação aos filhos de pais SDM. Os resultados do presente estudo sustentam a hipótese anterior.

A existência de doença mental nos pais é considerada um fator de risco ao fenómeno de parentalização (Cho & Lee, 2019; Dariotis et al., 2023; Mello et al., 2020; Schorr & Goldner, 2022). Nos últimos tempos, a responsabilidade de cuidar de pessoas com doenças mentais graves tem vindo a ser delegada para as famílias ao invés das instituições, fazendo com que as crianças ou adolescentes cresçam em proximidade com a doença mental dos pais e que tenham também elas o “dever” de ajudar a gerir o dia a dia de quem vive com a doença (Rahmani et al., 2022). Os pais CDM, por vezes, não se

apresentam disponíveis cognitivamente e emocionalmente para exercer adequadamente as suas funções parentais, propiciando a inversão de papéis dentro do sistema familiar.

Neste sentido, os descendentes de pais CDM tentam preencher o vazio deixado pela incapacidade dos pais. Como tal, procuram satisfazer as necessidades de conforto e segurança do progenitor, tornando-se uma fonte de apoio emocional e/ou instrumental para o mesmo (Mello et al., 2015; Nuttall et al., 2021). Isto, é observado ao nível dos papéis adotados pelos descendentes – por exemplo, fazendo as tarefas domésticas, dando conselhos aos pais ou pela preocupação constante pelo bem-estar do progenitor (Borchet et al., 2018; Boumans & Dorant, 2018; Dariotis et al., 2023; Khafi et al., 2014).

O descendente ao assumir esta posição no seio familiar, principalmente quando prolongada no tempo, transcende aquilo que são as suas capacidades desenvolvimentais, anulando as suas próprias necessidades para caber na vivência do progenitor e, de certa forma, sentir-se mais próximo ou “útil” para este (Van Loon et al., 2017; Van Parys et al., 2015). Estas crianças ou adolescentes são vistas como crianças que cresceram “demasiado rápido”, uma vez que assumem uma postura de adulto (Rahmani et al., 2022).

No entanto, apesar de existirem diferenças significativas entre os descendentes de pais CDM e SDM ao nível da parentalização, os resultados médios obtidos no *QP* total e por subescala demonstram que ambas as amostras apresentam valores médios de parentalização. Desta forma, não podemos admitir que a existência de doença mental em um ou em ambos os progenitores seja um fator inflexível, no que diz respeito ao nível de parentalização percebido pelo descendente.

Estes resultados, encontram suporte nos estudos que referem que, em situações de crise familiar, como é o caso do diagnóstico de doença mental em um dos progenitores, a parentalização pode ser vista como benéfica. Esta pode contribuir para o processo de adaptação à mudança do sistema familiar. Através, por exemplo, da promoção de sentimentos de auto competência na criança, quando as funções assumidas por esta apoiam a homeostase familiar ou o próprio progenitor CDM. Do mesmo modo, a presença de valores médios de parentalização ao nível da subescala *Perceção de Injustiça* sugerem que, os participantes não compreendem os seus esforços emocionais e/ou instrumentais, como totalmente menosprezados pelos outros membros da família. Neste sentido, é importante recapitular que quando a criança recebe validação e reconhecimento pelos seus atos, tornando-os gratificantes para a própria, a parentalização pode ser considerada como construtiva. Esta encontra-se associada a consequências positivas para a criança ou adolescente, tal como, o desenvolvimento de maiores níveis de motivação, empatia e

maturidade (Baggett et al., 2015; Borchet et al., 2020; Mello et al., 2020; Schorr & Goldner, 2022).

Por último, seria esperado que os filhos de pais CDM apresentassem maiores dificuldades ao nível da regulação emocional em relação aos filhos de pais SDM, pelo que o mesmo foi confirmado. Os resultados obtidos mostram-se consistentes com a literatura, que indica que o desenvolvimento emocional da criança depende fortemente da experiência de interação desta com os pais e do próprio papel parental (Bariola et al., 2011; Olhaberry & Sieverson, 2022; Simões et al., 2022). Sendo que, os pais são percebidos como modelos, a partir dos quais a criança aprende a controlar e a expressar as suas emoções, através da forma como os próprios pais regulam as suas emoções, pela forma como transmitem à criança a prática de gestão das emoções e pelo próprio clima emocional da família (Morris et al., 2007).

Nos casos em que o progenitor apresenta uma doença mental, a criança fica sujeita a espelhar o uso de estratégias desadaptativas e os estados emocionais negativos e instáveis do progenitor ao confrontar-se com as emoções. Tal como referido, a desregulação emocional é transversal a várias doenças do foro psicológico, pelo que, a doença mental torna estes cuidadores mais propícios a eles próprios exibirem dificuldades ao nível da regulação emocional e a incrementar o seu desenvolvimento nos descendentes (Bariola et al., 2011; Morelen et al., 2014; Olhaberry & Sieverson, 2022; Silk et al., 2006).

Contudo, os resultados obtidos na comparação entre amostras não podem ser extrapolados, uma vez que a média de respostas dos descendentes de pais CDM situam-se em valores baixos a intermédios de dificuldades na regulação emocional. Este facto, comprova que a experiência de doença mental dos pais não define, de forma absoluta, a existência de consequências negativas para o descendente a nível emocional. Apesar dos descendentes de pais CDM apresentarem um maior risco de desenvolver problemas emocionais, existem possivelmente outros fatores em causa que tornam esta associação não determinística (Smith, 2004).

### **Objetivos complementares**

Para além do descrito, procurou-se complementar os resultados encontrados através do estudo de outros fatores de interesse.

Primeiramente, pretendeu-se perceber se existe um maior número de diagnósticos de doença mental em descendentes de pais CDM em comparação com descendentes de pais SDM. Os resultados obtidos apoiam esta hipótese, identificando uma prevalência ao

nível dos diagnósticos de perturbações depressivas e de ansiedade ou a sua concomitância. Estes dados suportam os estudos que indicam que os descendentes de pais CDM apresentam uma prevalência de 70% ao nível do risco de desenvolvimento de perturbações depressivas e de ansiedade na idade adulta. Do mesmo modo, crescer junto de um progenitor CDM, encontra-se frequentemente associado ao desenvolvimento de outros tipos de psicopatologia, tais como, perturbações relacionadas com o consumo de substâncias, esquizofrenia e ideação suicida (Brummelhuis et al., 2022).

Em segundo lugar, observou-se o fator acompanhamento psicológico em relação aos descendentes de pais CDM, sendo obtidos resultados diferenciados consoante a variável em estudo. No caso, não foram encontradas diferenças entre o estilo de vinculação desenvolvido e o facto do descendente ter ou não acompanhamento psicológico. Por sua vez, os resultados obtidos no *QP* e *EDRE* mostraram-se contrários ao esperado. O expectável seria que o acompanhamento psicológico previsse uma diminuição ao nível de problemas de internalização e externalização no descendente, assim como, um melhor funcionamento adaptativo e o aumento de mecanismos de *coping* ao longo do processo psicoterapêutico (Meier et al., 2023; Tapias et al., 2021).

No entanto, no *QP* os descendentes de pais CDM e acompanhamento psicológico apresentaram maiores valores de parentalização, há exceção da subescala *Parentalização Emocional*. Do mesmo modo, na *EDRE* foram exibidas maiores dificuldades de regulação emocional nas subescalas *Dificuldades em iniciar comportamentos orientados para objetivos* e *Acesso limitado a estratégias de regulação emocional*. Hipoteticamente, estes resultados podem ser explicados pelo facto de o acompanhamento psicológico encontrar-se associado ao desenvolvimento de uma maior consciencialização e, conseqüente, desconstrução das experiências passadas, fazendo com que o descendente obtenha um melhor conhecimento de si próprio e daquilo que são os seus limites e fragilidades.

De forma geral, os resultados obtidos também poderão estar relacionados com o começo tardio do processo de acompanhamento psicológico, visto que cerca de metade dos descendentes de pais CDM referem ter recorrido a algum tipo de acompanhamento psicológico somente a partir do ano 2018 (anexo 26).

Em terceiro lugar, contrariamente ao esperado, o nosso estudo sugere não existirem diferenças nos resultados obtidos pelos descendentes de pais CDM, em qualquer uma das escalas, relacionado com o facto da doença mental encontrar-se presente no pai, na mãe ou em ambos os progenitores.

Segundo a literatura, a presença de doença mental na mãe é considerada mais prejudicial para o funcionamento emocional e comportamental do descendente do que quando esta se encontra presente no pai. Por outro lado, o apoio do pai é considerado um fator de proteção para o descendente, nos casos em que a mãe apresenta diagnóstico de doença mental e o pai não apresenta qualquer condição psicopatológica. Quando ambos os pais apresentam diagnóstico, os estudos evidenciam a existência de maiores problemas emocionais e comportamentais no descendente (Kahn et al., 2004; Meadows & McLanahan, 2007; Mordoch & Hall, 2008; Reupert et al., 2012; Smith, 2004).

Neste sentido, a ausência de resultados poderá ser justificada pela discrepância existente quanto ao número de pais em cada parâmetro. Foi verificada a presença de 22 pais (pai e mãe) quando ambos os progenitores apresentam diagnóstico de doença mental em comparação com 97 mães e 26 pais onde exclusivamente um dos progenitores apresenta diagnóstico.

Em quarto lugar, o facto dos pais CDM terem acompanhamento psicológico, apenas se encontra associado a diferenças nos resultados obtidos pelos descendentes quando existe diagnóstico paterno. Foi observado que quando apenas o pai tem diagnóstico psiquiátrico, existem menores valores de parentalização ao nível da subescala *Perceção de Injustiça* e menores dificuldades de regulação emocional na *EDRE total* e na subescala *Falta de consciência das emoções*. A maioria dos estudos realizados centram-se na mãe com doença mental e não na condição paterna. Os poucos estudos existentes focam-se na relação entre a doença mental paterna e a possibilidade de o descendente apresentar ele próprio um quadro psicopatológico (Mordoch & Hall, 2008).

Contudo, estudos como o de Baggett et al. (2015), sugerem que a doença mental paterna poderá funcionar como um fator atenuante dos efeitos desadaptativos da parentalização. Nestes casos, a criança ou adolescente tende a perceber o estado do progenitor como um fator explicativo das responsabilidades delegadas para ela, apresentando uma menor perceção de injustiça e, conseqüentemente, a identificação de conseqüências positivas resultantes do fenómeno. Isto quando as responsabilidades delegadas não ultrapassam aquilo que são as capacidades desenvolvimentais da criança/adolescente.

Para além disso, a existência de acompanhamento psicológico por parte do progenitor poderá encontrar-se associado a uma maior consciencialização sobre a sua condição, a forma como esta é vivida pelos outros e a possibilidade de esta condicionar o seu papel parental. Desta forma, o trabalho em sessão poderá promover um maior

entendimento e interpretação dos comportamentos, pensamentos e emoções, facilitando a gestão dos mesmos. Posteriormente, refletindo-se na forma como o progenitor regula as próprias emoções. Como referido, esta adaptação na gestão e expressão das emoções do progenitor poderá servir de modelo ao descendente, refletindo-se no desenvolvimento de melhores capacidades de regulação emocional para o mesmo.

Por seu turno, quando os resultados se referem ao pai, no caso em que ambos os progenitores apresentam diagnóstico, foram encontrados maiores níveis de *Parentalização Global* e ao nível da subescala *Perceção de Injustiça*. O mesmo se verifica para a *EDRE* ao nível da subescala *Dificuldades em iniciar comportamentos orientados para objetivos*, existindo maiores dificuldades de regulação emocional. Os resultados mencionados estão de acordo com o referido no estudo de LeFrançois (2012) quanto à existência de um maior risco de desenvolvimento de problemas emocionais e comportamentais nas crianças, quando ambos os pais apresentam diagnóstico de doença mental. Além de que, é importante notar que 107 descendentes posicionaram o diagnóstico dos pais como ter sido dado há mais de 10 anos. No entanto, os intervalos de tempo nos quais os progenitores recorreram a algum tipo de acompanhamento psicológico situam-se, na grande maioria, em anos mais recentes (i.e., 2020) e com períodos de intervenção curtos (i.e., 2-3 anos) (anexo 27). Este facto poderá explicar a ausência de resultados diferenciados nas restantes subescalas do *QP* e *EDRE*, assim como no estilo de vinculação desenvolvido. Visto que, o facto de os pais terem apoio psicológico não incidiu no decorrer da trajetória de desenvolvimento do descendente. Não sendo, por isso, percebido como um fator de proteção ou de influência no que diz respeito ao funcionamento relacional e emocional do descendente.

Por último, contrariamente ao esperado, as únicas diferenças encontradas nos resultados dos descendentes de pais CDM, no que se refere à presença ou ausência de apoio de outras pessoas para lidar com a doença mental dos pais apresentam-se ao nível do *QP*. Especificamente, na subescala *Perceção de Injustiça* quando apenas o pai tem diagnóstico de doença mental. No caso, o apoio de outras pessoas para lidar com a doença mental do progenitor mostrou estar associada a melhores resultados de parentalização. Os estudos indicam que a existência de laços afetivos com outras pessoas, por exemplo, com o progenitor sem diagnóstico de doença mental ou outros familiares, são um fator protetor para o descendente (Mordoch & Hall, 2008; Murphy et al., 2010; Ostman, 2008). Nomeadamente, os irmãos são considerados uma grande fonte de suporte, quando

compartilham da experiência de crescer junto do progenitor CDM (Källquist & Salzmann-Erikson, 2019).

Por sua vez, não foram encontradas diferenças ao nível do estilo de vinculação, assim como, nas restantes subescalas do *QP* e *EDRE*, quando ambos ou apenas um dos progenitores apresenta diagnóstico de doença mental. Por hipótese, estes resultados podem ser explicados pelas características do apoio dado aos descendentes.

A maior parte dos participantes identificou como principais fontes de apoio os familiares, pais, avós e irmãos (anexo 28). No entanto, é provável que estas pessoas se encontrem circunscritas à mesma situação, e que elas próprias não tenham recursos suficientes para lidar com a mesma. Especificamente, pela ausência de conhecimento quanto à melhor forma de ajudar a pessoa com doença mental, como ser uma fonte de apoio para o outro que se encontra a partilhar o mesmo ambiente, e ainda, ter a capacidade de não se despersonalizar a si próprio para ser para o outro.

Contudo, não obstante a importância do apoio familiar, este não é um apoio especializado, na medida em que não é dado por um profissional desvinculado da situação e preparado para ajudar o descendente a desconstruir da melhor forma possível o significado atribuído por este à experiência de doença mental do progenitor, assim como, a experiência vivida pelo mesmo resultante da condição dos pais.

Por fim, verificou-se que as correlações entre as variáveis em estudo são equivalentes para a amostra de filhos de pais SDM e CDM. Sendo observado que, na maioria dos casos, a *Parentalização Emocional* não se correlaciona com as subescalas da *EDRE*, em ambas as condições. O mesmo acontece na *Parentalização Instrumental* onde, por norma, apenas duas a três subescalas da *EDRE* se correlacionam com esta subescala.

Esta ausência de correlação pode ser explicada pelo facto destas escalas estarem a avaliar construtos diferentes ainda que relacionados. Apesar da subescala *Parentalização emocional* e da *EDRE* terem por base a componente emocional, não se destinam a avaliar o mesmo. A *Parentalização Emocional* fixasse no estudo do ajuste emocional dirigido ao outro, enquanto que a *EDRE* refere-se ao estudo da regulação emocional dirigida ao próprio.

Por outro lado, existiu uma diferença entre as condições SDM e CDM em relação à *Parentalização Emocional e Instrumental*. No caso, a *Parentalização Emocional* não se correlaciona com nenhuma das subescalas da *EVA* na condição SDM. O que não acontece na condição CDM, em que a única ausência de correlação situa-se ao nível da subescala *Ansiedade*. Do mesmo modo, a *Parentalização Instrumental* não se

correlacionou com as subescalas *Ansiedade* e *Conforto com a proximidade* na condição SDM, o que não se verifica na condição CDM. Por hipótese, estes resultados podem ser explicados pelo facto de tanto a parentalização como a vinculação assentarem naquilo que são os modelos internos da relação com o outro. Sendo que, no caso dos descendentes de pais CDM, viver em proximidade com a doença do progenitor poderá comprometer os modelos relacionais construídos devido às características da própria perturbação e, por sua vez, propiciar o fenómeno de parentalização.

## **Considerações Finais**

### **Síntese das principais conclusões**

Em suma, este estudo sugere que os filhos de pais CDM apresentam uma maior frequência de padrões de vinculação inseguros, enquanto que os descendentes de pais SDM tendem a desenvolver padrões de vinculação seguros. Do mesmo modo, os descendentes de pais CDM apresentam maiores níveis de parentalização e experienciam maiores dificuldades de regulação emocional, quando comparados com os descendentes de pais SDM.

Para além disso, constatou-se que os descendentes de pais CDM apresentam com maior regularidade um diagnóstico psiquiátrico, em relação aos descendentes de pais SDM. No entanto, o estudo indica que o estilo de vinculação desenvolvido pelo descendente, assim como, os níveis de parentalização e dificuldades na regulação emocional percebidos, não se encontram associados ao sexo do progenitor CDM ou ao facto de ser um ou ambos os progenitores a apresentarem diagnóstico.

Além de que, no geral, foi verificado que a existência de apoio de outras pessoas como forma de lidar com a doença mental do progenitor, não se mostra associada a melhores resultados para o descendente ao nível do estilo de vinculação desenvolvido, nível de parentalização e dificuldades de regulação emocional.

Na maioria dos casos, não foi encontrada uma associação entre a existência de acompanhamento psicológico por parte do descendente e o padrão de vinculação desenvolvido, assim como, ao nível das dificuldades de regulação emocional. Porém, a presença de acompanhamento psicológico esteve associado a maiores níveis de parentalização no descendente, há exceção da subescala *Parentalização Emocional*.

Em contrapartida, o acompanhamento psicológico por parte do pai CDM mostrou-se relacionado com os níveis de parentalização percebidos e dificuldades de regulação emocional do descendente. Especificamente, quando apenas o pai tem diagnóstico,

existem no global menores dificuldades de regulação emocional para o descendente e existe uma maior percepção de injustiça relacionada à parentalização. Por outro lado, quando ambos os progenitores têm diagnóstico, o acompanhamento psicológico por parte do pai encontra-se associado, no global, a maiores níveis de parentalização e de percepção de injustiça. Evidenciando apenas, maiores *dificuldades em iniciar comportamentos orientados para objetivos* no âmbito da regulação emocional.

### **Limitações**

Não obstante, o presente estudo apresenta algumas limitações, nomeadamente, quanto à impossibilidade de generalizar os resultados obtidos para a população portuguesa. Visto que, a amostra utilizada mostrou-se desigual quanto ao número de participantes do sexo masculino e feminino. Existindo um total de 61 participantes do sexo masculino, o que fez 16.2% da amostra em estudo, em comparação com 316 descendentes do sexo feminino, o que fez 83.8% da amostra. Do mesmo modo, também existiu uma discrepância quanto ao número de participantes pertencentes a cada condição, nomeadamente, 232 descendentes de pais SDM e apenas 145 descendentes de pais CDM. Para além disso, existiram muito menos casos em que ambos os progenitores apresentam doença mental em comparação com os casos em que apenas um dos progenitores apresenta diagnóstico, podendo comprometer os resultados obtidos em algumas análises realizadas.

Da mesma forma, apesar da diversidade de diagnósticos apresentados, não existiu um número substancial de pais CDM em cada diagnóstico que permitisse analisar, de forma isolada, as consequências para o descendente proveniente da existência de um diagnóstico específico dos pais.

Por outro lado, a recolha de participantes ter sido realizada somente *online* levou a alguns erros de preenchimento do questionário. E, adicionalmente, não permitiu que houvesse um esclarecimento direto dos participantes, quanto a possíveis dúvidas no decorrer do preenchimento. Ainda, neste âmbito, é de notar que pode ser visto como uma limitação o facto das diferentes condições (clínica e não clínica), terem sido constituídas com base na declaração do descendente, através da resposta à questão “Ao longo da sua vida os seus progenitores tiveram algum diagnóstico de doença mental?”, presente no *Questionário Sociodemográfico e de Caracterização da Amostra*.

Do mesmo modo, a questão “Teve apoio de outras pessoas para lidar com a doença do/a seu/sua pai/mãe?” poderá ser considerada ambígua, na medida em que não é

especificado o tipo de apoio obtido (i.e., apoio financeiro, emocional, instrumental), podendo justificar a incongruência entre os resultados obtidos e a literatura.

Por fim, o uso de medidas de autorrelato como a *EDRE* como forma de aceder às estratégias de regulação emocional do indivíduo, não têm em conta um contexto situacional específico. Desta forma, os resultados obtidos traduzem a tendência do indivíduo para utilizar determinadas estratégias quando confrontado com uma emoção, tornando-o transversal a qualquer situação, desde que referente ao mesmo tipo de emoção. Não considerando que, a estratégia de regulação emocional utilizada, assim como, a sua funcionalidade difere consoante as pessoas e o contexto em que estas estão inseridas. Esta forma de avaliação não é a mais adequada, uma vez é assumida uma certa rigidez no uso das estratégias de regulação emocional. Por sua vez, esta tende a estar associada ao desenvolvimento de quadros psicopatológicos (Zörer & Yorulmaz, 2022).

### **Estudos futuros**

Visto que, não foi possível efetuar algumas análises de interesse, devido a limitações da amostra, pensou-se ser pertinente mais tarde estudar a relação entre o tempo de diagnóstico dos pais e os resultados dos descendentes quanto ao estilo de vinculação desenvolvido, nível de parentalização percebido e dificuldades de regulação emocional. Isto porque é provável que um descendente que seja exposto à doença mental do progenitor por um período longo de tempo, seja mais suscetível a desenvolver maiores dificuldades relacionais e emocionais.

Do mesmo modo, seria interessante perceber se os descendentes do sexo feminino apresentam maiores dificuldades relacionais e emocionais do que os descendentes do sexo masculino, sendo que a literatura sugere existirem diferenças a este nível.

Para além disso, seria curioso estudar isoladamente os efeitos de diversos diagnósticos dos pais nos descendentes, dado que a investigação existente incide sobretudo no estudo das perturbações depressivas. Outro fator de interesse, passaria por replicar este estudo com estruturas familiares diferentes (i.e., famílias LGB e reconstruídas), dada a escassa investigação neste sentido.

Por último, neste estudo, o *Questionário sobre a Parentalização* foi adaptado para português europeu, o que apesar de se ter verificado uma consistência interna satisfatória, não foram amplamente estudadas as propriedades psicométricas da escala quando aplicada à população portuguesa.

## Referências

- Aldao, A. (2012). Emotion regulation strategies as transdiagnostic processes: a closer look at the invariance of their form and function. *Revista de Psicopatologia y Psicología Clínica*, 17(3), 261–277. <https://doi.org/10.5944/rppc.vol.17.num.3.2012.11843>
- Aldao, A., Nolen-Hoeksema, S., & Schweizer, S. (2010). Emotion-regulation strategies across psychopathology: a meta-analytic review. *Clinical Psychology Review*, 30(2), 217–237. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2009.11.004>
- Aldridge, J. (2006). The experiences of children living with and caring for parents with mental illness. *Child Abuse Review*, 15(2), 79–88. <https://doi.org/10.1002/car.904>
- Akbari, M., Seydavi, M., Mohammadkhani, S., Turchmanovych, N., Chasson, G. S., Majlesi, N., Hajialiani, V., & Askari, T. (2022). Emotion dysregulation and hoarding symptoms: a systematic review and meta-analysis. *Journal of Clinical Psychology*, 78(7), 1341–1353. <https://doi.org/10.1002/jclp.23318>
- Apter, G., Bobin, A., Genet, M., Gratier, M., & Devouche, E. (2017). Update on mental health of infants and children of parents affected with mental health issues. *Current Psychiatry Reports*, 19(10), 72. <https://doi.org/10.1007/s11920-017-0820-8>
- Baggett, E., Shaffer, A., & Muetzelfeld, H. (2015). Father–daughter parentification and young adult romantic relationships among college women. *Journal of Family Issues*, 36(6), 760–783. <https://doi.org/10.1177/0192513X13499759>
- Bariola, E., Gullone, E., & Hughes, E. K. (2011). Child and adolescent emotion regulation: the role of parental emotion regulation and expression. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 14(2), 198–212. <https://doi.org/10.1007/s10567-011-0092-5>
- Barker, C., Pistrang, N., & Elliot, R. (2002). *Research methods in clinical psychology. An introduction for students and practitioners* (2<sup>a</sup> ed.). John Wiley & Sons.
- Barnes, J., & Theule, J. (2019). Maternal depression and infant attachment security: a meta-analysis. *Infant Mental Health Journal*, 40(6), 817–834. <https://doi.org/10.1002/imhj.21812>
- Barthel, A. L., Hay, A., Doan, S. N., & Hofmann, S. G. (2018). Interpersonal emotion regulation: a review of social and developmental components. *Behaviour Change*, 35(4), 203–216. <https://doi.org/10.1017/bec.2018.19>
- Bartholomew, K. (1990). Avoidance of intimacy: an attachment perspective. *Journal of*

- Social and Personal Relationships*, 7(2), 147–178. <https://doi.org/10.1177/0265407590072001>
- Blake-Holmes, K., Maynard, E., & Brandon, M. (2023). The impact of acquiescence: a model of coping developed from children of parents with mental illness. *Advances in Mental Health*, 21(3), 199–217. <https://doi.org/10.1080/18387357.2023.2206037>
- Boemo, T., Nieto, I., Vazquez, C., & Sanchez-Lopez, A. (2022). Relations between emotion regulation strategies and affect in daily life: a systematic review and meta-analysis of studies using ecological momentary assessments. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 139, 104747. <https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2022.104747>
- Borchet, J., Lewandowska-Walter, A., Połomski, P., Peplińska, A., & Hooper, L. M. (2020). We are in this together: retrospective parentification, sibling relationships, and self-esteem. *Journal of Child and Family Studies*, 29(10), 2982–2991. <https://doi.org/10.1007/s10826-020-01723-3>
- Borchet, J., Lewandowska-Walter, A., & Rostowska, T. (2016). Parentification in late adolescence and selected features of the family system. *Health Psychology Report*, 4(2), 116–127. <https://doi.org/10.5114/hpr.2016.55921>
- Borchet, J., Lewandowska-Walter, A., & Rostowska, T. (2018). Performing developmental tasks in emerging adults with childhood parentification – insights from literature. *Current Issues in Personality Psychology*, 6(3), 242–251. <https://doi.org/10.5114/cipp.2018.75750>
- Boumans, N. P. G., & Dorant, E. (2018). A cross-sectional study on experiences of young adult carers compared to young adult noncarers: parentification, coping and resilience. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 32(4), 1409–1417. <https://doi.org/10.1111/scs.12586>
- Brumariu, L. E. (2015). Parent–child attachment and emotion regulation. In G. Bosmans & K. A. Kerns (Eds.), *Attachment in middle childhood: Theoretical advances and new directions in an emerging field*. *New Directions for Child and Adolescent Development*, 148, 31–45. <https://doi.org/10.1002/cad.20098>
- Brummelhuis, I. A. M., Kop, W. J., & Videler, A. C. (2022). Psychological and physical wellbeing in adults who grew up with a mentally ill parent: a systematic mixed-studies review. *General Hospital Psychiatry*, 79, 162–176. <https://doi.org/10.1016/j.genhosppsy.2022.09.006>

- Canavarro, M. C. (1997). *Relações afetivas ao longo do ciclo de vida e saúde mental* [Dissertação de doutoramento não publicada]. Universidade de Coimbra.
- Canavarro, M. C., Dias, P., & Lima, V. (2006). A avaliação da vinculação do adulto: uma revisão crítica a propósito da aplicação da Adult Attachment Scale-R (ASS-R) na população portuguesa. *Psicologia*, 20(1), 156-186. <https://doi.org/10.17575/rpsicol.v20i1.381>
- Cho, A., & Lee, S. (2018). Exploring effects of childhood parentification on adult-depressive symptoms in Korean college students. *Journal of Clinical Psychology*, 75(4), 1-13. <https://doi.org/10.1002/jclp.22737>
- Collins, N. L., & Read, S. J. (1990). Adult attachment, working models, and relationship quality in dating couples. *Journal of personality and social psychology*, 58(4), 644-663. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/0022-3514.58.4.644>
- Cooke, J. E., Kochendorfer, L. B., Stuart-Parrigon, K. L., Koehn, A. J., & Kerns, K. A. (2018). Parent-child attachment and children's experience and regulation of emotion: a meta-analytic review. *Emotion*, 19(6), 1103-1126. <https://doi.org/10.1037/emo0000504>
- Dariotis, J. K., Chen, F. R., Park, Y. R., Nowak, M. K., French, K. M., & Codamon, A. M. (2023). Parentification vulnerability, reactivity, resilience, and thriving: a mixed methods systematic literature review. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 20(13), 1-66. <https://doi.org/10.3390/ijerph20136197>
- Diário da República (2019). Lei n.º 58/20191 – Regulamento Geral de Proteção de Dados. I Série, 151 (8 de agosto), 3-40. Acedido pela URL, em 30 de janeiro de 2023: <https://files.dre.pt/1s/2019/08/15100/0000300040.pdf>
- Doucette, S., Horrocks, J., Grof, P., Keown-Stoneman, C., & Duffy, A. (2013). Attachment and temperament profiles among the offspring of a parent with bipolar disorder. *Journal of Affective Disorders*, 150(2), 522-526. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2013.01.023>
- Etkin, A., Büchel, C., & Gross, J. J. (2015). The neural bases of emotion regulation. *Nature Reviews Neuroscience*, 16(11), 693-700. <https://doi.org/10.1038/nrn4044>
- Féres-Carneiro, T., Londero-Santos, A., & Natividade, J. C. (2021). Adaptation of the parentification questionnaire for the brazilian context. *Psico-USF*, 26, 745-756. <https://doi.org/10.1590/1413-82712021260412>
- Féres-Carneiro, T., Londero-Santos, A., Magalhães, A., & Machado, R. (2021).

- Repercussões da parentalização no relacionamento conjugal: individualidade e conjugalidade. In T. Féres-Carneiro (2021). *Casal e família: clínica, conflitos e afetos* (pp.254-274). Prospectiva & PUC-Rio.
- Ferraro, I. K., & Taylor, A. M. (2021). Adult attachment styles and emotional regulation: the role of interoceptive awareness and alexithymia. *Personality and Individual Differences, 173*, 110641. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2021.110641>
- Foster, K. (2010). ‘You’d think this roller coaster was never going to stop’: experiences of adult children of parents with serious mental illness. *Journal of Clinical Nursing, 19*(21–22), 3143–3151. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2702.2010.03293.x>
- Frankel, L. A., Hughes, S. O., O’Connor, T. M., Power, T. G., Fisher, J. O., & Hazen, N. L. (2012). Parental influences on children’s self-regulation of energy intake: insights from developmental literature on emotion regulation. *Journal of Obesity, 2012*, 1–12. <https://doi.org/10.1155/2012/327259>
- Gratz, K.L., & Roemer, L. (2004). Multidimensional assessment of emotion regulation and dysregulation: development, factor structure, and initial validation of the difficulties in emotion regulation scale. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment, 26*(1), 41-54. <https://doi.org/10.1023/B:JOBA.0000007455.08539.94>
- Gresham, D., & Gullone, E. (2012). Emotion regulation strategy use in children and adolescents: the explanatory roles of personality and attachment. *Personality and Individual Differences, 52*(5), 616–621. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2011.12.016>
- Gross, J. J. (1998). The emerging field of emotion regulation: an integrative review. *Review of General Psychology, 2*(3), 271-299. <https://doi.org/10.1037/1089-2680.2.3.271>
- Gross, J. J. (2002). Emotion regulation: affective, cognitive, and social consequences. *Psychophysiology, 39*(3), 281–291. <https://doi.org/10.1017/S0048577201393198>
- Gross, J. J. (2013). *Handbook of emotion regulation* (2<sup>a</sup> ed.). Guilford Publications.
- Gross, J. J. (2015). Emotion regulation: current status and future prospects. *Psychological Inquiry, 26*(1), 1–26. <https://doi.org/10.1080/1047840X.2014.940781>
- Hendricks, B. A., Vo, J. B., Dionne-Odom, J. N., & Bakitas, M. A. (2021). Parentification among young carers: a concept analysis. *Child and Adolescent Social Work Journal, 38*(5), 519–531. <https://doi.org/10.1007/s10560-021-00784-7>

- Hooper, L. M. (2007). The application of attachment theory and family systems theory to the phenomena of parentification. *The Family Journal*, 15(3), 217–223. <https://doi.org/10.1177/1066480707301290>
- Hooper, L. M., & Wallace, S. A. (2010). Evaluating the parentification questionnaire: psychometric properties and psychopathology correlates. *Contemporary Family Therapy*, 32(1), 52-68. <https://doi.org/10.1007/s10591-009-9103-9>
- Hooper, L. M., Tomek, S., Bond, J. M., & Reif, M. S. (2014). Race/ethnicity, gender, parentification, and psychological functioning: comparisons among a nationwide university sample. *The Family Journal*, 23(1), 33–48. <https://doi.org/10.1177/1066480714547187>
- Honor, G. (2019). Attachment disorders. *Journal of Pediatric Health Care*, 33(5), 612–622. <https://doi.org/10.1016/j.pedhc.2019.04.017>
- Ireland, M. J., & Pakenham, K. I. (2010). Youth adjustment to parental illness or disability: the role of illness characteristics, caregiving, and attachment. *Psychology, Health & Medicine*, 15(6), 632–645. <https://doi.org/10.1080/13548506.2010.498891>
- Islamiah, N., Breinholst, S., Walczak, M. A., & Esbjørn, B. H. (2023). The role of fathers in children’s emotion regulation development: a systematic review. *Infant and Child Development*, 32(2), 1-43. <https://doi.org/10.1002/icd.2397>
- Kahn, R. S., Brandt, D., & Whitaker, R. C. (2004). Combined effect of mothers’ and fathers’ mental health symptoms on children’s behavioral and emotional well-being. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine*, 158(8), 721-729. <https://doi.org/10.1001/archpedi.158.8.721>
- Källquist, A., & Salzman-Erikson, M. (2019). Experiences of having a parent with serious mental illness: an interpretive meta-synthesis of qualitative literature. *Journal of Child and Family Studies*, 28(8), 2056–2068. <https://doi.org/10.1007/s10826-019-01438-0>
- Kamis, C. (2021). The long-term impact of parental mental health on children’s distress trajectories in adulthood. *Society and Mental Health*, 11(1), 54–68. <https://doi.org/10.1177/2156869320912520>
- Khafi, T. Y., Yates, T. M., & Luthar, S. S. (2014). Ethnic differences in the developmental significance of parentification. *Family Process*, 53(2), 267–287. <https://doi.org/10.1111/famp.12072>

- Kiel, E. J., & Kalomiris, A. E. (2015). Current themes in understanding children's emotion regulation as developing from within the parent-child relationship. *Current Opinion in Psychology*, 3, 11-16. <https://doi.org/10.1016/j.copsyc.2015.01.006>
- Kline, R. (2016). *Principles and practice of structural equation modeling* (4<sup>a</sup> ed.). The Guilford Press.
- Kraft, L., Ebner, C., Leo, K., & Lindenberg, K. (2023). Emotion regulation strategies and symptoms of depression, anxiety, aggression, and addiction in children and adolescents: a meta-analysis and systematic review. *Clinical Psychology: Science and Practice*. Advance online publication. <https://doi.org/10.1037/cps0000156>
- LeFrançois, B. A. (2012). Distressed fathers and their children: a review of the literature. *International Journal of Social Psychiatry*, 58(2), 123-130. <https://doi.org/10.1177/0020764010387478>
- Lightfoot, C., Cole, M., & Cole, S. (2018). *The development of children* (8<sup>a</sup> ed.). Worth.
- Malik, S., Wells, A., & Wittkowski, A. (2015). Emotion regulation as a mediator in the relationship between attachment and depressive symptomatology: a systematic review. *Journal of Affective Disorders*, 172, 428-444. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2014.10.007>
- Manning, C., & Gregoire, A. (2009). Effects of parental mental illness on children. *Psychiatry*, 8(1), 7-9. <https://doi.org/10.1016/j.mppsy.2008.10.012>
- Marôco, J. (2018). *Análise estatística com o SPSS Statistics* (7<sup>a</sup> ed.). ReportNumber.
- Masiran, R., Ibrahim, N., Awang, H., & Lim, P. Y. (2023). The positive and negative aspects of parentification: an integrated review. *Children and Youth Services Review*, 144, 1-10. <https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2022.106709>
- Meadows, S. O., McLanahan, S. S., & Brooks-Gunn, J. (2007). Parental depression and anxiety and early childhood behavior problems across family types. *Journal of Marriage and Family*, 69(5), 1162-1177. <https://doi.org/10.1111/j.1741-3737.2007.00439.x>
- Mechling, B. (2016). From shadows to hope: shared experiences of emerging adults who grew up with a depressed parent in the home. *Issues in Mental Health Nursing*, 37(4), 211-218. <https://doi.org/10.3109/01612840.2016.1140252>
- Meier, D., Tschacher, W., Frommer, A., Moggi, F., & Pfammatter, M. (2023). Growth curves of common factors in psychotherapy: multilevel growth modelling and

- outcome analysis. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 30(5), 1095–1110. <https://doi.org/10.1002/cpp.2864>
- Mello, R., Féres-Carneiro, T., Machado, R. N., & Magalhães, A. S. (2020). Inversão geracional na família: repercussões da parentalização na vida adulta. *Psicologia USP*, 31, 1-8. <https://doi.org/10.1590/0103-6564e190126>
- Mello, R., Féres-Carneiro, T., & Seixas Magalhães, A. (2015). Das demandas ao dom: as crianças pais de seus pais. *Revista Subjetividades*, 15(2), 214–221. <https://doi.org/10.5020/23590777.15.2.214-221>
- Metz, D., & Jungbauer, J. (2021). “My scars remain forever”: a qualitative study on biographical developments in adult children of parents with mental illness. *Clinical Social Work Journal*, 49(1), 64–76. <https://doi.org/10.1007/s10615-019-00722-2>
- Mikulincer, M., & Shaver, P. R. (2019). Attachment orientations and emotion regulation. *Current Opinion in Psychology*, 25, 6–10. <https://doi.org/10.1016/j.copsyc.2018.02.006>
- Mordoch, E., & Hall, W. A. (2008). Children’s perceptions of living with a parent with a mental illness: finding the rhythm and maintaining the frame. *Qualitative Health Research*, 18(8), 1127–1144. <https://doi.org/10.1177/1049732308320775>
- Morelen, D., Shaffer, A., & Suveg, C. (2016). Maternal emotion regulation: links to emotion parenting and child emotion regulation. *Journal of Family Issues*, 37(13), 1891–1916. <https://doi.org/10.1177/0192513X14546720>
- Morris, A. S., Criss, M. M., Silk, J. S., & Houlberg, B. J. (2017). The impact of parenting on emotion regulation during childhood and adolescence. *Child Development Perspectives*, 11(4), 233–238. <https://doi.org/10.1111/cdep.12238>
- Morris, A. S., Silk, J. S., Steinberg, L., Myers, S. S., & Robinson, L. R. (2007). The role of the family context in the development of emotion regulation. *Social Development*, 16(2), 361–388. <https://doi.org/10.1111/j.1467-9507.2007.00389.x>
- Murphy, G., Peters, K., Wilkes, L. M., & Jackson, D. (2016). Adult children of parents with mental illness: losing oneself. Who am I? *Issues in Mental Health Nursing*, 37(9), 668–673. <https://doi.org/10.1080/01612840.2016.1178359>
- Naragon-Gainey, K., McMahon, T. P., & Chacko, T. P. (2017). The structure of common emotion regulation strategies: a meta-analytic examination. *Psychological Bulletin*, 143(4), 384–427. <https://doi.org/10.1037/bul0000093>

- Nuttall, A. K., Valentino, K., Cummings, E. M., & Davies, P. T. (2021). Contextualizing children's caregiving responses to interparental conflict: advancing assessment of parentification. *Journal of Family Psychology*, 35(3), 276–287. <https://doi.org/10.1037/fam0000646>
- Olhaberry, M., & Sieverson, C. (2022). Desarrollo socio-emocional temprano y regulación emocional. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 33(4), 358–366. <https://doi.org/10.1016/j.rmclc.2022.06.002>
- Ordem dos Psicólogos Portugueses. (2013). *Investir na Saúde Mental através da Intervenção Psicológica*. Lisboa. [https://recursos.ordemdospsicologos.pt/files/artigos/investir\\_na\\_sa\\_de\\_psic\\_e\\_m\\_portugal.pdf](https://recursos.ordemdospsicologos.pt/files/artigos/investir_na_sa_de_psic_e_m_portugal.pdf)
- Ordem dos Psicólogos Portugueses n.º 637/2021, de 13 de julho. *Diário da República*, Série II (134) [https://www.ordemdospsicologos.pt/ficheiros/documentos/regulamento\\_nao\\_63\\_7\\_2021.pdf](https://www.ordemdospsicologos.pt/ficheiros/documentos/regulamento_nao_63_7_2021.pdf)
- Östman, M. (2008). Interviews with children of persons with a severe mental illness—investigating their everyday situation. *Nordic Journal of Psychiatry*, 62(5), 354–359. <https://doi.org/10.1080/08039480801960065>
- Patrick, P., Reupert, A., & McLean, L. (2019a). “We are more than our parents’ mental illness”: narratives from adult children. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 16(5), 1-16. <https://doi.org/10.3390/ijerph16050839>
- Patrick, P. M., Reupert, A. E., & McLean, L. A. (2019b). A cross-sectional study on intergenerational parenting and attachment patterns in adult children of parents with mental illness. *Child & Family Social Work*, 24(4), 601–609. <https://doi.org/10.1111/cfs.12641>
- Patrick, P. M., Reupert, A. E., McLean, L. A., & Berger, E. (2023). Developing a support program for adult children of parents with mental illness: a delphi study. *Community Mental Health Journal*, 59(2), 209–221. <https://doi.org/10.1007/s10597-022-00999-7>
- Peris, T. S., Goeke-Morey, M. C., Cummings, E. M., & Emery, R. E. (2008). Marital conflict and support seeking by parents in adolescence: empirical support for the parentification construct. *Journal of Family Psychology*, 22(4), 633–642. <https://doi.org/10.1037/a0012792>

- Polizzi, C. P., & Lynn, S. J. (2021). Regulating emotionality to manage adversity: a systematic review of the relation between emotion regulation and psychological resilience. *Cognitive Therapy and Research*, 45(4), 577–597. <https://doi.org/10.1007/s10608-020-10186-1>
- Rahmani, F., Roshanghar, F., Gholizadeh, L., & Dickens, G. L. (2022). Caregiver or care receiver: adolescents' experience of caregiving to a parent with severe mental illness: a qualitative study. *Child & Family Social Work*, 27(4), 795–804. <https://doi.org/10.1111/cfs.12926>
- Reupert, A., & Maybery, D. (2007). Families affected by parental mental illness: a multiperspective account of issues and interventions. *American Journal of Orthopsychiatry*, 77, 362-369. <https://doi.org/10.1037/0002-9432.77.3.362>
- Reupert, A. E., J Maybery, D., & Kowalenko, N. M. (2012). Children whose parents have a mental illness: prevalence, need and treatment. *The Medical Journal of Australia*, 1, 7–9. <https://doi.org/10.5694/mja11.11200>
- Ruiz, S. K., Harris, S. J., Martinez, P., Gold, P. M., & Klimes-Dougan, B. (2018). Young adult's attachment style as a partial mediator between maternal functioning and young adult offsprings' functioning. *Journal of Affective Disorders*, 232, 393–399. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2017.12.034>
- Sanchis-Sanchis, A. S. (2020). Effects of age and gender in emotion regulation of children and adolescents. *Frontiers in Psychology*, 11(946), 1-13. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.00946>
- Schier, K., Herke, M., Nickel, R., Egle, U. T., & Hardt, J. (2015). Long-term sequelae of emotional parentification: a cross-validation study using sequences of regressions. *Journal of Child and Family Studies*, 24(5), 1307–1321. <https://doi.org/10.1007/s10826-014-9938-z>
- Schorr, S., & Goldner, L. (2023). “Like stepping on glass”: a theoretical model to understand the emotional experience of childhood parentification. *Family Relations*, 1-20. <https://doi.org/10.1111/fare.12833>
- Silk, J. S., Shaw, D. S., Forbes, E. E., Lane, T. L., & Kovacs, M. (2006). Maternal depression and child internalizing: the moderating role of child emotion regulation. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 35(1), 116–126. [https://doi.org/10.1207/s15374424jccp3501\\_10](https://doi.org/10.1207/s15374424jccp3501_10)
- Simões, S., Inácio, F., & Espirito-Santo, H. (2022). Children's social and emotional behavior: role of maternal emotion regulation, psychopathological

- symptomatology, and family functioning. *Análise Psicológica*, 40(1), 117–131.  
<https://doi.org/10.14417/ap.1905>
- Singleton, L. (2007). Parental mental illness: the effects on children and their needs. *British Journal of Nursing*, 16(14), 847–850.  
<https://doi.org/10.12968/bjon.2007.16.14.24321>
- Smith, M. (2004). Parental mental health: disruptions to parenting and outcomes for children. *Child and Family Social Work*, 9(1), 3–11.  
<https://doi.org/10.1111/j.1365-2206.2004.00312.x>
- Souza, A. B. M., Mendes, D. M. L. F., & Kappler, S. R. (2021). Estratégias de regulação emocional maternas e de crianças: revisão da literatura. *Gerais: Revista Interinstitucional de Psicologia*, 14, 1-22.  
<https://doi.org/10.36298/gerais202114e17001>
- Sutton, T. E. (2018). Review of attachment theory: familial predictors, continuity and change, and intrapersonal and relational outcomes. *Marriage & Family Review*, 55(1), 1–22. <https://doi.org/10.1080/01494929.2018.1458001>
- Suveg, C., Shaffer, A., Morelen, D., & Thomassin, K. (2011). Links between maternal and child psychopathology symptoms: mediation through child emotion regulation and moderation through maternal behavior. *Child Psychiatry & Human Development*, 42(5), 507–520. <https://doi.org/10.1007/s10578-011-0223-8>
- Tabak, I., Zabłocka-Żytka, L., Ryan, P., Poma, S. Z., Joronen, K., Viganò, G., Simpson, W., Paavilainen, E., Scherbaum, N., Smith, M., & Dawson, I. (2016). Needs, expectations and consequences for children growing up in a family where the parent has a mental illness: children of parents with mental illness. *International Journal of Mental Health Nursing*, 25(4), 319–329.  
<https://doi.org/10.1111/inm.12194>
- Tapias, E., Coromina, M., Grases, N., & Ochoa, S. (2021). Psychological treatments with children of parents with mental illness: a systematic review. *Child & Youth Care Forum*, 50(6), 1107–1130. <https://doi.org/10.1007/s10566-021-09608-2>
- Terenó, S., & Matos, I. (2017). Contributos da teoria da vinculação para a prática clínica desenvolvimental. *Análise Psicológica*, 35(4), 409–423.  
<https://doi.org/10.14417/ap.1115>
- Thompson, R. A., Simpson, J. A., & Berlin, L. J. (2021). *Attachment: the fundamental questions*. Guilford Publications.

- Thompson, R. A., Simpson, J. A., & Berlin, L. J. (2022). Taking perspective on attachment theory and research: nine fundamental questions. *Attachment & Human Development*, 24(5), 543–560. <https://doi.org/10.1080/14616734.2022.2030132>
- Tukey, J. (1977). *Exploratory data analysis*. Addison-Wesley publishing company.
- Van Loon, L. M. A., Van De Ven, M. O. M., Van Doesum, K. T. M., Hosman, C. M. H., & Witteman, C. L. M. (2017). Parentification, stress, and problem behavior of adolescents who have a parent with mental health problems. *Family Process*, 56(1), 141–153. <https://doi.org/10.1111/famp.12165>
- Van Parys, H., Bonnewyn, A., Hooghe, A., De Mol, J., & Rober, P. (2015). Toward understanding the child's experience in the process of parentification: young adults' reflections on growing up with a depressed parent. *Journal of Marital and Family Therapy*, 41(4), 522–536. <https://doi.org/10.1111/jmft.12087>
- Veloso, M., Gouveia, J. P., & Dinis, A. (2011). Estudos de validação com a versão portuguesa da escala de dificuldades na regulação emocional (EDRE). *Psychologica*, 54, 87-110. [https://doi.org/10.14195/1647-8606\\_54\\_4](https://doi.org/10.14195/1647-8606_54_4)
- Weiss, N. H., Thomas, E. D., Schick, M. R., Reyes, M. E., & Contractor, A. A. (2022). Racial and ethnic differences in emotion regulation: a systematic review. *Journal of Clinical Psychology*, 78(5), 785–808. <https://doi.org/10.1002/jclp.23284>
- World Medical Association (2013). *Declaração de Helsínquia da Associação Médica Mundial (WMA). Princípios éticos para a pesquisa médica envolvendo seres humanos*. Acedido pela URL, em 30 de janeiro de 2023: [https://www.wma.net/wp-content/uploads/2016/11/491535001395167888\\_DoHBrazilianPortugueseVersionRev.pdf](https://www.wma.net/wp-content/uploads/2016/11/491535001395167888_DoHBrazilianPortugueseVersionRev.pdf)
- Yamamoto, R., & Keogh, B. (2018). Children's experiences of living with a parent with mental illness: a systematic review of qualitative studies using thematic analysis. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 25(2), 131–141. <https://doi.org/10.1111/jpm.12415>
- Zhang, X., Li, J., Xie, F., Chen, X., Xu, W., & Hudson, N. W. (2022). The relationship between adult attachment and mental health: a meta-analysis. *Journal of Personality and Social Psychology*, 123(5), 1089–1137. <https://doi.org/10.1037/pspp0000437>
- Zörer, P., & Yorulmaz, O. (2022). A current overview on emotion regulation:

contextual factors. *Psikiyatride Güncel Yaklaşımlar*, 14(2), 195–206.  
<https://doi.org/10.18863/pgy.972675>

## Anexos

### **Anexo 1:** Explicação dos participantes excluídos devido aos critérios de elegibilidade.

No total foram excluídos 28 participantes devido aos seguintes incumprimentos dos critérios necessários para participação do estudo:

- 1 participante (do sexo feminino) foi excluído devido ao preenchimento incorreto da idade (“5”);
- 13 participantes não cumpriram o critério de inclusão “nacionalidade portuguesa”, sendo identificados 9 sujeitos de nacionalidade brasileira; 1 sujeito de nacionalidade angolana; 1 sujeito de nacionalidade chinesa; 1 sujeito de nacionalidade polaca; 1 sujeito de nacionalidade francesa;
- 7 participantes (5 do sexo feminino e 2 do sexo masculino) apresentavam um dos critério de exclusão do estudo, concretamente o facto de ao longo do seu desenvolvimento não terem crescido junto dos progenitores;
- 5 participantes (do sexo feminino) indicaram que o diagnóstico dos pais foi atribuído há menos de 1 ano, não cumprindo, desta forma, um dos critérios de inclusão.
- 2 participantes (do sexo feminino) foram excluídos da amostra total devido ao facto do diagnóstico dos pais não ser conclusivo ou definido como doença mental (“esgotamento” e “esgotamento nervoso”).

**Anexo 2:** *E-mail* padrão para autorização do uso dos instrumentos.

Caro(a) Professor(a) [nome do(a) autor(a)],

O meu nome é Diana Filipa Rodrigues Gonçalves e sou aluna finalista do Mestrado Integrado em Psicologia Clínica, do ISPA - Instituto Universitário. Neste momento, estou a desenvolver a minha dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica sob orientação do Prof. Doutor Miguel Trigo.

O objetivo do presente estudo é avaliar como a experiência de doença mental dos pais influencia a regulação emocional e funcionamento psicossocial dos descendentes. Uma das variáveis que pretendo analisar é [nome da variável], utilizando a/o [nome do instrumento].

Desta forma, venho pedir autorização para o uso da versão traduzida e adaptada para a população portuguesa da [nome do instrumento]. No caso de dispor de informação ou investigações complementares sobre esta escala, eu teria muito interesse em estudá-la e poder incluí-la na revisão bibliográfica.

Agradeço o tempo despendido e deixo os melhores cumprimentos,  
Diana Gonçalves

**Anexo 3:** *E-mail* padrão para recolha da amostra.

Exmº Senhor Diretor [NOME]

O meu nome é Diana Filipa Rodrigues Gonçalves e sou aluna do 5º ano do Mestrado Integrado em Psicologia Clínica, no ISPA - Instituto Universitário. Neste momento, estou a desenvolver a minha dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica sob orientação do Prof. Doutor Miguel Trigo.

O objetivo deste estudo é avaliar como a experiência de doença mental dos pais influencia a regulação emocional e funcionamento psicossocial dos descendentes.

Neste sentido, venho pedir autorização para efetuar uma parte da recolha desta amostra no [LOCAL]. Serão elegíveis participantes entre os 18 e os 30 anos de idade, cujos progenitores (pai e/ou mãe) tenham recebido um diagnóstico de doença mental ao longo da sua vida.

Os participantes serão esclarecidos sobre os objetivos e os procedimentos do estudo e sobre qualquer dúvida que coloquem acerca desta investigação. Ao integrar o estudo podem desistir a qualquer momento, sem nenhuma desvantagem ou desconforto.

A informação recolhida é confidencial, anónima e será codificada para tratamento estatístico, não sendo possível a identificação de contributos singulares. A colaboração neste estudo não acarreta qualquer risco e o único desconforto previsível associa-se ao preenchimento dos questionários de relato pessoal.

O melhor conhecimento da temática em investigação trará contributos positivos para a sua abordagem científica, social e clínica.

Para melhor apreciação, junto o resumo do projeto de investigação. Qualquer dúvida ou esclarecimento necessário não hesite em contactar através do e-mail: [goncalves.df99@gmail.com](mailto:goncalves.df99@gmail.com)

Agradeço o tempo despendido.

Com os melhores cumprimentos,

Diana Gonçalves

**Anexo 4:** Caracterização dos participantes recrutados para realização do pré-teste e tempo de resposta ao questionário.

**Tabela 13**

*Pré-teste: Dados dos participantes*

<b>Participante</b>	<b>Formato</b>	<b>Idade</b>	<b>Sexo</b>	<b>Habilitações literárias</b>	<b>Situação profissional</b>	<b>Tempo de resposta</b>
1	<i>Online</i>	20	Feminino	Ensino secundário	Estudante	14'24
2	Papel	23	Feminino	Licenciatura	Empregado(a)	8'54
3	Papel	21	Feminino	Licenciatura	Estudante	14'02
4	<i>Online</i>	19	Feminino	Ensino secundário	Desempregado (a)	14'50
5	Papel	24	Feminino	Mestrado	Trabalhador-estudante	12'01
6	<i>Online</i>	22	Masculino	Licenciatura	Estudante	9'22

**Anexo 5:** *Post* de divulgação do estudo nas redes sociais.

## A DOENÇA MENTAL COMO UMA SOBRECARGA: OS EFEITOS EMOCIONAIS E PSICOSSOCIAIS NOS DESCENDENTES

PARTICIPE! APENAS PRECISA DE TER:



IDADE IGUAL OU SUPERIOR A 18 ANOS



15 MINUTOS



SCAN ME

[HTTPS://DOCS.GOOGLE.COM/FORMS/D/E/1FAIPQLSCVEOI2QEFJFBHYH7YWYONKLNUI-DXQYXJ3\\_GINBY6YQDUGXDA/VIEWFORM?USP=SF\\_LIN](https://docs.google.com/forms/d/e/1FAIPQLSCVEOI2QEFJFBHYH7YWYONKLNUI-DXQYXJ3_GINBY6YQDUGXDA/VIEWFORM?USP=SF_LIN)

Ajude a compreender como a experiência de doença mental dos pais influencia a regulação emocional e funcionamento psicossocial dos seus descendentes



**Anexo 6:** Newsletter N.º18/2023 da ADEB – divulgação do estudo “A doença mental como uma sobrecarga: os efeitos emocionais e psicossociais nos descendentes”.

**De:** ADEB - Associação de Apoio aos Doentes Depressivos e Bipolares <[newsletter@news-adeb.pt](mailto:newsletter@news-adeb.pt)>

**Enviada:** 20 de abril de 2023 17:37

**Para:** [soniacherpe@adeb.pt](mailto:soniacherpe@adeb.pt)

**Assunto:** Newsletter N.º18/2023 – Divulgação do estudo “A doença mental como uma sobrecarga: os efeitos emocionais e psicossociais nos descendentes”



**Caros Associados/as,**

A ADEB vem pelo presente comunicado **divulgar um estudo que pretende avaliar como a experiência de doença mental dos pais influencia a regulação emocional e funcionamento psicossocial dos seus descendentes. Este estudo com o título – “A DOENÇA MENTAL COMO UMA SOBRECARGA: OS EFEITOS EMOCIONAIS E PSICOSSOCIAIS NOS DESCENDENTES”**, encontra-se a ser desenvolvido pela estudante Diana Gonçalves no âmbito da sua dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica, no ISPA – Instituto Universitário.

**A recolha de dados na ADEB decorrerá presencialmente na Sede, em Lisboa, e via *online* nas Delegações da ADEB em Coimbra e Porto.** Os participantes preferencialmente serão descendentes de pais com experiência de doença mental, com idade igual ou superior a 18 anos, de nacionalidade portuguesa, com acesso a redes sociais (relacionado com uma das opções de recolha da amostra), excluindo-se quem não coabitou diariamente e/ou prolongadamente no tempo junto do(a) progenitor(a).

A sua participação é totalmente voluntária, anónima e confidencial, podendo desistir do estudo a qualquer momento, sem nenhum desconforto ou desvantagem pessoal.

**O preenchimento do questionário terá uma duração de aproximadamente 15 minutos. Caso tenha disponibilidade para participar no presente estudo ou tencione partilhar o mesmo poderá fazê-lo através deste link: <https://forms.gle/aGBKCmdLJHmMHKHg7>.**

Gratos pela atenção,  
Qualquer dúvida contacte através do email [adeb@adeb.pt](mailto:adeb@adeb.pt).

Saudações Fraternais,  
Presidente da Direção da ADEB,  
Delfim Augusto d'Oliveira

newsletter n.º 18/2023



Sent to: [soniacherpe@adeb.pt](mailto:soniacherpe@adeb.pt)

[Unsubscribe](#)

## Anexo 7: Pré-visualização do questionário em formato *Google Forms*.

# A doença mental como uma sobrecarga: Os efeitos emocionais e psicossociais nos descendentes

### Consentimento Informado

Caro(a) participante,

O meu nome é Diana Filipa Rodrigues Gonçalves e sou aluna do 5º ano do Mestrado Integrado em Psicologia Clínica, no ISPA - Instituto Universitário.

No âmbito da minha dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica sob a orientação do Prof. Doutor Miguel Trigo, encontro-me a desenvolver o presente estudo. Este tem como objetivo avaliar como a experiência de doença mental dos pais influencia a regulação emocional e funcionamento psicossocial dos seus descendentes.

Neste sentido, venho solicitar o seu consentimento e participação. O estudo em questão engloba o preenchimento individual de questionários de relato pessoal com uma duração de aproximadamente 15 minutos.

A sua participação é totalmente **voluntária**, podendo desistir do estudo a qualquer momento, sem nenhum desconforto ou desvantagem pessoal. Para além de voluntária, a sua colaboração é **anónima, confidencial e não inclui** qualquer tipo de **recompensa monetária**. Os dados recolhidos serão codificados para tratamento estatístico, não sendo possível identificar quaisquer contributos singulares. O seu envolvimento neste estudo não acarretará riscos, o único desconforto previsível está associado ao preenchimento dos questionários de relato pessoal.

É importante salientar que a sua participação contribuirá para um melhor conhecimento da temática em investigação, favorecendo a sua abordagem científica, social e clínica.

Quaisquer dúvidas ou esclarecimentos necessários acerca da presente investigação poderá contactar pelo e-mail: [26444@alunos.ispa.pt](mailto:26444@alunos.ispa.pt).

Obrigada pela sua colaboração.

\* Indica uma pergunta obrigatória

Tomei conhecimento da informação acima referida e confirmo ter pelo menos 18 anos. Seleccione uma das opções: \*

- Aceito participar voluntariamente neste estudo.
- Não aceito participar neste estudo.

### Questionário de Dados Sociodemográficos e de Caracterização da Amostra

1. Idade (anos) \*

A sua resposta

2. Sexo \*

- Masculino
- Feminino
- Intersexo

3. Nacionalidade \*

A sua resposta

4. Área de residência \*

- Norte
- Centro
- Área Metropolitana de Lisboa
- Alentejo
- Algarve
- Região Autónoma da Madeira
- Região Autónoma dos Açores
- Outra:

5. Habilitações literárias \*

- Ensino básico (1º, 2º e 3º ciclos)
- Ensino secundário (10º, 11º e 12º ano)
- Licenciatura
- Mestrado
- Doutoramento
- Outra:

6. Situação profissional \*

- Empregado(a)
- Desempregado(a).
- Estudante
- Outra:

7. Alguma vez lhe foi diagnosticada uma doença mental? \*

- Não.
- Sim.

7.1. Se sim, qual e há quantos anos?

A sua resposta

8. Atualmente recorre ou já recorreu a algum tipo de acompanhamento psicológico? \*

- Não.
- Sim.

8.1. Se sim, em que intervalo(s) de tempo? (e.g. 2015-2020)

A sua resposta

9. Durante o seu desenvolvimento cresceu junto do(a) seu(sua) progenitor(a)? \*

- Não.
- Sim, junto da minha mãe.
- Sim, junto do meu pai.
- Sim, junto de ambos.

10. Coabita **atualmente** com o(a) seu(sua) progenitor(a)? \*

- Não.
- Sim, junto da minha mãe.
- Sim, junto do meu pai.
- Sim, junto de ambos.

11. Ao longo da sua vida os seus progenitores tiveram algum diagnóstico de doença mental? \*

- Não.
- Sim, o meu pai.
- Sim, a minha mãe.
- Sim, ambos.

Questões sobre o familiar (**pai**) com experiência de doença mental

a) Qual o diagnóstico? \*

- Depressão.
- Ansiedade (e.g. ataques de pânico; fobias).
- Perturbação obsessivo-compulsiva.
- Doença bipolar.
- Outra:

b) Há quanto tempo foi diagnosticada a doença? \*

- < 6 meses.
- < 1 ano.
- 1 - 5 anos.
- 5 - 10 anos.
- > 10 anos.

c) O seu pai já recorreu ou recorre atualmente a algum tipo de acompanhamento psicológico? \*

- Não.
- Sim.

Se sim, em que intervalo(s) de tempo? (e.g. 2015-2020)

A sua resposta

d) O seu pai toma medicação psiquiátrica? \*

- Não.
- Sim.

Se sim, há quanto tempo?

A sua resposta

e) Considera que a doença do seu pai tem piorado ao longo do tempo? \*

Não.

Sim.

f) Teve apoio de outras pessoas para lidar com a doença do seu pai? \*

Não.

Sim.

Se sim, quem? (e.g. avós; irmãos)

A sua resposta

Questões sobre o familiar (**mãe**) com experiência de doença mental

a) Qual o diagnóstico? \*

- Depressão.
- Ansiedade (e.g. ataques de pânico; fobias).
- Perturbação obsessivo-compulsiva.
- Doença bipolar.
- Outra:

b) Há quanto tempo foi diagnosticada a doença? \*

- < 6 meses.
- < 1 ano.
- 1 - 5 anos.
- 5 - 10 anos.
- > 10 anos.

c) A sua mãe já recorreu ou recorre atualmente a algum tipo de acompanhamento psicológico? \*

- Não.
- Sim.

Se sim, em que intervalo(s) de tempo? (e.g. 2015-2020)

A sua resposta

d) A sua mãe toma medicação psiquiátrica? \*

Não.

Sim.

Se sim, há quanto tempo?

A sua resposta

e) Considera que a doença da sua mãe tem piorado ao longo do tempo? \*

Não.

Sim.

f) Teve apoio de outras pessoas para lidar com a doença da sua mãe? \*

Não.

Sim.

Se sim, quem? (e.g. avós; irmãos)

A sua resposta

Questões sobre o familiar (**pai**) com experiência de doença mental

a) Qual o diagnóstico? \*

- Depressão.
- Ansiedade (e.g. ataques de pânico; fobias).
- Perturbação obsessivo-compulsiva.
- Doença bipolar.
- Outra:

b) Há quanto tempo foi diagnosticada a doença? \*

- < 6 meses.
- < 1 ano.
- 1 - 5 anos.
- 5 - 10 anos.
- > 10 anos.

c) O seu pai já recorreu ou recorre atualmente a algum tipo de acompanhamento psicológico? \*

Não.

Sim.

Se sim, em que intervalo(s) de tempo? (e.g. 2015-2020)

A sua resposta

d) O seu pai toma medicação psiquiátrica? \*

Não.

Sim.

Se sim, há quanto tempo?

A sua resposta

e) Considera que a doença do seu pai tem piorado ao longo do tempo? \*

Não.

Sim.

f) Teve apoio de outras pessoas para lidar com a doença do seu pai? \*

- Não.
- Sim.

Se sim, quem? (e.g. avós; irmãos)

A sua resposta

Questões sobre o familiar (**mãe**) com experiência de doença mental \*

a) Qual o diagnóstico?

- Depressão.
- Ansiedade (e.g. ataques de pânico; fobias).
- Perturbação obsessivo-compulsiva.
- Doença bipolar.
- Outra:

b) Há quanto tempo foi diagnosticada a doença? \*

- < 6 meses.
- < 1 ano.
- 1 - 5 anos.
- 5 - 10 anos.
- > 10 anos.

c) A sua mãe já recorreu ou recorre atualmente a algum tipo de acompanhamento psicológico? \*

- Não.
- Sim.

Se sim, em que intervalo(s) de tempo? (e.g. 2015-2020)

A sua resposta

d) A sua mãe toma medicação psiquiátrica? \*

- Não.
- Sim.

Se sim, há quanto tempo?

A sua resposta

e) Considera que a doença da sua mãe tem piorado ao longo do tempo? \*

Não.

Sim.

f) Teve apoio de outras pessoas para lidar com a doença da sua mãe? \*

Não.

Sim.

Se sim, quem? (e.g. avós; irmãos)

A sua resposta

### **Escala de Vinculação do Adulto (EVA) [1]**

*Adult Attachment Scale R*

(Versão original: Collins & Read, 1990; Versão portuguesa: Canavarro, 1997)

[1] adaptada com base na versão "Close Relationships Version" proposta por Collins (1996).

**Instruções:** As seguintes questões dizem respeito à forma como **geralmente** se sente em **relações próximas importantes na sua vida**. Pense nas suas relações passadas e presentes com pessoas que foram especialmente importantes para si, tais como familiares, parceiros românticos, e amigos íntimos.

Responda a cada afirmação em termos de como **geralmente** se sente nestas relações.

Nada	Pouco	Característico	Muito	Ext
característico	característico	em mim	característico	ca
em mim	em mim		em mim	

Os itens foram retirados devido à proteção dos direitos de autor e de cópia

**Os itens foram retirados devido à proteção dos direitos de autor e de cópia**

**Os itens foram retirados devido à proteção dos direitos de autor e de cópia**

### Questionário sobre a Parentalização

(Tradução e adaptação: Féres-Carneiro et al., 2021)

*Parentification Questionnaire (PQ)* (Jurkovic & Thirkield, 1998)

As seguintes afirmações são possíveis descrições de experiências que possa ter tido durante o seu crescimento. Se a afirmação descrever de forma precisa uma parte da sua experiência infantil, isto é, do tempo em que morou em casa, com a sua família (incluindo a sua adolescência), marque a afirmação como verdadeira. Se a afirmação não descrever de forma precisa a sua experiência, marque-a como falsa. \*

Verdadeira

Falsa

**Os itens foram retirados devido à proteção dos direitos de autor e de cópia**

**Os itens foram retirados devido à proteção dos direitos de autor e de cópia**

**Os itens foram retirados devido à proteção dos direitos de autor e de cópia**

**Os itens foram retirados devido à proteção dos direitos de autor e de cópia**

---

**Escala de Dificuldades na Regulação Emocional (EDRE)**

(Tradução e adaptação: Pinto Gouveia, J & Veloso, M., 2007)

*Difficulties in Emotion Regulation Scale (DERS)* (Gratz & Roemer, 2004)

**Instruções:** Estamos interessados em saber como as pessoas lidam com as dificuldades que sentem quando procuram regular as suas emoções. Todos nós diferimos quanto ao modo como regulamos as nossas emoções, e como tal, sentimos dificuldades diferentes, logo não há respostas corretas ou erradas. \*

Por favor, leia cuidadosamente cada afirmação e assinale para cada uma delas, usando a escala indicada abaixo, o modo como lidou com os seus sentimentos **durante o último mês**.

1 - Quase nunca (0-10%)	2 - Algumas vezes (11-35%)	3 - Cerca de metade do tempo (36-65%)	4 - A maior parte do tempo (66-90%)	5 - Quase sempre (91-100%)
-------------------------	----------------------------	---------------------------------------	-------------------------------------	----------------------------

Os itens foram retirados devido à proteção dos direitos de autor e de cópia

**Os itens foram retirados devido à proteção dos direitos de autor e de cópia**

**Os itens foram retirados devido à proteção dos direitos de autor e de cópia**

**Os itens foram retirados devido à proteção dos direitos de autor e de cópia**

**Os itens foram retirados devido à proteção dos direitos de autor e de cópia**

**Os itens foram retirados devido à proteção dos direitos de autor e de cópia**

**Os itens foram retirados devido à proteção dos direitos de autor e de cópia**

**Os itens foram retirados devido à proteção dos direitos de autor e de cópia**

**Anexo 8:** Questionário de Dados Sociodemográficos e de  
Caracterização da Amostra.

INSTITUTO UNIVERSITÁRIO DE CIÊNCIAS PSICOLÓGICAS, SOCIAIS E DA VIDA  
MESTRADO INTEGRADO EM PSICOLOGIA CLÍNICA

**QUESTIONÁRIO DE DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS E DE  
CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA**

Data:     /     / 2023

1. Idade: \_\_\_\_\_ (anos)

2. Sexo:

- Masculino  
 Feminino  
 Intersexo

3. Nacionalidade: \_\_\_\_\_

4. Área de residência:

- Norte  
 Centro  
 Área Metropolitana de Lisboa  
 Alentejo  
 Algarve  
 Região Autónoma da Madeira  
 Região Autónoma dos Açores  
 Outro Qual? \_\_\_\_\_

5. Habilitações literárias:

- Ensino básico (1º, 2º e 3º ciclos)  
 Ensino secundário (10º, 11º e 12º ano)  
 Licenciatura  
 Mestrado  
 Doutoramento  
 Outra Qual? \_\_\_\_\_

6. Situação profissional:

- Empregado(a)
- Desempregado(a)
- Estudante
- Outro Qual? \_\_\_\_\_

7. Alguma vez lhe foi diagnosticada uma doença mental?

- Não.
- Sim. Qual? \_\_\_\_\_ | Há quantos anos? \_\_\_\_\_

8. Atualmente recorre ou já recorreu a algum tipo de acompanhamento psicológico?

- Não.
- Sim. Em que intervalo(s) de tempo? \_\_\_\_\_ (e.g. 2015-2020)

9. Durante o seu desenvolvimento cresceu junto do(a) seu(sua) progenitor(a)?

- Não.
- Sim, junto da minha mãe.
- Sim, junto do meu pai.
- Sim, junto de ambos.

10. Coabita **atualmente** com o(a) seu(sua) progenitor(a)?

- Não.
- Sim, junto da minha mãe.
- Sim, junto do meu pai.
- Sim, junto de ambos.

11. Ao longo da sua vida os seus progenitores tiveram algum diagnóstico de doença mental?

- Não.
- Sim. Quem? \_\_\_\_\_ (pai/mãe)
- Sim, ambos.

*Nota:* Caso tenha respondido “**não**” à questão anterior, não preencha as questões seguintes.

Caso tenha respondido “**sim**” à questão anterior, responda às restantes questões. **Tenha em atenção a qual dos familiares (pai ou mãe) se refere o conjunto de questões. Preencha apenas tendo em conta o que selecionou anteriormente, o restante deixe em branco.**

-----

Questões sobre o familiar (**pai**) com experiência de doença mental

a) Qual o diagnóstico?

- Depressão.
- Ansiedade (e.g. ataques de pânico; fobias).
- Perturbação Obsessivo-Compulsiva.
- Doença Bipolar.
- Outra. Qual? \_\_\_\_\_

b) Há quanto tempo foi diagnosticada a doença?

- < 6 meses.
- < 1 ano.
- 1 – 5 anos.
- 5 – 10 anos.
- > 10 anos.

c) O seu pai já recorreu ou recorre atualmente a algum tipo de acompanhamento psicológico?

- Não.
- Sim. Em que intervalo(s) de tempo? \_\_\_\_\_ (e.g. 2015-2020)

d) O seu pai toma medicação psiquiátrica?

- Não.
- Sim. Há quanto tempo? \_\_\_\_\_

e) Considera que a doença do seu pai tem piorado ao longo do tempo?

- Não.
- Sim.

f) Teve apoio de outras pessoas para lidar com a doença do seu pai?

- Não.
- Sim. Quem? \_\_\_\_\_ (e.g. avós; irmãos)

Questões sobre o familiar (**mãe**) com experiência de doença mental

a) Qual o diagnóstico?

- Depressão.
- Ansiedade (e.g. ataques de pânico; fobias).
- Perturbação Obsessivo-Compulsiva.
- Doença Bipolar.
- Outra. Qual? \_\_\_\_\_

b) Há quanto tempo foi diagnosticada a doença?

- < 6 meses.
- < 1 ano.
- 1 – 5 anos.
- 5 – 10 anos.
- > 10 anos.

c) A sua mãe já recorreu ou recorre atualmente a algum tipo de acompanhamento psicológico?

- Não.
- Sim. Em que intervalo(s) de tempo? \_\_\_\_\_ (e.g. 2015-2020)

d) A sua mãe toma medicação psiquiátrica?

- Não.
- Sim. Há quanto tempo? \_\_\_\_\_

e) Considera que a doença da sua mãe tem piorado ao longo do tempo?

- Não.
- Sim.

f) Teve apoio de outras pessoas para lidar com a doença da sua mãe?

- Não.
- Sim. Quem? \_\_\_\_\_ (e.g. avós; irmãos)

**Anexo 9:** Escala de Vinculação do Adulto (*EVA*).

### **Escala de Vinculação do Adulto (EVA)<sup>1</sup>**

*Adult Attachment Scale R*

(Versão original: Collins & Read, 1990; Versão portuguesa: Canavarro, 1997)

**Instruções:** As seguintes questões dizem respeito há forma como *geralmente* se sente em *relações próximas importantes na sua vida*. Pense nas suas relações passadas e presentes com pessoas que foram especialmente importantes para si, tais como familiares, parceiros românticos, e amigos íntimos. Responda a cada afirmação em termos de como *geralmente* se sente nestas relações.

**O instrumento foi retirado devido à proteção dos direitos de autor e de cópia**

---

<sup>1</sup> adaptada com base na versão “*Close Relationships Version*” proposta por Collins (1996).

**O instrumento foi retirado devido à proteção dos direitos de autor e de cópia**

**Anexo 10:** Questionário sobre a Parentalização (*QP*).

**Questionário sobre a Parentalização**

(Tradução e adaptação: Féres-Carneiro et al., 2021)

*Parentification Questionnaire (PQ)* (Jurkovic & Thirkield, 1998)

As seguintes afirmações são possíveis descrições de experiências que possa ter tido durante o seu crescimento. Se a afirmação descrever de forma precisa uma parte da sua experiência infantil, isto é, do tempo em que morou em casa, com a sua família (incluindo a sua adolescência), marque a afirmação como verdadeira. Se a afirmação não descrever de forma precisa a sua experiência, marque-a como falsa.

**O instrumento foi retirado devido à proteção dos direitos de autor e de cópia**

**O instrumento foi retirado devido à proteção dos direitos de autor e de cópia**

**Anexo 11:** Escala de Dificuldades na Regulação Emocional (*EDRE*).

**Escala de Dificuldades na Regulação Emocional (EDRE)**

(Tradução e adaptação: Pinto Gouveia, J & Veloso, M., 2007)

*Difficulties in Emotion Regulation Scale (DERS)* (Gratz & Roemer, 2004)

**Instruções:** Estamos interessados em saber como as pessoas lidam com as dificuldades que sentem quando procuram regular as suas emoções. Todos nós diferimos quanto ao modo como regulamos as nossas emoções, e como tal, sentimos dificuldades diferentes, logo não há respostas corretas ou erradas.

Por favor, leia cuidadosamente cada afirmação e assinale para cada uma delas, usando a escala indicada abaixo, o modo como lidou com os seus sentimentos **durante o último mês**.

**Utilize por favor esta escala:**

<b>Quase nunca (0-10%)</b>	<b>Algumas vezes (11-35%)</b>	<b>Cerca de metade do tempo (36-65%)</b>	<b>A maior parte do tempo (66-90%)</b>	<b>Quase sempre (91-100%)</b>
<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>

**O instrumento foi retirado devido à proteção dos direitos de autor e de cópia**

**O instrumento foi retirado devido à proteção dos direitos de autor e de cópia**

**O instrumento foi retirado devido à proteção dos direitos de autor e de cópia**

**Anexo 12:** Constituição da bateria de instrumentos.**Tabela 14***Bateria de instrumentos*

<b>Instrumento versão original</b>	<b>Sigla</b>	<b>Instrumento versão adaptada</b>	<b>Sigla</b>	<b>N.º itens</b>	<b>Dimensões</b>
--	--	Questionário de Dados Sociodemográficos e de Caracterização da Amostra	QDS-CM	23	11 questões sobre dados gerais referentes ao participante e 6 questões sobre cada familiar (pai/mãe) com experiência de doença mental.
<i>Adult Attachment Scale R</i>	<i>AAS-R</i>	Escala de Vinculação do Adulto	EVA	18	1) Ansiedade; 2) Contacto com a proximidade; 3) Confiança nos outros
<i>Parentification Questionnaire</i>	<i>PQ</i>	Questionário sobre a Parentalização	QP	24	1) Parentalização instrumental; 2) Parentalização emocional; 3) Perceção de injustiça experimentada
<i>Difficulties in Emotion Regulation Scale</i>	<i>DERS</i>	Escala de Dificuldade na Regulação Emocional	EDRE	36	1) não aceitação de respostas emocionais; 2) incapacidade de se envolver em comportamentos orientados para objetivos; 3) dificuldade no controlo de impulsos; 4) falta de consciência emocional; 5) acesso limitado a estratégias de regulação emocional; 6) falta de clareza emocional
<b>Total</b>	--	4	--	101	--

**Anexo 13:** Autorização para o uso da Escala de Vinculação do Adulto (*EVA*).



**Catarina Cardoso** ✓

para mim ▼

terça, 20/12/2022, 18:52



Exma. Diana Gonçalves,

Para ter acesso a todas as informações que necessita relativas ao instrumento de avaliação EVA – Escala de Vinculação do Adulto, peço-lhe que aceda ao website do nosso grupo de investigação através do seguinte link:

<http://www.fpce.uc.pt/saude/EVA.html>

Com os melhores cumprimentos,

Catarina Cardoso

...

[Mensagem reduzida] [Ver toda a mensagem](#)

## Pedido de instrumento de avaliação | Relações afectivas

Nome	Diana Filipa Rodrigues Gonçalves
E-mail	<input type="text"/>
Área de formação do requerente	Psicologia
Já concluiu a sua formação?	Não
É membro da Ordem dos Psicólogos Portugueses	Não
O instrumento de avaliação será utilizado para fins	Académicos/Investigação
Nome	Miguel Trigo
E-mail	<input type="text"/>
Instituição	ISPA - Instituto Universitário
Título	A sobrecarga da doença mental: os efeitos emocionais e psicossociais nos descendentes
Tipo de população	Adultos
Tamanho de amostra previsto	100
Qual o questionário desejado	EVA
	Accepted

**Anexo 14:** Autorização para o uso do Questionário sobre a Parentalização (*QP*).



**Amanda Londero dos Santos**

para mim ▼

sexta, 30/12/2022, 00:22



Olá, Diana, espero que voce esteja bem.

Com prazer posso compartilhar o questionário sobre a parentalização. No momento, estou de férias e retorno na segunda semana de janeiro. Assim que retornar de férias, envio o questionário para você.

Aproveito para desejar um ótimo ano novo!

Abraços,

Amanda

**Anexo 15:** Autorização para o uso da Escala de Dificuldades na Regulação Emocional (*EDRE*).



**José Gouveia**

para mim ▾

terça, 20/12/2022, 11:02 ☆ ↶ ⋮

Cara Diana Gonçalves

autorizo e envio-lhe a DERS, que é o que penso que pede ao lhe chamar EDRE. Não uso essa escala há mais de 10 anos e vou enviar-lhe o que tenho. Pode contactar o Dr. Mário Veloso que quando meu aluno de mestrado trabalhou essa escala comigo tendo depois publicado um artigo mas que não encontro. Não tenho o email dele, mas ele trabalha na PIN e por aí facilmente o encontra. Ele lhe dará acesso ao artigo que publicamos e mais informação acerca da escala.

Felicidades para a sua investigação

JOsé Pinto Gouveia



—

José Pinto Gouveia,MD,Ph.D.

Psychiatrist

Retired Full Professor of Clinical Psychology

Integrated Member of the CINEICC Research Group: Cognitive and Behavioural Processes and Change

President of the Portuguese Association for Mindfulness (APM)

Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de

Coimbra

Rua do Colégio Novo, 3000-115 Coimbra

## Pedido de utilização da EDRE > Caixa de entrada x



**Mário Veloso**

para mim ▾

terça, 3/01, 14:21



Boa tarde.

Espero que se encontre bem e deixe-me só corrigi-la quanto ao grau. Não sou professor doutor, sou apenas mestre em Psicologia. O seu a seu dono :)

Quanto à escala, concedo a autorização sem qualquer problema.

Envio-lhe os documentos e aproveito para lhe enviar outro artigo em que utilizaram a mesma escala.

Se entretanto usar a minha versão, por favor peço o favor de me avisar e se não for pedir muito, gostaria de ter acesso ao estudo que vai realizar.

Boa sorte e que corra bem.

Qualquer dúvida que tenha, por favor disponha.

Votos de um excelente 2023

Melhores cumprimentos

Mário Veloso

Psicólogo Clínico

## Anexo 16: Consentimento informado.

### Consentimento Informado

Caro(a) participante,

O meu nome é Diana Filipa Rodrigues Gonçalves e sou aluna do 5º ano do Mestrado Integrado em Psicologia Clínica, no ISPA - Instituto Universitário.

No âmbito da minha dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica sob a orientação do Prof. Doutor Miguel Trigo, encontro-me a desenvolver o presente estudo. Este tem como objetivo avaliar como a experiência de doença mental dos pais influencia a regulação emocional e o funcionamento relacional dos seus descendentes.

Neste sentido, venho solicitar o seu consentimento e participação. O estudo em questão engloba o preenchimento individual de questionários de relato pessoal com uma duração de aproximadamente 15 minutos.

A sua participação é totalmente **voluntária**, podendo desistir do estudo a qualquer momento, sem nenhum desconforto ou desvantagem pessoal. Para além de voluntária, a sua colaboração é **anónima, confidencial e não inclui** qualquer tipo de **recompensa monetária**. Os dados recolhidos serão codificados para tratamento estatístico, não sendo possível identificar quaisquer contributos singulares. O seu envolvimento neste estudo não acarretará riscos, o único desconforto previsível está associado ao preenchimento dos questionários de relato pessoal.

É importante salientar que a sua participação contribuirá para um melhor conhecimento da temática em investigação, favorecendo a sua abordagem científica, social e clínica. Quaisquer dúvidas ou esclarecimentos necessários acerca da presente investigação poderá contactar pelo e-mail: [26444@alunos.ispa.pt](mailto:26444@alunos.ispa.pt).

Obrigada pela sua colaboração, Lisboa, \_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2023

Assinatura do(a) participante

Assinatura do investigador

**Estudo:** “A doença mental como uma sobrecarga: os efeitos emocionais e psicossociais nos descendentes”.

**Investigadora:** Diana Gonçalves | e-mail: [26444@alunos.ispa.pt](mailto:26444@alunos.ispa.pt)

**Orientador:** Miguel Trigo

**Anexo 17:** Estatísticas descritivas dos dados sociodemográficos e de caracterização da amostra total e por condição.

**Tabela 15**

*Estatísticas Descritivas dos Dados Sociodemográficos e de Caracterização da Amostra Total e por Condição*

Variáveis	Total (n=377)	SDM (n=232)	CDM (n=145)
	n (%)	n (%)	n (%)
Diagnóstico de doença mental			
Não	251 (66.6)	179 (77.2)	72 (49.7)
Sim	126 (33.4)	53 (22.8)	73 (50.3)
Perturbações Depressivas	31 (8.2)	14 (6.0)	17 (11.7)
Perturbações da Personalidade	2 (0.5)	2 (0.9)	
Perturbações da Alimentação e da Ingestão	1 (0.3)		1 (0.7)
Perturbação Depressiva e Obsessivo-Compulsiva	2 (0.5)	2 (0.9)	
Perturbação Depressiva e de Ansiedade	30 (8.0)	11 (4.7)	19 (13.1)
Perturbação Depressiva e Burnout	1 (0.3)	1 (0.4)	
Perturbação Depressiva, de Ansiedade e Obsessivo-Compulsiva	3 (0.8)		3 (2.1)
Perturbação Depressiva e do Neurodesenvolvimento	2 (0.5)	1 (0.4)	1 (0.7)
Perturbação de Ansiedade, Obsessivo-Compulsiva e do Neurodesenvolvimento	1 (0.3)	1 (0.4)	
Perturbação Depressiva, de Ansiedade e Burnout	1 (0.3)	1 (0.4)	
Perturbações de Ansiedade	18 (4.8)	6 (2.6)	12 (8.3)
Perturbação Depressiva e da Personalidade	2 (0.5)		2 (1.4)
Perturbação de Ansiedade e Bipolar	1 (0.3)		1 (0.7)

**Tabela 15** (em continuação)

Perturbação de Ansiedade e Obsessivo-Compulsiva	1 (0.3)		1 (0.7)
Perturbação Depressiva, de Ansiedade e Bipolar	1 (0.3)		1 (0.7)
Perturbação Obsessivo-Compulsiva	4 (1.1)	2 (0.9)	2 (1.4)
Perturbações do Neurodesenvolvimento	5 (1.3)	4 (1.7)	1 (0.7)
Esquizofrenia	2 (0.5)	1 (0.4)	1 (0.7)
Perturbações relacionadas com substâncias e perturbações aditivas	1 (0.3)		1 (0.7)
Demência	1 (0.3)		1 (0.7)
Tem/teve acompanhamento psicológico			
Não	142 (37.7)	105 (45.3)	37 (25.5)
Sim	235 (62.3)	127 (54.7)	108 (74.5)
Cresceu junto do(a) progenitor(a)			
Sim, junto da minha mãe	55 (14.6)	31 (13.4)	24 (16.6)
Sim, junto do meu pai	1 (0.3)		1 (0.7)
Sim, junto de ambos	321 (85.1)	201 (86.6)	120 (82.8)
Coabita atualmente com o(a) progenitor(a)			
Não	132 (35.0)	72 (31.0)	60 (41.4)
Sim, junto da minha mãe	68 (18.0)	45 (19.4)	23 (15.9)
Sim, junto do meu pai	9 (2.4)	3 (1.3)	6 (4.1)
Sim, junto de ambos	168 (44.6)	112 (48.3)	56 (38.6)
Progenitores com diagnóstico de doença mental			
Não	232 (61.5)	232 (100)	
Sim, o meu pai	26 (6.9)		26 (17.9)
Sim, a minha mãe	97 (25.7)		97 (66.9)
Sim, ambos	22 (5.8)		22 (15.2)

**Anexo 18:** Estatísticas descritivas dos pais CDM.

**Tabela 16**

*Estatísticas Descritivas dos Pais da Condição CDM*

Variáveis	Apenas um dos pais com diagnóstico		Ambos os pais com diagnóstico	
	Pai	Mãe	Pai	Mãe
	<i>n</i> (%)	<i>n</i> (%)	<i>n</i> (%)	<i>n</i> (%)
Diagnóstico				
Perturbações Depressivas	11(7.6)	84(57.9)	16(11.0)	14(9.7)
Perturbações de Ansiedade	4(2.8)	5(3.4)		3(2.1)
Perturbação Obsessivo-Compulsiva	1(0.7)		1(0.7)	
Perturbação Bipolar	6(4.1)	4(2.8)		3(2.1)
Perturbações do Neurodesenvolvimento	1(0.7)			
Esquizofrenia	1(0.7)			
Perturbação Depressiva e de Ansiedade	1(0.7)	1(0.7)		1(0.7)
Perturbação Depressiva e Perturbações relacionadas com substâncias e aditivas	1(0.7)			
Demência		1(0.7)		
Burnout		1(0.7)	1(0.7)	
Doença de Parkinson		1(0.7)		
Perturbações relacionadas com substâncias e perturbações aditivas			3(2.1)	
Perturbações da Personalidade				1(0.7)
Tempo de diagnóstico				
1-5 anos	5(3.4)	14(9.7)	6(4.1)	3(2.1)
5-10 anos	6(4.1)	18(12.4)	4(2.8)	3(2.1)
> 10 anos	15(10.3)	65(44.8)	11(7.6)	16(11.0)
Recorre ou já recorreu a algum tipo de acompanhamento psicológico				
Não	10(6.9)	32(22.1)	11(7.6)	8(5.5)
Sim	16(11.0)	65(44.8)	10(6.9)	14(9.7)

**Tabela 16** (em continuação)

Toma medicação psiquiátrica				
Não	13(9.0)	39(26.9)	14(9.7)	13(9.0)
Sim	13(9.0)	58(40.0)	7(4.8)	9(6.2)
A doença tem piorado ao longo do tempo				
Não	18(12.4)	59(40.7)	17(11.7)	15(10.3)
Sim	8(5.5)	38(26.2)	4(2.8)	7(4.8)
O/A descendente considera ter tido apoio de outras pessoas para lidar com a doença do/a progenitor/a				
Não	11(7.6)	59(40.7)	11(7.6)	10(6.9)
Sim	15(10.3)	38(26.2)	10(6.9)	12(8.3)

---

**Anexo 19:** Correlações entre as variáveis em estudo.

**Tabela 17**

*Correlações entre as Variáveis em Estudo*

<b>Variáveis</b>	<b>1.</b>	<b>2.</b>	<b>3.</b>	<b>4.</b>	<b>5.</b>	<b>6.</b>	<b>7.</b>	<b>8.</b>	<b>9.</b>	<b>10.</b>	<b>11.</b>	<b>12.</b>	<b>13.</b>	<b>14.</b>	<b>15.</b>
<b>1.</b> EVA Ansiedade	-														
<b>2.</b> EVA Conforto com a proximidade	-.43**	-													
<b>3.</b> EVA Confiança nos outros	-.47**	.55**	-												
<b>4.</b> EVA ConfortoConfiança	-.51**	.88**	.88**	-											
<b>5.</b> QP Parentalização Global	.29**	-.28**	-.39**	-.38**	-										
<b>6.</b> QP Parentalização Instrumental	.16**	-.19**	-.30**	-.29**	.87**	-									
<b>7.</b> QP Parentalização Emocional	.07	-.09	-.18**	-.15**	.78**	.60**	-								
<b>8.</b> QP Percepção de Injustiça	.45**	-.37**	-.45**	-.47**	.80**	.56**	.34**	-							
<b>9.</b> EDRE total	.63**	-.42**	-.37**	-.45**	.27**	.18**	.06	.40**	-						
<b>10.</b> EDRE Não aceitação da resposta emocional	.51**	-.39**	-.28**	-.35**	.21**	.18**	.06	.27**	.79**	-					
<b>11.</b> EDRE Dificuldades em iniciar comportamentos orientados para objetivos	.47**	-.20**	-.20**	-.23**	.22**	.11*	.09	.31**	.71**	.46**	-				

---

<b>12. EDRE</b> Dificuldades no controlo dos impulsos	.48**	-.34**	-.30**	-.36**	.24**	.18**	.09	.31**	.85**	.61**	.59**	-			
<b>13. EDRE</b> Falta de consciência das emoções	.34**	-.39**	-.25**	-.36**	.13*	.09	-.04	.24**	.57**	.27**	.17**	.36**	-		
<b>14. EDRE</b> Acesso limitado a estratégias de regulação emocional	.58**	-.34**	-.34**	-.39**	.28**	.18**	.09	.39**	.89**	.72**	.65**	.77**	.31**	-	
<b>15. EDRE</b> Falta de clareza emocional	.52**	-.36**	-.34**	-.39**	.17**	.07	-.04	.34**	.79**	.50**	.40**	.59**	.62**	.60**	-

---

\* $p < .05$ , \*\* $p < .01$

**Anexo 20:** Distribuição dos estilos de vinculação pelos descendentes de pais CDM em relação à presença ou ausência de acompanhamento psicológico.

**Tabela 18**

*Distribuição dos Estilos de Vinculação pelos Descendentes de Pais CDM em Relação à Presença ou Ausência de Acompanhamento Psicológico*

Estilo de Vinculação	Acompanhamento psicológico do descendente	
	Não	Sim
	<i>n (%)</i>	<i>n (%)</i>
Seguros	14(9.7)	28(19.3)
Preocupados	7(4.8)	23(15.9)
Desligados	3(2.1)	10(6.9)
Amedrontados	11(7.6)	38(26.2)
Não classificáveis	2(1.4)	9(6.2)

**Anexo 21:** Distribuição dos estilos de vinculação dos descendentes em relação à presença ou ausência de acompanhamento psicológico por parte dos pais.

**Tabela 19**

*Distribuição dos Estilos de Vinculação dos Descendentes em Relação à Presença ou Ausência de Acompanhamento Psicológico por parte do Pai (quando apenas um dos pais tem diagnóstico)*

Variável	Acompanhamento psicológico do pai (quando apenas um dos pais tem diagnóstico)	
	Não	Sim
	<i>n (%)</i>	<i>n (%)</i>
Seguros	1(3.8)	4(15.4)
Preocupados	5(19.2)	7(26.9)
Desligados	0(0.0)	1(3.8)
Amedrontados	4(15.4)	2(7.7)
Não classificáveis	0(0.0)	2(7.7)

**Tabela 20**

*Distribuição dos Estilos de Vinculação dos Descendentes em Relação à Presença ou Ausência de Acompanhamento Psicológico por parte da Mãe (quando apenas um dos pais tem diagnóstico)*

Variável	Acompanhamento psicológico da mãe (quando apenas um dos pais tem diagnóstico)	
	Não	Sim
	<i>n (%)</i>	<i>n (%)</i>
Seguros	9(9.3)	21(21.6)
Preocupados	3(3.1)	12(12.4)
Desligados	2(2.1)	9(9.3)
Amedrontados	12(12.4)	21(21.6)
Não classificáveis	6(6.2)	2(2.1)

**Tabela 21**

*Distribuição dos Estilos de Vinculação dos Descendentes em Relação à Presença ou Ausência de Acompanhamento Psicológico por parte do Pai (quando ambos os pais têm diagnóstico)*

Variável	Acompanhamento psicológico do pai (quando ambos os pais têm diagnóstico)	
	Não	Sim
	<i>n (%)</i>	<i>n (%)</i>
Seguros	6(28.6)	0(0.0)
Preocupados	1(4.8)	2(9.5)
Desligados	0(0.0)	1(4.8)
Amedrontados	4(19.0)	6(28.6)
Não classificáveis	0(0.0)	1(4.8)

**Tabela 22**

*Distribuição dos Estilos de Vinculação dos Descendentes em Relação à Presença ou Ausência de Acompanhamento Psicológico por parte da Mãe (quando ambos os pais têm diagnóstico)*

Variável	Acompanhamento psicológico da mãe (quando ambos os pais têm diagnóstico)	
	Não	Sim
	<i>n (%)</i>	<i>n (%)</i>
Seguros	4(18.2)	3(13.6)
Preocupados	1(4.5)	2(9.1)
Desligados	0(0.0)	1(4.5)
Amedrontados	3(13.6)	7(31.8)
Não classificáveis	0(0.0)	1(4.5)

**Anexo 22:** Distribuição dos estilos de vinculação dos descendentes em relação à presença ou ausência de apoio para lidar com a doença mental dos progenitores.

**Tabela 23**

*Distribuição dos Estilos de Vinculação dos Descendentes em Relação à Presença ou Ausência de Apoio para Lidar com a Doença Mental do Pai (quando apenas um dos pais tem diagnóstico)*

Variável	Apoio para lidar com a doença mental do pai (quando apenas um dos pais tem diagnóstico)	
	Não	Sim
	<i>n (%)</i>	<i>n (%)</i>
Seguros	2(7.7)	3(11.5)
Preocupados	6(23.1)	6(23.1)
Desligados	0(0.0)	1(3.8)
Amedrontados	3(11.5)	3(11.5)
Não classificáveis	0(0.0)	2(7.7)

**Tabela 24**

*Distribuição dos Estilos de Vinculação dos Descendentes em Relação à Presença ou Ausência de Apoio para Lidar com a Doença Mental da Mãe (quando apenas um dos pais tem diagnóstico)*

Variável	Apoio para lidar com a doença mental da mãe (quando apenas um dos pais tem diagnóstico)	
	Não	Sim
	<i>n (%)</i>	<i>n (%)</i>
Seguros	17(17.5)	13(13.4)
Preocupados	9(9.3)	6(6.2)
Desligados	8(8.2)	3(3.1)
Amedrontados	19(19.6)	14(14.4)
Não classificáveis	6(6.2)	2(2.1)

**Tabela 25**

*Distribuição dos Estilos de Vinculação dos Descendentes em Relação à Presença ou Ausência de Apoio para Lidar com a Doença Mental do Pai (quando ambos os pais têm diagnóstico)*

Variável	Apoio para lidar com a doença mental do pai (quando ambos os pais têm diagnóstico)	
	Não	Sim
	<i>n (%)</i>	<i>n (%)</i>
Seguros	3(14.3)	3(14.3)
Preocupados	1(4.8)	2(9.5)
Desligados	1(4.8)	0(0.0)
Amedrontados	6(28.6)	4(19.0)
Não classificáveis	0(0.0)	1(4.8)

**Tabela 26**

*Distribuição dos Estilos de Vinculação dos Descendentes em Relação à Presença ou Ausência de Apoio para Lidar com a Doença Mental da Mãe (quando ambos os pais têm diagnóstico)*

Variável	Apoio para lidar com a doença mental da mãe (quando ambos os pais têm diagnóstico)	
	Não	Sim
	<i>n (%)</i>	<i>n (%)</i>
Seguros	4(18.2)	3(13.6)
Preocupados	1(4.5)	2(9.1)
Desligados	1(4.5)	0(0.0)
Amedrontados	4(18.2)	6(27.3)
Não classificáveis	0(0.0)	1(4.5)

**Anexo 23:** Ausência de diferenças significativas nos resultados da *EDRE* relacionados à presença ou ausência de apoio para lidar com a doença mental do(s) progenitor(es).

**Tabela 27**

*Ausência de Diferenças Significativas nos resultados da EDRE Relacionados à Presença ou Ausência de Apoio para Lidar com a Doença Mental do(s) Progenitor(es).*

Progenitor (diagnóstico)	Teste t de Student		
	<i>d</i>	<i>t</i>	<i>p</i>
Pai (quando apenas um dos pais tem diagnóstico)			
Não aceitação da resposta emocional	0.54	1.37	.092
Dificuldades em iniciar comportamentos orientados para objetivos	0.25	0.62	.269
Dificuldades no controlo dos impulsos	0.53	1.32	.099
Falta de consciência das emoções	-0.03	-0.07	.472
Acesso limitado a estratégias de regulação emocional	0.31	0.77	.223
Falta de clareza emocional	-0.13	-0.32	.376
EDRE total	0.34	0.85	.201
Mãe (quando apenas um dos pais tem diagnóstico)			
Não aceitação da resposta emocional	-0.23	-1.09	.138
Dificuldades em iniciar comportamentos orientados para objetivos	-0.10	-0.49	.311
Dificuldades no controlo dos impulsos	0.01	0.04	.484
Falta de consciência das emoções	0.14	0.68	.249
Acesso limitado a estratégias de regulação emocional	-0.24	-1.14	.129
Falta de clareza emocional	0.14	0.68	.249
EDRE total	-0.07	-0.33	.371
Pai (quando ambos os pais têm diagnóstico)			
Não aceitação da resposta emocional	-0.21	-0.48	.319
Dificuldades em iniciar comportamentos orientados para objetivos	-0.20	-0.45	.328
Dificuldades no controlo dos impulsos	0.06	0.13	.448
Falta de consciência das emoções	-0.48	-1.09	.144
Acesso limitado a estratégias de regulação emocional	-0.56	-1.28	.108
Falta de clareza emocional	-0.41	-0.94	.180
EDRE total	-0.38	-0.86	.200

**Tabela 27** (em continuação)

Mãe (quando ambos os pais têm diagnóstico)			
Não aceitação da resposta emocional	0.07	0.17	.434
Dificuldades em iniciar comportamentos orientados para objetivos	-0.63	-1.41*	.090
Dificuldades no controlo dos impulsos	-0.69	-1.60	.062
Falta de consciência das emoções	-0.06	-0.14	.444
Acesso limitado a estratégias de regulação emocional	-0.28	-0.65	.262
Falta de clareza emocional	-0.40	-0.93	.182
EDRE total	-0.40	-0.93	.182

\**t* de Welch

**Anexo 24:** Correlações entre as variáveis em estudo na condição SDM.

**Tabela 28**

*Correlações entre as Variáveis em Estudo na Condição SDM*

<b>Variáveis</b>	<b>1.</b>	<b>2.</b>	<b>3.</b>	<b>4.</b>	<b>5.</b>	<b>6.</b>	<b>7.</b>	<b>8.</b>	<b>9.</b>	<b>10.</b>	<b>11.</b>	<b>12.</b>	<b>13.</b>	<b>14.</b>	<b>15.</b>
<b>1. EVA Ansiedade</b>	-														
<b>2. EVA Conforto com a proximidade</b>	-.40**	-													
<b>3. EVA Confiança nos outros</b>	-.48**	.48**	-												
<b>4. EVA ConfortoConfiança</b>	-.51**	.86**	.86**	-											
<b>5. QP Parentalização Global</b>	.24**	-.18**	-.32**	-.29**	-										
<b>6. QP Parentalização Instrumental</b>	.10	-.12	-.23**	-.20**	.86**	-									
<b>7. QP Parentalização Emocional</b>	-.00	.04	-.13	-.05	.75**	.59**	-								
<b>8. QP Percepção de Injustiça</b>	.43**	-.31**	-.38**	-.40**	.76**	.48**	.24**	-							
<b>9. EDRE total</b>	.64**	-.39**	-.35**	-.43**	.22**	.13*	-.02	.38**	-						
<b>10. EDRE Não aceitação da resposta emocional</b>	.54**	-.31**	-.26**	-.34**	.20**	.17*	.03	.26**	.82**	-					
<b>11. EDRE Dificuldades em iniciar comportamentos</b>	.45**	-.17**	-.22**	-.22**	.18**	.07	.03	.29**	.70**	.48**	-				

---

orientados para  
objetivos

**12. EDRE**

Dificuldades no  
controlo dos  
impulsos

.49\*\*    -.28\*\*    -.27\*\*    -.32\*\*    .17\*\*    .11    .00    .26\*\*    .86\*\*    .68\*\*    .55\*\*    -

**13. EDRE** Falta de  
consciência das  
emoções

.40\*\*    -.42\*\*    -.25\*\*    -.39\*\*    .10    .06    -.10    .25\*\*    .58\*\*    .28\*\*    .17\*\*    .39\*\*    -

**14. EDRE** Acesso  
limitado a estratégias  
de regulação  
emocional

.57\*\*    -.29\*\*    -.33\*\*    -.36\*\*    .28\*\*    .19\*\*    .05    .39\*\*    .88\*\*    .76\*\*    .64\*\*    .79\*\*    .31\*\*    -

**15. EDRE** Falta de  
clareza emocional

.51\*\*    -.34\*\*    -.31\*\*    -.38\*\*    .09    -.00    -.13\*    .31\*\*    .76\*\*    .48\*\*    .35\*\*    .55\*\*    .63\*\*    .54\*\*    -

---

\* $p < .05$ , \*\* $p < .01$

**Anexo 25:** Correlações entre as variáveis em estudo na condição CDM.

**Tabela 29**

*Correlações entre as Variáveis em Estudo na Condição CDM*

<b>Variáveis</b>	<b>1.</b>	<b>2.</b>	<b>3.</b>	<b>4.</b>	<b>5.</b>	<b>6.</b>	<b>7.</b>	<b>8.</b>	<b>9.</b>	<b>10.</b>	<b>11.</b>	<b>12.</b>	<b>13.</b>	<b>14.</b>	<b>15.</b>
<b>1.</b> EVA Ansiedade	-														
<b>2.</b> EVA Conforto com a proximidade	-.45**	-													
<b>3.</b> EVA Confiança nos outros	-.42**	.62**	-												
<b>4.</b> EVA ConfortoConfiança	-.48**	.90**	.90**	-											
<b>5.</b> QP Parentalização Global	.30**	-.34**	-.40**	-.41**	-										
<b>6.</b> QP Parentalização Instrumental	.20*	-.25**	-.35**	-.33**	.88**	-									
<b>7.</b> QP Parentalização Emocional	.10	-.19*	-.17*	-.20*	.80**	.60**	-								
<b>8.</b> QP Percepção de Injustiça	.44**	-.40**	-.48**	-.49**	.82**	.64**	.39**	-							
<b>9.</b> EDRE total	.60**	-.44**	-.34**	-.43**	.27**	.19*	.10	.37**	-						
<b>10.</b> EDRE Não aceitação da resposta emocional	.46**	-.34**	-.26**	-.33**	.17*	.15	.05	.22**	.75**	-					
<b>11.</b> EDRE Dificuldades em iniciar comportamentos	.48**	-.21*	-.11	-.18*	.21*	.12	.12	.27**	.72**	.40**	-				

---

orientados para  
objetivos

**12. EDRE**

Dificuldades no  
controlo dos  
impulsos

.45\*\*    -.40\*\*    -.30\*\*    -.38\*\*    .28\*\*    .22\*\*    .13    .33\*\*    .84\*\*    .50\*\*    .64\*\*    -

**13. EDRE** Falta de  
consciência das  
emoções

.24\*\*    -.33\*\*    -.23\*\*    -.31\*\*    .14    .11    .03    .22\*\*    .56\*\*    .26\*\*    .16\*    .33\*\*    -

**14. EDRE** Acesso  
limitado a estratégias  
de regulação  
emocional

.57\*\*    -.37\*\*    -.32\*\*    -.38\*\*    .21\*    .13    .07    .32\*\*    .88\*\*    .66\*\*    .66\*\*    .73\*\*    .30\*\*    -

**15. EDRE** Falta de  
clareza emocional

.53\*\*    -.36\*\*    -.35\*\*    -.39\*\*    .22\*\*    .15    .06    .35\*\*    .84\*\*    .51\*\*    .46\*\*    .63\*\*    .60\*\*    .67\*\*    -

---

\* $p < .05$ , \*\* $p < .01$

**Anexo 26:** Distribuição dos filhos de pais CDM quanto ao intervalo de tempo em que já recorreram a algum tipo de acompanhamento psicológico.

**Tabela 30**

*Intervalos de Tempo em que os Filhos de Pais CDM já Recorreram a Algum Tipo de Acompanhamento Psicológico*

Variável	Filhos de pais CDM (n=) n (%)
Intervalo de tempo em que recorreram a acompanhamento psicológico	
2023	1(0.7)
2004	1(0.7)
2005-2006	1(0.7)
2006-2007	1(0.7)
2007-2008/2009-2011/2017-2019	1(0.7)
2008-2009	1(0.7)
2008-2010	1(0.7)
2008-2010/ 2014-2017/ 2022	1(0.7)
2008-2013	1(0.7)
2009-2012/ 2015-2018/ 2019-2020/ 2022-2023	1(0.7)
2010-2014	1(0.7)
2010-2015	1(0.7)
2010-2020	1(0.7)
2010-2022	1(0.7)
2011-2012/ 2016/ 2020	1(0.7)
2011-2023	1(0.7)
2012	1(0.7)
2012-2013	1(0.7)
2013-2018	1(0.7)
2013-2014/ 2015-2016/ 2022-2023	1(0.7)
2013-2014/ 2019-2023	1(0.7)
2013-2015	1(0.7)
2013-2022	1(0.7)
2013-2023	1(0.7)
2014-2015/ 2017-2019/ 2021-2023	1(0.7)
2014-2017/2020-2022	1(0.7)
2014-2022	1(0.7)
2014-2023	1(0.7)
2015	1(0.7)
2015-2018	1(0.7)
2015-2021	1(0.7)
2015-2023	2(1.4)

**Tabela 30** (em continuação)

---

2016	1(0.7)
2016-2020	1(0.7)
2016-2017/ 2021-2021/ 2022-2023	1(0.7)
2016-2018	2(1.4)
2016-2019	2(1.4)
2016-2021/ 2023	1(0.7)
2016-2022	1(0.7)
2016-2023	1(0.7)
2017-2023	1(0.7)
2017-2018	2(1.4)
2017-2022	1(0.7)
2018-2023	1(0.7)
2018-2019	2(1.4)
2018-2020	1(0.7)
2018-2022/ 2000-2005	1(0.7)
2018-2023	4(2.8)
2019	1(0.7)
2019/ 2021-2023	1(0.7)
2019-2023	7(4.9)
2019-2022	1(0.7)
2020	1(0.7)
2020-2023	6 (4.2)
2020-2022	2(1.4)
2020-2021/ 2023	1(0.7)
2021	2(1.4)
2021-2022	2(1.4)
2021-2023	5 (3.5)
2022-2023	10 (7.0)
2023	3 (2.1)

---

**Anexo 27:** Distribuição dos pais CDM quanto ao intervalo de tempo em que já recorreram a algum tipo de acompanhamento psicológico.

**Tabela 31**

*Intervalos de Tempo em que os Pais CDM já Recorreram a Algum Tipo de Acompanhamento Psicológico*

Variável	Apenas um dos pais com diagnóstico		Ambos os pais com diagnóstico	
	Pai	Mãe	Pai	Mãe
	<i>n</i> (%)	<i>n</i> (%)	<i>n</i> (%)	<i>n</i> (%)
Intervalo de tempo em que recorreram a algum tipo de acompanhamento psicológico				
1980-1990		1(0.7)		
1987-2023	1(0.7)			
1990/ 2021-2023		1(0.7)		
1993		1(0.7)		
1995-2001		1(0.7)		
1997-2019				1(0.7)
1997-2020		1(0.7)		
1998-2001		1(0.7)		
1998-2021	1(0.7)			
1998-2023				1(0.7)
1999/ 2015-2016/ 2022-2023		1(0.7)		
2000-2001		1(0.7)		
2000-2005		1(0.7)		
2000-2005/2007-2010	1(0.7)			
2000-2013			1(0.7)	1(0.7)
2000-2020		1(0.7)		
2000-2023		1(0.7)		
2001-2002	1(0.7)			
2001-2002/ 2005-2007/ 2015-2023		1(0.7)		
2004-2022		1(0.7)		
2004-2023		1(0.7)		
2005-2007		1(0.7)		
2005-2007		1(0.7)		
2006-2009			1(0.7)	
2007-2023		1(0.7)		
2008-2016		1(0.7)		
2008-2023	2(1.4)			
2009-2010				1(0.7)
2009-2011		1(0.7)		

**Tabela 31** (em continuação)

2010-2011	1(0.7)	1(0.7)		
2010-2019		1(0.7)		
2010-2022		1(0.7)		
2013			1(0.7)	
2013-2014		1(0.7)		
2013-2023		1(0.7)		
2014-2018		1(0.7)		
2015-2023		2(1.4)		
2016-2023		2(1.4)		
2017-2019		1(0.7)		
2017-2020				1(0.7)
2017-2023	1(0.7)	1(0.7)		
2018/ 2022			1(0.7)	
2018-2020		1(0.7)		1(0.7)
2018-2022		1(0.7)		
2018-2023	1(0.7)	1(0.7)		
2019-2020		1(0.7)		
2019-2023		1(0.7)		1(0.7)
2020		1(0.7)		
2020/ 2022-2023		1(0.7)		
2020-2021		1(0.7)		1(0.7)
2020-2022			2(1.4)	
2020-2023		1(0.7)		
2021		1(0.7)		
2021-2023	1(0.7)	1(0.7)		
2022	1(0.7)		2(1.4)	1(0.7)
2022-2023	2(1.4)	1(0.7)		
2023		2(1.4)	1(0.7)	1(0.7)

---

**Anexo 28:** Discriminação da(s) fonte(s) de apoio dos descendentes de pais CDM

**Tabela 32**

*Discriminação da(s) Fonte(s) de Apoio dos Descendentes de Pais CDM*

Variável	Apenas um dos pais com diagnóstico		Ambos os pais com diagnóstico	
	Pai	Mãe	Pai	Mãe
	<i>n</i> (%)	<i>n</i> (%)	<i>n</i> (%)	<i>n</i> (%)
Quem deu apoio para lidar com a doença mental do progenitor				
Família	2(1.4)	5(3.4)	2(1.4)	1(0.7)
Família e Namorado/a ou Companheiro/a	1(0.7)			
Família e Profissional de saúde		1(0.7)		
Mãe	4(2.8)		1(0.7)	
Mãe, Pai e Avó/Avô/Avós			1(0.7)	
Mãe e Avó/Avô ou Avós	1(0.7)			
Mãe e Irmã/irmão ou irmãos	4(2.8)		2(1.4)	
Mãe e Namorado/a ou Companheiro/a			1(0.7)	
Irmã/Irmão/Irmãos		5(3.4)	1(0.7)	2(1.4)
Irmã/Irmão/Irmãos e Avó/Avô/Avós		1(0.7)		
Irmã/Irmão/Irmãos, Avó/Avô/Avós, Tio/Tia/Tios		1(0.7)		
Irmã/Irmão/Irmãos e Profissional de saúde	1(0.7)			
Pai		5(3.4)		3(2.1)
Pai e Irmã/Irmão/Irmãos		4(2.8)		1(0.7)
Pai e Avó/Avô/Avós		2(1.4)		
Pai, Avó/Avô/Avós e Padrasto		1(0.7)		
Pai e Tio/Tia/Tios		2(1.4)		
Pai e Namorado/a ou Companheiro/a		1(0.7)		1(0.7)
Amigos		2(1.4)		
Amigos, Avó/Avô/Avós, Madrinha e/ou Padrinho		1(0.7)		
Namorado/a ou Companheiro/a		1(0.7)		

**Tabela 32** (em continuação)

Namorado/a	ou	1(0.7)		
Companheiro/a e Filho/a				
Avó/Avô/Avós		2(1.4)		1(0.7)
Avó/Avô/Avós	e	1(0.7)		
Tio/Tia/Tios				
Avó/Avô/Avós,				1(0.7)
Tio/Tia/Tios	e			
Primo/Prima/Primos				
Avó/Avô/Avós,			1(0.7)	
Primo/Prima/Primos	e			
Madrasta				
Tio/Tia/Tios	e	1(0.7)		
Primo/Prima/Primos				
Profissional de saúde			1(0.7)	1(0.7)

---