

**UNIVERSIDADE DO ALGARVE**  
**FACULDADE DE CIÊNCIAS HUMANAS E SOCIAIS**

**A EMOÇÃO EXPRESSA, A VERGONHA E A CULPA EM FAMILIARES DE PACIENTES  
COM ESQUIZOFRENIA**

**Diogo Filipe Pereira Fernandes**

Dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde

Trabalho efetuado sob a orientação de:

**Professora Doutora Antónia Maria Jimenez Ros**

**2014**

# **A Emoção Expressa, a Vergonha e a Culpa em Familiares de Pacientes com Esquizofrenia**

## **Declaração de Autoria de Trabalho**

Declaro ser o(a) autor(a) deste trabalho, que é original e inédito. Autores e trabalhos consultados estão devidamente citados no texto e constam na listagem de referências incluída.

Universidade do Algarve, \_\_ / \_\_ / \_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_

(Diogo Filipe Pereira Fernandes)

## **Copyright © Diogo Filipe Pereira Fernandes**

A Universidade do Algarve tem o direito, perpétuo e sem limites geográficos, de arquivar e publicitar este trabalho através de exemplares impressos reproduzidos em papel ou de forma digital, ou por qualquer outro meio conhecido ou que venha a ser inventado, de o divulgar através de repositórios científicos e de admitir a sua cópia e distribuição com objetivos educacionais ou de investigação, não comerciais, desde que seja dado crédito ao autor e editor.

**Aos meus pais e irmão.**

*“Faz o melhor que possas  
De todas as formas que possas  
Em todos os lugares que possas  
Em todas as ocasiões que possas  
A todas as pessoas quantas possas  
Durante todo o tempo que possas.”*

*John Wesley*

## **Agradecimentos**

Após um longo período de esforço, perseverança, frustração, aprendizagem e trabalho, é com orgulho que olho para trás e consigo ver que nunca por um momento estive sozinho. Completo esta etapa da minha vida com a ajuda de várias pessoas, às quais ficarei para sempre agradecido. Direciono assim os meus sinceros agradecimentos:

À Professora Doutora Antónia Ros pela orientação, sugestões e ajuda neste longo período. A realização desta dissertação só foi possível devido à motivação, à compreensão, disponibilidade e paciência oferecidas, mesmo quando eu não tinha motivação para trabalhar. Mesmo sem poder aperceber-se, fez-me acreditar que as barreiras que considerava serem tão altas, afinal não passavam de degraus, degraus fáceis de subir, e em cada um deles eu ficava mais alto, tão alto, que na próxima barreira que encontrasse já me iria parecer muito mais pequena, tão mais pequena como um degrau. Foi um enorme prazer aprender consigo.

À Dr.<sup>a</sup> Leonarda, Dr.<sup>a</sup> Ana Araújo, Dr.<sup>a</sup> Teresa Ribeiro, pela disponibilidade e atenção oferecida para a recolha de dados nas respetivas associações.

À Dr.<sup>a</sup> Sílvia António, Dr.<sup>a</sup> Elizabeth Noronha, Dr.<sup>a</sup> Ana Isabel e técnicos de todas as instituições pela enorme ajuda oferecida na distribuição e recolha dos questionários.

A todas as famílias que aceitaram participar neste estudo, sem elas nada disto era possível.

À minha namorada, companheira e melhor amiga, Marta Filipa Matias Teixeira. Pelo acompanhamento em todas as noites mal dormidas, pela ajuda em todos os momentos de frustração e por toda a força que fizeste ao puxar-me para cima quando tudo o resto me empurrava para baixo. Nunca desististe de mim, mesmo quando eu já tinha desistido, nunca deixaste de acreditar em mim, quando eu apenas duvidava, nunca deixaste de me ajudar mesmo quando eu pensava que não precisava. Obrigado por existires, obrigado por nunca deixares de me tentar ver feliz.

Ao meu irmão pela enorme ajuda na distribuição dos questionários, apoio e disponibilidade nas alturas mais difíceis.

Aos meus pais por me proporcionarem a oportunidade de uma educação e por lutarem por mim, lutarem pelo meu futuro e presente.

Um grande obrigado!

## Introdução

A esquizofrenia é considerada uma das perturbações psiquiátricas mais graves, surgindo frequentemente entre os 15 e 30 anos de idade, e a sua componente crónica faz desta uma perturbação particularmente incapacitante tanto para o paciente como para os familiares. Esta incapacidade resulta principalmente da existência de sintomas negativos e cognitivos, enquanto as recaídas mais graves advêm do agravamento dos sintomas positivos psicóticos, tais como alucinações e delírios (Lavretsky, 2008). A esquizofrenia altera a perceção, pensamentos, sentimentos e comportamentos do paciente. Indivíduos que desenvolvem esta perturbação irão apresentar uma combinação única de sintomas e experiências que será influenciada pelas circunstâncias particulares dos mesmos. As possíveis causas desta doença ainda não são totalmente compreendidas, no entanto, as investigações têm tentado determinar a importância dos fatores biológicos, psicológicos e sociais (National Collaborating Centre for Mental Health, 2010).

Relativamente aos aspetos sociais, o ambiente familiar tem sido alvo de estudos empíricos. Uma das variáveis mais estudadas é a Emoção Expressa (EE), que se relaciona com a interação familiar. A definição desta variável surgiu através da observação de que os pacientes com esquizofrenia que voltavam a residir com a família, após um internamento hospitalar, apresentavam uma percentagem de recaída consideravelmente elevada em comparação a pacientes que residiam sozinhos. Considerou-se que estas recaídas poderiam encontrar-se associadas a relações familiares conflituosas. Este tipo de conflito é operacionalizado através da presença de aspetos negativos como o sobreenvolvimento emocional<sup>1</sup>, hostilidade e comentários críticos, que integram a EE. Residir com um familiar que apresenta um nível elevado de EE resulta numa percentagem de recaída maior (cerca de 2.5 vezes mais) do que habitar com um familiar com baixa EE (Bebbington & Kuipers, 2008). Este aspeto enfatiza a importância das relações negativas no mau prognóstico na esquizofrenia (Bebbington & Kuipers, 2008).

A medida de avaliação da EE mais conhecida é a *Camberwell Family Interview* (CFI) (Vaughn & Leff, 1976, citados por Kavanagh, O'Halloran, Manicavasagar, Clark, Piatkowska, Tennant, & Rosen 1997). Apesar de ser o instrumento de eleição para avaliar a EE, esta entrevista requer uma formação específica e a administração e cotação

---

<sup>1</sup> Sobreenvolvimento Emocional – Tradução livre do termo inglês “*Emotional Over-involvement*” (EOI)

apresentam uma duração longa, aproximadamente de 4 a 5 horas por pessoa (Vaughn & Leff, 1976, citados por Kavanagh *et al.*, 1997). Pelas razões anteriormente referidas, para o presente estudo utilizou-se a *Family Attitude Scale* (FAS) (Kavanagh *et al.*, 1997), que apresenta uma administração rápida e mais acessível tanto para o examinador como para o sujeito avaliado.

Embora não avalie especificamente a EE, a FAS permite avaliar os níveis de raiva, sobrecarga<sup>2</sup> e stresse dentro de uma relação, sendo uma medida adequada de avaliação dos níveis de hostilidade e crítica da EE (Kavanagh *et al.*, 1997). Paralelamente esta escala obteve uma correlação significativa entre os seus resultados elevados, e resultados elevados de crítica e hostilidade, tal como em resultados baixos de harmonia<sup>3</sup> obtidos na CFI em familiares com pacientes com esquizofrenia (Kavanagh *et al.*, 1997).

A importância do estudo da EE advém do seu peso para predizer o prognóstico da doença, abrangendo uma vasta área de perturbações psiquiátricas (Wearden, Tarrier, Barrowclough, Zastowny, & Rahill, 2000), tornando-se essencial compreender a razão pela qual alguns familiares lidam com a doença do seu familiar através de uma maneira crítica ou com sobreenvolvimento emocional, enquanto outros não (Hooley, 2007).

A compreensão dos fatores subjacentes à EE pode auxiliar no processo terapêutico dirigido à redução dos níveis desta variável o que proporcionaria um melhor prognóstico ao indivíduo com doença mental. Estudos prévios analisaram alguns destes fatores, tais como o *locus* de controlo (*e.g.*, Bentsen, Munkvold, Notland, Boye, Lersbryggen, Oskarsson, Uren, Ulstein, Bjørge, Berg-Larsen, Lingjærde, & Malt, 1997), variáveis sociodemográficas (*e.g.*, Jackson, Smith, & McGorry, 1990) e variáveis culturais (*e.g.*, Jenkins & Karno, 1992; Ran, Leff, Hou, Xiang, & Chan, 2003). Recentemente, Wasserman, Mamani e Suro (2012) realizaram o primeiro estudo que considerou as emoções autoconscientes, como a culpa e a vergonha dos familiares de pacientes com esquizofrenia como fatores preditores da EE.

Tendo em consideração que a EE é uma variável com um peso significativo no prognóstico da esquizofrenia, e que as características sociodemográficas, a culpa e a vergonha dos familiares podem ser consideradas como fatores preditores deste constructo, foram realizados dois estudos distintos.

---

<sup>2</sup> Sobrecarga – Tradução livre do termo inglês “*Burden*”

<sup>3</sup> Harmonia – Tradução livre do termo inglês “*Warmth*”

O primeiro (Estudo I) teve como objetivo geral a análise das variáveis vergonha e culpa como preditoras da EE em familiares de pacientes com esquizofrenia, e do número de recaídas e internamentos destes pacientes. O segundo (Estudo II) consistiu na adaptação preliminar de um instrumento para a população portuguesa: *Family Attitude Scale* (FAS) (Kavanagh *et al.*, 1997). A escala foi utilizada no primeiro estudo após a sua tradução e adaptação.

De seguida são apresentados ambos os estudos em formato de artigo. Em cada um será apresentado a revisão da literatura consultada, o método e procedimento utilizado, a análise dos resultados obtidos, a discussão dos mesmos e, por fim, uma breve conclusão.

## Índice Geral

Índice de Tabelas .....	3
<b>1. Estudo I.....</b>	<b>1</b>
<b>1.1. Resumo .....</b>	<b>1</b>
<b>1.2. Abstract .....</b>	<b>2</b>
<b>1.3. Introdução.....</b>	<b>3</b>
<i>Esquizofrenia .....</i>	<i>3</i>
<i>Relações Familiares .....</i>	<i>7</i>
<i>Emoção Expressa .....</i>	<i>10</i>
<i>Variáveis Preditoras da Emoção Expressa .....</i>	<i>13</i>
<b>1.4. Objetivos.....</b>	<b>16</b>
<b>1.5. Método.....</b>	<b>17</b>
1.5.1. Amostra .....	17
1.5.2. Instrumentos .....	17
<b>1.6. Procedimento .....</b>	<b>20</b>
1.6.1. Recolha de Dados .....	20
1.6.2. Tratamento de Dados.....	20
<b>1.7. Resultados .....</b>	<b>22</b>
<i>Objetivo 1 .....</i>	<i>22</i>
<i>Objetivo 2 .....</i>	<i>24</i>
<i>Objetivo 3 .....</i>	<i>24</i>
<i>Objetivo 4 .....</i>	<i>24</i>
<i>Objetivo 5 .....</i>	<i>24</i>
<i>Objetivo 6 .....</i>	<i>24</i>
<i>Objetivo 7 .....</i>	<i>25</i>
<i>Objetivo 8 .....</i>	<i>25</i>
<i>Objetivo 9 .....</i>	<i>25</i>
<i>Objetivo 10 .....</i>	<i>25</i>
<b>1.8. Discussão .....</b>	<b>27</b>
<b>1.9. Conclusão, Limitações e Sugestões de Investigações Futuras .....</b>	<b>33</b>
<b>1.10. Referências Bibliográficas .....</b>	<b>35</b>
<b>2. Estudo II .....</b>	<b>42</b>
<b>2.1. Resumo .....</b>	<b>42</b>
<b>2.2. Abstract .....</b>	<b>43</b>
<b>2.3. Introdução.....</b>	<b>44</b>
<b>2.4. Método.....</b>	<b>53</b>

2.4.1.	Amostra .....	53
2.4.2.	Instrumentos .....	53
<b>2.5.</b>	<b>Procedimento .....</b>	<b>55</b>
2.5.1.	Recolha de Dados .....	55
2.5.2.	Tradução da Escala.....	55
2.5.3.	Tratamento de Dados.....	55
<b>2.6.</b>	<b>Resultados .....</b>	<b>57</b>
	<i>Estrutura Interna</i> .....	57
	<i>Fiabilidade</i> .....	58
	<i>Dados Normativos</i> .....	59
<b>2.7.</b>	<b>Discussão .....</b>	<b>61</b>
<b>2.8.</b>	<b>Conclusão, Limitações e Sugestões de Investigações Futuras .....</b>	<b>62</b>
<b>2.9.</b>	<b>Referências Bibliográficas .....</b>	<b>63</b>
<b>Anexos</b>	<b>.....</b>	<b>65</b>
	<b>Anexo I:</b> Dados Sociodemográficos e Clínicos .....	66
	<b>Anexo II:</b> Tradução da Escala SC-35 para Português .....	67
	<b>Anexo III:</b> Solicitação de Autorização para Recolha de Amostra .....	69
	<b>Anexo IV:</b> Consentimento Informado .....	70
	<b>Anexo V:</b> Tradução da Escala FAS-30 para Português.....	71

## Índice de Tabelas

Tabela 1: Diferenças nas variáveis psicológicas em função do sexo do cuidador (Teste <i>Mann-Whitney</i> ) .....	22
Tabela 2: Diferenças entre o número de internamentos e recaídas, vergonha, culpa e EE em função das habilitações literárias dos cuidadores (Teste <i>Kruskal-Wallis</i> ).....	23
Tabela 3: Diferenças entre o número de internamentos e recaídas, vergonha, culpa e EE em função do rendimento mensal dos cuidadores (Teste <i>Kruskal-Wallis</i> ) .....	23
Tabela 4: Diferenças entre o número de internamentos e recaídas, vergonha, culpa e EE em função do grau de parentesco do cuidador (Teste <i>Kruskal-Wallis</i> ).....	24
Tabela 5: Saturações fatoriais dos itens nos fatores. Solução com autovalores superiores à unidade e extração forçada a um fator .....	57
Tabela 6: Dados de Fiabilidade da escala.....	59
Tabela 7: Diferenças na variável EE em função do género dos cuidadores (Teste <i>Mann-Whitney</i> ).....	60
Tabela 8: Diferenças na variável EE em função do grau de parentesco dos cuidadores (Teste <i>Kruskal-Wallis</i> ).....	60
Tabela 9: Diferenças na variável EE em função do diagnóstico dos pacientes (Teste <i>Kruskal-Wallis</i> ).....	60

## **1. Estudo I**

### **1.1. Resumo**

A Emoção Expressa (EE) é uma medida do ambiente familiar que consiste nos níveis expressos de crítica, hostilidade e sobreenvolvimento emocional por familiares direcionados a um membro familiar com uma perturbação ou incapacidade. Embora se considere esta medida como preditor de um mau prognóstico do paciente, ainda não se encontram definidas por completo as variáveis que influenciam os níveis de EE. Este estudo procurou analisar as variáveis vergonha e culpa como preditoras da EE em familiares de pacientes com esquizofrenia, e do número de recaídas e internamentos destes pacientes. Os participantes da amostra total, constituída por 33 familiares de pacientes com Esquizofrenia, preencheram um questionário de dados sociodemográficos e clínicos, e responderam a três escalas: *Family Attitude Scale* (avaliação da EE), *Other as Shame Scale* (avaliação da vergonha) e *Escala de Culpabilidad SC-35* (tendência a experienciar sentimentos de culpa). Os resultados obtidos mostraram que a culpa e a vergonha não apresentam um contributo significativo na predição da EE nos familiares, e no número de recaídas e internamentos dos pacientes. A EE mostrou ser um fator preditor dos internamentos dos pacientes mas não das recaídas. Após a análise dos resultados obtidos, depreende-se a importância do estudo de variáveis associadas aos familiares de pacientes com esquizofrenia com vista a uma melhor compreensão do conceito EE e respetiva intervenção no ambiente familiar.

**Palavras-chave:** Emoção Expressa; Esquizofrenia; Vergonha; Culpa

## **1.2. Abstract**

Expressed Emotion (EE) is a measure of the family environment that consists of the expressed levels of criticism, hostility and emotional over-involvement by a relative directed to a family member with a disorder or disability. While considering this measure as a predictor of a poor prognosis, are not yet completely defined the variables that influence EE levels. This study tried to analyze the variables shame and guilt as predictors of EE in relatives of patients with schizophrenia, and the number of relapses and hospitalizations of these patients. The participants of the total sample included 33 relatives of patients with schizophrenia, which completed a questionnaire on sociodemographic and clinical data and also responded to three instruments: Family Attitude Scale (EE assessment), Other as Shame Scale (shame assessment) and *Escala de Culpabilidade* SC-35 (tendency to experience feelings of guilt). The results showed that guilt and shame do not provide a significant contribution in predicting EE in family members and the number of relapses and hospitalizations of the patients. EE showed to be a predictor of hospitalization of patients but not relapse. After analyzing the results, it's apparent the importance of the study variables associated with the relatives of patients with schizophrenia with a view to a better understanding of EE concept and respective intervention in the family environment.

**Keywords:** Expressed Emotion; Schizophrenia; Shame; Guilt

### **1.3. Introdução**

#### *Esquizofrenia*

A esquizofrenia é uma perturbação mental caracterizada por uma sintomatologia que engloba psicose, apatia, isolamento social e alterações cognitivas que resultam em dificuldades no funcionamento a nível laboral, académico, familiar, social e de lazer, do autocuidado e na independência do indivíduo (Mueser & McGurk, 2004).

No que respeita à sua epidemiologia, cerca de 1% da população encontra-se afetada por esta perturbação (Mueser & McGurk, 2004). A incidência anual da esquizofrenia é de 0.11 por cada 1000 indivíduos (National Collaborating Centre For Mental Health, 2010) e num estudo conduzido por Terkelsen e Menikoff (1995, citados por Mueser & McGurk, 2004) os resultados indicam que cerca de 25% da totalidade de camas num hospital psiquiátrico é ocupada por doentes que apresentam esta perturbação. Na sua etiologia parece existir uma correlação entre fatores genéticos e ambientais (Mueser & McGurk, 2004). As taxas de incidência relativas à esquizofrenia são superiores entre parentes, em comparação à população em geral, tendo sido identificados sete genes associados a esta perturbação (Harrison & Owen, 2003). Por outro lado, os fatores ambientais incluem fatores biológicos e psicossociais, como por exemplo infeções durante a gravidez (Brown, 2011) e níveis socioeconómicos baixos (Bruce, Takeuchi, & Leaf, 1991, citados por Mueser & McGurk, 2004).

Geralmente a doença tem o seu início entre as idades de 16 e 30 anos, e não tão frequentemente após os 45 anos (National Institute of Mental Health, 2009). A fase inicial de manifestação da perturbação é denominada de período prodrómico e caracteriza-se por algum nível de deterioração no funcionamento pessoal que inclui dificuldades ao nível da memória, concentração, comunicação, afetividade, coexistindo com ideias bizarras, experiências perceptivas, pobre higiene pessoal, e reduzida motivação e interesse nas atividades de vida diárias (National Collaborating Centre For Mental Health, 2010). Comummente, após a sua primeira manifestação, a perturbação progride gradualmente durante uma média de cinco anos, surgindo sintomas depressivos e sintomas negativos, sucedendo-se rapidamente por dificuldades cognitivas e sociais e, culminando, finalmente, no aparecimento de sintomas positivos (Mueser & McGurk, 2004). Contudo é importante referir que a progressão da doença pode variar consideravelmente de indivíduo para indivíduo (National Collaborating Centre For Mental Health, 2010).

No que respeita à sintomatologia, a esquizofrenia caracteriza-se pela existência de três grupos de sintomas: positivos, negativos e alterações cognitivas (National Institute of Mental Health, 2009). Porém, indivíduos com esquizofrenia apresentam combinações únicas no que se refere à sua sintomatologia e experiência na medida em que são influenciados pela sua circunstância particular (National Collaborating Centre For Mental Health, 2010). Os sintomas positivos, também reconhecidos como sintomas psicóticos, são caracterizados como uma perda do contacto com a realidade, que incluem as crenças erróneas (delírios), experiências perceptivas não experienciadas por outros (alucinações) e comportamentos disfuncionais (Mueser & McGurk, 2004). Na esquizofrenia existem diversos tipos de alucinações, como é o caso das alucinações auditivas, visuais, olfativas, gustatórias ou tácteis, sendo que as auditivas são as que se apresentam com mais frequência (Mueser & McGurk, 2004). Os delírios mais frequentes na esquizofrenia são os de tipo persecutório (*e.g.*, crença de que alguém conspira contra o indivíduo), de controlo (crença que os outros interferem com o pensamento do indivíduo), de grandeza (*e.g.*, crença em que o indivíduo acredita que é Jesus Cristo) e somáticos (*e.g.*, o indivíduo experiencia que o seu cérebro está a ser consumido) (Mueser & McGurk, 2004). Os sintomas negativos são mais persistentes do que os positivos, na medida em que apresentam menos flutuação ao longo do tempo e estão fortemente associados a um funcionamento psicossocial pobre (Sayers, Curran, & Mueser, 1996). Este grupo de sintomas é caracterizado pela diminuição ou ausência de processos emocionais e comportamentais básicos. Geralmente incluem apatia, anedonia, embotamento afetivo (expressão facial imóvel, tom de voz monótono) e alogia (discurso pobre em conteúdo e quantidade) (Mueser & McGurk, 2004). No terceiro grupo de sintomas na esquizofrenia encontram-se as alterações cognitivas, que abrangem alterações de funções como a atenção, concentração, velocidade psicomotora, aprendizagem, memória e funções executivas, como por exemplo, pensamento abstrato e resolução de problemas. Embora exista diminuição de funcionalidade nestas capacidades, alguns indivíduos mantêm um funcionamento cognitivo dentro da média, contudo continuam a apresentar dificuldades de funcionamento a nível laboral e de convívio em comunidade (Mueser & McGurk, 2004).

Em concomitância com os sintomas acima referidos parece existir um risco acrescido no que concerne a problemas de consumo de álcool e outras drogas (*e.g.*, Regier, Farmer, Rae, Locke, Keith, Judd, & Goodwin, 1990), doenças infecciosas (*e.g.*, Rosenberg, Goodman, Osher, Swartz, Essock, Butterfield, Constantine, Wolford, &

Salyers, 2001), perturbação de stresse pós-traumático (*e.g.*, Mueser, Rosenberg, Goodman, & Trumbetta, 2002), ansiedade (*e.g.*, Braga, Mendlowicz, Marrocos, & Figueira, 2005), depressão (*e.g.*, Cotton, Lambert, Schimmelmann, Mackinson, Gleeson, Berk, Hides, Chanen, McGorry, & Conus, 2012) e hostilidade (*e.g.*, Bartels, Drake, Wallach, & Freeman, 1991).

No que diz respeito à fisiopatologia, Wright, Rabe-Hesketh, Woodruff, David, Murray e Bullmore, (2000), através de uma meta-análise, identificam diferenças ao nível da neurobiologia em sujeitos com esquizofrenia e de controlo. As principais diferenças evidenciadas ao longo da análise dos diversos estudos referem-se ao volume cerebral de indivíduos com esquizofrenia aquando comparados com grupos de controlo. Destes resultados salienta-se a existência de um aumento do sistema ventricular em 26% no caso dos sujeitos com esquizofrenia, especificamente do terceiro ventrículo, tal como um aumento volumétrico dos gânglios da base. Em concomitância, existe uma redução volumétrica aquando os sujeitos com esquizofrenia são comparados com o de controlo no que diz respeito, ao volume total do cérebro (decréscimo de 2% na matéria cinzenta e 1% na matéria branca), às amígdalas, hipocampo, parahipocampo e tálamo (Wright *et al.*, 2000).

Ainda na área da fisiopatologia, Broome, Woolley, Tabraham, Johns, Bramon, Murray, Pariante, McGuire e Murray (2005) em relação ao surgimento da psicose, sugerem que a alteração no desenvolvimento do hipocampo pode encontrar-se influenciada pela incapacidade de transmitir as tarefas da memória de trabalho para o córtex pré-frontal, tal como pelos efeitos do stresse e elevada circulação de cortisol. Assim, o início de uma psicose será uma consequência de uma disfunção pré-frontal que leva a uma resposta de stresse e transmissão de dopamina exacerbadas (devido a uma incapacidade na modulação pré-frontal), juntamente com os danos do stresse induzidos no hipocampo.

Para além da importância dos fatores fisiopatológicos na esquizofrenia, é necessário considerar os aspetos psicológicos e sociais. O modelo de vulnerabilidade-stresse no desenvolvimento de episódios esquizofrénicos psicóticos desenvolvido por Nuechterlein e Dawson (1984) sugere que cada indivíduo apresenta diferentes níveis de vulnerabilidade em relação à esquizofrenia, que são determinados pela combinação de fatores biológicos, sociais e psicológicos. Esta vulnerabilidade resulta do desenvolvimento de problemas (sintomas e comportamentos psicóticos e esquizofrénicos) quando existem fatores ambientais stressantes. Nos indivíduos com

elevada vulnerabilidade, bastam níveis baixos de stresse para despoletar estes problemas, pelo contrário, em indivíduos com níveis baixos de vulnerabilidade, estes problemas apenas se desenvolvem se existirem níveis elevados de stresse. Os autores deste modelo referem ainda que dois dos estímulos ambientais mais importantes são os stressores sociais, que consistem em eventos de vida, e o nível de stresse familiar, que inclui o excesso de crítica pessoal, hostilidade e sobreenvolvimento pessoal (Nuechterlein & Dawson, 1984).

De forma congruente com a compreensão multidimensional vigente da esquizofrenia, a intervenção abrange três grandes áreas: o tratamento farmacológico, a intervenção psicossocial (Mueser & McGurk, 2004) e psicológica (National Collaborating Centre For Mental Health, 2010). O tratamento farmacológico é crucial no controlo da doença, pelo que sem esta intervenção nenhum tratamento psicossocial ou psicológico seria possível de implementar (Mueser & McGurk, 2004). A medicação primária diz respeito à administração de anti-psicóticos de segunda geração que procura a redução dos sintomas positivos e previne a recaída (Ellenbroek, 2012). Outros fármacos comumente utilizados englobam diversos antidepressivos, estabilizadores de humor como é o caso do lítio e benzodiazepinas (Herz & Marder, 2002). Desta forma, o tratamento da esquizofrenia é realizado numa base de polifarmácia (Covell, Jackson, Evans, & Essock, 2002). É importante referir que 50% dos doentes não realizam o tratamento como prescrito pelo clínico (Mueser & McGurk, 2004). Assim, a adesão aos tratamentos farmacológicos pode ser melhorada através de programas psicoeducacionais para auxiliar os pacientes a compreender a esquizofrenia, na seleção de um antipsicótico eficaz que o paciente consiga tolerar, redução nas dosagens, intervenção individual, uma boa relação terapêutica e a inclusão da família em todo o processo terapêutico (Masand & Narasimhan, 2006). A intervenção psicossocial procura realizar um controlo adequado da doença, como por exemplo, na criação de estratégias de *coping* para os sintomas e na prevenção da recaída. Intervenções específicas, como a psicoeducação familiar e treino de competências sociais, têm demonstrado a sua eficácia nos objetivos acima descritos (Mueser & McGurk, 2004). A intervenção psicológica pretende aumentar o funcionamento nas áreas perturbadas e nos comportamentos disfuncionais, por exemplo através de Terapias Cognitivo-Comportamentais (National Collaborating Centre For Mental Health, 2010).

Com análise nos fatores fisiopatológicos, sociais e psicológicos referidos, considera-se relevante estudar a relação entre os mesmos na esquizofrenia, dado que,

como referido anteriormente, estes apresentam um impacto significativo no desenvolvimento da doença. Assim, é essencial o estudo das variáveis sociais em relação ao seu impacto na esquizofrenia.

### *Relações Familiares*

Para uma melhor compreensão acerca do processo das relações familiares com pacientes com doenças mentais, é fundamental o esclarecimento acerca do papel do cuidador, mais especificamente nas consequências que por vezes advêm deste relacionamento.

Nas famílias com pacientes com esquizofrenia o impacto no cuidador é significativo, resultando em elevados níveis de sobrecarga no mesmo (*e.g.* Lasebikan & Ayinde, 2013; Caqueo-Urizar & Gutiérrez-Maldonado, 2006; Gutiérrez-Maldonado, Caqueo-Urizar, & Kavanagh, 2005). Schene, Wijngaarden e Koeter (1998) referem a existência de dois tipos de consequências nos cuidadores de pacientes com esquizofrenia: objetivas e subjetivas. As consequências objetivas encontram-se relacionadas com o comportamento do paciente, e com as tarefas e problemas dentro e fora da família associadas ao ato de cuidar do paciente. As consequências subjetivas dizem respeito à forma como o cuidador lida com estas tarefas e problemas. Se os cuidadores não forem bem-sucedidos neste processo, então poderão experienciar consequências psicológicas ou pequenas perturbações psicológicas. Assim, a sobrecarga do cuidador é um constructo geralmente definido pelo impacto e consequências que provoca no mesmo. Para além das consequências emocionais, psicológicas e físicas, este conceito envolve noções subtis mas stressantes tais como a vergonha, raiva, constrangimento, culpa e auto-culpabilização (*e.g.*, Awad & Voruganti, 2008; Hanzawa, 2012; Wahl & Harman, 1989; Irazábal, Marsà, García, Gutiérrez-Recacha, Martorell, Salvador-Carulla, & Ochoa, 2012; Kuipers, 1993; Schene, 1990). Paralelamente à existência de elevados níveis de sobrecarga, existem ainda outras consequências psicológicas, emocionais, financeiras e sociais nos familiares cuidadores de pacientes com doenças mentais (*e.g.* Awad & Voruganti, 2008; Lavretsky, 2008; Irazábal *et al.*, 2012; Jackson *et al.*, 1990; Mueser & Gingerich, 2006; McDonell, Short, Berry, & Dyck, 2003; Saunders, 2003; Yusuf, Nuhu, & Akinbiyi, 2009; Navidian & Bahari, 2008; Lowyck, Hert, Peeters, Wampers, Gilis, & Peuskens 2004).

Aparentemente, algumas variáveis sociodemográficas dos familiares encontram-se associadas aos níveis de sobrecarga experienciados pelos mesmos, como o género,

rendimento económico, habilitações literárias e grau de parentesco. Ratnawati, Husada e Loebis (2014) relacionaram a sobrecarga com as características sociodemográficas de 118 familiares de pacientes com esquizofrenia. Como avaliação dos níveis de sobrecarga foi utilizada a *Zarit Burden Interview*. Os resultados mostraram que os níveis de sobrecarga eram superiores nas mulheres, o nível de educação correlacionava-se negativamente com a sobrecarga do familiar, e os progenitores apresentavam níveis superiores de sobrecarga em relação a outros familiares.

Numa outra investigação, Gutiérrez-Maldonado e colaboradores (2005) mediram o nível de sobrecarga em 65 familiares de pacientes com esquizofrenia e analisaram as correlações da sobrecarga e o seu impacto no funcionamento, saúde e bem-estar. Utilizaram a *Zarit Caregiver Burden Scale* (ZCBS; Zarit, Reever, & Bach-Peterson, 1980, citados por Gutiérrez-Maldonado *et al.*, 2005) para explorar os efeitos negativos no familiar em relação à sua saúde mental e física, atividades sociais e recursos económicos, e o *SF-36 Health Survey* (Ware, Snow, Kosinski, & Gandek, 1993, citados por Gutiérrez-Maldonado *et al.*, 2005) para avaliar o estado de saúde. Os resultados mostraram que os valores médios de sobrecarga eram elevados, particularmente nas mães, familiares com níveis de educação inferiores, familiares com pacientes mais novos e em familiares com pacientes com mais internamentos nos últimos 3 anos.

Dentro da mesma temática, Caqueo-Urizar e Gutiérrez-Maldonado (2006) estudaram a sobrecarga familiar e as suas correlações em 41 familiares de pacientes com esquizofrenia. O método de avaliação utilizado foi a *Zarit Caregiver Burden Scale* (ZCBS; Zarit, Reever, & Bach-Peterson, 1980, citados por Caqueo-Urizar & Gutiérrez-Maldonado, 2006). Os resultados, em congruência com a investigação acima descrita, mostraram que todos os familiares apresentavam níveis elevados de sobrecarga, principalmente as mães. Familiares mais velhos, com baixo nível educacional, desempregados e com pacientes mais novos também apresentavam níveis de sobrecarga superiores.

Li, Lambert e Lambert (2007) avaliaram em 96 familiares de pacientes com esquizofrenia: (1) o nível de sobrecarga dos familiares e a sua qualidade de vida; (2) as relações das características sociodemográficas dos familiares e dos pacientes com os níveis de sobrecarga e qualidade de vida dos familiares; (3) os preditores da sobrecarga e qualidade de vida dos familiares. Como medida da sobrecarga objetiva dos familiares,

do stresse subjetivo de sobrecarga<sup>4</sup> e da exigência subjetiva de sobrecarga<sup>5</sup> foi utilizada a *Caregiver Burden Scale* (Montgomery, 2006, citado por Li *et al.*, 2007), e como medida da qualidade de vida dos familiares a *WHOQOL-BREF* (World Health Organization, 2006, citado por Li *et al.*, 2007). Os resultados mostraram que a idade dos familiares, idade e tempo de diagnóstico dos pacientes correlacionavam-se com o número de internamentos. O nível de educação dos familiares encontrava-se correlacionado negativamente com o seu stresse subjetivo de sobrecarga e exigência subjetiva de sobrecarga. A sobrecarga subjetiva dos familiares relacionava-se negativamente com o rendimento económico e o tempo de contacto com o paciente. Por outro lado, o tempo de contacto com o paciente correlacionava-se positivamente com a sobrecarga objetiva dos familiares. O melhor preditor da sobrecarga dos familiares foi o seu nível de educação, sugerindo que familiares com habilitações literárias superiores experienciavam níveis de sobrecarga inferiores.

No que diz respeito ao comportamento dos familiares relativo à experiência de sobrecarga resultante dos cuidados prestados ao paciente, Caqueo-Urizar, Gutiérrez-Maldonado, Ferrer-Garcia, Peñaloza-Salazar, Richards-Araya e Cuadra-Peralta (2011) mediram a relação entre as atitudes de 41 familiares de pacientes com esquizofrenia e a sobrecarga experienciada resultante. Como medida da sobrecarga foi utilizada a *Zarit Caregiver Burden Scale* (ZCBS; Zarit, Reever, & Bach-Peterson, 1980, citados por Caqueo-Urizar *et al.*, 2011) e como medida das atitudes dos familiares direcionadas à esquizofrenia o *Attitudes Towards Schizophrenia Questionnaire for Relatives*. Os resultados obtidos mostraram que os progenitores, principalmente as mães, apresentavam mais atitudes negativas direcionadas à doença, assim como familiares mais velhos, com níveis baixos de escolaridade e familiares que têm mais contacto com o paciente. Embora as atitudes dos familiares tenham mostrado uma relação significativa com a sobrecarga, o seu poder explicativo foi razoável.

Assim, relativamente às atitudes dos familiares direcionadas ao paciente com esquizofrenia, Barrawclough e Hooley (2003) sugeriram que existe uma tendência para o indivíduo considerar uma relação com alguém próximo que sofra de problemas ao nível de saúde mental como pessoalmente relevante e má. Assim, assumindo esta ideia como verdadeira, então as avaliações que são realizadas para definir as causas de um acontecimento que causou uma mudança de comportamento no paciente interpretam um

---

<sup>4</sup> Stresse subjetivo de sobrecarga – Tradução livre do termo inglês “*Subjective stress burden*”

<sup>5</sup> Exigência subjetiva de sobrecarga – Tradução livre do termo inglês “*Subjective demand burden*”

papel importante na determinação de sentimentos e comportamentos dos familiares de pessoas com esquizofrenia. Por exemplo, em caso de isolamento por parte do paciente, os familiares podem considerar este acontecimento como um comportamento propositado de evitamento em relação a eles ou como uma forma de fugir a responsabilidades, experienciando assim níveis de irritação. Se atribuírem o acontecimento a um stresse incontrolável por parte do paciente, então podem sentir compaixão e ser compreensivos. Por outro lado, se os familiares avaliarem a situação como sendo um resultado de algo que estes fizeram ou disseram de mal, então podem experienciar sentimentos de culpa (Barrawclough & Hooley, 2003). Mais especificamente, os sentimentos e reações dos progenitores de filhos com esquizofrenia podem variar entre desamparo, confusão, frustração, culpa, tristeza, constrangimento e raiva (Mueser & Gingerich, 2006). Em irmãos, os sentimentos podem variar entre confusão, frustração, ansiedade em desenvolver a doença, stresse, ressentimento, raiva e culpa (Mueser & Gingerich, 2006). A maioria de experiências psicológicas associadas aos irmãos de pacientes com esquizofrenia são de um forte vínculo entre irmãos com uma fusão de sentimentos como a mágoa, raiva, inveja, vergonha e culpa, sendo este último considerado o mais proeminente em famílias com esta perturbação (Stålberg, Ekerwald, & Hultman, 2004). Por fim, relativamente a cônjuges e parceiros, estes podem apresentar sentimentos de confusão, frustração, culpa, tristeza, constrangimento, raiva, e preocupação em relação a fatores económicos e ao futuro (Mueser & Gingerich, 2006).

### *Emoção Expressa*

Como referido anteriormente, o ambiente familiar é um fator psicossocial que pode contribuir significativamente para a prevenção de recaídas. Uma variável que desencadeou numerosos estudos em Londres entre os anos 1950 e 1960 foi a Emoção Expressa (EE). Estes estudos foram desenvolvidos com o objetivo de investigar as relações existentes entre o resultado clínico de pacientes psiquiátricos e a qualidade das relações entre os mesmos e os seus familiares mais próximos (Wearden *et al.*, 2000).

Brown, Carstairs e Topping (1958, citados por Wearden *et al.*, 2000) desenvolveram uma investigação relativamente à influência do ambiente social da família na saúde do doente através da avaliação das atitudes dos familiares direcionadas ao doente e conseqüente relação. Neste estudo foi revelado que doentes com esquizofrenia apresentavam uma maior probabilidade de recaída de sintomas desta

perturbação se voltassem a residir com os seus pais ou esposas/os ao invés de residirem em alojamentos ou com irmãos (Brown, Carstairs, & Topping, 1958, citados por Wearden *et al.*, 2000; *e.g.* Pratibha, Jena, & Bhatia, 2012). Este estudo desencadeou a necessidade de explicação das dinâmicas familiares e possível conexão entre a qualidade da relação do doente com os seus familiares e os resultados clínicos do mesmo (Wearden *et al.*, 2000).

Seguiu-se então um período em que foram desenvolvidas entrevistas e escalas de classificação com o intuito de avaliar as interações emocionais familiares (Brown & Rutter, 1966, citados por Wearden *et al.*, 2000). Após a validação das mesmas, surgiram escalas avaliativas das medidas de crítica, hostilidade, sobreenvolvimento emocional, harmonia e comentários positivos (Wearden *et al.*, 2000). As escalas consideradas fundamentais na classificação de familiares com níveis elevados ou baixos de EE são as que transmitem aspetos negativos de crítica, hostilidade e sobreenvolvimento emocional (Wearden *et al.*, 2000; Hooley & Hoffman, 1999; Hooley, 2007), sendo a crítica considerada a escala principal entre estas três. Esta encontra-se maioritariamente correlacionada com a hostilidade e esta última raramente se encontra presente na ausência de crítica (Wearden *et al.*, 2000).

A Emoção Expressa (EE) é então um conceito que avalia o ambiente familiar de pacientes portadores de diversas doenças, assumindo um papel preditor nos resultados clínicos negativos dos mesmos (Hooley, 2007). A EE refere-se a diversos aspetos relativos às relações interpessoais, incluindo medidas de crítica, hostilidade, harmonia, comentários positivos e sobreenvolvimento emocional (Pratibha *et al.*, 2012). É um constructo que se refere a atitudes emocionais e comportamentos inseridos no núcleo familiar, sendo estes direcionados a um membro da mesma, e à comunicação entre o portador de doença mental e a respetiva família (García, 2011). Estes aspetos comportamentais englobam atitudes como a hostilidade, crítica e sobreenvolvimento emocional (Barrowclough & Hooley, 2003), tornando-se assim num preditor válido de prognósticos negativos em algumas perturbações mentais (Butzlaff & Hooley, 1998). Ivanovic, Vuletić e Bebbington (1994) referem que a EE pode ser uma característica que se desenvolve como um resultado da interação entre determinados aspetos do próprio cuidador, do doente e circunstâncias e especificidades da doença.

Segundo o modelo de vulnerabilidade-stresse (Nuechterlein & Dawson, 1984), os fatores sociais stressantes incluem acontecimentos de vida que são influenciados, tanto pelo comportamento do indivíduo, como pelo nível de stresse familiar contínuo,

que inclui excessiva crítica pessoal, hostilidade e sobreenvolvimento emocional. Assim, a EE não é uma medida de expressão emocional mas sim uma medida da dimensão de como um membro familiar de um doente psiquiátrico fala acerca do mesmo de uma maneira crítica ou hostil ou que expressa um sobreenvolvimento emocional ou excessiva preocupação (Hooley & Gotlib, 2000).

Num estudo realizado por Barrowclough, Johnston e Tarrier (1994) com uma amostra composta por 51 pacientes com esquizofrenia e 60 dos seus familiares, utilizaram a CFI (*Camberwell Family Interview*) como medida da EE, o *Leeds Attributional Coding System* (LACS) (Stratton, Munton, Hanks, Heard, & Davidson, 1988, citados por Barrowclough *et al.*, 1994) como medida das atribuições dos familiares relativamente ao paciente e aos acontecimentos associados à doença e o *Family Questionnaire* (FQ) como medida das perceções dos familiares acerca dos problemas associados à doença. Os autores tinham como objetivo compreender a razão pela qual os familiares de pacientes com esquizofrenia modificam as suas atitudes e respostas perante os mesmos, e como as crenças causais destes familiares podem mediar a recaída nos pacientes. Este estudo mostrou que familiares com níveis elevados de EE realizavam mais atribuições acerca da doença do que os familiares com níveis baixos. No grupo com elevada EE, familiares com níveis superiores de sobreenvolvimento emocional mostraram-se idênticos ao grupo de baixa EE no que diz respeito à atribuição de fatores externos e incontrolláveis pelo paciente aos problemas (acontecimentos relacionados com a doença). Por outro lado, familiares com elevados níveis de crítica atribuíam mais causas internas destes problemas ao paciente e familiares com elevados níveis de hostilidade revelaram a tendência para percecionar as causas dos problemas como sendo controláveis e pessoais, por parte dos pacientes.

No que diz respeito à recaída, Ivanovic e colaboradores (1994) realizaram um estudo com objetivo de investigar a relação entre a recaída em pacientes com esquizofrenia e os níveis de EE presentes nas suas famílias onde, pelo menos um parente partilhava a mesma casa com o paciente. Esta investigação contemplou uma amostra de 30 pacientes diagnosticados com esquizofrenia hebefrénica e 30 pacientes com esquizofrenia paranóide. Os pacientes foram entrevistados utilizando a *Camberwell Family Interview* (CFI; Vaughn & Leff, 1976, citados por Ivanovic *et al.*, 1994), seguindo-se de um período de *follow-up* que durou 9 meses. Os resultados desta investigação mostraram uma frequência de recaída dez vezes superior em pacientes de famílias com elevados níveis de EE comparativamente a famílias com baixos níveis.

### *Variáveis Predictoras da Emoção Expressa*

Para além das consequências associadas à EE como referido acima, é necessário investigar que variáveis são capazes de predizer a existência de EE num ambiente familiar, para melhor compreender como este constructo se processa. Karanci e Inandilar (2002) realizaram um estudo com 72 cuidadores de pacientes com esquizofrenia, no que procuraram examinar o poder preditor das características dos pacientes e respetivos cuidadores, tal como as perceções dos cuidadores relativamente ao *coping*, frequência, desconforto e controlo dos sintomas comportamentais pelo paciente, e atribuições no *locus* de causalidade no desenvolvimento da doença nas componentes da EE (crítica, hostilidade e sobreenvolvimento emocional). Foram utilizados como métodos de medida o *Family Questionnaire* (FQ), com o intuito de medir a frequência da ocorrência de determinados comportamentos problemáticos por parte do paciente, o grau de desconforto sentido pelo cuidador relativamente a estes comportamentos e a sua capacidade de perceção para lidar com os mesmos, e a *Expressed Emotion Scale* (EES) como medida da EE. No final, foi solicitado aos cuidadores que enumerassem quais as causas que estes acreditavam que tivessem contribuído para o desenvolvimento da doença dos seus pacientes familiares. Após esta tarefa foi sugerido que escolhessem a causa mais importante das que previamente haviam enumerado e que a pontuassem consoante duas escalas, nomeadamente, “Em que medida essa causa se encontrava relacionada com uma característica do seu paciente familiar” e “Em que medida essa causa se encontrava relacionada com uma característica sua”. Estas duas questões eram pontuadas numa escala de cinco pontos. O objetivo desta tarefa consistia na avaliação das atribuições internas direcionadas ao paciente *versus* as atribuições internas direcionadas ao cuidador. Os resultados indicaram que quanto mais os cuidadores percecionavam comportamentos sintomáticos nos pacientes e quanto menos se consideravam como aptos para lidar com os mesmos, mais críticos e hostis se tornavam. Para além disso, os resultados indicaram também que quanto mais os cuidadores se consideravam competentes para lidar com sintomas específicos do paciente, menos estes os incomodavam e menos perceção tinham em relação a comportamentos sintomáticos. Os familiares com níveis elevados de sobreenvolvimento emocional apresentavam, também, níveis elevados de stresse em relação aos comportamentos sintomáticos dos pacientes, embora se considerassem aptos para lidar com os mesmos.

Considerando que um aspeto importante no âmbito das variáveis predictoras da EE reside do foco nas características do paciente, outros autores focaram-se especificamente nas características dos cuidadores, como o sentimento de culpa e vergonha (Wasserman *et al.*, 2012), e propensão de culpa (Bentsen, Notland, Munkvold, Boye, Ulstein, Bjorge, Uren, Lersbryggen, Oskarsson, Berg-Larsen, Lingjaerde, & Malt, 1998). Wasserman e colaboradores (2012) realizaram um estudo constituído por uma amostra de 72 famílias de pacientes com esquizofrenia, que tinha como objetivo analisar a relação entre a EE dos familiares e os seus sentimentos de culpa e vergonha como consequências diretas de ter um paciente familiar com esquizofrenia. Para a avaliação da EE foi utilizado o *Five Minute Speech Sample* (FMSS; Magaña *et al.*, 1986, citados por Wasserman *et al.*, 2012) e como medida da culpa e vergonha foi utilizado o *Self-directed Emotions for Schizophrenia Scale*. Os resultados revelaram que níveis elevados de culpa e vergonha, por parte dos familiares, relativamente a ter um familiar com esquizofrenia prediziam níveis elevados de EE.

Por outro lado, numa investigação realizada por Bentsen e colaboradores (1998), constituída por 46 pacientes recentemente hospitalizados (esquizofrenia ou outras perturbações psicóticas relacionadas) e 69 familiares, os autores avaliaram a propensão de culpa como determinante das componentes de EE. Como medida da EE foi utilizada a *Camberwell Family Interview* (CFI) e como medida da propensão de culpa foi utilizado o *Revised Mosher Guilt Inventory* (RMGI). Os resultados revelaram que a propensão de culpa se encontrava negativamente relacionada com níveis elevados de crítica e hostilidade e, para os homens estava positivamente relacionada com o sobreenvolvimento emocional. Verificaram também que o efeito da propensão de culpa no sobreenvolvimento emocional era superior quando o paciente tinha esquizofrenia.

Outros autores consideraram que os familiares podem defender-se contra a culpa redireccionando-a para o paciente através de uma maneira crítica ou adotando comportamentos de sobreenvolvimento emocional para emendar o que fizeram de errado (Wasserman *et al.*, 2012). A propensão para experienciar vergonha encontra-se relacionada com a tendência para culpar os outros fazendo atribuições externas perante situações vergonhosas (Tracy & Robins, 2006). Mais especificamente, a vergonha limita a capacidade da pessoa de sentir empatia dado que este processo envolve uma característica de autofoco<sup>6</sup> ao invés de um foco na experiência do outro (Reimer, 1996).

---

<sup>6</sup> Autofoco: Tradução livre do termo inglês “*Self-focus*”

Assim, o sentimento de vergonha pode induzir a um sentimento de culpa, carência de empatia, e aumento de crítica e hostilidade direcionado a um familiar com uma perturbação mental (McMurrich & Johnson, 2009). Depreende-se então a possibilidade de que o facto de cuidar de uma pessoa com doença mental possa causar diferentes emoções no cuidador e que essas possam variar em função da interpretação que o cuidador faz da situação e do paciente.

Com base na revisão da literatura apresentada e no conjunto de ideias formuladas revela-se importante o estudo de aspetos relacionados com o cuidador do doente com esquizofrenia, assim como o estudo das variáveis sociodemográficas procurando verificar as suas influências nos níveis de EE e no prognóstico do paciente. Os aspetos referentes às características do cuidador revelam-se como um fator fulcral na compreensão da EE e no estudo das suas variáveis preditoras. Assim, após a análise da literatura referente às variáveis culpa e vergonha experienciadas pelo cuidador e dos seus efeitos nas relações familiares com o doente mental e o seu respetivo prognóstico, o presente estudo apresenta como objetivo geral a análise das variáveis vergonha e culpa como preditores da EE, e do número de recaídas e internamentos em familiares de pacientes com esquizofrenia.

## 1.4. Objetivos

O presente estudo tem como objetivo geral analisar em que medida as variáveis vergonha e culpa podem constituir-se como preditores da Emoção Expressa (EE) de familiares de pacientes com Esquizofrenia, e do número de recaídas e internamentos nestes pacientes.

Definiram-se os seguintes objetivos específicos:

- 1) Analisar as variáveis estudadas (número de recaídas, número de internamentos, EE, vergonha e culpa) em função das variáveis sociodemográficas do familiar;
- 2) Analisar a relação entre a EE e as variáveis clínicas do paciente com esquizofrenia (tempo de diagnóstico, número de recaídas e número de internamentos);
- 3) Analisar a relação entre a culpa experienciada pelo familiar e as variáveis clínicas do paciente com esquizofrenia (tempo de diagnóstico, número de recaídas e número de internamentos);
- 4) Analisar a relação entre a vergonha experienciada pelo familiar e as variáveis clínicas do paciente com esquizofrenia (tempo de diagnóstico, número de recaídas e número de internamentos);
- 5) Analisar a relação entre a culpa e a EE;
- 6) Analisar a relação entre a vergonha e a EE;
- 7) Analisar a relação entre a vergonha e a culpa;
- 8) Analisar em que medida a vergonha e a culpa experienciadas pelo familiar se constituem como variáveis preditoras da EE;
- 9) Analisar em que medida a vergonha e a culpa experienciadas pelo familiar se constituem como variáveis preditoras das recaídas e dos internamentos do paciente;
- 10) Analisar em que medida a EE se constitui como variável preditora das recaídas e dos internamentos do paciente.

## 1.5. Método

### 1.5.1. Amostra

No presente estudo a amostra foi constituída por 33 familiares de pacientes com Esquizofrenia com idades compreendidas entre os 18 e os 75 anos ( $M=49.3$ ,  $DP=16.68$ ). Todos os participantes tinham nacionalidade portuguesa, sendo a maioria do sexo feminino (60.6%). No que respeita às habilitações literárias, nove tinham completado o Ensino Básico (27.3 %), seis o Ensino Secundário (18.2 %), seis o Ensino Superior (18.2 %), cinco tinham Formação Profissional (15.2 %), três o Terceiro Ciclo (9.1 %), dois o Segundo Ciclo (6.1 %) e dois não responderam (6.1 %). Relativamente ao grau de parentesco em relação à pessoa cuidada, treze eram mães (39.4 %), sete pais (21.2 %), sete irmãos/ãs (21.2 %), três filhos/as (9.1 %) e três outros graus de parentesco (9.1 %). O rendimento mensal variou entre 190 euros a 5000 euros, com uma média de 836.60 euros ( $DP=939.766$ ). O número de internamentos variou entre 1 e 8, apresentando uma média de 3 internamentos ( $DP=2.18$ ) e o número de recaídas entre 0 e 11, com uma média de 3.03 recaídas ( $DP=2.75$ ). Relativamente ao tempo de diagnóstico dos pacientes, até ao momento da recolha de dados, situou-se entre 1 e 36 anos, com uma média de 10.42 anos ( $DP=9.13$ ).

### 1.5.2. Instrumentos

Foram utilizados os seguintes instrumentos:

- Questionário de Dados Sociodemográficos e Clínicos (Anexo I)

Este questionário foi construído e aplicado com o objetivo de conhecer as variáveis sociodemográficas e selecionar os participantes que preenchessem os critérios de inclusão do estudo que serão apresentados na secção de procedimento.

- “*Family Attitude Scale*” (FAS-30)

Esta escala, desenvolvida por Kavanagh e colaboradores (1997), é uma medida de autorrelato que avalia a raiva, sobrecarga ou stresse numa relação e pode ser preenchido por qualquer membro da família. É composta por 30 itens com cinco níveis de resposta (0 = Nunca; 1 = Raramente; 2 = Alguns dias; 3 = A maior parte dos dias; 4 = Todos os dias). A pontuação total diz respeito à soma das pontuações diretas de 23 itens e invertidas dos 10 restantes (1, 9, 12, 15, 16, 20, 21, 24, 28 e 30). Os resultados podem variar entre 0 e 120, sendo as pontuações mais elevadas indicadoras de níveis

elevados de raiva, sobrecarga ou stresse. Esta escala revelou uma correlação significativa entre os seus resultados elevados e resultados elevados de crítica e hostilidade, e resultados baixos de harmonia da *Camberwell Family Interview* (CFI). Dado que a CFI avalia a EE, os autores sugerem que a escala FAS tem o potencial de detetar níveis elevados de EE quando esta é maioritariamente determinada por hostilidade e crítica. A versão original da escala apresentou uma consistência interna elevada ( $\alpha=.95$ ) (Kavanagh *et al.*, 1997). A consistência interna obtida para esta amostra foi igualmente elevada ( $\alpha=.95$ ).

- “*Escala de Culpabilidad SC-35*” (SC-35)

Desenvolvida por Zabalegui (1993), é uma escala para avaliação da tendência a experienciar sentimentos de culpa. É constituída por 35 itens de autorrelato com níveis de resposta que consistem em 1 (TF – Totalmente falso), 2 (MFV – Mais falso do que verdadeiro), 3 (Não responde), 4 (MVF – Mais verdadeiro do que falso) e 5 (TV – Totalmente verdadeiro), e contém dois itens invertidos (1 e 31). A escala apresenta um conjunto de dez fatores que consistem em diferentes estados psicológicos. Os mais importantes são: fator 1 (inutilidade; itens 34, 27 e 35), fator 2 (vergonha e sentimento de sujidade; itens 16, 17, 21, 22, 11 e 35), fator 4 (insatisfação com o passado; itens 9, 7 e 31), fator 5 (apreensão; itens 20, 5, 4, 13 e 8), fator 7 (necessidade de emendar os erros; itens 33 e 6) e fator 10 (sentimento de indignidade em todas as relações; itens 18, 12, 14 e 13). A pontuação obtém-se através da soma de todos os itens. Quanto maior a sua pontuação, maior a probabilidade de o indivíduo experienciar sentimentos de culpa. A versão original da escala apresentou uma consistência interna elevada ( $\alpha=.88$ ) (Zabalegui, 1993). Para a tradução da escala utilizou-se o método da tradução-retroversão. Após a tradução da escala, a mesma foi submetida a um processo de retroversão por peritos em ambas as línguas, espanhol e português (Anexo II). A consistência interna obtida no presente estudo foi boa ( $\alpha=.86$ ).

- “*Other as Shame Scale*” (OAS)

Desenvolvida por Allan, Gilbert, e Goss (1994), é uma escala que avalia a vergonha, mais especificamente, o julgamento geral de como o sujeito acredita que as outras pessoas pensam que os outros os veem. É constituída por 18 itens de autorrelato com cinco níveis de resposta (0 = Nunca; 1 = Raramente; 2 = Às vezes; 3 = Frequentemente; 4 = Quase sempre). A pontuação obtém-se através da soma de todos os itens. Os resultados podem variar entre 0 e 72, sendo as pontuações mais elevadas

indicadoras de níveis elevados de vergonha externa (Lopes, Pinto-Gouveia, & Castillo, 2005, citados por Pinto-Gouveia & Matos, 2011). A versão utilizada neste estudo foi traduzida e adaptada para a língua portuguesa por Lopes, Pinto-Gouveia e Castillo (2005, citados por Pinto-Gouveia & Matos, 2011). A consistência interna encontrada para a amostra estudada por estes autores foi elevada ( $\alpha=.91$ ). A consistência interna obtida para este estudo também se verificou elevada ( $\alpha=.93$ ).

## **1.6. Procedimento**

### **1.6.1. Recolha de Dados**

A recolha de dados para o presente estudo foi realizada através da solicitação de autorização às direções da Associação de Saúde Mental do Algarve (ASMAL) e da Associação de Reabilitação e Integração Ajuda (ARIA) para a recolha da amostra nos respetivos estabelecimentos. A solicitação para ambas as associações foi realizada através de uma carta formalizada (Anexo III). Constituíram-se critérios de inclusão na amostra idades compreendidas entre os 18 e 75 anos e convivência diária com uma pessoa que preenchesse os critérios do Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais (4th ed.; DSM-IV; American Psychiatric Association, 2000) para o diagnóstico de esquizofrenia. Na ASMAL foram selecionados 23 indivíduos e os restantes 10 foram recrutados na ARIA.

O protocolo de avaliação foi aplicado de forma individual ou em grupo sempre que os familiares se puderam deslocar às instituições. Nos casos em que tal não era possível, os instrumentos foram entregues aos familiares de forma a serem preenchidos em casa. Os questionários foram preenchidos após a leitura e aceitação do consentimento informado (Anexo IV).

### **1.6.2. Tratamento de Dados**

Os dados foram tratados com recurso ao programa IBM SPSS *Statistics* (*Statistical Package for the Social Sciences* – versão 22).

Foram utilizados testes descritivos (média, valores mínimos e máximos, e desvio padrão) e através da estatística inferencial para amostras não paramétricas (teste de *Mann-Whitney* e *Kruskal-Wallis*) para a comparação das distribuições das variáveis estudadas (número de internamentos, número de recaídas, EE, vergonha e culpa) em função das variáveis sociodemográficas estudadas. O coeficiente de correlação de *Pearson* foi utilizado para analisar a relação entre a EE e as variáveis clínicas do paciente (número de recaídas, número de internamentos e tempo de diagnóstico) e as variáveis psicológicas do familiar (EE, culpa, vergonha). A magnitude de efeito foi calculada com recurso ao coeficiente  $r$  de Rosenthal ( $r = Z/\sqrt{N}$ ) (Rosenthal, 1991, citado por Field, 2009). Foram consideradas associações muito fortes (valores de  $r$  superiores a .80), associações fortes (valores de  $r$  entre .60 e .80), moderadas (valores de  $r$  entre .40 e .60), fracas (valores de  $r$  entre .20 e .40) e negligenciáveis (valores de  $r$  inferiores a .20)

(Franzblau, 1958, citado por Faísca, 2011). Foram realizadas ainda regressões múltiplas para analisar em que medida a vergonha e a culpa experienciadas pelo cuidador se constituem como variáveis preditoras da EE, e das recaídas e dos internamentos da pessoa cuidada. O nível de significância considerado nas análises foi de .05.

## 1.7. Resultados

A apresentação dos resultados será realizada para dar resposta aos objetivos formulados.

*Objetivo 1* - Com o objetivo de estudar a diferença entre as variáveis estudadas e o género do cuidador, realizou-se o teste não-paramétrico de *Mann-Whitney*. Os resultados revelam que quando o género do cuidador é feminino ( $M=3.68$ ,  $DP=2.43$ ), o número de internamentos é significativamente superior ( $U=64.5$ ,  $p=.040$ ;  $r=-.37$ ), do que quando o género é masculino ( $M=1.92$ ,  $DP=1.08$ ). Da mesma forma, o número de recaídas quando o familiar é do género feminino ( $M=4$ ,  $DP=3.07$ ) é significativamente superior ( $U=53$ ,  $p=.018$ ;  $r=-.43$ ) do que quando o sexo do familiar é masculino ( $M=1.58$ ,  $DP=1.24$ ). Relativamente às variáveis vergonha, culpa e EE, não se verificaram diferenças significativas (Tabela 1).

Tabela 1: Diferenças nas variáveis psicológicas em função do sexo do cuidador (Teste *Mann-Whitney*)

	$M (DP)_{\delta}$ N = 13	$M (DP)_{\text{♀}}$ N = 20	$U$	$p$	$r$
<b>Internamentos</b>	1.92(1.08)	3.68(2.43)	64.5	.04	-.37
<b>Recaídas</b>	1.58(1.24)	4(3.07)	53	.018	-.43
<b>Vergonha</b>	22.77(17.26)	17.85(9.35)	121.5	.75	-.05
<b>Culpa</b>	95.92(21.65)	91.15(22.81)	107.5	.41	-.14
<b>EE</b>	30.85(19.25)	38.60(23.41)	105.5	.37	-.16

*Nota:*  $M (DP)_{\delta}$  – Média e Desvio-Padrão do género Masculino;  $M (DP)_{\text{♀}}$  – Média e Desvio-Padrão do género Feminino; EE – Emoção Expressa.

Para a análise da diferença entre o sexo do cuidador e as habilitações literárias (Tabela 2), rendimento mensal (Tabela 3) e grau de parentesco (Tabela 4) dos mesmos, foi realizado o teste *Kruskal-Wallis*. Apenas os resultados referentes à variável vergonha em função do rendimento mensal do cuidador se revelaram significativos [ $H(3)=8.845$ ,  $p=.031$ ]. Embora estes resultados sejam significativos, após a análise *post-hoc* para analisar a comparação de médias entre os quatro grupos através do teste de *Mann-Whitney* com recurso à correção de *Bonferroni*<sup>7</sup>, nenhuma das diferenças entre grupos se mostrou significativa.

<sup>7</sup> ( $p=.05/\#$  comparações) (Field, 2009)

Tabela 2: Diferenças entre o número de internamentos e recaídas, vergonha, culpa e EE em função das habilitações literárias dos cuidadores (Teste *Kruskal-Wallis*)

	<i>M (DP)</i> (Ensino Básico) N=9	<i>M (DP)</i> (2º Ciclo) N=2	<i>M (DP)</i> (3º Ciclo) N=3	<i>M (DP)</i> (Ensino Secundário) N=6	<i>M (DP)</i> (Ensino Superior) N=6	<i>M (DP)</i> (Formação Profissional) N=5	<i>M (DP)</i> (N.R.) N=2	<i>H</i> (gl)	<i>p</i>
<b>Internamentos</b>	2.86(2.55)	1(0)	3(1.73)	3.5(3.21)	3.17(2.14)	3.2(1.64)	3(1.41)	3.808 (6)	.703
<b>Recaídas</b>	3.14(2.85)	1(0)	3(1.73)	3.33(4.63)	2.6(2.51)	4(2)	2.5(.71)	3.545 (6)	.738
<b>Vergonha</b>	24(14.35)	5(0)	16(7)	14(8.25)	18(6.79)	24.4(18.71)	32.5(20.51)	7.250 (6)	.298
<b>Culpa</b>	105.67(21.62)	93(0)	95.67(3.22)	81.5(21.09)	81.83(24.99)	88.8(25.89)	111(12.73)	7.699 (6)	.261
<b>EE</b>	39.78(18.87)	13(0)	34(48.87)	31.83(16.74)	46.33(17.67)	33.2(25.24)	26(4.24)	5.196 (6)	.519

*Nota: M (DP) – Média e Desvio-Padrão; gl – Graus de Liberdade; EE – Emoção Expressa.*

Tabela 3: Diferenças entre o número de internamentos e recaídas, vergonha, culpa e EE em função do rendimento mensal dos cuidadores (Teste *Kruskal-Wallis*)

	<i>M (DP)</i> (≥ 190euros ≤500euros) N=12	<i>M (DP)</i> (> 500euros ≤1000euros) N=6	<i>M (DP)</i> (> 1000euros) N=7	<i>M (DP)</i> (N.R.) N=8	<i>H</i> (gl)	<i>p</i>
<b>Internamentos</b>	3.1(2.42)	4(1.41)	3.14(2.79)	2(1.6)	5.182 (3)	.159
<b>Recaídas</b>	3.6(2.5)	3.5(1.64)	2.67(4.28)	2.25(2.6)	3.644 (3)	.303
<b>Vergonha</b>	22.17(12.61)	31.33(15.5)	14.71(7.06)	12(9.59)	8.845 (3)	.031
<b>Culpa</b>	100.75(18.34)	104(21.05)	74.9(21.89)	89.13(20.81)	6.846 (3)	.077
<b>EE</b>	32.92(22.41)	37.5(31.18)	44.57(14.41)	30.13(19.95)	2.269 (3)	.519

*Nota: M (DP) – Média e Desvio-Padrão; gl – Graus de Liberdade; EE – Emoção Expressa.*

Tabela 4: Diferenças entre o número de internamentos e recaídas, vergonha, culpa e EE em função do grau de parentesco do cuidador (Teste *Kruskal-Wallis*)

	<i>M (DP)</i> (Pai) N=7	<i>M (DP)</i> (Mãe) N=13	<i>M (DP)</i> (Filho) N=3	<i>M (DP)</i> (Irmão) N=7	<i>M (DP)</i> (Outros) N=3	<i>H (gl)</i>	<i>p</i>
<b>Internamentos</b>	2.17(1.33)	2.92(2.58)	5.67(1.53)	2.71(1.98)	3(1.73)	5.238 (4)	.264
<b>Recaídas</b>	1.67(1.03)	3.5(3.58)	6(1)	2(1.89)	3(1.73)	6.593 (4)	.159
<b>Vergonha</b>	20.71(19.1)	20(13.48)	16.67(6.43)	22.14(11.05)	14.33(6.51)	.927 (4)	.921
<b>Culpa</b>	87(24.52)	94.46(26.39)	87(6.08)	102.71(17.08)	84.33(17.79)	3.329 (4)	.504
<b>EE</b>	33.86(19.57)	36.23(17.01)	29.33(22.81)	42.71(29.65)	26(35.16)	1.277 (4)	.865

*Nota: M (DP) – Média e Desvio-Padrão; gl – Graus de Liberdade; EE – Emoção Expressa.*

Para dar resposta aos objetivos que se seguem (Objetivos 2, 3, 4, 5, 6 e 7), recorreu-se à correlação de *Pearson*.

*Objetivo 2* - A pontuação total da escala FAS-30 e o tempo de diagnóstico apresentaram uma associação significativa e positiva que podemos classificar como forte ( $r=.614$ ,  $p=.000$ ), indicando assim que níveis elevados de EE nos familiares tendem a associar-se com uma duração de diagnóstico dos pacientes mais longa. No entanto, não foram encontradas relações entre a pontuação total da escala FAS-30 e o número de recaídas ( $r=.300$ ,  $p=.107$ ). A pontuação total da escala FAS-30 e o número de internamentos obteve uma correlação, embora fraca, significativa e de signo positivo ( $r=.387$ ,  $p=.031$ ).

*Objetivo 3* - A culpa experienciada pelos cuidadores não se associou ao tempo do diagnóstico ( $r=.044$ ,  $p=.832$ ), ao número de internamentos ( $r=.106$ ,  $p=.569$ ), nem ao de recaídas dos pacientes ( $r=.103$ ,  $p=.586$ ).

*Objetivo 4* - Relativamente à associação entre a vergonha e as variáveis tempo de diagnóstico ( $r=.114$ ,  $p=.578$ ), número de recaídas ( $r=.049$ ,  $p=.797$ ) e número de internamentos ( $r=.160$ ,  $p=.390$ ), os resultados não mostraram relações significativas.

*Objetivo 5* - As pontuações da escala de culpa e da FAS-30 não se associaram de forma significativa ( $r=-.179$ ,  $p=.320$ ).

*Objetivo 6* - Relativamente à associação entre a escala de vergonha e da FAS-30 ( $r=-.117$ ,  $p=.518$ ), os resultados não revelam uma relação significativa.

*Objetivo 7* - A associação entre as pontuações totais das escalas SC-35 e OAS apresenta uma correlação positiva moderada, significativa ao nível de significância  $\alpha=.05$  ( $r=.446$ ,  $p=.022$ ). Assim, familiares com níveis superiores de culpa tendem a apresentar também níveis mais elevados de vergonha.

*Objetivo 8* - Para analisar em que medida a vergonha e a culpa experienciadas pelo cuidador se constituem como variáveis preditoras da EE, recorreu-se à regressão linear múltipla, na qual se verificou que apenas 3.2% da EE dos familiares é explicada pela culpa e a vergonha ( $R^2=0.032$ ), sendo esta percentagem não significativa [ $F(2, 30)=0.495$ ,  $p=.614$ ]. Mais especificamente, as variáveis culpa e vergonha obtêm um peso explicativo negativo e não significativo relativamente aos níveis de EE [ $(\beta=-0.172$ ,  $t=-0.754$ ,  $p=.457$ );  $(\beta=-0.011$ ,  $t=-0.049$ ,  $p=.96$ )], respetivamente, pelo que não podemos concluir que estas variáveis apresentam um contributo significativo na predição da EE.

*Objetivo 9* - Para analisar em que medida a vergonha e a culpa experienciadas pelo cuidador se constituem como variáveis preditoras do número de recaídas e do número de internamentos, recorreu-se também à regressão linear múltipla. No que diz respeito ao número de recaídas verificou-se que apenas 1.5% das mesmas é explicada pelas respetivas variáveis ( $R^2=0.015$ ), não se verificando significativa [ $F(2, 27)=0.206$ ,  $p=.815$ ]. Mais especificamente, a variável culpa apresenta um peso explicativo não significativo relativamente ao número de recaídas ( $\beta=0.16$ ,  $t=0.616$ ,  $p=.815$ ) e a variável vergonha apresenta um peso explicativo negativo e também não significativo ( $\beta=-0.07$ ,  $t=-0.269$ ,  $p=.543$ ). No que diz respeito ao número de internamentos verifica-se que apenas 2.6% das mesmas é explicada pelas respetivas variáveis ( $R^2=0.026$ ), não se verificando significativa [ $F(2, 28)=0.367$ ,  $p=.696$ ]. Desta forma, a culpa e vergonha apresentam um peso explicativo não significativo relativamente ao número de internamentos [ $(\beta=0.004$ ,  $t=0.367$ ,  $p=.696$ );  $(\beta=0.157$ ,  $t=0.639$ ,  $p=.528$ )], respetivamente. Estes resultados indicam que ambas as variáveis não contribuem significativamente na predição do número de recaídas e internamentos dos pacientes.

*Objetivo 10* - Foram realizadas duas regressões lineares múltiplas para analisar a EE como variável preditora dos internamentos e recaídas dos pacientes. No que diz respeito ao número de internamentos verificou-se que 15% dos mesmos são explicados pela EE dos familiares [ $R^2=.15$ ;  $F(1, 29)=5.112$ ,  $p=.031$ ]. Mais especificamente, a EE dos familiares apresenta um peso explicativo significativo relativamente ao número de internamentos dos pacientes ( $\beta=.387$ ,  $t=2.261$ ,  $p=.031$ ). No que diz respeito ao número

de recaídas verificou-se que apenas 0.9% das mesmas é explicada pela EE ( $R^2=.099$ ), não se verificando significativa [ $F(1, 28)=3.066, p=.091$ ].

## 1.8. Discussão

No presente estudo pretendemos analisar em que medida a vergonha e culpa podem predizer a Emoção Expressa (EE) de familiares de pacientes com Esquizofrenia, e do número de recaídas e internamentos nestes pacientes. Os resultados obtidos mostraram que a culpa e a vergonha não apresentam um contributo significativo na predição da EE nos familiares e no número de recaídas e internamentos. De forma semelhante, Bentsen e colaboradores (1998) obtiveram resultados indicadores de que a propensão de culpa de familiares de pacientes com esquizofrenia se encontrava negativamente relacionada com níveis elevados de crítica e hostilidade. Contrariamente, num estudo de Wasserman e colaboradores (2012), a vergonha e a culpa de familiares de pacientes com esquizofrenia acerca da doença constituíram-se como preditores da EE. A diferença entre estes resultados e os obtidos no presente estudo pode dever-se, pelo menos em parte, a diferenças metodológicas entre os três estudos. No estudo de Wasserman e colaboradores (2012) a culpa e a vergonha foram avaliadas com recurso a um único item referido apenas ao facto concreto de ter um familiar com esquizofrenia, ao passo que no presente estudo a culpa e vergonha foram conceptualizadas de forma mais genérica como variáveis traço. No estudo de Bentsen e colaboradores (1998) a culpa também foi avaliada como traço. É possível que a avaliação destes constructos sem uma indicação precisa que a relacione com o familiar com esquizofrenia, possa ter influenciado a ausência de associação entre estes constructos e a EE uma vez que a propensão para experienciar sentimentos de culpa e vergonha podem não se referir à relação com o paciente com esquizofrenia. Relativamente ao facto de a variável culpa não se correlacionar com a EE, este resultado pode ser explicado pela avaliação que a FAS-30 efetua. Como referido anteriormente, esta escala tem o potencial de detetar níveis elevados de EE quando esta é maioritariamente determinada por hostilidade e crítica (Kavanagh *et al.*, 1997). De acordo com Wasserman e colaboradores (2012), é possível que os familiares, como mecanismo de defesa, possam redirecionar a sua culpa para o paciente através de uma forma crítica ou através de sobreenvolvimento emocional, de forma a resolver o que entendem que fizeram de errado. Considerando esta ideia, é possível depreender que nos resultados obtidos no presente estudo, a culpa pode não se encontrar correlacionada com os resultados da FAS-30 devido ao facto de a escala não ser viável na avaliação de sobreenvolvimento emocional.

Tal como esclarecido anteriormente, a escala FAS-30 não avalia diretamente a EE mas sim os níveis de raiva, sobrecarga ou stresse numa relação. Assim, considerou-se os resultados obtidos como ambas as possibilidades (EE e sobrecarga) aquando a comparação com resultados obtidos por outras investigações.

No que diz respeito à associação entre o número de recaídas, número de internamentos, EE, vergonha e culpa, e as variáveis sociodemográficas do familiar, os resultados mostraram que quando o familiar é do sexo feminino, os pacientes apresentam maior número de internamentos e recaídas. As restantes associações não foram significativas. Não foram encontrados estudos que relacionassem o género do familiar, grau de parentesco, rendimento e habilitações literárias com a vergonha, culpa, internamentos e recaídas.

Relativamente ao género e EE, ao contrário dos resultados obtidos no presente estudo, Ratnawati e colaboradores (2014) mostraram que os níveis de sobrecarga eram superiores nas mulheres, em 118 familiares de pacientes com esquizofrenia. Também Navidian e Bahari (2008) mostraram que a maioria dos cuidadores que experienciavam níveis elevados de sobrecarga era do género feminino. No entanto, os autores referem que estas diferenças não eram significativas, para além disso, da amostra utilizada (125 famílias de pacientes com doenças mentais), apenas 65 eram de pacientes com esquizofrenia e/ou psicose. Por outro lado, Caqueo-Urizar e colaboradores (2011) não obtiveram quaisquer resultados significativos na relação entre o género dos familiares e a sua atitude perante os pacientes com esquizofrenia.

Schneider, Steele, Cadell e Hemsworth (2011) avaliaram as consequências psicossociais da intenção no cuidado<sup>8</sup>, autoestima, otimismo, sobrecarga, depressão, espiritualidade e desenvolvimento pós-traumático numa amostra de 273 pais cuidadores de crianças com doenças incapacitantes. Os resultados mostraram que as mães obtiveram resultados superiores de intenção no cuidado, depressão, sobrecarga e desenvolvimento pós-traumático em comparação com os pais. Embora no presente estudo a amostra tenha sido constituída por uma variedade de graus de parentesco, os resultados referentes à análise do género mostram similaridades com o estudo anteriormente referido. Schneider e colaboradores (2011) discutem ainda que o facto de as mulheres mostrarem níveis superiores de intenção no cuidado aos dos homens pode ser explicado por uma mudança biológica que ocorre nas mulheres quando

---

<sup>8</sup> Intenção de cuidado: Tradução livre do termo inglês “*Meaning in caring*”

experienciam stresse. Aparentemente, os níveis de ocitocina tendem a ser elevados em mulheres que se encontram sob stresse. Por sua vez, a ocitocina contribui para a necessidade da mulher de cuidar e ser amigável com aqueles que precisam. Assim, mulheres que passam mais tempo do que os homens no cuidado podem experienciar stresse e sobrecarga, e ao mesmo tempo sentirem uma maior necessidade de cuidar (Schneider *et al.*, 2011). Analisando esta ideia, os resultados obtidos no presente estudo referentes ao género se correlacionar com os internamentos do paciente e não com a EE podem ser explicados. O facto de a necessidade de cuidar ser possivelmente superior nos cuidadores femininos, esta pode levar a comportamentos de sobreenvolvimento emocional na tentativa de cuidar e proteger o paciente. Nesse caso, embora o género não se tenha correlacionado com a EE, os níveis do género feminino associado à EE podem ter sido constituídos maioritariamente por sobreenvolvimento emocional. Como o género feminino mostrou associações com os internamentos do paciente e a EE mostrou ser preditora dos internamentos, é possível que estes familiares apresentem níveis elevados de EE que posteriormente terão consequências nos internamentos. Estes níveis apenas não foram detetados devido à FAS-30 não ser viável na avaliação do sobreenvolvimento emocional.

Contrariando os resultados obtidos na relação do grau de parentesco com a EE, Caqueo-Urizar e Gutiérrez-Maldonado (2006), e Gutiérrez-Maldonado e colaboradores (2005) verificaram que os níveis de sobrecarga avaliados em familiares de pacientes com esquizofrenia eram elevados, principalmente nas mães. Paralelamente, Ratnawati, e colaboradores (2014) mostraram que os progenitores de pacientes com esquizofrenia apresentavam níveis superiores de sobrecarga em relação a outros familiares.

Relativamente ao rendimento e EE, McDonell e colaboradores (2003) mostraram que baixos recursos monetários familiares contribuía significativamente na predição da sobrecarga em familiares de pacientes com esquizofrenia. Li e colaboradores (2007) também verificaram que a sobrecarga subjetiva dos familiares de pacientes com esquizofrenia relacionava-se negativamente com o rendimento económico, contrariando assim os resultados obtidos no presente estudo.

Por fim, no que diz respeito às habilitações literárias e EE e contrariamente aos resultados obtidos no presente estudo, Caqueo-Urizar e Gutiérrez-Maldonado (2006), Li e colaboradores (2007), e Gutiérrez-Maldonado e colaboradores (2005) mostraram que níveis baixos de habilitações literárias de familiares de pacientes com esquizofrenia relacionam-se com níveis elevados de sobrecarga. Também o estudo de Ratnawati e

colaboradores (2014) indicou que o nível de educação dos familiares deste tipo de pacientes correlacionava-se negativamente com a sobrecarga dos mesmos. Numa outra perspectiva, Caqueo-Urizar e colaboradores (2011) mostraram que os cuidadores progenitores e cuidadores de pacientes com esquizofrenia com habilitações literárias baixas revelavam uma atitude negativa direccionada ao paciente e à sua doença.

Os resultados referentes às associações entre o grau de parentesco, rendimento mensal e habilitações literárias, e a EE, internamentos e recaídas podem não ter mostrado relações significativas devido à dimensão da amostra. O facto de agrupar os 33 participantes em vários grupos correspondentes às variáveis avaliadas resultou na criação de grupos com dimensões reduzidas, dificultando a realização de análises estatísticas mais robustas tal como a compreensão da diferença dos resultados evidenciados.

No que diz respeito à relação entre a EE e as variáveis clínicas do paciente com esquizofrenia. Os resultados obtidos mostraram que níveis elevados de EE nos familiares tendem a associar-se com uma duração de diagnóstico dos pacientes mais longa, assim como mais internamentos. Adicionalmente, a EE apresenta um contributo significativo do número de internamentos mas não do número de recaídas. No estudo de Pourmand, Kavanagh e Vaughan (2005) foi verificado que pacientes com mais de 2 anos de tratamento para a psicose tinham uma maior probabilidade (78%) de pertencer a um ambiente com elevada EE do que pacientes com um início recente de psicose (51%). Outras investigações também mostraram que pacientes com esquizofrenia de ambientes familiares com elevada EE tinham mais probabilidade de recaída do que pacientes de famílias com baixo nível de EE (e.g. Vaughan *et al.*, 1992; Možný & Votýpková, 1992; Ivanovic *et al.*, 1994; King & Dixon, 1995; Pourmand *et al.*, 2005). De salientar que estes estudos consideraram a variável recaída de uma forma geral e o presente estudo considerou duas variáveis distintas, recaídas e internamentos. É possível que o número de recaídas não se tenha relacionado com a EE da mesma forma que o número de internamentos devido a esta distinção. É provável que a variável em questão não tenha sido corretamente definida no presente estudo. Parte-se do pressuposto que as recaídas se referem ao número de vezes que o paciente destabiliza, mas sem ser necessária uma intervenção hospitalar, juntamente com as recaídas do paciente em que posteriormente este seria internado, e os internamentos consistem nesta última situação. Assim, é contraditório a EE ser preditora dos internamentos e não das recaídas porque é impossível existirem mais internamentos do que recaídas.

A análise da relação entre a culpa e vergonha, respetivamente, e as variáveis clínicas do paciente com esquizofrenia mostraram que ambos os níveis de culpa e vergonha dos familiares não se correlacionavam com o tempo de diagnóstico, e o número de recaídas e internamentos dos pacientes, mostrando também não serem preditores destas duas últimas variáveis. A partir da literatura consultada, não se encontraram investigações que estudassem a associação entre estas variáveis. No entanto, segundo o estudo de Tracy e Robins (2006), a propensão de experienciar vergonha encontra-se relacionada positivamente com a tendência de fazer atribuições externas, enquanto a propensão de experienciar culpa leva aos indivíduos a ter uma tendência para fazer atribuições internas, que levará a mais culpa. A partir da análise dos resultados destes autores, podemos considerar que a culpa não se tenha correlacionado com o número de internamentos e recaídas, assim como com a EE, pois se o familiar é propenso a sentir culpa, é possível que se culpe relativamente aos possíveis problemas que o paciente possa ter, direcionando a sua culpa para si próprio, não a exteriorizando. Assim, é possível que ao não fazer atribuições externas, o familiar não gere um ambiente de elevada EE. Dado que a FAS-30 avalia a raiva, sobrecarga e stress, e a culpa foi avaliada como sendo autodirigida, os resultados obtidos parecem ir ao encontro dos resultados obtidos dos autores.

No entanto, seria de esperar uma correlação da vergonha com os internamentos, recaídas e também com a EE. Considerando os resultados obtidos por Barrowclough e colaboradores (1994), familiares com elevados níveis de crítica atribuíam mais causas internas dos problemas associados à doença ao paciente com esquizofrenia e familiares com elevados níveis de hostilidade revelaram a tendência para percecionarem as causas destes problemas como sendo controláveis e pessoais, por parte dos pacientes. Adicionalmente, segundo Reimer (1996), a vergonha limita a capacidade da pessoa de sentir empatia dado que este processo envolve um foco na experiência do outro. Assim, o sentimento de vergonha pode induzir a um sentimento de culpa, carência de empatia, e aumento de crítica e hostilidade direcionado a um familiar com uma perturbação mental (McMurrich & Johnson, 2009). É possível que um familiar propenso a sentimentos de vergonha faça atribuições externas, nomeadamente atribuições de causa dos problemas existentes relativos à doença ao paciente com esquizofrenia, conduzindo a comportamentos hostis e de crítica por parte do familiar que conduzirá a um ambiente de elevada EE.

Relativamente à análise da relação entre a culpa e a vergonha dos familiares, os resultados mostraram que familiares com níveis superiores de culpa tendem a apresentar também níveis mais elevados de vergonha. No estudo de Wasserman e colaboradores (2012) também foi encontrada uma correlação moderadamente elevada entre culpa e vergonha nos familiares de pacientes com esquizofrenia. A existência desta relação pode derivar do facto das duas variáveis serem autodirigidas. A culpa pode ser considerada como uma emoção dirigida a si próprio e a vergonha como uma opinião que temos do que os outros pensam de nós. Considerando que a propensão para experienciar vergonha encontra-se relacionada com a tendência para culpar os outros (Tracy & Robins, 2006), e que o sentimento de vergonha pode induzir a um sentimento de culpa direccionado a um familiar com perturbação mental (McGurrich & Johnson, 2009), é compreensível que ambas as variáveis se tenham relacionado no presente estudo.

## 1.9. Conclusão, Limitações e Sugestões de Investigações Futuras

Embora os resultados obtidos no presente estudo tenham mostrado que a culpa e a vergonha não apresentam um contributo significativo na predição da EE nos familiares, e no número de recaídas e internamentos, depreende-se a importância do mesmo no que diz respeito a áreas referentes à EE que são pouco exploradas. Foi possível verificar alguns resultados interessantes como a existência de maior número de internamentos e recaídas nos pacientes com esquizofrenia quando o familiar é do género feminino, a existência de influência da EE na predição dos internamentos e na correlação da mesma com o tempo de diagnóstico do paciente, e na inexistência de correlações da culpa e vergonha com os internamentos, recaídas, habilitações literárias dos familiares, rendimento e grau de parentesco.

Este estudo apresenta algumas limitações que se deve ter em consideração ao analisar os resultados obtidos. O preenchimento dos questionários poderia ter sido realizado individualmente e na presença do investigador para que todas as questões e/ou dúvidas dos participantes pudessem ser esclarecidas no momento e para evitar qualquer tipo de desconfiança por parte dos participantes. Dado que foram distribuídos mais de 200 questionários e apenas 70 foram aproveitados (os restantes não se encontravam bem preenchidos ou simplesmente não eram entregues de volta). Destes 70 apenas 33 foram preenchidos por familiares de pacientes com esquizofrenia. Em alguns casos, aquando do retorno dos questionários, vários familiares contestaram as questões apresentadas nos mesmos, referindo que gostavam do paciente e que não queriam que ele desaparecesse (referindo-se ao item 6 da escala FAS-30: “*Desejava que ele/ela não estivesse aqui*”). Em outras situações, vários familiares simplesmente não respondiam ao questionário porque pensavam que se poderia tratar de uma avaliação por parte da segurança social que os poderia prejudicar.

Ainda no que concerne aos questionários, é possível que as variáveis internamentos e recaídas não tenham sido corretamente definidas. Por exemplo, em alguns questionários encontravam-se respostas em que o número de recaídas do paciente respondido era inferior ao número de internamentos, o que é impossível. Considera-se que o número de recaídas corresponde ao número de vezes que o paciente destabiliza, mas sem ser necessária uma intervenção hospitalar, juntamente com as recaídas do paciente em que posteriormente este é internado. O número de internamentos corresponderia apenas a esta última situação. Apresenta-se assim uma

contradição relativamente as respostas obtidas, talvez devido a ambas as variáveis apresentarem uma interpretação relativamente vaga.

Poderia ser também incluída mais uma variável, referente a uma estimativa do número de horas que o familiar tem contacto com o paciente. É possível que os resultados obtidos no presente estudo relativos aos níveis de EE tenham sido afetados pela inexistência desta variável. Por exemplo, um familiar que viva com o paciente mas que tenha pouco contacto com o mesmo apresente níveis de EE inferiores em comparação com um familiar que conviva com o paciente mais tempo. Investigações analisaram esta variável e mostraram que o tempo de contacto com o paciente relacionava-se positivamente com a sobrecarga objetiva dos familiares (Li *et al.*, 2007) e familiares que têm mais contacto com o paciente apresentavam mais atitudes negativas direcionadas à doença (Caqueo-Urizar *et al.*, 2011).

Como sugestões para futuras investigações, seria apropriado a utilização de escalas que avaliassem a culpa e a vergonha como referentes a ter um paciente com doença mental/esquizofrenia. Os resultados obtidos podem ter sido enviesados devido a este aspeto, pois a culpa e vergonha dos familiares foram avaliadas como traços autodirigidos. Este tipo de avaliação pode não se correlacionar com a EE, no entanto a vergonha e culpa em relação a ter um paciente com doença mental pode ter impacto nos níveis de EE, tal como mostrado nos resultados de Wasserman e colaboradores (2012). Idealmente seria também importante a utilização de uma escala/questionário que avaliasse concretamente a EE mais do que as atitudes familiares avaliadas pela FAS-30.

## 1.10. Referências Bibliográficas

- Allan, S., Gilbert, P., & Goss, K. (1994). An exploration of shame measures: II. Psychopathology. *Personality and Individual Differences, 17*, 719-722.
- American Psychiatric Association (2000). *Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais*. 4ª Edição, Texto Revisto. Lisboa: Climepsi.
- Awad, A., & Voruganti, L. (2008). The Burden of Schizophrenia on Caregivers: A Review. *Pharmacoeconomics, 26*(2), 149-162.
- Barrowclough, C., & Hooley, J. (2003). Attributions and expressed emotion: A review. *Clinical Psychology Review, 23*, 849-880. doi:10.1016/S0272-7358(03)00075-8
- Barrowclough, C., Johnston, M., & Tarriner, N. (1994). Attributions, Expressed Emotion, and Patient Relapse: An Attributional Model of Relatives' Response to Schizophrenic Illness. *Association for Advancement of Behaviour Therapy, 25*, 67-88.
- Bartels, S., Drake, R., Wallach, M., & Freeman, D. (1991). Characteristic Hostility in Schizophrenic Outpatients. *Schizophrenia Bulletin, 17*(1), 163-171.
- Bebbington, P., & Kuipers, E. (2008). Psychosocial Factors. In Mueser, K., & Jeste, D., (2008). *Clinical Handbook of Schizophrenia*, 74-81. New York: Guilford Press.
- Bentsen, H., Munkvold, O., Notland, T., Boye, B., Lersbryggen, A., Oskarsson, K., Uren, G., Ulstein, I., Bjørge, H., Berg-Larsen, R., Lingjærde, O., & Malt, U. (1997). Relatives' locus of control and expressed emotion in schizophrenia and related psychoses. *British Journal of Clinical Psychology, 36*, 555-567.
- Bentsen, H., Notland, T., Munkvold, O., Boye, B., Ulstein, I., Bjørge, H., Uren, G., Lersbryggen, A., Oskarsson, K., Berg-Larsen, R., Lingjaerde, O., & Malt, U. (1998). Guilt proneness and expressed emotion in relatives of patients with schizophrenia or related psychoses. *British Journal of Medical Psychology, 71*, 125-138.
- Braga, R., Mendlowicz, M., Marrocos, R., & Figueira, I. (2005). Anxiety disorders in outpatients with schizophrenia: prevalence and impact on the subjective quality of life. *Journal of Psychiatric Research, 39*, 409-414. doi:10.1016/j.jpsychires.2004.09.003
- Broome, M., Woolley, J., Tabraham, P., Johns, L., Bramon, E., Murray, G., Pariante, C., McGuire, P., & Murray, R. (2005). What causes the onset of psychosis? *Schizophrenia Research, 79*, 23-34. doi:10.1016/j.schres.2005.02.007

- Brown, A. (2011). The environment and susceptibility to schizophrenia. *Progress in Neurobiology*, *93*, 23-58. doi:10.1016/j.pneurobio.2010.09.003
- Butzlaff, R., & Hooley, J. (1998). Expressed Emotion and Psychiatric Relapse: A Meta-Analysis. *Arch Gen Psychiatry*, *55*, 547-552.
- Caqueo-Urizar, A., & Gutiérrez-Maldonado, J. (2006). Burden of care in families of patients with schizophrenia. *Quality of Life Research*, *15*, 719-724. doi:10.1007/s11136-005-4629-2
- Caqueo-Urizar, A., Gutiérrez-Maldonado, J., Ferrer-García, M., Peñaloza-Salazar, C., Richards-Araya, D., & Cuadra-Peralta, A. (2011). Attitudes and burden in relatives of patients with schizophrenia in a middle income country. *Family Practice*, *12*(101). doi:10.1186/1471-2296-12-101
- Cotton, S., Lambert, M., Schimmelmann, B., Mackinson, A., Gleeson, J., Berk, M., Hides, L., Chanen, A., McGorry, P., & Conus, P. (2012). Depressive symptoms in first episode schizophrenia spectrum disorder. *Schizophrenia Research*, *134*, 20-26. doi:10.1016/j.schres.2011.08.018
- Covell, N., Jackson, C., Evans, A., & Essock, S. (2002). Antipsychotic Prescribing Practices in Connecticut's Public Mental Health System: Rates of Changing Medications and Prescribing Styles. *Schizophrenia Bulletin*, *28*(1), 17-30.
- Ellenbroek, B. (2012). Psychopharmacological treatment of schizophrenia: What do we have, and what could we get? *Neuropharmacology*, *62*, 1371-1380. doi:10.1016/j.neuropharm.2011.03.013
- Faísca, L. (2011). Correlações e inferência estatística sobre correlações. Diapositivos de apoio às aulas teóricas de Estatística II. Documentos de apoio às aulas teóricas não publicados. *Departamento de Psicologia, Faculdade de Ciências Humanas e Sociais da Universidade do Algarve, Portugal*.
- Field, A. (2009). *Discovering Statistics Using SPSS*. Third Edition. London: Sage Publications.
- García, J. (2011). Description and Limitations of Instruments for the Assessment of Expressed Emotion. *Papeles del Psicólogo*, *32*(2), 152-158.
- Gutiérrez-Maldonado, J., Caqueo-Urizar, A., & Kavanagh, D. (2005). Burden of care in families of patients with schizophrenia. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, *40*, 899-904. doi:10.1007/s00127-005-0963-5
- Hanzawa, S. (2012). Family Caregivers of People with Schizophrenia in East Asian Countries. In Burne, T. (2012). *Schizophrenia in the 21<sup>st</sup> Century*, *2*, 27-40.

InTech. Retrieved from <http://www.intechopen.com/books/schizophrenia-in-the-21st-century>

- Harrison, P., & Owen, M. (2003). Genes for schizophrenia? Recent findings and their pathophysiological implications. *The Lancet*, *361*, 417-419.
- Hooley, J. (2007). Expressed Emotion and Relapse of Psychopathology. *Annual Review of Clinical Psychology*, *3*, 329-352. doi:10.1146/annurev.clinpsy.2.022305.095236
- Hooley, J., & Gotlib, I. (2000). A diathesis-stress conceptualization of expressed emotion and clinical outcome. *Applied & Preventive Psychology*, *9*, 135-151.
- Hooley, J., & Hoffman, P. (1999). Expressed Emotion and Clinical Outcome in Borderline Personality Disorder. *The American Journal of Psychiatry*, *156*(10), 1557-1562.
- Irazábal, M., Marsà, F., García, M., Gutiérrez-Recacha, P., Martorell, A., Salvador-Carulla, L., & Ochoa, S. (2012). Family burden related to clinical and functional variables of people with intellectual disability with and without a mental disorder. *Research in Developmental Disabilities*, *33*, 796-803. doi:10.1016/j.ridd.2011.12.002
- Ivanovic, M., Vuletic, Z., & Bebbington, P. (1994). Expressed Emotion in the families of patients with schizophrenia and its influence on the course of illness. *Social Psychiatric and Psychiatric Epidemiology*, *29*, 61-65.
- Jackson, H., Smith, N., & McGorry, P. (1990). Relationship between expressed emotion and family burden in psychotic disorders: an exploratory study. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, *82*, 243-249.
- Jenkins, J., & Karno, M. (1992). The Meaning of Expressed Emotion: Theoretical Issues Raised by Cross-Cultural Research. *The American Journal of Psychiatry*, *149*(1), 9-21.
- Karanci, A., & Inandilar, H. (2002). Predictors of components of expressed emotion in major caregivers of Turkish patients with schizophrenia. *Social Psychiatric and Psychiatric Epidemiology*, *37*, 80-88.
- Kavanagh, D., O'Halloran, P., Manicavasagar, V., Clark, D., Piatkowska, O., Tennant, C., & Rosen, A. (1997). The family attitude scale: reliability and validity of a new scale for measuring the emotional climate of families. *Psychiatry Research*, *70*, 185-195

- King, S., & Dixon, M. (1995). Expressed emotion, family dynamics and symptom severity in a predictive model of social adjustment for schizophrenic young adults. *Schizophrenia Research, 14*, 121-132.
- Kuipers, L. (1993). Family burden in schizophrenia: implications for services. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology, 28*, 207-210.
- Lasebikan, V., & Ayinde, O. (2013). Family Burden in Caregivers of Schizophrenia Patients: Prevalence and Socio-demographic Correlates. *Indian Journal of Psychological Medicine, 35*(1), 60-66. doi:10.4103/0253-7176.112205
- Lavretsky, H. (2008). History of Schizophrenia as a Psychiatric Disorder. In Mueser, K., & Jeste, D., (2008). *Clinical Handbook of Schizophrenia*, 3-13. New York: Guilford Press.
- Li, J., Lambert, C., & Lambert, V. (2007). Predictors of family caregivers' burden and quality of life when providing care for a family member with schizophrenia in the People's Republic of China. *Nursing and Health Sciences, 9*, 192-198. doi: 10.1111/j.1442-2018.2007.00327
- Lowyck, B., Hert, M., Peeters, E., Wampers, M., Gilis, P., & Peuskens, J. (2004). A study of the family burden of 150 family members of schizophrenic patients. *European Psychiatry, 19*, 395-401. doi:10.1016/j.eurpsy.2004.04.006
- Masand, P., & Narasimhan, M. (2006). Improving Adherence to Antipsychotic Pharmacotherapy. *Current Clinical Pharmacology, 1*, 47-56.
- McDonell, M., Short, R., Berry, C., & Dyck, D. (2003). Burden in Schizophrenia Caregivers: Impact of Family Psychoeducation and Awareness of Patient Suicidality. *Family Process, 42*(1), 91-103.
- McMurrich, S., & Johnson, S. (2009). The Role of Depression, Shame-Proneness, and Guilt-Proneness in Predicting Criticism of Relatives Towards People With Bipolar Disorder. *Behavior Therapy, 40*, 315-324.
- Možný, P., & Votýpková, P. (1992). Expressed emotion, relapse rate and utilization of psychiatric inpatient care in schizophrenia. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology, 27*, 174-179.
- Mueser, K., & Gingerich, S. (2006). *The Complete Family Guide to Schizophrenia: Helping Your Loved One Get the Most Out of Life*. New York: The Guilford Press.
- Mueser, K., & McGurk, S. (2004). Schizophrenia. *The Lancet, 363*, 2063-2072.

- Mueser, K., Rosenberg, S., Goodman, L., & Trumbetta, S. (2002). Trauma, PTSD, and the course of severe mental illness: an interactive model. *Schizophrenia Research, 53*, 123-143.
- National Collaborating Centre for Mental Health (2010). *Schizophrenia: Core Interventions in the Treatment and Management of Schizophrenia in Adults in Primary and Secondary Care*. Updated Edition. Great Britain: The British Psychological Society.
- National Institute of Mental Health (2009). *Schizophrenia*. Bethesda: National Institute of Health.
- Navidian, A., & Bahari, F. (2008). Burden Experienced by Family Caregivers of Patients with Mental Disorders. *Pakistan Journal of Psychological Research, 23*(1-2), 19-28.
- Neuchterlein, K., & Dawson, M. (1984). A Heuristic Vulnerability/Stress Model of Schizophrenic Episodes. *Schizophrenia Bulletin, 10*(2), 300-312.
- Pinto-Gouveia, J., & Matos, M. (2011). Can Shame Memories Become a Key to Identity? The Centrality of Shame Memories Predicts Psychopathology. *Applied Cognitive Psychology, 25*, 281-290. doi:10.1002/acp.1689
- Pourmand, D., Kavanagh, D., & Vaughan, K. (2005). Expressed emotion as predictor of relapse in patients with comorbid psychoses and substance use disorder. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry, 39*, 473-478.
- Prathiba, Jena, & Bhatia (2012). Expressed Emotion Research in Severe Mental Illness. *Delhi Psychiatry Journal, 15*(1).
- Ran, M., Leff, J., Hou, Z., Xiang, M., & Chan, C. (2003). The characteristics of expressed emotion among relatives of patients with schizophrenia in Chengdu, China. *Culture, Medicine and Psychiatry, 27*, 95-106.
- Ratnawati, D., Husada, M., & Loebis, B. (2014). Relationship of Burden with Characteristic Sociodemographic Caregiver in Schizophrenic patients. *Journal of Biology, Agriculture and Healthcare, 4*(21), 56-59.
- Regier, D., Farmer, M., Rae, D., Locke, B., Keith, S., Judd, L., & Goodwin, F. (1990). Comorbidity of Mental Disorders with Alcohol and other Drug Abuse: Results from the Epidemiologic Catchment Area (ECA) Study. *The Journal of the American Medical Association, 264*(19), 2511-2518. doi:10.1001/jama.1990.03450190043026

- Reimer, M. (1996). "Sinking Into the Ground": The Development and Consequences of Shame in Adolescence. *Developmental Review, 16*(15), 321-363.
- Rosenberg, S., Goodman, L., Osher, F., Swartz, M., Essock, S., Butterfield, M., Constantine, N., Wolford, G., & Salyers, M. (2001). Prevalence of HIV, Hepatitis B, and Hepatitis C in People With Severe Mental Illness. *American Journal of Public Health, 91*(1), 31-37.
- Saunders, J. (2003). Families living with severe mental illness: A literature review. *Issues in Mental Health Nursing, 24*, 175-198. doi:10.1080/01612840390160711
- Sayers, S., Curran, P., & Mueser, K. (1996). Factor Structure and Construct Validity of the Scale for the Assessment of Negative Symptoms. *Psychological Assessment, 8*(3), 269-280.
- Schene, A. (1990). Objective and subjective dimensions of family burden: Towards an integrative framework for research. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology, 25*, 289-297.
- Schene, A., Wijngaarden, B., & Koeter, M. (1998). Family Caregiving in Schizophrenia: Domains and Distress. *Schizophrenia Bulletin, 24*(4), 609-618.
- Schneider, M., Steele, R., Cadell, S., & Hemsworth, D. (2011). Differences on Psychosocial Outcomes Between Male and Female Caregivers of Children With Life-Limiting Illnesses. *Journal of Pediatric Nursing, 26*, 186-199. doi:10.1016/j.pedn.2010.01.007
- Stålberg, G., Ekerwald, H., & Hultman, C. (2004). At Issue: Siblings of Patients With Schizophrenia: Sibling Bond, Coping Patterns, and Fear of Possible Schizophrenia Heredity. *Schizophrenia Bulletin, 30*(2), 445-458.
- Tracy, J., & Robins, R. (2006). Appraisal Antecedents of Shame and Guilt: Support for a Theoretical Model. *Personality and Social Psychology Bulletin, 32*(10), 1339-1351. doi:10.1177/0146167206290212
- Vaughan, K., Doyle, M., McConaghy, N., Blaszczynski, A., Fox, A., & Tarrier, N. (1992). The relationship between relative's Expressed Emotion and schizophrenic relapse: an Australian replication. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology, 27*, 10-15.
- Wasserman, S., Mamani, A., & Suro, G. (2012). Shame and guilt/self-blame as predictors of expressed emotion in family members of patients with schizophrenia. *Psychiatry Research, 196*, 27-31.

- Wearden, A., Tarrier, N., Barrowclough, C., Zastowny, T., & Rahill, A. (2000). A Review of Expressed Emotion Research in Health Care. *Clinical Psychology Review, 20*(5), 636-666.
- Wright, I., Rabe-Hesketh, S., Woodruff, P., David, A., Murray, R., & Bullmore, E. (2000). Meta-Analysis of Regional Brain Volumes in Scizophrenia. *The American Journal of Psychiatry, 157*(1), 16-25.
- Yusuf, A., Nuhu, F., & Akinbiyi, A. (2009). Caregiver burden among relatives of patients with schizophrenia in Katsina, Nigeria. *South African Journal of Psychiatry, 15*(2), 43-47.
- Zabalegui, L. (1993). Una escala para medir culpabilidad. *Revista Miscelánea Comillas, 51*, 485-509.

## 2. Estudo II

### 2.1. Resumo

A *Camberwell Family Interview* (CFI) é o método mais conhecido na avaliação da Emoção Expressa (EE). No entanto, embora existam outros métodos de avaliação da EE e do ambiente familiar, a *Family Attitude Scale* (FAS-30) surge como um método de avaliação sensível para detetar níveis moderados de raiva, sobrecarga e stresse, e que apresenta uma associação com as variáveis da CFI. O presente estudo consistiu na adaptação preliminar da FAS-30 para a língua portuguesa. Os participantes da amostra total, constituída por 70 familiares de pacientes com doença e deficiência mental, preencheram um questionário de dados sociodemográficos e clínicos, e responderam à FAS-30. A análise fatorial exploratória mostrou a existência de um único fator explicativo da variância da EE. A consistência interna foi muito satisfatória, obtendo um  $\alpha$  de *Cronbach* de .95. Os resultados obtidos mostraram que a versão portuguesa da FAS-30 é um instrumento fiável para a avaliação das atitudes disfuncionais dos familiares de pessoas com doença mental e deficiência em Portugal. Estudos futuros realizados com amostras de maior tamanho poderão proporcionar novas evidências acerca das garantias psicométricas desta escala.

**Palavras-chave:** Emoção Expressa; Doença Mental; Deficiência Mental; *Family Attitude Scale*

## **2.2. Abstract**

The Camberwell Family Interview (CFI) is the best known method of evaluating Express Emotion (EE). However, although there are other methods of evaluation of EE and family environment, Family Attitude Scale (FAS-30) appears as a sensitive evaluation method to detect moderate levels of anger, stress and burden, and showing an association with variables of the CFI. This study was the preliminary adjustment of FAS-30 into Portuguese. The participants of the total sample, consisting of 70 relatives of patients with mental illness and disabilities, completed a sociodemographic and clinical data questionnaire, and responded to FAS-30. Exploratory factor analysis showed the existence of a single factor explaining the variance of the EE. The internal consistency was very satisfactory, with a Cronbach's  $\alpha$  of .95. The results showed that the Portuguese version of FAS-30 is a reliable instrument for the assessment of dysfunctional attitudes of family members of people with mental illness and disability in Portugal. Future studies with larger samples may provide new evidence about the psychometric guarantees of this scale

**Keywords:** Expressed Emotion; Mental Illness; Mental Disabilities; Family Attitude Scale

### 2.3. Introdução

Como referido anteriormente, o objetivo deste estudo reside na tradução e adaptação do questionário *Family Attitude Scale* (FAS-30) para a população portuguesa. O presente objetivo surgiu através da realização do Estudo I, no qual foi aplicada a escala em questão após a sua tradução. A opção de adaptar este instrumento deveu-se à sua fácil aplicação e à escassez de instrumentos de avaliação na respetiva área (Emoção Expressa) adaptados à população portuguesa.

Seguidamente será realizada a apresentação desta escala através da análise dos estudos que a utilizaram e/ou realizaram a sua adaptação para outras línguas. Seguir-se-á uma caracterização da amostra recolhida, a descrição das características da escala, dos procedimentos efetuados, dos resultados obtidos da respetiva adaptação, e consequente discussão e conclusões.

No desenvolvimento da FAS-30, Kavanagh, O'Halloran, Manicavasagar, Clark, Piatkowska, Tennant e Rosen (1997) realizaram um estudo para a análise psicométrica das características da escala, que envolveu uma amostra de 228 estudantes de psicologia e respetivos familiares (137 mães e 119 pais). Foram aplicadas a *Family Attitude Scale* (FAS), o *State-Trait Personality Inventory* (STPI) (Spielberger *et al.*, 1983, citados por Kavanagh *et al.*, 1997) para avaliar a ansiedade e raiva como traço ou estado e a *Anger Expression scale* (AX) (Spielberger *et al.*, 1983, citados por Kavanagh *et al.*, 1997) para medir os níveis de raiva. Os estudantes também preencheram a *Angry Behaviour Scale* (ABS), que permitiu aos autores validar as respostas da FAS dos familiares referentes às explosões de raiva. Os resultados revelaram uma consistência interna elevada da FAS em todos os subgrupos, com alfas ( $\alpha$ ) de .95 (mães), .96 (pais), .97 (estudantes masculinos) e .95 (estudantes femininos). A associação mais forte foi obtida entre a FAS e a AX, embora tivessem sido encontradas correlações significativas com os traços raiva e ansiedade da STPI. Os resultados da FAS dos familiares mostraram correlações significativas com níveis elevados de raiva, expressão de raiva e ansiedade dos estudantes. Por outro lado, os resultados da FAS dos pais mostrou ser o preditor mais significativo da raiva como estado nos estudantes, ao invés dos resultados da FAS nas mães, que prediziam a raiva como traço e a ansiedade como estado. Os autores concluíram que a FAS era uma escala fiável para avaliar a insatisfação, raiva e ansiedade em relação a uma determinada pessoa.

Num segundo estudo, Kavanagh e colaboradores (1997) procuraram associar a FAS com a CFI e estudar as suas correlações com as características de pacientes. A amostra consistiu em 70 pacientes com esquizofrenia ou com perturbação esquizoafetiva (46 homens e 24 mulheres) e as respetivas 69 famílias (58 mães, 51 pais e outros 27, incluindo 6 esposos, 17 irmãos, e 4 outros graus de parentesco e amigos). Os participantes tinham que ter um nível significativo de contacto com os familiares. Foram utilizadas a *Expanded Brief Psychiatric Rating Scale* (EBPRS) (Lukoff *et al.*, 1986, citados por Kavanagh *et al.*, 1997), para avaliar os níveis dos sintomas dos pacientes, o *General Health Questionnaire* (GHQ-28) (Goldberg & Hiller, 1978, citados por Kavanagh *et al.*, 1997) para avaliar os sintomas psiquiátricos dos pacientes e dos familiares, o *Life Skills Profile* (LSP) (Rosen *et al.*, 1989, citados por Kavanagh *et al.*, 1997) para analisar o estado funcional dos pacientes e o *Camberwell Family Interview* (CFI) (Vaughn & Leff, 1976, citados por Kavanagh *et al.*, 1997) para avaliar a Emoção Expressa. A FAS foi também aplicada a todos os membros familiares, mas não aos pacientes. Os pacientes preencheram também o *Parental Bonding Instrument* (PBI) (Parker *et al.*, 1982, citados por Kavanagh *et al.*, 1997), onde referiam, retrospectivamente, os comportamentos e atitudes dos familiares durante os seus primeiros 16 anos de vida. Após o preenchimento da BPRS e GHQ pelos pacientes, no espaço de duas semanas, os familiares preencheram a CFI, FAS, GHQ e LSP. Os valores do coeficiente de  $\alpha$  da FAS foi de .95 para as mães, .94 para pais e .96 para os outros familiares. Os resultados da FAS dos pais mostraram uma associação significativa com o GHQ. A característica ansiedade do GHQ encontrava-se significativamente associada com resultados elevados da FAS em todos os grupos, enquanto a característica de sintomas somáticos se encontrava relacionada significativamente com resultados elevados da FAS de pais e outros familiares. Quer os resultados da FAS dos pais, quer os das mães revelaram relações significativas com a cronicidade da doença e com o funcionamento pobre do paciente. Resultados baixos no LSP também se relacionavam significativamente com resultados negativos na FAS dos pais, mas não das mães. Os autores sugerem que os resultados da FAS dos pais podem proporcionar um indicador de sobrecarga ou stresse que é derivado de défices mais graves ou de longa data do paciente. A FAS revelou uma associação fraca com as subescalas do PBI, mas revelou uma correlação elevada com níveis elevados de crítica, hostilidade e baixo nível de harmonia obtidos na CFI. Os resultados mostraram a existência de uma tendência para os pais terem resultados elevados na FAS se estes

fossem classificados com elevada EE. Não se verificaram correlações significativas com o sobreenvolvimento emocional. No entanto, o fator crítica da CFI e a FAS partilhavam 44% da variância, sugerindo que a FAS tem o potencial de detetar níveis elevados de EE em situações em que a EE seja determinada principalmente pela hostilidade e crítica. Os autores consideram que o ponto forte da FAS reside no facto de revelar uma medida de consistência interna elevada mais relacionada com os aspetos de hostilidade e crítica da EE.

Com o intuito de analisar a validade da FAS, Fujita, Shimodera, Izumoto, Tanaka, Kii, Mino e Inoue (2002) aplicaram esta escala, juntamente com a CFI e o *Five-Minute Speech Sample* (FMSS), para avaliar os níveis de EE, e o *General Health Questionnaire* (GHQ), para avaliar o stresse familiar, em 57 familiares de 41 pacientes com episódios de esquizofrenia. Foram comparadas as avaliações da EE da FAS com as da CFI. A sensibilidade e especificidade da FAS relativamente à CFI, assim como os seus valores preditores positivos e negativos foram também comparados com os obtidos no FMSS. Os níveis de EE avaliados pela FAS foram também comparados com os valores obtidos no GHQ. Os resultados obtidos no GHQ tendem a ser superiores quando os resultados obtidos na FAS são elevados. Os autores concluíram que a FAS demonstrou uma excelente validade na medida dos aspetos críticos nas atitudes dos familiares e os seus resultados retrataram o estado de saúde psicológico das famílias.

Ainda no mesmo tema, Arthur e *Nursing Research Group* (2002) realizaram uma investigação onde pretendiam testar a validade e fiabilidade de três medidas de EE numa amostra de 21 pacientes com esquizofrenia, e respetivos 21 familiares e 21 enfermeiros/as. Foram aplicados o *Adjective Check List* (ACL), a FAS e uma breve entrevista baseada na estrutura conceptual da CFI. Os resultados obtidos nas duas escalas foram posteriormente comparados com os níveis de EE obtidos através da entrevista. Embora o ACL não se encontrar correlacionado com a FAS, os resultados demonstraram que esta última se correlacionou significativamente com os níveis elevados de EE dos familiares. A FAS demonstrou uma boa consistência interna e foi competente na discriminação entre níveis elevados e baixos de EE aquando comparada com as entrevistas classificadas pelo programa baseado na estrutura conceptual da CFI.

Numa outra investigação, Li e Arthur (2005) aplicaram a *Five-Minute Interview* (FMI), para avaliar a EE, e a *Adjective Checklist* (ACL) e a FAS para avaliarem o clima emocional familiar, em 51 familiares chineses de pacientes com esquizofrenia. Os autores tiveram como objetivo explorar as diferentes medidas de avaliação de EE. A

escala FAS foi traduzida e adaptada para a população chinesa. Através da avaliação da FMI, foi possível encontrar dois grupos com diferentes níveis elevados de EE, 29.4% das famílias foram consideradas com níveis elevados de crítica de EE e 13.7% com níveis elevados de sobreenvolvimento emocional de EE. A FAS e a ACL mostraram uma boa consistência interna e estavam correlacionadas significativamente, mas não com a FMI. Embora a FAS e a ACL tenham revelado ser medidas viáveis na detecção de aspetos do clima emocional familiar, ao contrário do que os autores esperavam, ambas as medidas não se encontravam correlacionadas com os níveis de EE avaliadas pela FMI. No entanto, os autores sugeriram que tais resultados poderiam derivar dos aspetos culturais dos participantes, referindo que os membros familiares na China não estão habituados a ser entrevistados ou mesmo envolvidos ativamente no cuidado dos seus familiares, sendo possível que as respostas oferecidas tenham sido concedidas de uma maneira socialmente aceite.

Numa investigação com uma amostra de 2072 adultos com perturbações psiquiátricas, Vandeleur, Kavanagh, Favez, Castela e Preisig (2013) tiveram como objetivos: (1) a tradução e adaptação da respetiva escala para a população francesa; (2) analisar a validade da escala traduzida com outras medidas do funcionamento de relações; (3) analisar as relações entre os resultados da FAS com os sintomas de ansiedade, ansiedade, e perturbações emocionais, psicóticas e de uso de substâncias; e (4) analisar a reciprocidade entre os resultados da FAS dos participantes e dos seus parceiros. Os diagnósticos foram obtidos através da *Diagnostic Interview for Genetic Studies* (DIGS) (Nurnberger *et al.*, 1994, citados por Vandeleur *et al.*, 2013). Para além da FAS, os participantes preencheram: a *Dyadic Adjustment Scale* (DAS) (Spanier, 1976, citado por Vandeleur *et al.*, 2013), que mede o nível de ajustamento dentro de uma relação conjugal; *Family Adaptability and Cohesion Evaluation Scales III* (FACES III) (Olson *et al.*, 1985, citados por Vandeleur *et al.*, 2013) que mede o nível de coesão (ou vínculo emocional) entre membros familiares; *Parental Bonding Instrument* (PBI) (Parker *et al.*, 1979, citados por Vandeleur *et al.*, 2013) que avalia retrospectivamente o cuidado materno e paterno percebido durante os primeiros 16 anos de vida; *State-Trait Anxiety Inventory* (STAI) (Spielberger *et al.*, 1970, citados por Vandeleur *et al.*, 2013) para medir a ansiedade; e o *Eysenck Personality Questionnaire* (EPQ) (Eysenck & Eysenck, 1975, citados por Vandeleur *et al.*, 2013) para medir o neuroticismo. Os resultados obtidos revelaram uma consistência interna satisfatória da FAS. Resultados baixos da FAS encontravam-se significativamente associados com resultados elevados

na DAS, assim como com as percepções do cuidado paterno e materno e coesão familiar da FACES III, embora estas duas últimas demonstrassem relações relativamente fracas. Os resultados da FAS eram mais negativos quando a ansiedade e neuroticismo eram mais graves, e existia uma fraca associação entre os diagnósticos de ansiedade e os resultados da FAS, com exceção da Fobia Social. Adicionalmente, os resultados mostram uma reciprocidade entre as atitudes e os comportamentos dentro da relação, ou seja, se os participantes eram críticos para com o seu parceiro, o mais provável era que os parceiros expressassem o mesmo tipo de atitude perante o participante.

Em suma, as versões anteriores da FAS apresentaram uma excelente consistência interna com valores que variavam entre alfa ( $\alpha$ ) de .87 (Li & Arthur, 2005), .95 (Kavanagh *et al.*, 1997) e .96 (Vandeleur *et al.*, 2013). Embora a adaptação da escala para a população japonesa ter sido realizada para o estudo de Fujita e colaboradores (2002), os dados acerca da estrutura interna da mesma não foram estudados no artigo que foi possível ter acesso. Neste mesmo estudo, os resultados revelaram que a sensibilidade e especificidade da avaliação da EE com a FAS quando comparadas com a componente crítica do CFI foram de 100% e 88.5%, respetivamente. Concomitantemente, as correlações obtidas desta versão da FAS com as subescalas da CFI foram: comentários críticos ( $r=.47$ ,  $p=.002$ ); hostilidade ( $r=.37$ ,  $p=.004$ ); sobreenvolvimento emocional ( $r=.08$ ,  $p=.57$ ); e harmonia ( $r=-.39$ ,  $p=.002$ ). Os resultados da FAS também se associaram com os resultados obtidos no *General Health Questionnaire* (GHQ) e nas suas subescalas, revelando que estes tendem a ser superiores quando os resultados obtidos na FAS são elevados, no entanto, estes resultados revelaram-se significativos apenas em itens referentes a sintomas físicos ( $t=2.372$ ,  $gl=55$ ,  $p=.021$ ).

Também no estudo de Li e Arthur (2005) não se encontra disponível, no artigo que foi possível aceder, a informação referente à estrutura interna da adaptação da escala que referem ter realizado. Os resultados obtidos na FAS correlacionaram significativamente com os resultados pessoais dos familiares referentes aos adjetivos negativos na *Adjective Checklist* (ACL) ( $r=.46$ ,  $p<.01$ ) e com os resultados dos familiares acerca dos adjetivos negativos do paciente ( $r=.59$ ,  $p<.01$ ). Da mesma forma, as pontuações obtidas na FAS correlacionaram significativamente de forma inversa com os resultados pessoais dos familiares pertencentes aos adjetivos positivos na ACL ( $r=-.35$ ,  $p<.05$ ) e com os dos adjetivos positivos do paciente ( $r=-.48$ ,  $p<.01$ ).

Por outro lado, no estudo de Vandeleur e colaboradores (2013) foram estudadas as características da adaptação e tradução da FAS para a população francesa. No que diz respeito à adaptação da FAS, a validade de constructo da versão francesa foi avaliada através de uma análise fatorial confirmatória, utilizando o procedimento mínimos quadrados ponderados diagonalizados (DWLS). Foram incluídos nos fatores os itens com cargas fatoriais  $>.50$ . A análise fatorial confirmatória mostrou a adequação de um único fator. A consistência interna da totalidade de escala e foi de  $.96$  ( $\alpha$  de Cronbach) e  $.73$  (ómega de McDonald) sugerindo uma boa confiabilidade. A FAS revelou uma associação significativa com o fraco ajustamento marital da *Dyadic Adjustment Scale* (DAS) (Spanier, 1976, citado por Vandeleur *et al.*, 2013) ( $r=-.83$ ;  $p<.0001$ ), com a *Family Adaptability and Cohesion Evaluation Scales III* (FACES III) (Olson *et al.*, 1985, citados por Vandeleur *et al.*, 2013) ( $r=-.25$ ;  $p<.0001$ ) e com o *Parental Bonding Instrument* (PBI) (Parker *et al.*, 1979, citados por Vandeleur *et al.*, 2013) no cuidado materno ( $r=-.23$ ;  $p<.0001$ ) e paterno ( $r=-.24$ ;  $p<.0001$ ). Os resultados elevados da FAS encontravam-se associados moderadamente com os resultados do *Stait-Trait Anxiety Inventory* (STAI) (Spielberger *et al.*, 1970, citados por Vandeleur *et al.*, 2013) no que diz respeito à ansiedade como estado ( $r=.37$ ;  $p<.0001$ ) e como traço ( $r=.41$ ;  $p<.0001$ ), assim como com os resultados do *Eysenck Personality Questionnaire* (EPQ) (Eysenck & Eysenck, 1975, citados por Vandeleur *et al.*, 2013) para o neuroticismo ( $r=.37$ ;  $p<.0001$ ).

No âmbito de outras perturbações, existem algumas investigações onde este instrumento tem sido utilizado, nomeadamente na relação entre os níveis de EE de irmãos e pais de pacientes hospitalizados com anorexia nervosa, e o seu efeito no funcionamento psicológico e ganho de peso (Moulds, Touyz, Schotte, Beumont, Griffiths, Russel, & Charles, 1998), na influência das perturbações de ansiedade nas relações de parceiros (Pankiewicz, Majkovicz, & Krzykowski, 2012) e na avaliação da eficácia de um breve programa multifamiliar psicoeducacional criado para aliviar a sobrecarga psicossocial de familiares com pacientes com Perturbação Depressiva Major (Katsuki, Takeuchi, Konishi, Sasaki, Murase, Naito, Toyoda, Suzuki, Shiraishi, Kubota, Yoshimatsu, & Furukawa 2011).

Numa perspetiva diferente, Kavanagh, Pourmand, White, Robertson, Halford e Vaughan (2008) realizaram dois estudos com o objetivo de examinar a relação da FAS com a CFI, avaliar a relação com outras medidas de stresse e do cuidado dos cuidadores e a capacidade de predição de recaída da FAS em familiares de pacientes com psicose.

No primeiro estudo fizeram parte 54 famílias de pacientes com psicose e com perturbação de uso de substâncias. Foram utilizadas as seguintes medidas de avaliação: *Structured Clinical Interview* para o DSM-IV (SCID) (First *et al.*, 1997, citados por Kavanagh *et al.*, 2008) para confirmar os diagnósticos; *Brief Psychiatric Rating Scale Version 4.0* (BPRS) (Ventura *et al.*, 1993, citados por Kavanagh *et al.*, 2008) para avaliar os sintomas; *DrugCheck*, que oferece informações acerca da quantidade e frequência do consumo de todos os tipos de drogas e o grau de impacto funcional das substâncias mais problemáticas; *The Alcohol Use Disorders Test* (AUDIT) (Saunders *et al.*, 1993, citados por Kavanagh *et al.*, 2008); *Severity of Dependence Scale* (SDS) (Gossop *et al.*, 1995, citados por Kavanagh *et al.*, 2008); *Camberwell Family Interview* (CFI); *Family Attitude Scale* (FAS); *Experience of Caregiving Inventory* (ECI) (Szmukler *et al.*, 1996, citados por Kavanagh *et al.*, 2008) para obter a frequência de experiências positivas e negativas associadas ao ato de cuidar; *Relatives Stresse Scale* (RSS) (Green *et al.*, 1982, citados por Kavanagh *et al.*, 2008) para adquirir as respostas de stresse relativas ao ato de cuidar; *Knowledge about Schizophrenia Interview* (KASI) (Barrowclough *et al.*, 1987, citados por Kavanagh *et al.*, 2008) para observar se resultados elevados obtidos na FAS se associavam a menos conhecimento acerca da doença. A sessão de avaliação foi realizada até uma semana após o internamento dos pacientes. Foram aplicadas a SCID, *DrugCheck*, SDS, AUDIT e realizadas análises à urina aos pacientes, e a CFI e a KASI aos familiares, no entanto, foi dada uma cópia da FAS, ECI e RSS aos familiares para preencherem fora da sessão. Foi administrada a BPRS a 3, 6 e 9 meses e durante readmissões, e foram registadas o uso de substâncias e aderência à medicação. Os resultados obtidos revelaram uma consistência interna elevada (.95) da FAS. Familiares com níveis elevados de EE no CFI obtiveram resultados elevados na FAS e as pontuações obtidas pelos familiares na FAS encontraram-se significativamente correlacionadas positivamente com níveis médios de crítica da CFI, com a hostilidade, e até certo ponto com o sobreenvolvimento emocional. A FAS encontrou-se associada significativamente com as medidas familiares de stresse e do ato de cuidar, mas não com o conhecimento acerca da doença. Relativamente à predição da recaída, os resultados da FAS eram superiores nos pacientes que mais tarde reincidiram, sendo o ponto de corte para esta predição em resultados  $\geq 60$ . Juntamente, o tempo de recaída foi também significativamente predito pela FAS. Assim, embora a CFI tenha demonstrado ser a medida com mais poder

preditor nas recaídas, a FAS também provou ser um método de avaliação competente neste aspeto.

O segundo estudo consistia na avaliação dos efeitos de uma intervenção de suporte breve para 61 famílias de pacientes recentemente diagnosticados com psicose, nos quais metade recebeu intervenção de imediato e a outra metade apenas 6 semanas depois. Os diagnósticos foram confirmados através do *The Operational Criteria for Psychosis* (OPCRIT) (McGuffin *et al.*, 1991, citados por Kavanagh *et al.*, 2008) juntamente com a *Positive and Negative Syndrome Scale for Schizophrenia* (PANSS) (Kay *et al.*, 1988, citados por Kavanagh *et al.*, 2008), e o estado do paciente foi analisado pelos familiares através das *Health of the Nation Outcome Scales* (HoNOS) (Wing, 1994, citado por Kavanagh *et al.*, 2008). Tal como no primeiro estudo, foram aplicadas a *DrugCheck*, AUDIT e SDS aos pacientes e a KASI aplicada aos familiares. Cada familiar preencheu também a FAS, ECI e RSS. Foram ainda aplicadas aos familiares o *Relationship Inventory* (RI) (Fincham & Linfield, 1997, citados por Kavanagh *et al.*, 2008), que embora tenha sido originalmente concebido como medida geral das qualidades positivas e negativas da relação conjugal, neste estudo foi utilizada como avaliação da relação entre pai e filho. O *Family Questionnaire* (FQ) (Quinn *et al.*, 2003, citados por Kavanagh *et al.*, 2008) para avaliar os comportamentos potencialmente difíceis do paciente, a capacidade de perceção de lidar com os mesmos e o grau de preocupação. O *General Health Questionnaire* (GHQ) (Golberg, 1978, citado por Kavanagh *et al.*, 2008) proporcionou um índice adicional do stresse dos familiares. As avaliações foram conduzidas dentro de 48 horas após o encaminhamento para a intervenção. Foram aplicadas aos pacientes a OPCRIT, PANSS e *DrugCheck* e aos familiares a FAS, ECI, RSS, KASI, RI, FQ, GHQ e as HoNOS. A *Brief Psychiatric Rating Scale Version 4.0* (BPRS) foi aplicada aos pacientes num período de 6 meses. Os resultados revelaram que os resultados totais da FAS das mães (mas não dos pais) estavam relacionados com resultados elevados nas escalas de agressividade do paciente, álcool ou outras drogas da HoNOS. Os resultados da FAS de ambos os pais associavam-se significativamente com uma relação negativa, maior frequência de problemas comportamentais ou relacionados com os sintomas, e maior preocupação com esses problemas. Apenas os resultados das mães se relacionavam com experiências negativas relativas ao ato de cuidar, classificações de *coping*, stresse, GHQ parental ou a positividade da relação. Nenhum dos resultados da FAS dos pais se relacionou com o

conhecimento acerca da esquizofrenia. A FAS demonstrou ser preditor da recaída no mesmo ponto de corte do primeiro estudo ( $\geq 60$ ) (Kavanagh *et al.*, 2008).

Com base na análise dos estudos apresentados, procedeu-se à tradução e adaptação preliminar da escala à população portuguesa. Seguidamente apresenta-se a descrição dos procedimentos realizados e resultados obtidos.

## 2.4. Método

### 2.4.1. Amostra

O presente estudo foi constituído por uma amostra de 70 familiares de pacientes com doença e deficiência mental, de ambos os géneros, com idades compreendidas entre os 18 e os 75 anos ( $M=49.99$ ,  $DP=14.689$ ). A amostra foi composta por 27 participantes do sexo masculino (38.6%) e 43 do sexo feminino (61.4%) todos com nacionalidade portuguesa. No que respeita às habilitações literárias, 20 tinham o Ensino Básico (28.6 %), 17 o Ensino Secundário (24.3 %), 13 o Ensino Superior (18.6 %), 7 o Terceiro Ciclo (10 %), 6 tinham Formação Profissional (8.6 %), 4 o Segundo Ciclo (5.7 %) e 3 não responderam (4.3 %). Relativamente ao grau de parentesco em relação à pessoa cuidada, 26 eram mães (37.1 %), 17 irmãos (24.3 %), 12 pais (17.1 %), 12 outros graus de parentesco (17.1 %) e 3 filhos (4.3 %). O diagnóstico dos pacientes foi de 33 com Esquizofrenia (47.1 %), 10 com Depressão (14.3 %), 6 com Perturbação Bipolar (8.6 %), 6 com Meningite (8.6 %), 4 com Autismo (5.7 %), 4 com Paralisia Cerebral (5.7 %), 2 com Stresse Pós-Traumático (2.9 %), 2 com Perturbação Obsessivo-compulsiva (2.9 %), 1 com Perturbação Estado-Limite (1.4 %), 1 com Síndrome de Williams (1.4 %) e 1 com Epilepsia (1.4 %).

### 2.4.2. Instrumentos

Foram utilizados os seguintes instrumentos:

- Questionário de dados sociodemográficos e clínicos (Anexo I)

Este questionário foi construído e aplicado com o objetivo de selecionar apenas os participantes que se enquadrem nos parâmetros de inclusão do estudo, nomeadamente o diagnóstico do paciente e a idade do cuidador, que serão apresentados no procedimento.

- “*Family Attitude Scale*” (FAS-30)

Esta escala, desenvolvida por Kavanagh e colaboradores (1997), é uma medida autorrelato que avalia a raiva, fardo ou stresse numa relação e pode ser preenchido por qualquer membro da família. Compõe-se de 30 itens com 5 níveis de resposta que vão desde 0 (Nunca), 1 (Raramente), 2 (Alguns dias), 3 (A maior parte dos dias) a 4 (Todos os dias). A pontuação total obtém-se a partir da soma das pontuações diretas de 23 itens e a pontuação dos 10 itens invertidos (1, 9, 12, 15, 16, 20, 21, 24, 28 e 30), que

completam a escala. Os resultados podem variar entre 0 e 120, sendo as pontuações mais elevadas indicadoras de níveis elevados de raiva, fardo ou stresse. Esta escala revelou uma correlação significativa entre os seus resultados elevados e resultados elevados de crítica e hostilidade, e resultados baixos de harmonia da *Camberwell Family Interview* (CFI). Dado que a CFI avalia a EE, os autores sugerem que a escala FAS tem o potencial de detetar níveis elevados de EE quando esta é maioritariamente determinada por hostilidade e crítica. A versão original da escala apresentou uma consistência interna elevada ( $\alpha=.95$ ) (Kavanagh *et al.*, 1997). Foi confirmada, por escrito, pelo autor do inventário a autorização para a adaptação à língua portuguesa.

## **2.5. Procedimento**

### **2.5.1. Recolha de Dados**

A recolha de dados para o presente estudo foi realizada através da solicitação de autorização às direções da Associação de Saúde Mental do Algarve (ASMAL), da Associação de Reabilitação e Integração Ajuda (ARIA) e da Associação para a Recuperação de Cidadãos Inadaptados da Lousã (ARCIL) para a recolha da amostra nos respetivos estabelecimentos. A solicitação para as associações foi realizada através de uma carta formalizada (Anexo III). Os critérios para a inclusão na amostra foram ter entre os 18 e 75 anos de idade e conviver com uma pessoa que preenchesse os critérios para qualquer doença e/ou deficiência mental.

O protocolo de avaliação foi aplicado de forma individual ou em grupo sempre que foi possível aos familiares deslocar-se às instituições. Nos casos em que a deslocação foi possível, os protocolos foram entregues para serem preenchidos em casa. Solicitava-se o preenchimento dos mesmos após a obtenção do consentimento informado dos familiares (Anexo IV).

### **2.5.2. Tradução da Escala**

Para a tradução da escala utilizou-se o método da tradução-retroversão. Após a tradução da escala, a mesma foi submetida a um processo de retroversão por peritos em ambas as línguas, inglês e português (Anexo V).

### **2.5.3. Tratamento de Dados**

Os dados foram tratados com recurso ao programa IBM SPSS *Statistics* (*Statistical Package for the Social Sciences* – versão 22).

Foram utilizados testes descritivos com o objetivo de analisar as variáveis sociodemográficas estudadas (média e desvio padrão). A precisão das medidas fornecidas pela versão portuguesa da escala FAS-30 foi avaliada através da consistência interna das respostas aos itens ( $\alpha$  de *Cronbach*), e a estrutura interna, através de uma análise fatorial exploratória (AFE) com recurso ao método de extração de eixos principais com rotação oblíqua (*oblimin*). Para a análise dos dados normativos das pontuações obtidas pelos familiares na FAS-30 consoante o seu género, grau de parentesco e diagnóstico do paciente, procedeu-se a análises não paramétricas de *Mann-Whitney* e *Kruskal-Wallis*. Para as análises do grau de parentesco e diagnóstico, as

variáveis foram reagrupadas. O grau de parentesco foi reagrupado nas seguintes categorias: Pai, Mãe e Outros graus de parentesco e filhos; e o diagnóstico do paciente em: Esquizofrenia, Outras Perturbações Psicopatológicas e Doenças com causa Orgânica. A magnitude de efeito foi calculada com recurso ao coeficiente  $r$  de Rosenthal ( $r=Z/\sqrt{N}$ ) (Rosenthal, 1991, citado por Field, 2009). Foram consideradas associações muito fortes (valores de  $r$  superiores a .80), associações fortes (valores de  $r$  entre .60 e .80), moderadas (valores de  $r$  entre .40 e .60), fracas (valores de  $r$  entre .20 e .40) e negligenciáveis (valores de  $r$  inferiores a .20) (Franzblau, 19581, citado por Faísca, 2011).

## 2.6. Resultados

### *Estrutura Interna*

Foi realizada uma análise fatorial exploratória dos 30 itens da escala através do método de extração de eixos principais com rotação oblíqua (*oblimin*). O critério de *Kaiser-Meyer-Olkin* e o teste de esfericidade de *Barlette* [ $\chi^2(435)=1481.205, p<.001$ ] mostraram a adequação dos dados para a realização da AFE (KMO=.90) (Pereira & Patrício, 2013). Os resultados da análise fatorial mostraram a existência de 6 fatores com autovalores superiores à unidade, que explicavam 64.52% da variância. Foram retidos em cada fator os itens com saturações fatoriais superiores a .30 (Moreira, 2009). Na Tabela 5 apresentam-se as cargas fatoriais dos itens em cada fator.

Tabela 5: Saturações fatoriais dos itens nos fatores. Solução com autovalores superiores à unidade e extração forçada a um fator

Itens	Autovalores > 1						Extração forçada a um valor		
	Fator 1	Fator 2	Fator 3	Fator 4	Fator 5	Fator 6	$h^2$	Fator 1	$h^2$
FAS_1_inv	.657						.593	.653	.426
FAS_2	.774						.694	.773	.598
FAS_3	.755						.673	.753	.567
FAS_4	.824						.797	.821	.675
FAS_5	.616						.550	.612	.374
FAS_6	<b>.385</b>		.326				.374	.381	.145
FAS_7	.845						.735	.850	.722
FAS_8	.807				-.350		.819	.802	.643
FAS_9_inv	.723						.665	.719	.517
FAS_10	.685	-.347	.309				.688	.678	.460
FAS_11	.568						.475	.566	.320
FAS_12_inv	.642						.481	.642	.412
FAS_13	.766	-.423					.844	.756	.572
FAS_14	.686						.531	.687	.473
FAS_15_inv	.578	.641					.850	.559	.312
FAS_16_inv	.791						.728	.790	.624
FAS_17	.814						.878	.805	.648
FAS_18	.809					-.302	.783	.807	.650
FAS_19	.529						.365	.529	.279
FAS_20_inv	.539	.543					.713	.525	.276
FAS_21_inv	.792						.728	.791	.626

FAS_22	.821			.810	.817	.668
FAS_23			-.412	.389		.067
FAS_24_inv	.623		-.340	.594	.617	.380
FAS_25	.462			.400	.458	.210
FAS_26	.813			.787	.810	.656
FAS_27	.741		.416	.755	.734	.539
FAS_28_inv	.310	.340		.333	.306	.094
FAS_29	.698			.570	.697	.486
FAS_30_inv	.699	.390		.752	.689	.474

Nota:  $h^2$  – Comunalidades.

Dado que o critério de extração dos fatores de autovalores superiores à unidade para retenção dos fatores tende a sobrestimar o número de fatores a reter, a inspeção visual do gráfico de sedimentação parecia sugerir a existência de um único fator e que a literatura consultada mostra que a FAS-30 é uma medida unidimensional, decidimos forçar a extração fatorial a um único fator. A solução resultante explicou 47.87% da variância. As saturações fatoriais dos itens variaram entre .310 do item 28 (“*Ele/Ela faz muito sentido*”) e .845 do item 7 (“*Sinto que ele/ela me está a enlouquecer*”). O item 6 (“*Desejava que ele/ela não estivesse aqui*”) apresentou também uma saturação fatorial reduzida (.385) e o 23 (“*Ele/Ela toma-me como garantido*”) não alcançou o limite estabelecido de .30.

#### Fiabilidade

O  $\alpha$  de Cronbach obtido para a totalidade da amostra foi de .951, no entanto, se os itens 6 e 23 fossem eliminados, o  $\alpha$  aumentaria ligeiramente ( $\alpha=.952$ ;  $\alpha=.954$ , respetivamente). Na Tabela 6 são apresentados os dados de fiabilidade da escala FAS-30. A fiabilidade da escala foi recalculada eliminando o item 28, por não apresentar uma saturação fatorial aceitável, e os itens 6 e 23 por prejudicarem a fiabilidade da escala. Após a eliminação dos itens, o coeficiente  $\alpha$  obtido aumentou para .958 e não melhoraria se algum dos itens fosse eliminado.

Tabela 6: Dados de Fiabilidade da escala

Itens	Escala com todos os itens $\alpha=.951$		Escala com itens eliminados $\alpha=.958$	
	Correlação item	$\alpha$ se o item for	Correlação item	$\alpha$ se o item for
	total corrigida	excluído	total corrigida	excluído
FAS_1_inv	.702	.949	.663	.957
FAS_2	.719	.948	.735	.956
FAS_3	.718	.948	.732	.956
FAS_4	.774	.948	.796	.955
FAS_5	.568	.949	.582	.957
FAS_6	.333	<b>.952</b>		
FAS_7	.799	.948	.809	.955
FAS_8	.761	.948	.749	.956
FAS_9_inv	.643	.949	.653	.957
FAS_10	.589	.949	.614	.957
FAS_11	.478	.950	.486	.958
FAS_12_inv	.682	.949	.692	.956
FAS_13	.713	.948	.704	.956
FAS_14	.668	.949	.648	.957
FAS_15_inv	.616	.949	.637	.957
FAS_16_inv	.719	.948	.740	.956
FAS_17	.736	.948	.758	.956
FAS_18	.762	.948	.780	.956
FAS_19	.533	.950	.514	.958
FAS_20_inv	.521	.950	.539	.958
FAS_21_inv	.785	.947	.742	.956
FAS_22	.754	.948	.769	.956
FAS_23	.235	<b>.954</b>		
FAS_24_inv	.555	.950	.569	.957
FAS_25	.438	.951	.475	.959
FAS_26	.755	.948	.757	.956
FAS_27	.680	.948	.703	.956
FAS_28_inv	.353	<b>.951</b>		
FAS_29	.614	.949	.634	.957
FAS_30_inv	.604	.949	.631	.957

### Dados Normativos

Os dados normativos obtidos acerca das pontuações dos familiares na FAS-30 (*Máximo*=93, *Mínimo*=0, *M*=31.60, *DP*=21.65) indicam que os sujeitos apresentam um nível baixo de atitudes negativas perante o seu familiar. Embora existam pontuações mais elevadas da FAS-30 quando o familiar é mulher, para a variável género (Tabela 7),

quando o familiar é mãe, para a variável grau de parentesco (Tabela 8), e quando o diagnóstico é esquizofrenia, para a variável diagnóstico do paciente (Tabela 9), estes resultados não foram significativos.

Tabela 7: Diferenças na variável EE em função do gênero dos cuidadores (Teste *Mann-Whitney*)

	<i>M (DP)</i> <sub>♂</sub> (N = 27)	<i>M (DP)</i> <sub>♀</sub> (N = 43)	<i>U</i>	<i>p</i>	<i>r</i>
<b>FAS-30</b>	27.04(17.80)	34.47(23.50)	487.5	.26	-.13

*Nota:* *M (DP)*<sub>♂</sub> – Média e Desvio-Padrão do gênero Masculino; *M (DP)*<sub>♀</sub> – Média e Desvio-Padrão do gênero Feminino.

Tabela 8: Diferenças na variável EE em função do grau de parentesco dos cuidadores (Teste *Kruskal-Wallis*)

	<i>M (DP)</i> (Pais) N = 12	<i>M (DP)</i> (Mães) N = 26	<i>M (DP)</i> (Irmãos) N = 17	<i>M (DP)</i> (Outros) N = 15	<i>H (gl)</i>	<i>p</i>
<b>FAS-30</b>	27.42(18.82)	36.12(22.84)	33.06(22.36)	25.47(20.83)	2.816 (3)	.42

*Nota:* *M (DP)* – Média e Desvio-Padrão; *gl* – graus de liberdade; *Outros* – Outros graus de parentesco e filhos.

Tabela 9: Diferenças na variável EE em função do diagnóstico dos pacientes (Teste *Kruskal-Wallis*)

	<i>M (DP)</i> (Esquizofrenia) N = 33	<i>M (DP)</i> (Outras) N = 25	<i>M (DP)</i> (Doenças) N = 12	<i>H (gl)</i>	<i>p</i>
<b>FAS-30</b>	35.55(21.89)	31.32(24.14)	21.33(10.69)	3.617 (2)	.16

*Nota:* *M (DP)* – Média e Desvio-Padrão; *gl* – graus de liberdade; *Outras* – Outras Perturbações Psicopatológicas; *Doenças* – Doenças com causa Orgânica.

## 2.7. Discussão

O presente estudo propôs-se a realizar a tradução e adaptação do questionário *Family Attitude Scale* (FAS-30) para a população portuguesa. De acordo com os resultados obtidos, a versão portuguesa da FAS-30 é uma medida unidimensional. No entanto, dois dos itens apresentaram cargas fatoriais reduzidas, nomeadamente o item 6 (“*Desejava que ele/ela não estivesse aqui*”) e 23 (“*Ele/Ela toma-me como garantido*”). É possível que ambos os itens apresentem alguma confusão no que diz respeito ao seu significado. O item 6 pode ter duas interpretações: que o familiar pode não querer que o paciente viva consigo na mesma casa ou, numa leitura mais literal, que o familiar deseja o desaparecimento do paciente. O item 23 pode também ter duas leituras diferentes: que o familiar pensa que o paciente acha que este fará sempre tudo por ele ou que o familiar irá estar sempre presente. Esta ambiguidade na interpretação pode ser a razão pela qual ambos os itens obtiveram cargas fatoriais reduzidas.

Embora existam alguns estudos que utilizem a escala FAS-30, os dados acerca da estrutura interna da mesma foi estudada apenas num artigo a que foi possível ter acesso. Assim, apenas no estudo de Vandeleur e colaboradores (2013) foram estudadas as características da adaptação e tradução da FAS para a população francesa, numa amostra de 2072 adultos com perturbações psiquiátricas. A validade de constructo da versão francesa foi analisada através de uma análise fatorial confirmatória e a extração fatorial foi forçada a um único fator. Foram incluídos nos fatores os itens com cargas fatoriais  $>.50$ . Os itens apresentaram cargas fatoriais de  $.50$  a  $.79$  e não existiram problemas com nenhum dos itens.

Os dados normativos obtidos acerca das pontuações dos familiares na FAS-30 indicam que os sujeitos apresentam um nível baixo de atitudes negativas perante o seu familiar. Embora existam pontuações mais elevadas da FAS-30 quando o familiar é mulher, para a variável género, quando o familiar é mãe, para a variável grau de parentesco, e quando o diagnóstico é esquizofrenia, para a variável diagnóstico do paciente, estes resultados não foram significativos.

A versão portuguesa da FAS-30 é uma escala unidimensional que apresenta adequados níveis de consistência interna. Embora o tamanho da amostra do presente estudo não tenha sido a ideal, os resultados obtidos mostram que a FAS-30 apresenta potencial na adaptação à população portuguesa e na sua respetiva avaliação.

## **2.8. Conclusão, Limitações e Sugestões de Investigações Futuras**

A FAS-30 revelou ser um instrumento bastante utilizado, mas pouco estudado, pois os dados estatísticos das suas avaliações e adaptações em população diferentes não se encontram disponíveis, pelo menos no que diz respeito à literatura recolhida. Para além da sua simples administração e cotação, esta escala apresenta elevados níveis de consistência interna nas adaptações em outras línguas e elevadas correlações com outras escalas que avaliam a qualidade das relações familiares. No presente estudo, esta escala apresentou uma consistência interna elevada ( $\alpha=.958$ ).

Como limitações deste estudo, considera-se que a amostra apresenta uma dimensão insuficiente para o fim a que se propõe. Apesar de se tratar de uma amostra de familiares de pacientes com deficiência ou doença mental, o número de participantes é reduzido para a realização das análises estatísticas necessárias para a adaptação do instrumento.

Tal como no Estudo I, também o preenchimento dos questionários deveria ter sido realizado individualmente e na presença do investigador de forma a evitar desentendimentos em relação ao objetivo do estudo, assim como perceber se existem dificuldades na compreensão do significado dos itens da escala.

Em estudos futuros seria interessante avaliar a estabilidade temporal (teste-reteste) e a validade convergente com uma de amostra de maior dimensão.

## 2.9. Referências Bibliográficas

- Arthur, D., & Nursing Research Group (2002). The validity and reliability of the measurement of the concept “expressed emotion” in the family members and nurses of Hong Kong patients with schizophrenia. *International Journal of Mental Health Nursing, 11*, 192-198.
- Faísca, L. (2011). Correlações e inferência estatística sobre correlações. Diapositivos de apoio às aulas teóricas de Estatística II. Documentos de apoio às aulas teóricas não publicados. *Departamento de Psicologia, Faculdade de Ciências Humanas e Sociais da Universidade do Algarve, Portugal.*
- Field, A. (2009). *Discovering Statistics Using SPSS*. Third Edition. London: Sage Publications.
- Fujita, H., Shimodera, S., Izumoto, Y., Tanaka, S., Kii, M., Mino, Y., & Inoue, S. (2002). Family attitude scale: measurement of criticism in the relatives of patients with schizophrenia in Japan. *Psychiatry Research, 110*, 273-280.
- Katsuki, F., Takeuchi, H., Konishi, M., Sasaki, M., Murase, Y., Naito, A., Toyoda, H., Suzuki, M., Shiraishi, N., Kubota, Y., Yoshimatsu, Y., & Furukawa, T. (2011). Pre-post changes in psychosocial functioning among relatives of patients with depressive disorders after Brief Multifamily Psychoeducation: A pilot study. *BMC Psychiatry, 11*(56). doi:10.1186/1471-244X-11-56
- Kavanagh, D., O’Halloran, P., Manicavasagar, V., Clark, D., Piatkowska, O., Tennant, C., & Rosen, A. (1997). The family attitude scale: reliability and validity of a new scale for measuring the emotional climate of families. *Psychiatry Research, 70*, 185-195.
- Kavanagh, D., Pourmand, D., White, A., Robertson, D., Halford, K., & Vaughan, K. (2008). Predictive validity of the Family Attitude Scale in people with psychosis. *Psychiatry Research, 160*, 356-363. doi:10.1016/j.psychres.2007.08.003
- Li, Z., & Arthur, D. (2005). A study of three measures of expressed emotion in a sample of Chinese families of a person with schizophrenia. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing, 12*, 431-438.
- Moreira, J. (2009). *Questionários: Teoria e Prática*. Coimbra: Almedina.
- Moulds, M., Touyz, S., Schotte, D., Beumont, P., Griffiths, R., Russel, J., & Charles, M. (1998). Perceived Expressed Emotion in the Siblings and Parents of Hospitalized Patients with Anorexia Nervosa. *John Wiley & Sons, Inc.*, 288-296.

- Pankiewicz, P., Majkiewicz, M., & Krzykowski, G. (2012). Anxiety disorders in intimate partners and the quality of their relationship. *Journal of Affective Disorders, 140*, 176-180. doi:10.1016/j.jad.2012.02.005
- Pereira, A., & Patrício, T. (2013). *SPSS: Guia Prático de Utilização – Análise de Dados para Ciências Sociais e Psicologia*. 8ª ed. Lisboa: Edições Sílabo.
- Vandeleur, C., Kavanagh, D., Favez, N., Castelao, E., & Preisig, M. (2013). French version of the Family Attitude Scale: Psychometric properties and relation of attitudes to the respondent's psychiatric status. *Psychiatry Research, 210*, 641-646.

## **Anexos**

**Anexo I: Dados Sociodemográficos e Clínicos**

**DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS E CLÍNICOS**

**Informação Referente ao Participante**

Idade: \_\_\_\_\_

Masculino: \_\_\_\_ Feminino: \_\_\_\_

Nacionalidade: \_\_\_\_\_

Habilitações Literárias: \_\_\_\_\_

Rendimento Económico Mensal (Aproximado): \_\_\_\_\_

**Informação Referente ao Participante EM RELAÇÃO AO FAMILIAR**

Grau de Parentesco: \_\_\_\_\_

Diagnóstico do Familiar (Doença):

\_\_\_\_\_

Data de Diagnóstico: \_\_\_\_\_

Número de Internamentos do Familiar:

\_\_\_\_\_

Número de Recaídas: \_\_\_\_\_

## Anexo II: Tradução da Escala SC-35 para Português

### Questionário SC-35

Cada uma das afirmações que se seguem expressa algo que, no seu caso, pode ser:

Totalmente Falso (TF); Mais Falso do que Verdadeiro (MFV); Mais Verdadeiro do que Falso (MVV); e Totalmente Verdadeiro (TV).

Assinale a sua resposta no local que considera que melhor se aplica a si:

	TF	MF V	MV F	TV
1. Não me preocupa nada o que as outras pessoas (por exemplo, os meus vizinhos ou os meus pais) possam pensar das minhas ações.				
2. Em ocasiões de grande felicidade, duvido se estarei a desfrutar de algo que não mereço.				
3. Não mereço ter pessoas que gostem de mim.				
4. Quando cometo algum erro, por mais pequeno que seja, sinto-me muito mal.				
5. Quando sou acusado injustamente, fico atormentado com a dúvida de que talvez quem me acusa tenha razão.				
6. Sentir-me-ia feliz se pudesse emendar de alguma maneira o mal que já fiz.				
7. Ao longo da minha vida erre tantas vezes que tenho remorsos inexplicáveis.				
8. Quando me dizem que um superior hierárquico (chefe, patrão) quer falar comigo, sinto-me mal e começo a recear que tenha feito algo de mal.				
9. Existem coisas do meu passado que nem quero lembrar.				
10. Às vezes fico perplexo ao ver como as pessoas são tão inconscientes pelas suas ações quando eu me preocupo constantemente pelas minhas.				
11. Não sei o porquê, mas para mim, o sexo continua a não ser algo completamente limpo.				
12. Sinto-me culpado quando tenho que receber cuidados de outras pessoas.				
13. Quando perco um amigo, penso: “ <i>Já devo ter feito asneira outra vez</i> ”.				
14. Tenho a sensação que estrago tudo aquilo em que toco.				
15. Quando não me dou a conhecer como realmente sou, fico com a sensação de ter enganado os outros.				
16. Morreria de vergonha se fosse preso.				

17. Existem ações que deixam nódoa por muito tempo.				
18. Não é de estranhar que os meus amigos se esqueçam de mim.				
19. A causa dos meus fracassos está em mim.				
20. Quando noto que um amigo me fala com frieza, começo a pensar no que posso ter feito.				
21. Se eu me pudesse limpar de toda a culpa, tiraria um peso de cima de mim.				
22. A maior felicidade é comportarmo-nos corretamente.				
23. Às vezes sinto-me culpado por acontecimentos ou desgraças nas que não estou objetivamente envolvido.				
24. Tenho saudades da inocência que tinha quando era criança.				
25. Existem muitas coisas que as pessoas pensam que estão bem, mas eu sinto, dentro de mim, que não têm a ver comigo.				
26. Receio que me aconteçam desgraças, mesmo que não tenha feito nada de mal.				
27. Em certas ocasiões tenho tido vontade de me cuspir quando me vejo ao espelho.				
28. Quando tenho êxito em algo, fico com a suspeita de que não o mereço.				
29. Sinto um peso quando penso no meu pai.				
30. Compreendo e justifico facilmente os outros. No entanto, não sou capaz de me perdoar em nada.				
31. Não sinto que seja pior que a maioria.				
32. Sempre que algo me corre mal, penso que cada um tem aquilo que merece.				
33. É imperdoável da minha parte não corresponder àqueles que gostam de mim.				
34. Já tive nojo de mim próprio.				
35. Existem pensamentos e desejos que nos infetam como se fossem foco de sujidade.				

**Anexo III: Solicitação de Autorização para Recolha de Amostra**

**Diogo Fernandes**  
**Universidade do Algarve**  
**Faculdade de Ciências Humanas e Sociais**  
**Departamento de Psicologia**  
**Campus Gambelas**  
**8005 – 139 Faro**



**Assunto:** Pedido de autorização para participação dos familiares de clientes da \_\_\_\_\_ numa Dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde.

**Exmo(a). Sr.(a)** \_\_\_\_\_

O meu nome é Diogo Filipe Pereira Fernandes. Sou aluno do Mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde na Universidade do Algarve e venho por este meio solicitar autorização para a recolha de dados junto dos familiares de clientes desta instituição.

Os dados recolhidos serão analisados no âmbito de uma Dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde. A referida Dissertação será orientada pela Prof.<sup>a</sup> Doutora Antonia Maria Ros e terá como principal objetivo analisar a relação de variáveis preditoras da Emoção Expressa de familiares de pacientes com doença mental através da administração de instrumentos com esse propósito.

A recolha de dados será realizada nas instalações da \_\_\_\_\_ a familiares de clientes com doença mental, através do preenchimento de instrumentos de autorresposta relacionados com as variáveis preditoras e com a Emoção Expressa.

A participação dos familiares é voluntária e os resultados serão tratados de forma confidencial, servindo apenas para propósitos científicos. Será solicitado o consentimento informado a todos os familiares que voluntariamente se disponibilizem para participar nesta investigação (anexa-se o documento do consentimento informado).

Os melhores cumprimentos,

Diogo Fernandes

## **Anexo IV: Consentimento Informado**

### **CONSENTIMENTO INFORMADO**

A presente investigação está a ser desenvolvida no âmbito de uma Dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde da Universidade do Algarve, por Diogo Filipe Pereira Fernandes, sob a orientação da Prof.<sup>a</sup> Doutora Antónia Maria Rós.

Tem como objetivo analisar a relação de variáveis preditoras da Emoção Expressa de familiares de pacientes com doença mental.

Poderão participar neste estudo familiares de pacientes de doença mental com idades compreendidas entre os 18 e os 75 anos, de ambos os sexos, que voluntariamente se disponibilizem para o fazer.

Se aceitar colaborar ser-lhe-á pedido que responda a três questionários.

A sua participação é importante e pode contribuir para uma melhor compreensão dos mecanismos envolvidos no desenvolvimento e manutenção da Emoção Expressa no ambiente familiar de famílias de pacientes com doença mental.

É garantida a total confidencialidade dos dados que nos possa proporcionar, e serão apenas utilizados para fins da investigação em questão.

Relembramos que a sua participação é voluntária e caso recuse participar ou decida desistir em qualquer momento, não terá nenhuma consequência negativa.

Caso aceite participar na presente investigação, por favor continue o preenchimento nas páginas seguintes.

Agradeço a sua colaboração e disponibilidade.

Obrigado, Diogo Fernandes

**Anexo V: Tradução da Escala FAS-30 para Português**

**FAS-30**

ID \_\_\_\_\_

Aqui encontram-se alguns pensamentos e sentimentos que os membros familiares podem, por vezes, ter uns acerca dos outros. Por favor, seja honesto sobre os seus sentimentos. As suas respostas serão confidenciais.

Por favor, diga com que frequência as afirmações que se seguem acerca do seu familiar são verdadeiras *atualmente*. Expresse se, *atualmente*, cada afirmação é verdadeira *todos os dias (Todos)*, *a maior parte dos dias (Maior)*, *alguns dias (Alguns)*, *raramente (Raro)* ou *nunca*.

Repare no primeiro item. Quantas vezes sente que é bom ter o seu familiar perto de si atualmente? *Faça uma cruz na resposta que pretende assinalar em baixo.*

	Todos os dias	A maior parte dos dias	Alguns dias	Raramente	Nunca
1. É bom tê-lo/a por perto					
2. Ele/Ela faz-me sentir esgotado					
3. Ele/Ela ignora os meus conselhos					
4. Ele/Ela é muito difícil de lidar					
5. Eu grito com ele/ela					
6. Desejava que ele/ela não estivesse aqui					
7. Sinto que ele/ela me está a enlouquecer					
8. Eu perco a paciência com ele/ela					
9. É fácil dar-mo-nos bem com ele/ela					
10. Estou farto de ter de tomar conta dele/dela					
11. Ele/Ela causa-me problemas deliberadamente					
12. Eu gosto de estar com ele/ela					

13. Ele/Ela é um verdadeiro fardo					
14. Eu discuto com ele/ela					
15. Sinto-me muito próximo dele/dela					
16. Eu consigo lidar com ele/ela					
17. Viver com ele/ela é demasiado para mim					
18. Ele/Ela é irritante					
19. Dou por mim a dizer-lhe coisas desagradáveis ou sarcásticas					
20. Ele/Ela aprecia o que faço por ele/ela					
21. Sinto que se está a tornar mais fácil de viver com ele/ela					
22. Desejo que ele/ela me deixasse em paz					
23. Ele/Ela toma-me como garantido					
24. Ele/Ela consegue controlar-se					
25. É difícil aproximarmo-nos dele/dela					
26. Sinto que se está a tornar mais difícil viver com ele/ela					
27. Sinto-me muito frustrado com ele/ela					
28. Ele/Ela faz muito sentido					
29. Sinto-me desapontado com ele/ela					
30. Ele/Ela tenta-se dar bem comigo					