

1 2 9 0



UNIVERSIDADE D
COIMBRA

Cristiana Nobre Malícia da Trindade

**O PAPEL MEDIADOR DO FUNCIONAMENTO
REFLEXIVO PARENTAL NA RELAÇÃO ENTRE A
SINTOMATOLOGIA ANSIOSA E DEPRESSIVA E A
PARENTALIDADE MINDFUL DE MÃES NO
PERÍODO PÓS-PARTO**

Dissertação no âmbito do Mestrado Integrado em Psicologia, área de especialização em Psicologia Clínica e da Saúde, subárea de especialização em Intervenções Cognitivo-Comportamentais nas Perturbações Psicológicas e Saúde, orientada pela Doutora Helena Moreira e pela Professora Doutora Maria Cristina Canavarro e apresentada à Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação.

Julho de 2019

Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação
da Universidade de Coimbra

O PAPEL MEDIADOR DO FUNCIONAMENTO REFLEXIVO PARENTAL NA RELAÇÃO ENTRE A SINTOMATOLOGIA ANSIOSA E DEPRESSIVA E A PARENTALIDADE MINDFUL DE MÃES NO PERÍODO PÓS-PARTO

Cristiana Nobre Malícia da Trindade

Dissertação no âmbito do Mestrado Integrado em Psicologia, área de especialização em Psicologia Clínica e da Saúde, subárea de especialização em Intervenções Cognitivo-Comportamentais nas Perturbações Psicológicas e Saúde, orientada pela Doutora Helena Moreira e pela Professora Doutora Maria Cristina Canavarro e apresentada à Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra.

Julho de 2019

1 2  9 0

UNIVERSIDADE D
COIMBRA

Agradecimentos

À Doutora Helena Moreira, pela dedicação constante e pelo profissionalismo distinto que demonstra. Pela sua compreensão e disponibilidade permanentes. Por toda a atenção, rigor e ensinamentos que me transmitiu. Obrigada pela sua orientação.

À Professora Doutora Maria Cristina Canavarro, pela ajuda e pelos conhecimentos transmitidos. Pelo profissionalismo demonstrado e por se constituir como um exemplo de referência.

A todas as participantes que colaboraram e preencheram o questionário. Obrigada por terem tornado possível a realização desta investigação.

À minha família, em especial aos meus pais, à minha irmã e aos meus avós, por todo o apoio, suporte e força incondicionais que sempre me transmitiram. Obrigada por serem a minha pedra angular enquanto pessoa e os meus alicerces ao longo deste percurso académico. Obrigada por tudo aquilo que me proporcionam.

Ao Jácome, por me mostrar as coisas mais simples da vida. Por acreditar em mim e me mostrar que o sol brilha. Obrigada por toda a segurança transmitida e por toda a confiança que partilhamos.

À Daniela, por ser Coimbra. Por todas as partilhas vividas. Obrigada por fazeres deste percurso um caminho mais fácil e mais feliz. Por acreditares em mim, em nós.

Ao André, por me mostrar que o tempo é relativo e que a motivação e o empenho nos levam onde quisermos. Por me mostrar que a tranquilidade e a naturalidade são a melhor proteção para enfrentar desafios e dificuldades. Obrigada por fazeres da distância um mero detalhe.

À Inês, pela simplicidade e pelo riso característicos. Por toda a compreensão e preocupação em cada passo dado e pela comemoração de cada etapa alcançada. Obrigada por tudo aquilo que não é dito mas é sentido.

Aos restantes elementos da família que Coimbra me deu – em especial à Ana, à Carolina, à Sofia e à Bárbara - obrigada por me completarem e nos completarmos enquanto família. Obrigada por toda a entajuda, incentivo e experiências partilhadas.

A ti, Coimbra, obrigada!

Resumo

O Papel Mediador do Funcionamento Reflexivo Parental na Relação entre a Sintomatologia Ansiosa e Depressiva e a Parentalidade Mindful de Mães no Período Pós-Parto

Objetivos: O presente estudo procurou explorar se existiam diferenças no funcionamento reflexivo parental e na parentalidade mindful entre mães com níveis clinicamente significativos de ansiedade e/ou depressão e mães com níveis normais de sintomatologia, no período pós-parto, e se a relação entre a sintomatologia ansiosa e a sintomatologia depressiva com a parentalidade mindful era mediada pelo funcionamento reflexivo parental. **Método:** A amostra incluiu 295 mães de bebés até um ano de idade. A maioria dos participantes foram recolhidos online (88.8% dos participantes) e 11.2% foram recolhidos presencialmente em diversas creches da zona centro de Portugal. Os participantes completaram instrumentos de autorresposta, nomeadamente a Escala de Mindfulness Interpessoal na Parentalidade – Versão Bebé, o Questionário do Funcionamento Reflexivo Parental e a Escala de Ansiedade e Depressão Hospitalar. **Resultados:** Mães com níveis clinicamente significativos de sintomatologia ansiosa e/ou depressiva apresentaram níveis mais baixos de parentalidade mindful e da dimensão Certeza sobre os Estados Mentais do funcionamento reflexivo parental, bem como níveis mais elevados da dimensão Modos de Pré-Mentalização do que as mães com níveis normais de sintomatologia. No modelo de mediação foi encontrado um efeito indireto da sintomatologia depressiva na parentalidade mindful, através de duas dimensões do funcionamento reflexivo parental. Concretamente, verificou-se que níveis mais elevados de sintomatologia depressiva estavam associados a níveis mais reduzidos do funcionamento reflexivo parental (níveis mais elevados de Modos de Pré-Mentalização e níveis mais baixos de Certeza sobre os Estados Mentais) que, por sua vez, se associaram à parentalidade mindful. Para além disso, foi ainda observado um efeito direto da sintomatologia ansiosa na parentalidade mindful, em que níveis mais elevados de sintomatologia ansiosa se associaram a níveis mais baixos de parentalidade mindful. **Conclusões:** Os resultados encontrados sugerem que o funcionamento reflexivo parental constitui um importante mecanismo explicativo da relação entre a sintomatologia depressiva e a parentalidade mindful. Os resultados sugerem, ainda, uma relação direta entre a sintomatologia ansiosa e a parentalidade mindful. Este estudo destaca a importância de intervir

junto das mães com sintomas de ansiedade e/ou depressão no período pós-parto, especialmente na diminuição da psicopatologia e na promoção de competências reflexivas e de parentalidade mindful.

Palavras-Chave: Sintomatologia ansiosa pós-parto; sintomatologia depressiva pós-parto; funcionamento reflexivo parental; parentalidade mindful; relação mãe-bebê.

Abstract

The Mediating Role of Parental Reflective Functioning in the Relationship between Anxiety and Depression Symptomatology and the Mothers' Mindful Parenting in the Postpartum Period

Objectives: *The current study aimed to explore if there were differences in parental reflective functioning and in mindful parenting between mothers with clinically significant levels of anxiety and/or depression, and mothers with normal levels of symptomatology, in the postpartum period, and if the relationship between anxiety symptomatology and depression symptomatology with mindful parenting was mediated by parental reflective functioning.*

Method: *The sample included 295 mothers of babies up to one year old. The majority of participants were collected online (88.8% of the participants) and 11.2% were collected in person in several nurseries in the central area of Portugal. Participants completed the following self-report measures: the Interpersonal Mindfulness in Parenting Scale-Baby Version, the Parental Reflective Functioning Questionnaire and the Hospital Anxiety and Depression Scale. Results: Mothers with clinically significant levels of anxiety and/or depression symptomatology presented lower levels of mindful parenting and of the dimension Certainty about Mental States of parental reflective functioning, as well as higher levels of the dimension Pre-Mentalizing Modes than mothers with normal levels of symptomatology. In the mediation model, an indirect effect of depression symptomatology on mindful parenting through two dimensions of parental reflective functioning was found. Specifically, higher levels of depression symptomatology were associated with lower levels of parental reflective functioning (higher levels of Pre-Mentalizing Modes and lower levels of Certainty about Mental States) that, in turn, were associated with mindful parenting. In addition, a direct effect of anxiety symptomatology on mindful parenting was found, in which higher levels of anxiety symptomatology were associated with lower levels of mindful parenting. Conclusions: Our findings suggest that parental reflective functioning is an important explanatory mechanism of the relationship between the depression symptomatology and mindful parenting. Our results also suggest that there is a direct relationship between the anxiety symptomatology and mindful parenting. This study underlines the importance of intervening with mothers with symptoms of*

anxiety and/or depression in the postpartum period, especially in decreasing psychopathology and in promoting reflexive and mindful parenting skills.

Keywords: *Postpartum anxiety symptomatology; postpartum depression symptomatology; parental reflective functioning; mindful parenting; relationship mother-baby.*

Índice

Enquadramento Teórico	9
Metodologia	18
Resultados	25
Discussão.....	29
Bibliografia	37

Enquadramento Teórico

O Papel Mediador do Funcionamento Reflexivo Parental na Relação entre a Sintomatologia Ansiosa e Depressiva e a Parentalidade Mindful de Mães no Período Pós-Parto

Sintomatologia Ansiosa e Depressiva Materna no Período Pós-Parto

O nascimento de um filho e a consequente transição para a parentalidade é um processo de transformação em que ocorrem diversas mudanças na vida de uma mulher, quer a nível interpessoal, quer a nível intrapessoal ou laboral (Nelson, 2003), podendo estas transformações ter um impacto significativo no seu estado de humor (Goodman, Watson, & Stubbs, 2016; O'Hara & McCabe, 2013).

No período pós-parto, habitualmente referente aos primeiros 12 meses após o parto, a ansiedade e a depressão maternas são perturbações prevalentes (Field, 2018; Gelaye, Rondon, Araya, & Williams, 2016; Woolhouse, Brown, Krastev, Perlen, & Gunn, 2009), estimando-se que, aproximadamente, 10-15% das mães preencham os critérios de diagnóstico para uma destas perturbações (Dennis, Falah-Hassani, & Shiri, 2017; Robertson, Grace, Wallington, & Stewart, 2004; Woody, Ferrari, Siskind, Whiteford, & Harris, 2017). A depressão pós-parto compreende um conjunto de alterações que ocorrem após o parto, nomeadamente a nível físico, emocional e comportamental (Halbreich, 2005), sendo definida como um episódio depressivo major que ocorre neste período em específico (O'Hara & McCabe, 2013). Relativamente à ansiedade pós-parto, as perturbações com maior prevalência neste período englobam a perturbação de ansiedade generalizada, a perturbação obsessivo-compulsiva, a perturbação de pânico, a perturbação de stress pós-traumático e a fobia social (Goodman et al., 2016).

Apesar de a literatura relativa à prevalência e aos efeitos dos estados de humor no período pós-parto se focar essencialmente na depressão pós-parto, a investigação sobre outros estados de humor que também são predominantes, como a ansiedade pós-parto, tem revelado desenvolvimentos recentes (Field, 2018). Por exemplo, alguns estudos têm mostrado que a depressão e a ansiedade ocorrem frequentemente em conjunto, estimando-se que cerca de 35-50% das mulheres manifestem simultaneamente sintomas depressivos e de ansiedade no período pós-parto (Falah-Hassani, Shiri, & Dennis, 2016; Farr, Dietz, O'Hara, Burkley, & Ko, 2014).

Deste modo, é importante ter em conta a crescente prevalência de ansiedade nesta etapa da vida da mulher, a sua comorbilidade com depressão e os respetivos efeitos (Field, 2018).

A investigação tem mostrado um comprometimento do funcionamento materno em mães com depressão e/ou com sintomas de ansiedade no período pós-parto. Uma consequência importante da depressão materna é o impacto negativo na relação entre a mãe e o recém-nascido. Por exemplo, a sintomatologia depressiva apresentada pelas mães pode influenciar o modo como respondem às necessidades básicas do seu filho, no que diz respeito a práticas referentes à alimentação, como a amamentação (Dennis & McQueen, 2007), ao sono, à segurança (McLearn, Minkovitz, Strobino, Marks, & Hou, 2006) e aos cuidados de saúde da criança, como consultas de rotina e vacinação (Minkovitz et al., 2005). De acordo com a literatura, mães deprimidas revelam um comportamento significativamente mais negativo em relação à criança, em comparação com mães não deprimidas (Lovejoy, Graczyk, O'Hare, & Neuman, 2000), tocando nos seus bebés menos frequentemente e de forma menos afetuosa (Ferber, Feldman, & Makhoul, 2008), mostrando-se menos sorridentes, envolvendo-se menos na comunicação visual e vocal para com os seus bebés e respondendo menos às necessidades destes (Field, 2010; Herrera, Reissland, & Shepherd, 2004; Righetti-Veltema, Conne-Perréard, Bousquet, & Manzano, 2002). Em casos extremos, a doença mental materna não tratada pode repercutir-se em consequências adversas, como o suicídio ou o infanticídio (Robertson et al., 2004).

No que diz respeito à ansiedade pós-parto, alguns estudos mostraram também efeitos negativos na amamentação (Fallon, Groves, Halford, Bennett, & Harrold, 2016) e na ligação entre a mãe e o bebé (Tietz, Zietlow, & Reck, 2014). Por exemplo, Nicol-Harper, Harvey e Stein (2007) encontraram diferenças entre mães com maiores e menores níveis de ansiedade na interação mãe-bebé, tendo verificado que mães mais ansiosas revelavam uma resposta menos sensível para com os seus filhos. No entanto, os resultados encontrados na literatura referentes à interação comportamental de mães ansiosas com os seus bebés mostram-se inconsistentes. Alguns autores não encontraram diferenças significativas entre mães ansiosas e não ansiosas quanto ao envolvimento, ao afeto positivo e à intrusividade na relação com o seu bebé (Kaitz, Maytal, Devor, Bergman, & Mankuta, 2010; Reck, Tietz, Müller, Seibold, & Tronick, 2018).

Segundo Feldman et al. (2009), o desempenho das mães relativamente à sensibilidade materna e ao envolvimento com o bebé é mais afetado em mães deprimidas do que em mães ansiosas. Os mesmos autores referem que, apesar dos dados incongruentes, no geral, os dois tipos de sintomatologia se traduzem em comportamentos distintos, na medida em que mães ansiosas revelam um comportamento intrusivo que não é adequado para com o bebé, enquanto que as mães deprimidas tendem a mostrar-se menos afetuosas e a envolver-se de forma mais reduzida nas interações com este. Assim, alguns autores têm sugerido que é possível que a

depressão tenha efeitos mais adversos na interação entre a mãe e o bebê do que as perturbações de ansiedade (Reck et al., 2018).

Apesar de vários estudos já terem mostrado, de forma consistente, que a psicopatologia no período pós-parto pode influenciar negativamente os comportamentos maternos e a relação mãe-bebê, nenhum estudo até ao momento investigou o seu efeito na capacidade de as mães adotarem uma abordagem mindful na parentalidade.

Parentalidade Mindful

A parentalidade mindful pode ser definida como a prática de trazer intencionalmente a consciência mindful às interações entre pais e filhos (Bögels & Restifo, 2014; Duncan, Coatsworth, & Greenberg, 2009; Kabat-Zinn & Kabat-Zinn, 1997). Como tal, trata-se de uma nova aplicação do mindfulness, que pretende melhorar a parentalidade focando-se na diminuição da reatividade parental, na consciencialização do *stress* pelos pais, no aumento da qualidade da atenção destes, assim como na diminuição da transmissão intergeracional de uma parentalidade disfuncional (Bögels, Hoogstad, van Dun, Schutter, & Restifo, 2008; Bögels, Lehtonen, & Restifo, 2010).

De acordo com Duncan et al. (2009), a parentalidade mindful resulta do desenvolvimento de um conjunto de práticas, competências e qualidades parentais, englobando cinco dimensões relevantes para o relacionamento pais-filhos, que se interrelacionam. A primeira, *Escutar com Atenção Plena a Criança*, diz respeito à capacidade de os pais demonstrarem aos filhos que estão verdadeiramente a ouvi-los, direcionando toda a sua atenção para estes. Para além de escutarem as palavras proferidas pelas crianças são, também, sensíveis aos comportamentos, às expressões faciais e à linguagem corporal, o que lhes permite detetar e responder às necessidades dos seus filhos, tendo em consideração os significados subjacentes e cumprindo, deste modo, a sua função protetora, visto que crianças pequenas exigem a presença de uma figura de vinculação que lhes forneça segurança.

A segunda, *Aceitação Não Ajuizadora de Si Próprio e da Criança*, diz respeito ao reconhecimento de que os desafios e erros parentais são normativos e inerentes à parentalidade, e à aceitação sem ajuizamento dos seus próprios traços, atributos e comportamentos, tais como os da criança. Contudo, a aceitação não significa que os pais abdicuem da disciplina e orientação quando necessárias ou adotem uma postura passiva; ao invés, pressupõe-se uma aceitação do momento presente, em que os pais fornecem padrões e expectativas realistas face ao comportamento do seu filho, apropriados ao contexto cultural e ao nível de desenvolvimento da criança.

A terceira, *Consciência Emocional de Si e da Criança*, diz respeito à capacidade de os pais identificarem corretamente as suas emoções e as emoções dos seus filhos. Esta capacidade

permite aos pais realizarem escolhas mais conscientes no modo de responderem aos seus filhos nas interações com estes, em vez de exibirem reações automáticas e, muitas vezes, negativas. A ativação de processos cognitivos e comportamentais automáticos decorre da influência de fortes emoções que podem afetar as práticas parentais, considerando-se a consciência emocional a base da parentalidade *mindful*.

A quarta, *Autorregulação na Relação Parental*, implica uma menor reatividade em relação ao comportamento normativo da criança, o que permite aos pais comportarem-se de acordo com os seus valores e objetivos parentais. Assim, apesar de os pais poderem sentir emoções negativas na interação com a criança, como raiva, irritação ou hostilidade, a parentalidade *mindful* envolve uma pausa que antecede a reação, no decorrer da interação parental, o que permite uma maior autorregulação e a realização de uma escolha consciente na seleção de práticas parentais.

A última dimensão é a *Compaixão por Si e pela Criança*, na compaixão para com o filho, verifica-se a intenção de satisfazer adequadamente as necessidades da criança, possibilitando que esta sinta afeto positivo de forma mais intensa e apoio por parte dos pais. A autocompaixão, no contexto da parentalidade, permite que os pais assumam uma posição menos dura para consigo próprios, sintam uma menor avaliação social em relação aos próprios comportamentos e aos dos seus filhos em contextos sociais, evitem o sentimento de culpa acerca dos seus esforços parentais e alcancem uma maior aceitação aquando a não consecução de objetivos parentais, dando lugar à definição de novos objetivos.

A parentalidade *mindful* reflete-se em processos intrapessoais e interpessoais qualitativamente diferentes nos relacionamentos entre pais e filhos. Segundo o modelo da parentalidade *mindful* de Duncan et al. (2009), uma abordagem *mindful* na parentalidade proporciona um contexto familiar onde se favorece uma maior satisfação nos relacionamentos pais-filhos, em que os pais estão atentos e aceitam as necessidades dos seus filhos. Neste contexto, desenvolvem-se relações de maior qualidade e evitam-se, habitualmente, ciclos de comportamentos parentais mal adaptativos, decorrentes de comportamentos automáticos e motivações hedónicas. Deste modo, pais *mindful* estão mais conscientes do momento presente nas interações com os seus filhos, revelando maior atenção face aos comportamentos destes e às suas próprias respostas emocionais a esses comportamentos, tendo ainda uma capacidade acrescida de autorregular as emoções despoletadas nesse contexto e de lidar mais eficazmente com o *stress* parental (Bögels et al., 2010; Bögels, Hellemans, van Deursen, Römer, & van der Meulen, 2013; Bögels & Restifo, 2014; Duncan et al., 2009).

Estudos recentes com pais de crianças em idade escolar e adolescentes sugerem que a parentalidade *mindful* está associada a estilos parentais adaptativos, especialmente estilos mais autoritativos e menos autoritários e permissivos (Gouveia, Carona, Canavarro, & Moreira,

2016), a práticas parentais mais positivas (Bruin et al., 2012; Duncan et al., 2009; Parent, McKee, Rough, & Forehand, 2015), a uma maior capacidade de comunicação, de reforço positivo e de afeto mais positivo nas interações com os filhos (Duncan, Coatsworth, Gayles, Geier, & Greenberg, 2015), e a uma menor frequência de práticas parentais negativas, como a intrusividade e a reatividade parentais, a disciplina coerciva e ineficaz e a hostilidade (Parent et al., 2015). A parentalidade mindful mostrou-se também associada a menor *stress* parental (Beer, Ward, & Moer, 2013; Bögels et al., 2013; Bögels & Restifo, 2014; Gouveia et al., 2016), a relações e interações de maior qualidade entre pais e filhos (Coatsworth, Duncan, Greenberg, & Nix, 2009; Coatsworth et al., 2015; Duncan et al., 2009, Duncan et al., 2015; Lippold, Duncan, Coatsworth, Nix, & Greenberg, 2015), a relações mais seguras entre a mãe e a criança/adolescente (Medeiros, Gouveia, Canavarro, & Moreira, 2016; Moreira & Canavarro, 2018) e a níveis mais baixos de sintomas depressivos nos pais (Beer et al., 2013).

A investigação da parentalidade mindful no período pós-parto é praticamente inexistente. Recentemente, foi testada a eficácia de um treino de parentalidade mindful (“Mindful with your baby”) para mães de bebés até aos 18 meses referenciadas para cuidados de saúde mental devido a elevados níveis de *stress*, a problemas de saúde mental, a problemas infantis ou na interação mãe-bebé (Potharst, Aktar, Rexwinkel, Rigterink, & Bögels, 2017). Este programa de intervenção mostrou-se viável, aceitável e eficaz na redução do *stress* parental, da psicopatologia materna e da hostilidade em relação ao bebé, e na promoção de uma abordagem mindful (de forma geral e no contexto da parentalidade), da autocompaixão, do bem-estar, da confiança e da responsividade maternas. Tanto quanto é do nosso conhecimento, apenas um outro estudo analisou os efeitos da parentalidade mindful no período pós-parto. Especificamente, Laurent, Duncan, Lightcap e Khan (2016) investigaram a relação entre a parentalidade mindful e as respostas fisiológicas da mãe e do bebé ao *stress*, avaliados durante uma sessão de *Still Face*. De uma forma geral, os autores verificaram que os níveis de parentalidade mindful, aos 3 meses, prediziam os níveis de cortisol da mãe e do bebé na tarefa laboratorial *Still Face*, aos 6 meses. Concretamente, os autores verificaram que a parentalidade mindful tinha um efeito protetor na relação entre o número de acontecimentos de vida negativos pós-parto e o nível de cortisol dos bebés; ou seja, uma maior frequência de acontecimentos negativos mostrou-se associada a níveis mais baixos de cortisol quando as mães tinham níveis elevados de parentalidade mindful. Quando as mães tinham níveis baixos de parentalidade mindful, os acontecimentos de vida negativos associavam-se positivamente com o cortisol dos bebés.

A literatura tem mostrado que a psicopatologia parental, nomeadamente a presença de sintomas ou de perturbações de depressão e ansiedade, pode interferir na capacidade dos pais adotarem uma abordagem mindful na parentalidade (Moreira & Canavarro, 2018). Num estudo

realizado com mães de crianças e adolescentes, Moreira e Canavarro (2018) verificaram que as mães com níveis clinicamente significativos de ansiedade e/ou depressão apresentaram níveis mais baixos de parentalidade mindful do que as mães com níveis normais de sintomatologia. Também Parent et al. (2010) verificaram uma relação negativa entre os níveis de mindfulness nos pais e os sintomas depressivos. Estes autores observaram ainda que níveis de sintomas depressivos mais elevados estavam associados a comportamentos parentais menos positivos e mais negativos.

Apesar de existirem algumas evidências de que a parentalidade mindful pode ser influenciada pela psicopatologia materna, pouco se sabe acerca desta relação e dos mecanismos que lhe poderão estar subjacentes especificamente no período pós-parto. Assim, o presente estudo pretende colmatar esta lacuna, procurando compreender o papel do funcionamento reflexivo parental enquanto possível mecanismo que poderá explicar esta associação.

O Papel do Funcionamento Reflexivo Parental

A pesquisa e a prática clínica sobre o funcionamento reflexivo parental (FRP) tem sido alvo de crescente atenção nos últimos anos. O FRP diz respeito à capacidade de os pais compreenderem a mente dos seus filhos, os seus pensamentos, sentimentos e comportamentos, reconhecendo a criança como um agente psicológico. Como tal, o FRP pode definir-se pela operacionalização e manifestação, na narrativa, da capacidade de mentalização do indivíduo, uma atividade imaginativa envolvida na compreensão dos estados mentais nas relações interpessoais, relacionada com a regulação do afecto (Fonagy, Steele, Moran, Steele, & Higgitt, 1991; Slade, 2005).

Tendo em consideração o interesse atual sobre o FRP, Luyten, Mayes, Nijssens e Fonagy (2017) desenvolveram o Questionário do FRP para pais de crianças dos 0 aos 5 anos de idade, definindo três características principais deste construto. A primeira dimensão, *Modos de Pré-Mentalização dos Estados Mentais* (PM), diz respeito a uma postura não-mentalizadora, frequentemente característica de pais com deficiências acentuadas no FRP. Pais com níveis elevados nesta dimensão exibem uma incapacidade de compreensão e interpretação da experiência mental da criança, demonstrando dificuldades em reconhecer que o seu filho tem um mundo interior de pensamentos, sentimentos e emoções. Evidenciam, também, atribuições mal-adaptativas e mal-intencionadas face a tentativas de comunicação dos seus filhos.

A segunda dimensão, *Certeza sobre os Estados Mentais* (CEM), avalia o grau de certeza parental sobre a (in)acessibilidade dos estados mentais da criança, variando entre a tendência dos pais demonstrarem uma certeza excessiva sobre os estados mentais dos seus filhos (ou seja, traduz a incapacidade de reconhecerem que os estados mentais dos filhos não são totalmente acessíveis, o que se designa por mentalização intrusiva ou hipermentalização),

até à propensão para uma significativa falta de certeza sobre os estados mentais da criança (i.e., hipomentalização).

Por último, a dimensão *Interesse e Curiosidade pelos Estados Mentais* (IC), avalia o nível de interesse e curiosidade ativos dos pais em pensar sobre a experiência interna da criança e a capacidade de adotar a perspectiva desta, ou seja, o interesse parental pelos pensamentos e sentimentos da criança e a curiosidade sobre os estados mentais desta, que estabelecem o seu comportamento. Neste sentido, resultados mais elevados refletem hipomentalização, enquanto resultados mais baixos são característicos de falta de interesse nos estados mentais do bebé.

Neste seguimento, um nível ótimo de FRP é expresso por resultados médios de interesse e curiosidade e de reconhecimento da inacessibilidade dos estados mentais e por resultados mais baixos de modos de pré-mentalização (Luyten et al., 2017).

Segundo a literatura, o FRP promove uma resposta sensível às necessidades e aos sinais do bebé, promovendo, assim, a segurança da vinculação do bebé aos pais. Neste âmbito, níveis mais elevados de FRP relacionam-se com uma vinculação segura nas crianças e níveis mais baixos associam-se a uma vinculação insegura nestas (Slade, Grienenberger, Bernbach, Levy, & Locker, 2005). Luyten et al. (2017) demonstraram que níveis mais baixos de PM e níveis mais elevados de IC maternos estavam relacionados com a segurança da vinculação do bebé. Adicionalmente, os mesmos autores evidenciaram que a subescala CEM era independente da segurança da vinculação, pelo que realçaram a necessidade da realização de mais estudos para uma melhor compreensão deste aspeto. Num estudo realizado por Rostad e Whitaker (2016) foi demonstrada uma relação entre as subescalas do FRP e diversos aspetos das relações entre pais e filhos, sendo que o envolvimento e a comunicação dos pais com os seus filhos e a satisfação parental se relacionaram de modo mais consistente e de forma inversa com a subescala PM.

Paralelamente, num estudo longitudinal realizado com díades mães-bebés, Ensink et al. (2018) verificaram que o FRP estava associado a uma maior sensibilidade materna e a uma maior inibição de comportamentos parentais negativos na interação com os bebés, o que, por sua vez, predizia uma maior segurança da vinculação do bebé. Rutherford, Booth, Luyten, Bridgette e Mayes (2015) investigaram a relação entre o FRP e diferentes aspetos da tolerância ao *distress* (percebido e experienciado), em mães de bebés entre os 3 e os 10 meses. Estes autores verificaram que mães com elevados níveis de PM exibiam menor tolerância ao *distress* e menores tempos de persistência na tarefa *Baby Simulator*, uma tarefa que tem como objetivo acalmar um bebé a chorar. Contrariamente, as subescalas IC e CEM não se mostraram associadas de forma significativa a estes aspetos. Foi, também, verificado que nenhuma das subescalas do FRP se relacionou com a tarefa *Computerized Paced Auditory Serial Addition Task*, uma tarefa não relacionada com a parentalidade. Como tal, dificuldades relacionadas com a mentalização podem resultar na impossibilidade de os pais reconhecerem os estados internos

subjetivos de sentimentos e pensamentos dos seus bebês que, por sua vez, interferem no seu comportamento de cuidar. No entanto, num estudo realizado com mães de bebês até aos 2 anos de idade, Rutherford, Goldberg, Luyten, Bridgett e Mayes (2013) verificaram uma associação positiva entre a subescala IC e maiores tempos de persistência em acalmar o bebê, revelando maior tolerância ao *distress*. Deste modo, Rutherford et al. (2015) sugerem que a relação entre o FRP e a tolerância ao *distress* pode variar consoante a idade do bebê/criança.

No decorrer da transição para a parentalidade, a capacidade de FRP é particularmente importante, especialmente para os pais lidarem com o *stress* parental. Nijssens, Bleys, Casalin, Vliegen e Luyten (2018) investigaram o papel do FRP na relação entre a vinculação dos pais e o *stress* parental. Os autores verificaram que a vinculação parental insegura (ansiosa e evitante) se mostrou associada a lacunas no FRP, traduzidas por elevados níveis de PM, que, por sua vez originavam níveis mais elevados de *stress* parental. Assim, a subescala PM mediou a relação vinculação-*stress* parental, ao contrário das subescalas IC e CEM, que não se mostraram associadas com a vinculação parental nem com o *stress* parental (apenas a CEM), sendo assim excluídas como possíveis variáveis mediadoras.

Apesar de a literatura evidenciar claramente uma associação entre o estado emocional materno, especialmente a sintomatologia depressiva pós-parto, e uma menor qualidade da ligação materna ao bebê (e.g., Moehler, Brunner, Wiebel, Reck, & Resch, 2006), a associação entre a depressão e o FRP não é clara. Por exemplo, alguns estudos evidenciaram uma capacidade de FR marcadamente reduzida em mulheres com perturbação depressiva major (Fischer-Kern et al., 2013). Por exemplo, Luyten et al. (2017) verificaram que sintomas de *distress*, tais como a ansiedade e a depressão, estavam associados de forma positiva com a subescala PM e de forma negativa com a subescala CEM. Contudo, outros estudos encontraram outros resultados. Por exemplo, Cordes et al. (2017) não encontraram diferenças no FR entre mães com depressão pós-parto e mães não deprimidas. De igual modo, Taubner, Kessler, Buchheim, Kächelee e Staun (2011) realizaram um estudo com pacientes cronicamente deprimidos e verificaram que o FR não estava associado a estes sintomas. Deste modo, tem sido sugerido que a associação entre a depressão e o FR pode depender da gravidade da doença (Taubner et al., 2011). Por exemplo, no estudo de Krink, Muehlhan, Luyten, Romer e Ramsauer (2018) verificou-se uma associação entre o FRP e o nível de depressão pós-parto, nomeadamente em relação à subescala PM, concluindo-se que esta aumenta com a gravidade da depressão pós-parto; ao invés, o IC e a CEM não se mostraram significativamente associados ao nível de depressão pós-parto, mostrando-se, assim, independentes da gravidade desta. Deste modo, os autores concluíram que existe uma relação entre a depressão e a subescala PM.

Tendo em conta o papel que a capacidade de FRP desempenha nas interações entre pais e filhos e a sua influência nos próprios comportamentos parentais, é necessário perceber se o

FRP pode estar associado à parentalidade mindful, podendo ser um mecanismo explicativo da relação entre a sintomatologia ansiosa e depressiva e a parentalidade mindful.

O Presente Estudo

A transição para a parentalidade apresenta-se como um evento de vida especialmente importante, sendo que, neste período ocorrem, frequentemente, perturbações relacionadas com a ansiedade e a depressão pós-parto (Falah-Hassani et al., 2016; O'Hara & McCabe, 2013). Sabe-se que a psicopatologia parental tem implicações negativas ao nível da parentalidade, interferindo na capacidade dos pais adotarem uma abordagem mindful neste contexto (Moreira & Canavarro, 2018). No nosso estudo pretendemos investigar a relação entre a sintomatologia ansiosa e depressiva das mães e a adoção de uma abordagem mindful na parentalidade, especificamente no período pós-parto. Além disso, tendo em conta o papel do FRP nos comportamentos parentais e as lacunas que se verificam na investigação quanto aos mecanismos que explicam a relação entre a sintomatologia ansiosa e depressiva e a parentalidade mindful, o nosso estudo pretende investigar se o FRP pode ser um mecanismo explicativo desta relação.

Em suma, no sentido de colmatar as lacunas apresentadas, a presente investigação tem como objetivos: 1) explorar se existem diferenças no FRP e na parentalidade mindful entre mães com níveis clinicamente significativos de ansiedade e/ou depressão e mães com níveis normais de sintomatologia, no período pós-parto; 2) analisar se a relação entre a sintomatologia ansiosa e depressiva e a parentalidade mindful é mediada pelo FRP. Tendo por base a literatura existente acerca das relações entre as variáveis em estudo, prevê-se que a relação entre a sintomatologia ansiosa/depressiva e a parentalidade mindful seja mediada pelo FRP. Especificamente, espera-se que níveis mais elevados de sintomatologia ansiosa e depressiva estejam associados a níveis mais reduzidos de FRP e que estes, por sua vez, estejam associados a níveis mais baixos de parentalidade mindful.

Metodologia

Participantes

A amostra utilizada no presente estudo é constituída por 295 mães de bebés até um ano de idade. As principais características sociodemográficas das mães apresentam-se no Quadro 1. Tal como é possível verificar no Quadro 1, as mães apresentam uma idade média de 32.07 anos e têm pelo menos um filho, com uma idade média de 6.98 meses. A maioria das mães vive com um companheiro e em zonas urbanas.

Quadro 1

Características sociodemográficas e clínicas da amostra (N = 295)

<i>Características sociodemográficas</i>		
	<i>M (DP)</i>	<i>Mín-Máx</i>
Idade da mãe	32.07 (4.84)	19-47
Idade do bebé (meses)	6.98 (3.45)	0-12
Número de filhos	1.51 (0.69)	1-6
	<i>N</i>	<i>(%)</i>
Habilitações literárias		
Ensino secundário	107	36.3
Ensino universitário	188	63.7
Situação profissional		
Desempregada	39	13.2
Empregada	212	71.9
Reformada	0	0
Estudante	2	0.7
Trabalhadora-estudante	1	0.3
Bolseira de investigação	0	0
Doméstica ou mãe a tempo inteiro	21	7.1
Licença parental	59	20
Rendimento		
<= 2000€	217	73.6

> 2000€	78	26.4
Situação marital		
Vive com um companheiro	279	94.6
Vive sem um companheiro	16	5.4
Área de residência		
Rural	79	26.8
Urbano	216	73.2
Localização geográfica		
Norte	60	20.3
Centro	126	42.7
Alentejo	14	4.7
Algarve	8	2.7
Lisboa	73	24.7
Açores	1	0.3
Madeira	1	0.3
Estrangeiro	10	3.4
Sexo do bebé		
Masculino	156	52.9
Feminino	139	47.1
Características clínicas		
Problema psiquiátrico ou psicológico atual		
Sim	17	5.8
Não	278	94.2
Acompanhamento psiquiátrico e/ou psicológico atual		
Não, nenhum	280	94.9
Sim, psicológico	7	2.4
Sim, psiquiátrico	8	2.7
Sim, psiquiátrico e psicológico	0	0

Nota. A localização geográfica foi definida de acordo com a Nomenclatura Portuguesa das Unidades Territoriais para Fins Estatísticos II (NUTS – II).

Procedimentos

A presente investigação caracteriza-se por ser um estudo quantitativo, correlacional e transversal, com um método de amostragem por conveniência. Este estudo foi aprovado pela Comissão de Ética da Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra. O critério de inclusão para a participação no estudo era ser mãe de um bebé entre os 0 e os 12 meses de idade. A recolha da amostra foi realizada online e presencialmente, entre dezembro de 2018 e fevereiro de 2019.

O recrutamento online dos participantes foi realizado com recurso a um questionário de autorresposta construído na plataforma LimeSurvey®. Este questionário foi divulgado nas redes sociais e em grupos ou fóruns relacionados com a temática da parentalidade. Na primeira página do questionário constavam informações relativas aos objetivos do estudo, ao papel dos participantes e dos responsáveis e aos aspetos éticos subjacentes à investigação, tais como as normas de confidencialidade e anonimato. A participação no estudo implicava o fornecimento do consentimento informado pelo participante, que consistia numa resposta afirmativa à questão “*Aceita participar neste estudo?*”. Após o consentimento, o participante tinha acesso ao protocolo de investigação, cujo preenchimento tinha uma duração média de 15 minutos. Foram respondidos 262 questionários online, representando 88.8% da amostra final recolhida.

Na recolha presencial, foi solicitada autorização aos responsáveis de diversas creches da zona centro de Portugal (Casa Nossa Senhora de Fátima, Creche Cantinho do Mimo, Santa Casa da Misericórdia do Fundão, Centro Social e Paroquial do Alcaide, de Valverde e das Donas). Após autorização para a divulgação do estudo, todas as mães de cada creche foram solicitadas a participar nesta investigação, tendo sido fornecido a cada mãe uma carta explicativa do estudo, o consentimento informado e um questionário, através da educadora de infância da criança. As mães que aceitaram participar no estudo preencheram o consentimento informado e foi-lhes pedido que preenchessem os questionários em casa e que, no prazo de uma semana, os devolvessem preenchidos, através da educadora de infância da criança, aos investigadores. Dos 235 potenciais participantes, foram recolhidos 139 protocolos preenchidos pelas mães. Posteriormente, foram excluídos 104 protocolos correspondentes a mães de crianças com mais de 12 meses de idade e 2 protocolos correspondentes a mães de outras nacionalidades, o que resultou numa amostra final de 33 participantes (11.2% da amostra total).

Instrumentos

O presente protocolo de investigação integra os seguintes instrumentos de autorresposta: ficha de dados sociodemográficos e clínicos; ficha de dados do bebé e obstetrícios; Escala de Mindfulness Interpessoal na Parentalidade – Versão Bebé (EMI-P); Questionário do

Funcionamento Reflexivo Parental (QFRP) e Escala de Ansiedade e Depressão Hospitalar (EADH).

Dados sociodemográficos e clínicos das mães. A ficha de dados sociodemográficos e clínicos permitiu avaliar as principais características sociodemográficas dos participantes, tais como a idade, sexo, escolaridade, agregado familiar, estado civil, situação profissional, área de residência e rendimento mensal. Incluía também algumas questões relativas à parentalidade (“Quantos filhos tem?” e “Qual a idade dos seus filhos?”). As questões relativas a informações clínicas abordaram a existência de algum problema psicológico e o acompanhamento psiquiátrico e/ou psicológico, no momento atual.

Dados do bebé e obstétricos. As questões relativas ao bebé incluem informações acerca da idade e sexo do bebé.

Parentalidade mindful. Para avaliar a parentalidade mindful em mães de bebés foi utilizada uma versão adaptada da versão Portuguesa da Escala de Mindfulness Interpessoal na Parentalidade (EMI-P; Duncan, 2007; Moreira & Canavarro, 2017). A EMI-P versão Bebé é uma escala de autorresposta que permite avaliar diferentes dimensões da parentalidade mindful. A versão Portuguesa é constituída por 28 itens, cotados numa escala de Likert de 5 pontos, variando entre 1 (*nunca verdadeira*) e 5 (*sempre verdadeira*). Este instrumento integra cinco subescalas: (1) Escutar com Atenção Plena (5 itens; e.g., “Eu presto muita atenção ao meu bebé quando estamos juntos”), (2) Compaixão pela Criança (5 itens; e.g., “Quando o meu bebé está a passar por um momento difícil [por exemplo, quando está a chorar ou quando parece incomodado com alguma coisa], tento dar-lhe o apoio e os cuidados de que ele precisa”), (3) Aceitação Não Ajuizadora do Funcionamento Parental (7 itens; e.g., “Quando as coisas que eu tento fazer como pai/mãe não funcionam, eu consigo aceitá-las e seguir em frente”), (4) Autorregulação na Parentalidade (8 itens; e.g., “Quando o meu bebé faz algo que me aborrece, eu tento manter as minhas emoções controladas”), e (5) Consciência Emocional da Criança (3 itens; e.g., “É fácil para mim perceber quando o meu bebé está incomodado com alguma coisa [por exemplo, quando tem sono, quando sente algum desconforto, etc.]”). Tendo em consideração que alguns itens são cotados de forma invertida, a pontuação total é obtida através da soma de todos os itens, sendo que pontuações mais elevadas indicam níveis mais elevados de parentalidade mindful. Neste estudo apenas foi utilizada a pontuação total como uma medida geral de parentalidade mindful. Em termos de características psicométricas, a versão original da escala apresenta um alfa de Cronbach de .72. (Duncan, 2007) e a versão Portuguesa (para pais de crianças e adolescentes) apresenta um alfa de Cronbach de .90 para o total da escala (Moreira

& Canavarro, 2017). Na nossa amostra, o valor do alfa de Cronbach da pontuação total foi de .84. Foi ainda analisada a estrutura fatorial da escala, tendo o modelo correlacionado de cinco fatores apresentado um ajustamento adequado aos dados, $\chi^2(337) = 564.74$, CFI = .91, RMSEA = .05, 90% IC = [.04, .06], $p = .682$, SRMR = .06. O modelo hierárquico (com uma pontuação total de parentalidade mindful e cinco fatores de segunda ordem correspondentes às cinco dimensões da parentalidade mindful) apresentou igualmente um ajustamento adequado, $\chi^2(342) = 597.76$, CFI = .90, RMSEA = .05, 90% IC = [.04, .06], $p = .623$, SRMR = .06.

Funcionamento reflexivo parental. Para avaliar os níveis de funcionamento reflexivo parental das participantes foi utilizada a versão Portuguesa do Questionário do Funcionamento Reflexivo Parental (QFRP; Luyten et al., 2017; Moreira & Fonseca, 2019). O QFRP é uma medida multidimensional de autorrelato constituído por 18 itens, cotados numa escala de Likert de 7 pontos, variando a sua pontuação entre 1 (*discordo fortemente*) e 7 (*concordo fortemente*). O instrumento foi desenvolvido para pais de crianças com idades compreendidas entre os 0 e os 5 anos e pretende avaliar três características-chave do FRP: (a) Modos de Pré-mentalização dos Estados Mentais, em que pontuações mais elevadas indicam uma maior dificuldade na compreensão e interpretação da experiência mental da criança e a sua influência no comportamento, incluindo atribuições mal-intencionadas em relação ao comportamento expresso pela criança (6 itens; e.g., “O meu filho chora ao pé de estranhos para me deixar envergonhada”); (b) Certeza sobre os Estados Mentais, que mede a capacidade de reconhecer a (in)acessibilidade de pensamentos, sentimentos e intenções dos filhos (6 itens; e.g., “Sei sempre porque é que o meu filho se comporta da forma como se comporta”); e (c) Interesse e Curiosidade pelos Estados Mentais, que avalia o nível de interesse dos pais em pensarem sobre a experiência interna da criança, assumindo a sua perspetiva (6 itens; e.g., “Gosto de pensar nas razões que estão por trás da forma como o meu filho se sente e se comporta”). Considera-se que ótimos níveis de FRP são expressos por pontuações mais elevadas nas subescalas Interesse e Curiosidade pelos Estados Mentais e Certeza sobre os Estados Mentais e pontuações mais baixas na subescala de Modos de Pré-Mentalização. Relativamente às qualidades psicométricas, na versão original da escala de Luyten et al. (2017), as subescalas apresentam alfas de Cronbach de .70 (Modos de Pré-Mentalização), .82 (Certeza sobre os Estados Mentais) e .75 (Interesse e Curiosidade pelos Estados Mentais). Na nossa amostra, os valores dos alfas de Cronbach nas diferentes subescalas foram de .66 (Modos de Pré-Mentalização), .83 (Certeza sobre os Estados Mentais) e de .71 (Interesse e Curiosidade pelos Estados Mentais).

Sintomatologia ansiosa e depressiva. A Escala de Ansiedade e Depressão Hospitalar (EADH; Pais-Ribeiro et al., 2007; Zigmond & Snaith, 1983) é uma escala de autoadministração

que permite avaliar, de forma breve, sintomas de ansiedade e de depressão. É composta por 14 itens, cotados numa escala de Likert de 4 pontos, variando a sua pontuação entre 0 (*nada; nunca*) e 3 (*muito; quase sempre*). Engloba duas subescalas: uma relativa à Ansiedade (7 itens; e.g., “Tenho uma sensação de medo, como se algo terrível estivesse para acontecer.”) e outra relativa à Depressão (7 itens; e.g., “Sou capaz de rir e ver o lado divertido das coisas.”), cotadas separadamente, variando o resultado total de cada uma entre 0 e 21 pontos, onde valores mais altos indicam níveis mais elevados de sintomatologia ansiosa e depressiva. As pontuações obtidas podem ser categorizadas como “Normal” (0-7), “Leve” (8-10), “Moderada” (11-15) e “Severa” (16-21). De acordo com Snaith (2003), considera-se que pontuações iguais ou superiores a 11 indicam a possível presença de uma perturbação de humor. Relativamente às qualidades psicométricas da escala, a versão Portuguesa apresenta um alfa de Cronbach de .81 na subescala de Depressão e um alfa de Cronbach de .76 na subescala de Ansiedade (Pais-Ribeiro et al., 2007). Na nossa amostra, os valores dos alfas de Cronbach foram de .81 na subescala de Depressão e de .82 na subescala de Ansiedade.

Análise de Dados

Neste estudo, as análises estatísticas de dados foram realizadas com recurso ao programa estatístico IBM SPSS na versão 22.0 e à macro PROCESS para SPSS (Hayes, 2013).

Inicialmente, foram calculadas estatísticas descritivas para efeitos de caracterização sociodemográfica e clínica da amostra. Depois, foram formados dois grupos com base no ponto de corte da EADH: 1) grupo de Sintomatologia Ansiosa e Depressiva normal (pontuação inferior a 11 em ambas as subescalas da EADH; “Grupo sem sintomatologia”) e 2) grupo com níveis clinicamente significativos de Sintomatologia Ansiosa e/ou Depressiva (pontuação igual ou superior a 11 numa ou em ambas as subescalas da EADH; “Grupo de sintomatologia clinicamente significativa”). As análises de comparação entre os dois grupos foram efetuadas através de uma MANCOVA (para as dimensões do Funcionamento Reflexivo Parental) e de uma ANOVA (para a Parentalidade Mindful). O *d* de Cohen foi utilizado como medida da magnitude das diferenças, tendo sido interpretado segundo a convenção de Cohen (1988) (i.e., valores de .20 foram consideradas diferenças pequenas, valores de .50 médias e valores de .80 elevadas).

De seguida, foram analisadas as correlações bivariadas de *Pearson* entre as variáveis em estudo (i.e., Sintomatologia Ansiosa e Depressiva, Modos de Pré-Mentalização, Certeza sobre os Estados Mentais, Interesse e Curiosidade pelos Estados Mentais e Parentalidade Mindful), para avaliar as possíveis associações entre elas. Depois, realizou-se a análise das correlações entre a Parentalidade Mindful (variável dependente) e as variáveis sociodemográficas (idade da mãe, coabitação com um companheiro, número de filhos, meio de residência, situação

profissional, escolaridade, rendimento e idade do bebé), com o objetivo de identificar variáveis sociodemográficas que devessem ser introduzidas no modelo de mediação como covariáveis. Os valores da magnitude das correlações foram interpretados considerando os critérios estabelecidos por Cohen (1988) (i.e., valores próximos de .10 foram considerados correlações baixas, valores iguais ou superiores a .30 correlações médias e valores iguais ou superiores a .50 correlações elevadas).

Posteriormente, através do PROCESS (Hayes, 2013), foram efetuadas as análises de mediação. Neste sentido, testaram-se os efeitos diretos e indiretos da Sintomatologia Ansiosa e da Sintomatologia Depressiva das mães (variáveis independentes) na Parentalidade Mindful (variável dependente), através dos Modos de Pré-Mentalização e da Certeza sobre os Estados Mentais (variáveis mediadoras), tendo sido utilizado um modelo de mediação simples (modelo 4; Hayes, 2013). Os efeitos indiretos foram testados através de *bootstrapping* (com 10000 amostras), um procedimento que gera intervalos de confiança (IC 95% *bias-corrected and accelerated confidence intervals*), sendo o efeito indireto considerado significativo quando o valor de zero não estiver contido no intervalo de confiança. Com o intuito de controlar o seu efeito, as variáveis que se correlacionaram significativamente com a variável dependente foram introduzidas no modelo de mediação como covariáveis.

Resultados

Análises de Comparação em Função da Sintomatologia Ansiosa e Depressiva

A maioria das mães relatou níveis normais de Sintomatologia Ansiosa e Depressiva ($n = 233$, 79%) e 21% ($n = 62$) relataram níveis clinicamente significativos de sintomatologia (i.e., um valor igual ou superior a 11 numa ou em ambas as subescalas da EADH). Tal como apresentado na Tabela 1, foram encontradas diferenças estatisticamente significativas na Parentalidade Mindful, $F_{(1, 293)} = 60.86$, $p < .001$. Particularmente, mães com níveis clinicamente significativos de Sintomatologia Ansiosa e/ou Depressiva apresentaram níveis mais baixos de Parentalidade Mindful. De igual modo, foram encontradas diferenças significativas no Funcionamento Reflexivo Parental, tendo o efeito multivariado sido significativo, Wilk's Lambda = 0.95, $F_{(3, 291)} = 5.22$, $p = .002$. Conforme apresentado na Tabela 1, as diferenças significativas foram encontradas nas dimensões Modos de Pré-Mentalização e Certeza sobre os Estados Mentais. Especificamente, mães com níveis clinicamente significativos de Sintomatologia Ansiosa e/ou Depressiva apresentaram níveis significativamente mais baixos de Certeza sobre os Estados Mentais e níveis significativamente mais elevados de Modos de Pré-Mentalização do que as mães com níveis normais de sintomatologia.

Tabela 1

Análises de comparação em função da Sintomatologia Ansiosa e Depressiva

	Grupo sem sintomatologia $n = 233$	Grupo de sintomatologia clinicamente significativa $n = 62$	Análises de comparação
	<i>M (DP)</i>	<i>M (DP)</i>	<i>F (d de Cohen)</i>
Parentalidade Mindful	119.86 (9.81)	108.71 (10.72)	60.86*** (1.09)
Funcionamento Reflexivo Parental			
Modos de Pré-Mentalização	1.64 (0.65)	1.91 (0.72)	8.41** (0.39)
Certeza sobre os Estados Mentais	4.09 (0.99)	3.74 (1.01)	5.86* (0.35)
Interesse e Curiosidade pelos Estados Mentais	5.70 (0.72)	5.73 (0.70)	0.10 (0.04)

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

Correlações entre Variáveis

Foram efetuadas análises de correlação bivariada entre as variáveis em estudo, tal como é possível observar na Tabela 2. A Sintomatologia Ansiosa e Depressiva correlacionaram-se positiva e significativamente com os Modos de Pré-Mentalização e negativa e significativamente com a dimensão Certeza sobre os Estados Mentais, sendo todas as correlações de baixa magnitude. A dimensão Interesse e Curiosidade pelos Estados Mentais não se correlacionou de modo significativo com a Sintomatologia Ansiosa e a Depressiva. A Sintomatologia Ansiosa e a Depressiva correlacionam-se negativa e significativamente com a Parentalidade Mindful, sendo as correlações de magnitude elevada. A dimensão Modos de Pré-Mentalização correlaciona-se negativa e significativamente com a Parentalidade Mindful e a dimensão Certeza sobre os Estados Mentais correlaciona-se positiva e significativamente com a Parentalidade Mindful, sendo ambas as correlações de magnitude média.

Tabela 2

Estatísticas descritivas e correlações entre as variáveis em estudo

	<i>M (DP)</i>	1	2	3	4	5	6
1. Sintomatologia Ansiosa	6.72 (3.99)	---					
2. Sintomatologia Depressiva	5.28 (3.80)	.67***	---				
3. Modos de Pré-Mentalização	1.69 (0.67)	.25***	.29***	---			
4. Certeza sobre os Estados Mentais	4.02 (1.00)	-.16**	-.21***	-.18**	---		
5. Interesse e Curiosidade pelos Estados Mentais	5.71 (0.71)	.01	-.08	-.37***	.21***	---	
6. Parentalidade Mindful	117.52 (10.98)	-.54***	-.47***	-.32***	.34***	.21***	---

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

Efeitos Diretos e Indiretos da Sintomatologia Ansiosa e Depressiva na Parentalidade Mindful através do Funcionamento Reflexivo Parental

Foi testado um modelo de mediação para examinar os efeitos diretos e indiretos da Sintomatologia Ansiosa e Depressiva na Parentalidade Mindful, através das dimensões do Funcionamento Reflexivo Parental (ver Figura 1). Tal como apresentado na Tabela 2, a dimensão Interesse e Curiosidade pelos Estados Mentais não se correlacionou de modo significativo com as Sintomatologias Ansiosa e Depressiva, pelo que optámos por não incluir esta dimensão no modelo de mediação.

Para se iniciar o estudo do modelo de mediação foi necessário identificar, previamente, possíveis covariáveis a incluir no modelo de mediação. Analisaram-se as correlações entre a Parentalidade Mindful e as principais variáveis sociodemográficas da mãe, tendo-se encontrado uma correlação significativa apenas com a idade do bebé ($r = -.13, p = .031$). Desta forma, esta variável foi introduzida como covariável no modelo de mediação.

Tal como apresentado na Figura 1, a Sintomatologia Ansiosa das mães não se mostrou significativamente associada aos Modos de Pré-Mentalização ($B = .13, SE = 0.01, p = .092$) nem à Certeza sobre os Estados Mentais ($B = -.04, SE = 0.02, p = .615$). Contrariamente, a Sintomatologia Depressiva das mães mostrou-se positiva e significativamente associada aos Modos de Pré-Mentalização ($B = .22, SE = 0.01, p = .003$) e negativa e significativamente associada à Certeza sobre os Estados Mentais ($B = -.20, SE = 0.02, p = .009$). Por sua vez, a dimensão Modos de Pré-Mentalização mostrou-se negativa e significativamente associada à Parentalidade Mindful ($B = -.18, SE = 0.79, p < .001$), enquanto que a dimensão Certeza sobre os Estados Mentais mostrou-se positiva e significativamente associada à Parentalidade Mindful ($B = .24, SE = 0.52, p < .001$). Neste modelo, a Sintomatologia Ansiosa e Depressiva explicam 12.73% da variância da dimensão Modos de Pré-Mentalização ($F_{(3, 291)} = 14.15, p < .001$) e 7.05% da variância da dimensão Certeza sobre os Estados Mentais ($F_{(3, 291)} = 7.36, p < .001$). Adicionalmente, as duas dimensões do Funcionamento Reflexivo Parental explicam, juntamente com a Sintomatologia Ansiosa e Depressiva das mães e com a covariável, 40.71% da Parentalidade Mindful ($F_{(5, 289)} = 39.68, p < .001$).

Verificou-se que os efeitos totais da Sintomatologia Ansiosa e da Sintomatologia Depressiva na Parentalidade Mindful foram ambos significativos ($B = -.40, SE = 0.18, p < .001$; $B = -.20, SE = 0.19, p = .003$, respetivamente). Por sua vez, o efeito direto da Sintomatologia Ansiosa na Parentalidade Mindful mostrou-se igualmente negativo e significativo ($B = -.37, SE = 0.17, p < .001$), enquanto que o efeito direto da Sintomatologia Depressiva na Parentalidade Mindful não se mostrou significativo ($B = -.11, SE = 0.18, p = .088$).

Relativamente aos efeitos indiretos, observámos que os efeitos indiretos da Sintomatologia Ansiosa na Parentalidade Mindful não foram significativos através de nenhum

dos mediadores (Modos de Pré-Mentalização: $B = -.06$, IC 95% $]-0.15, 0.01[$; Certeza sobre os Estados Mentais: $B = -.03$, IC 95% $]-0.13, 0.09[$). Contrariamente, os efeitos indiretos da Sintomatologia Depressiva na Parentalidade Mindful foram significativos, tanto através da dimensão Modos de Pré-Mentalização ($B = -.11$, IC 95% $]-0.23, -0.03[$), como através da dimensão Certeza sobre os Estados Mentais ($B = -.14$, IC 95% $]-0.29, -0.03[$).

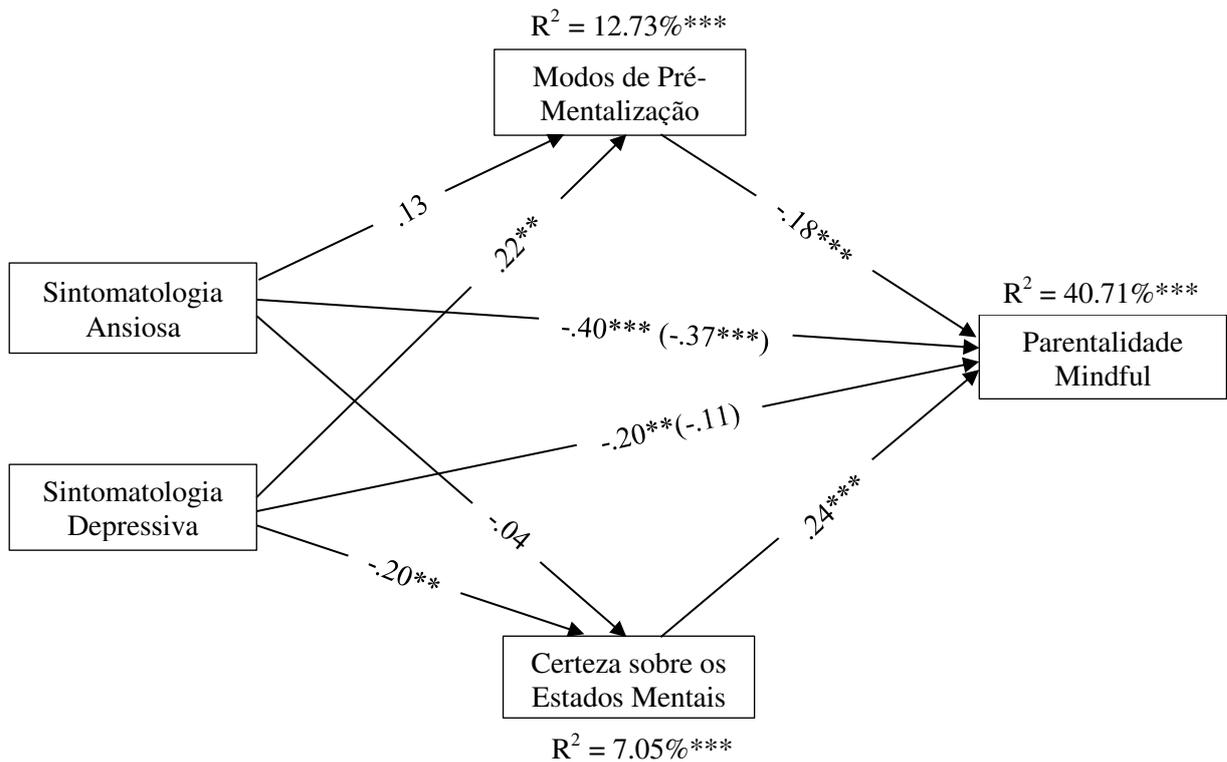


Figura 1. Diagrama estatístico do modelo de mediação simples que analisa a associação entre a Sintomatologia Ansiosa e Depressiva e a Parentalidade Mindful das mães, através dos Modos de Pré-Mentalização e Certeza sobre os Estados Mentais.

Nota. Os valores apresentados nas setas representam os coeficientes de regressão estandardizados. Na ligação entre a Sintomatologia Ansiosa e Depressiva com a Parentalidade Mindful, o valor que se encontra fora de parêntesis representa o efeito total da Sintomatologia Ansiosa e Depressiva na Parentalidade Mindful. O valor dentro de parêntesis diz respeito ao efeito direto da Sintomatologia Ansiosa e Depressiva na Parentalidade Mindful após a inclusão das variáveis mediadoras.

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

Discussão

O presente estudo procurou explorar se existiam diferenças no FRP e na parentalidade *mindful* entre mães com níveis clinicamente significativos de ansiedade e/ou depressão e mães com níveis normais de sintomatologia, no período pós-parto. Procurou, também, investigar se a sintomatologia ansiosa e se a sintomatologia depressiva se relacionam com a parentalidade *mindful*, através do FRP. De forma geral, as hipóteses inicialmente estabelecidas foram corroboradas, contudo também foram obtidos alguns resultados não esperados.

O Papel da Psicopatologia na Parentalidade *Mindful* e no FRP: Comparações de Grupos

Tal como era expectável, verificámos que mães com níveis clinicamente significativos de sintomatologia ansiosa e/ou depressiva apresentaram níveis mais baixos de parentalidade *mindful* do que as mães com níveis normais de sintomatologia. Apesar da escassa investigação acerca da relação entre a psicopatologia no período pós-parto e a adoção de uma abordagem *mindful* na parentalidade, estes resultados são congruentes com o estudo de Moreira e Canavarro (2018), desenvolvido com mães de crianças e adolescentes, no qual se verificou que mães com níveis clinicamente significativos de ansiedade e/ou depressão apresentaram também níveis mais baixos de parentalidade *mindful* do que as mães com níveis normais de sintomatologia. Estes resultados podem dever-se a vários fatores. Por exemplo, as mães com níveis clinicamente significativos de sintomas de ansiedade e/ou depressão podem apresentar padrões de pensamentos que envolvem a ruminação e a preocupação (Stein et al., 2012), sendo possível que estas foquem a sua atenção em determinados aspetos que podem ocupar a maioria dos seus processos cognitivos ficando, assim, menos disponíveis para prestarem atenção aos seus bebés, particularmente aos seus comportamentos, linguagem ou expressões corporais. Esta menor disponibilidade poderá prejudicar a deteção das necessidades do bebé e refletir-se em níveis mais baixos de parentalidade *mindful* (por exemplo, numa menor capacidade de escutar o bebé com atenção plena ou de detetar as emoções do bebé). É, também, possível que mães com níveis mais elevados de ansiedade e/ou depressão tenham mais dificuldades em aceitar falhas e limitações percebidas enquanto mães, acreditando que não conseguem alcançar os seus elevados padrões na relação com a criança (Moreira & Canavarro, 2018). Para além disto, mães que apresentam sintomatologia depressiva podem apresentar preocupações e emoções mais orientadas para si mesmas e menos orientadas para a criança (Dix, Gershoff, Meunier, & Miller, 2004), o que pode contribuir para uma resposta inadequada às necessidades do bebé (Herrera et

al., 2004) e para uma menor capacidade de adotar uma abordagem *mindful* nas interações com este (por exemplo, menor capacidade de prestar atenção à criança, de detetar corretamente as suas emoções e de demonstrar compaixão pela mesma). Paralelamente, o facto de as mães deprimidas demonstrarem habitualmente maior irritabilidade e hostilidade em relação ao seu bebé (Lovejoy et al., 2000), pode conduzir também a uma parentalidade menos *mindful* (por exemplo, uma diminuição dos níveis de consciência emocional de si e de autorregulação na relação parental), na medida em que as emoções intensas sentidas, como a irritação ou a hostilidade, podem prejudicar a interação entre a mãe e o bebé. Paralelamente, sabe-se que as mães ansiosas revelam uma resposta menos sensível para com os seus filhos (Nicol-Harper et al., 2007) que poderá advir de uma interpretação errónea das suas necessidades, o que, por sua vez, poderá influenciar a satisfação destas. Adicionalmente, alguns estudos têm sugerido que mães que apresentam sintomatologia ansiosa demonstram menos comportamentos de afeto, aceitação e expressões verbais dirigidas aos seus bebés (Drake & Ginsburg, 2011), o que pode afetar a interação entre estes e contribuir para uma parentalidade menos *mindful* e, concretamente, para níveis mais baixos de compaixão por si e pela criança.

Verificámos também que mães com níveis clinicamente significativos de sintomatologia ansiosa e/ou depressiva apresentaram níveis significativamente mais elevados de PM e níveis significativamente mais baixos de CEM do que as mães com níveis normais de sintomatologia. No mesmo sentido, verificámos que somente as dimensões PM e CEM se mostraram significativamente correlacionadas com a sintomatologia ansiosa e depressiva, verificando-se a ausência de uma relação significativa com a subescala IC. Estes resultados sugerem que mães com níveis clinicamente significativos de sintomatologia ansiosa e depressiva têm uma maior dificuldade em refletir sobre a experiência mental interna da criança, o que vai ao encontro do estudo de Luyten et al. (2017), que verificou que sintomas de *distress*, tais como a ansiedade e a depressão, estavam associados de forma positiva com a subescala PM e de forma negativa com a subescala CEM, mas de forma não significativa com a subescala IC. Podem ser apresentadas diversas explicações para estes resultados. Em primeiro lugar, tal como já referido anteriormente, podemos colocar como hipótese que mães com níveis elevados de sintomatologia depressiva podem exibir um pensamento negativo persistente centrado predominantemente em acontecimentos do presente ou do passado e na temática do fracasso (Nolen-Hoeksema, Wisco, & Lyubomirsky, 2008). De facto, sabe-se que a ruminação é uma característica cognitiva forte e consistentemente relacionada com a sintomatologia depressiva (Mor & Winquist, 2002). Desta forma, é possível que o foco destas mães nos seus pensamentos dificulte a sua capacidade para compreenderem e refletirem sobre a experiência interna do seu bebé, o que se poderá traduzir-se numa incapacidade para reconhecer os pensamentos, sentimentos e emoções deste e numa falta de certeza sobre os mesmos, tal como sugerido pelos níveis mais baixos de FRP (ou seja, maior

PM e menos CEM). Para além disto, alguns autores têm sugerido que a fusão cognitiva (i.e., processo através do qual os eventos cognitivos do indivíduo regulam e influenciam o seu comportamento em que os conteúdos mentais transitórios, como pensamentos, sensações e emoções, são percebidos como permanentes e como sendo uma tradução literal da realidade, sendo os comportamentos realizados de acordo com os mesmos, impedindo a regulação pelas suas consequências diretas; Gillanders et al., 2014; Hayes, Luoma, Bond, Masuda, & Lillis, 2006) está associada à sintomatologia depressiva e ansiosa (Bardeen & Fergus, 2016). Neste sentido, é possível que a fusão cognitiva influencie o reconhecimento dos pensamentos, sentimentos e emoções dos bebés, visto que as mães com sintomatologia depressiva e/ou ansiosa podem ficar fusionadas com o seu pensamento negativo característico, podendo prejudicar a reflexão e compreensão sobre as intenções subjacentes dos seus bebés, tal como sugerido pelos níveis mais baixos de FRP. Importa ainda notar que, na sintomatologia ansiosa, o pensamento perseverante é caracterizado pela preocupação centrada no futuro e nas ameaças que poderão ocorrer (Nolen-Hoeksema et al., 2008), o que pode afetar o foco atencional das mães e resultar numa maior indisponibilidade e incapacidade para compreender e aceder à experiência mental interna do seu bebé (visto que o seu pensamento está focado na antecipação e preparação de ameaças), podendo conduzir também a níveis mais baixos de CEM e mais altos de PM.

A ausência de relação com a subescala IC é interessante, pois sugere que as dimensões do FRP podem relacionar-se de forma diferente com a psicopatologia. Este resultado é congruente com o estudo de Luyten et al. (2017), no entanto, os autores não apresentaram nenhuma justificação para a ausência desta relação. Com base nos resultados de Rutherford et al. (2013, 2015), a ausência de diferenças poderá estar relacionada com a idade do bebé/criança. Assim, na nossa amostra, o interesse e a curiosidade ativos pelos estados mentais do bebé pode ser uma dimensão independente da sintomatologia ansiosa e depressiva.

A Relação entre a Sintomatologia Ansiosa e Depressiva na Parentalidade Mindful: O Papel Mediador do FRP

No que diz respeito ao modelo de mediação, verificámos que a sintomatologia depressiva apresentou um efeito indireto significativo na parentalidade mindful através da PM e da CEM. É interessante verificar que, após a introdução dos mediadores, o efeito da sintomatologia depressiva na parentalidade mindful deixou de ser significativo (i.e., o efeito direto não é significativo mas o efeito total é), o que revela a importância do FRP nesta relação. No que respeita à sintomatologia ansiosa, esta apenas apresentou um efeito direto significativo na parentalidade mindful, não tendo os efeitos indiretos através das duas dimensões do FRP sido significativos.

Tal como esperado, os resultados obtidos revelaram que a sintomatologia depressiva está significativamente associada a níveis mais reduzidos de FRP. Especificamente, associou-se a níveis significativamente mais elevados de PM e a níveis significativamente mais baixos de CEM. Estes resultados corroboram as diferenças de grupo encontradas no presente estudo e vão ao encontro de alguns estudos que têm revelado que níveis superiores de psicopatologia reduzem os níveis de FRP. Por exemplo, Fischer-Kern et al. (2013) verificaram que mulheres com perturbação depressiva major evidenciaram níveis mais baixos de FR e Krink et al. (2018) demonstraram uma associação entre o FRP e o nível de depressão pós-parto, nomeadamente em relação à subescala PM, concluindo que esta aumenta com a gravidade da depressão pós-parto. Tal como já referido, é possível identificar algumas características nas mães com níveis clinicamente significativos de depressão, tais como a ruminação (Mor & Winquist, 2002) e a fusão cognitiva (Bardeen & Fergus, 2016), que podem influenciar a compreensão, reflexão e o reconhecimento da experiência interna do bebé. Estes resultados devem ser compreendidos à luz das diferentes dimensões do FRP (Luyten et al., 2017), em que níveis mais elevados de PM refletem uma maior incapacidade dos pais compreenderem e interpretar a experiência mental do bebé, exibindo dificuldades em reconhecer os pensamentos, sentimentos e emoções deste, traduzindo-se num nível de FRP mais reduzido. Esta incapacidade pode advir da ruminação e do autofoco (Mor & Winquist, 2002) característicos da sintomatologia depressiva, ou seja, mães mais deprimidas tendem a concentrar a sua atenção e os seus recursos cognitivos em pensamentos de cariz negativo e ruminativo, relacionados com o fracasso e com a perda, o que pode levar a uma menor disponibilidade emocional e cognitiva para tentar entender quais as intenções subjacentes aos sentimentos e comportamentos do seu bebé. Na mesma linha de leitura, é possível que mães com sintomatologia depressiva pós-parto apresentem sentimentos mais reduzidos de eficácia sobre o próprio papel parental (Leahy-Warren, McCarthy, & Corcoran, 2011) e, conseqüentemente, revelem sentimentos de desvalorização pessoal, o que pode refletir-se numa significativa falta de certeza sobre a acessibilidade dos estados mentais do seu bebé, ou seja, em níveis mais reduzidos de CEM.

No modelo testado verificámos também que níveis mais elevados de PM e níveis mais reduzidos de CEM estavam associados a níveis mais baixos de parentalidade mindful. Estes resultados vão ao encontro do estudo de Ensink et al. (2018), que mostrou que o FRP estava associado a uma maior sensibilidade materna e a menos comportamentos parentais negativos na interação com os bebés. A relação negativa entre a subescala PM e a parentalidade mindful parece também ser congruente com o estudo de Rostad e Whitaker (2016), que mostrou que a subescala PM se associa de forma negativa a diversos aspetos das relações entre pais e filhos, como o envolvimento, a comunicação e a satisfação parental. De forma geral, os nossos resultados podem ser explicados devido ao facto de a capacidade de FRP permitir aos pais

compreender e refletir sobre os pensamentos, sentimentos e comportamentos dos seus filhos (Slade, 2005), o que poderá influenciar as práticas e as competências parentais. Níveis mais elevados de PM sugerem uma incapacidade parental para reconhecer os pensamentos, sentimentos e emoções do bebé, o que poderá conduzir a que as mães se mostrem menos sensíveis e menos disponíveis emocionalmente para com o bebé (Luyten et al., 2017), não compreendendo adequadamente os significados subjacentes aos sinais de comunicação do seu bebé e comprometendo a deteção e a resposta adequada às necessidades deste. Consequentemente, esta falta de compreensão pode refletir-se nos comportamentos e nas práticas parentais adotadas, que poderão ser mais automáticas e provavelmente negativas, impedindo que se desenvolvam relações de maior qualidade entre os pais e o bebé. Adicionalmente, é possível que surjam sentimentos de culpa nos pais por não conseguirem satisfazer as necessidades do bebé ou não conseguirem alcançar os seus objetivos parentais, colocando em causa o seu papel e levando-os a assumir uma posição mais dura consigo mesmos, tal como sugerido pelos menores níveis de parentalidade mindful.

Por outro lado, podemos colocar a hipótese de que pais que apresentam níveis mais baixos de CEM (i.e., uma maior incerteza sobre os estados mentais do bebé) têm uma menor disponibilidade para detetar e responder de forma adequada às necessidades do bebé, pelo facto de considerarem que não é possível aceder facilmente aos seus estados mentais. De facto, uma maior certeza sobre o que a criança estará a pensar ou a sentir poderia refletir-se numa maior atenção e sensibilidade parental aos comportamentos, linguagem corporal ou expressões faciais do bebé, permitindo, assim, uma maior sintonização da mãe com este e a realização de escolhas mais conscientes nas respostas parentais, de acordo com os seus objetivos e valores. Consequentemente, estes aspetos proporcionariam uma menor reatividade parental em relação ao comportamento da criança, devido ao facto de terem em consideração os significados subjacentes às suas manifestações, diminuindo também comportamentos mal-adaptativos e automáticos, característicos de níveis mais baixos de parentalidade mindful.

Os nossos resultados demonstraram um efeito direto significativo da sintomatologia ansiosa na parentalidade mindful e a ausência de efeitos indiretos através das dimensões do FPR. Ou seja, a sintomatologia ansiosa parece contribuir para a diminuição dos níveis de parentalidade mindful, independentemente do FRP. Tal como referido, estes resultados podem ser explicados devido ao facto de mães ansiosas apresentarem um pensamento caracterizado pela preocupação (Nolen-Hoeksema et al., 2008), o que poderá afetar a atenção dirigida aos bebés e prejudicar a deteção e a resposta às suas necessidades, o que pode refletir-se num prejuízo dos níveis de parentalidade mindful. Para além disto, maiores níveis de ansiedade pós-parto parecem estar associados a sentimentos mais reduzidos de eficácia acerca do próprio papel parental (Porter & Hsu, 2003), o que pode suscitar dúvidas aos pais acerca das suas capacidades

e competências parentais e contribuir para a adoção de uma posição mais dura para consigo próprios, traduzindo-se em níveis mais baixos de parentalidade mindful (e, possivelmente, em níveis mais baixos de aceitação não ajuizadora do funcionamento parental). Adicionalmente, mães ansiosas tendem a apresentar um comportamento mais intrusivo nas interações com os filhos (Feldman et al., 2009), o que poderá refletir-se numa dificuldade de escolher de forma consciente práticas parentais a adotar e numa resposta menos sensível para com os seus filhos (Nicol-Harper et al., 2007), prejudicando a atenção aos comportamentos do bebé e podendo influenciar a satisfação adequada das necessidades deste, o que sugere também menores níveis de parentalidade mindful.

Contrariamente às nossas expectativas, os resultados obtidos relativamente à sintomatologia ansiosa revelaram que esta, no modelo de mediação, não se associou significativamente a nenhuma das dimensões do FRP (ainda que as correlações entre a sintomatologia ansiosa e as dimensões PM e CEM tivessem sido significativas). Este resultado pode não traduzir uma real ausência de associação, mas resultar do facto de no modelo de mediação a sintomatologia ansiosa e a sintomatologia depressiva terem sido analisadas simultaneamente. Ao analisar os modelos de mediação separadamente para a sintomatologia ansiosa e para a sintomatologia depressiva, a relação entre a sintomatologia ansiosa e as dimensões do FRP foram significativas, assim como os seus efeitos indiretos. No entanto, na análise de um único modelo de mediação considerando simultaneamente os dois tipos de sintomatologia, as trajetórias entre a sintomatologia ansiosa e os mediadores são estimadas controlando o efeito da sintomatologia depressiva, e vice-versa. Desta forma, e considerando que a sintomatologia ansiosa e a sintomatologia depressiva apresentam uma correlação elevada, podemos pressupor que o efeito da sintomatologia ansiosa tenha sido anulado pelo efeito da sintomatologia depressiva. Assim, os resultados obtidos podem significar que, ao manter o efeito da sintomatologia depressiva constante, a sintomatologia ansiosa perde o seu efeito, possivelmente por não ser tão relevante quanto a sintomatologia depressiva.

Limitações, Contributos e Implicações Clínicas

O presente estudo revela algumas limitações. Em primeiro lugar, trata-se de um estudo transversal, o que não permite estabelecer relações de causalidade entre as variáveis em estudo, devido à possível bidirecionalidade das relações. Assim, estudos futuros deverão optar por um desenho longitudinal, que avalie os níveis de sintomatologia ansiosa e depressiva, FRP e parentalidade mindful em momentos distintos, de modo a explorar de que forma é que estas associações se estabelecem ao longo do tempo. Em segundo lugar, a amostra é somente constituída por mães, o que impede que as conclusões possam ser generalizadas aos pais. De modo a colmatar esta limitação, seria interessante, nos próximos estudos, tentar incluir o mesmo

número de pais e de mães. Em terceiro lugar, 88.8% da amostra foi recrutada online, sendo por isso possível que o questionário tenha sido preenchido por mães mais interessadas nesta temática, tornando parte da amostra autosseleccionada. Por outro lado, a amostra também foi recolhida de forma presencial somente em creches do distrito de Castelo Branco, fator que pode afetar o grau de representatividade da amostra, e, conseqüentemente, limitar a generalização dos resultados para a população portuguesa. Assim, estudos futuros devem incluir um número de pessoas representativo de diversas áreas e regiões do país. Em quarto lugar, foram utilizados apenas instrumentos de autorresposta, podendo colocar em causa a validade dos resultados. Deste modo, em futuras investigações, seria benéfico recorrer a outro tipo de medidas de avaliação. Em quinto lugar, é importante referir que subescala PM, do QFRP, apresentou valores de alfa de Cronbach de .66. Contudo, Aron, Coups e Aron (2013) sugerem que, em psicologia, uma boa medida deve apresentar um alfa de Cronbach de pelo menos .60, o que se confirmou em todas as subescalas deste instrumento. Por último, a parentalidade mindful foi estudada enquanto construto único, na nossa investigação. Seria interessante que estudos futuros analisassem particularmente o papel de cada uma das dimensões envolvidas na parentalidade mindful. Adicionalmente, tendo em conta que os resultados sugeriram uma relação entre a psicopatologia no período pós-parto e a parentalidade mindful, investigações posteriores deverão explorar melhor o papel do FRP na adoção de uma abordagem mindful na parentalidade em amostras clínicas (pais com diagnóstico clínico de depressão ou ansiedade).

Apesar das limitações mencionadas, o presente estudo apresenta um contributo pertinente e inovador. De facto, a nossa investigação foi pioneira na análise do papel do FRP na relação entre a sintomatologia ansiosa e depressiva e a parentalidade mindful e também na análise destas relações no período pós-parto. Neste âmbito, analisámos, também, as diferentes dimensões do FRP, o que permitiu compreender o papel específico de cada uma delas, de modo a explicar a relação entre a sintomatologia ansiosa e depressiva com a parentalidade mindful. Por conseguinte, esta descoberta pode ser vantajosa na escolha da melhor intervenção para mães que apresentam níveis significativos de sintomatologia, no período pós-parto. Adicionalmente, o presente estudo é inovador pois contribui para a expansão da literatura sobre a psicopatologia materna e a parentalidade mindful, no período pós-parto, e sobre o papel do FRP como um mecanismo explicativo desta relação.

O presente estudo apresenta implicações clínicas importantes. Em primeiro lugar, os efeitos da sintomatologia ansiosa e depressiva na parentalidade mindful, no período pós-parto, sugerem que o desenvolvimento e aplicação de instrumentos de rastreio de psicopatologia adequados seria uma medida preventiva importante. Em segundo lugar, uma vez que os resultados indicam que a sintomatologia ansiosa e a sintomatologia depressiva parecem prejudicar o FRP e a parentalidade mindful, no período pós-parto, torna-se de extrema

importância sinalizar e intervir junto das mães com sintomas de ansiedade e/ou depressão. Concretamente, torna-se fundamental diminuir os sintomas de ansiedade e de depressão nas mães nesta etapa, visto que a psicopatologia tem uma influência negativa nos comportamentos maternos e, conseqüentemente, na relação mãe-bebê, tal como sugerido consistentemente na literatura e também no nosso estudo. Além disso, a nossa investigação sugere que o FRP, sendo um fator modificável, poderá ser um alvo de intervenção possibilitando, deste modo, a promoção de uma parentalidade mais *mindful*. Assim, poderão ser benéficas intervenções focadas no FRP, tal como a intervenção de grupo “Families First” (Kalland, Fagerlund, von Koskull, & Pajulo, 2015). Estes programas poderão focar-se na diminuição da incapacidade de compreender e interpretar a experiência mental da criança e contribuir para o aumento da acessibilidade aos estados mentais desta.

Conclusão

O presente estudo permite compreender melhor de que forma a psicopatologia materna no período pós-parto influencia a capacidade de adoção de uma abordagem *mindful* na parentalidade. Concretamente, este estudo sugere que o FRP poderá ser um mecanismo explicativo desta associação, particularmente da relação entre a sintomatologia depressiva e a parentalidade *mindful*. Uma vez que o FRP não se mostrou um fator explicativo da relação entre a sintomatologia ansiosa e a parentalidade *mindful*, seria pertinente desenvolver futuras investigações que explorem esta relação e os seus mediadores, no mesmo período. Os resultados da nossa investigação realçam a importância de, por um lado, diminuir a sintomatologia ansiosa e depressiva das mães no período pós-parto por forma a promover uma parentalidade mais *mindful* e de, por outro lado, promover o FRP, dando ênfase às dimensões PM e CEM, com o intuito de reduzir o impacto da sintomatologia depressiva na parentalidade *mindful*.

Bibliografia

- Aron, A., Coups, E. J., & Aron, E. N. (2013). *Statistics for Psychology* (6th ed.). Hoboken, NJ: Pearson Education.
- Bardeen, J. R., & Fergus, T. A. (2016). The interactive effect of cognitive fusion and experiential avoidance on anxiety, depression, stress and posttraumatic stress symptoms. *Journal of Contextual Behavioral Science*, *5*, 1–6. doi:10.1016/j.jcbs.2016.02.002
- Beer, M., Ward, L., & Moar, K. (2013). The relationship between mindful parenting and distress in parents of children with an autism spectrum disorder. *Mindfulness*, *4*, 102–112. doi:10.1007/s12671-012-0192-4
- Bögels, S. M., Hellemans, J., van Deursen, S., Römer, M., & van der Meulen, R. (2013). Mindful parenting in mental health care: Effects on parental and child psychopathology, parental stress, parenting, coparenting, and marital functioning. *Mindfulness*, *5*, 536–551. doi:10.1007/s12671-013-0209-7
- Bögels, S., Hoogstad, B., van Dun, L., De Schutter, S., & Restifo, K. (2008). Mindfulness training for adolescents with externalizing disorders and their parents. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, *36*, 193–209. doi:10.1017/s1352465808004190
- Bögels, S. M., Lehtonen, A., & Restifo, K. (2010). Mindful parenting in mental health care. *Mindfulness*, *1*, 107–120. doi:10.1007/s12671-010-0014-5
- Bögels, S. M., & Restifo, K. (2014). *Mindful parenting: A guide for mental health practitioners*. New York: Springer.
- Coatsworth, J. D., Duncan, L., Greenberg, M. T., & Nix, R. L. (2009). Changing parent's mindfulness, child management skills and relationship quality with their youth: Results from a randomized pilot intervention trial. *Journal of Child and Family Studies*, *19*, 203–217. doi:10.1007/s10826-009-9304-8
- Coatsworth, J. D., Duncan, L. G., Nix, R. L., Greenberg, M. T., Gayles, J. G., Bamberger, K. T., ... Demi, M. A. (2015). Integrating mindfulness with parent training: Effects of the mindfulness-enhanced strengthening families program. *Developmental Psychology*, *51*, 26–35. doi:10.1037/a0038212
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences* (2nd ed.). Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum Associates, Publishers.

- Cordes, K., Smith-Nielsen, J., Tharner, A., Katznelson, H., Steele, H., & Væver, M. (2017). Reflective functioning in postpartum depressed women with and without comorbid personality disorder. *Psychoanalytic Psychology, 34*, 414-421. doi:10.1037/pap0000135
- De Bruin, E. I., Zijlstra, B. J., Geurtzen, N., van Zundert, R. M., van de Weijer-Bergsma, E., Hartman, E. E., ... Bögels, S. M. (2012). Mindful parenting assessed further: Psychometric properties of the Dutch version of the Interpersonal Mindfulness in Parenting Scale (IM-P). *Mindfulness, 5*, 200-212. doi:10.1007/s12671-012-0168-4
- Dennis, C. L., Falah-Hassani, K., & Shiri, R. (2017). Prevalence of antenatal and postnatal anxiety: Systematic review and meta-analysis. *The British Journal of Psychiatry, 210*, 315–323. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.116.187179>
- Dennis, C. L., & McQueen, K. (2007). Does maternal postpartum depressive symptomatology influence infant feeding outcomes? *Acta Paediatrica, 96*, 590–594. doi:10.1111/j.1651-2227.2007.00184.x
- Dix, T., Gershoff, E. T., Meunier, L. N., & Miller, P. C. (2004). The affective structure of supportive parenting: Depressive symptoms, immediate emotions, and child-oriented motivation. *Developmental Psychology, 40*, 1212–1227. doi:10.1037/0012-1649.40.6.1212
- Duncan, L. G. (2007). *Assessment of mindful parenting among parents of early adolescents: Development and validation of the Interpersonal Mindfulness in Parenting Scale*. (Dissertação de doutoramento não publicada). The Pennsylvania State University, USA.
- Duncan, L., Coatsworth, J. D., Gayles, J. G., Geier, M. H., & Greenberg, M. T. (2015). Can mindful parenting be observed? Relations between observational ratings of mother-youth interactions and mothers' self-report mindful parenting. *Journal of Family Psychology, 29*, 276–282. doi:10.1037/a0038857.
- Duncan, L. G., Coatsworth, J. D., & Greenberg, M. T. (2009). A model of mindful parenting: Implications for parent-child relationships and prevention research. *Clinical Child and Family Psychology Review, 12*, 255-270. doi:10.1007/s10567-009-0046-3
- Drake, K. L., & Ginsburg, G. S. (2011). Parenting practices of anxious and nonanxious mothers: A multi-method, multi-informant approach. *Child & Family Behavior Therapy, 33*, 299–321. doi:10.1080/07317107.2011.623101
- Ensink, K., Borelli, J. L., Roy, J., Normandin, L., Slade, A., & Fonagy, P. (2018). Costs of not getting to know you: Lower levels of parental reflective functioning confer risk for maternal insensitivity and insecure infant attachment. *Infancy, 24*, 210-227. doi:10.1111/infa.12263

- Falah-Hassani, K., Shiri, R., & Dennis, C. L. (2016). Prevalence and risk factors for comorbid postpartum depressive symptomatology and anxiety. *Journal of Affective Disorders*, *198*, 142–147. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2016.03.010>
- Fallon, V., Groves, R., Halford, J. C. G., Bennett, K. M., & Harrold, J. A. (2016). Postpartum anxiety and infant-feeding outcomes. *Journal of Human Lactation*, *32*, 740–758. doi:10.1177/0890334416662241
- Farr, S., Dietz, P., O'Hara, M.W., Burkley, K., & Ko, J. Y. (2014). Postpartum anxiety and comorbid depression in a population based sample of women. *Journal of Women's Health*, *23*, 120–128. <https://doi.org/10.1089/jwh.2013.4438>
- Feldman, R., Granat, A., Pariente, C., Kanety, H., Kuint, J., & Gilboa-Schechtman, E. (2009). Maternal depression and anxiety across the postpartum year and infant social engagement, fear regulation, and stress reactivity. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, *48*, 919–927. doi:10.1097/chi.0b013e3181b21651
- Ferber, S. G., Feldman, R., & Makhoul, I. R. (2008). The development of maternal touch across the first year of life. *Early Human Development*, *84*, 363–370. doi:10.1016/j.earlhumdev.2007.09.019
- Field, T. (2010). Postpartum depression effects on early interactions, parenting, and safety practices: A review. *Infant Behavior and Development*, *33*, 1–6. doi:10.1016/j.infbeh.2009.10.005
- Field, T. (2018). Postnatal anxiety prevalence, predictors and effects on development: A narrative review. *Infant Behavior and Development*, *51*, 24–32. <https://doi.org/10.1016/j.infbeh.2018.02.005>
- Fischer-Kern, M., Fonagy, P., Kapusta, N. D., Luyten, P., Boss, S., Naderer, A., ... Leithner, K. (2013). Mentalizing in female inpatients with major depressive disorder. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, *201*, 202–207. doi:10.1097/nmd.0b013e3182845c0a
- Fonagy, P., Steele, M., Moran, G., Steele, H., & Higgitt, A. (1991). The capacity for understanding mental states: The reflective self in parent and child and its significance for security of attachment. *Infant Mental Health Journal*, *13*, 200 – 216.
- Gelaye, B., Rondon, M., Araya, R., & Williams, M. (2016). Epidemiology of maternal depression, risk factors, and child outcomes in low-income and middle-income countries. *Lancet Psychiatry*, *3*, 973–982. doi:10.1016/s2215-0366(16)30284-x
- Gillanders, D. T., Bolderston, H., Bond, F. W., Dempster, M., Flaxman, P. E., Campbell, L., ... Remington, B. (2014). The development and initial validation of The Cognitive Fusion Questionnaire. *Behavior Therapy*, *45*, 83–101. doi:10.1016/j.beth.2013.09.001

- Goodman, J. H., Watson, G. R., & Stubbs, B. (2016). Anxiety disorders in postpartum women: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Affective Disorders, 203*, 292–331. doi:10.1016/j.jad.2016.05.033
- Gouveia, M. J., Carona, C., Canavarro, M. C., & Moreira, H. (2016). Self-compassion and dispositional mindfulness are associated with parenting styles and parenting stress: The mediating role of mindful parenting. *Mindfulness, 7*, 700-712. doi:10.1007/s12671-016-0507-y
- Halbreich, U. (2005). Postpartum disorders: Multiple interacting underlying mechanisms and risk factors. *Journal of Affective Disorders, 88*, 1–7. doi:10.1016/j.jad.2005.05.002
- Hayes, A. F. (2013). *Introduction to mediation, moderation, and conditional process analysis: A regression-based approach*. New York: The Guilford Press.
- Hayes, S. C., Luoma, J. B., Bond, F. W., Masuda, A., & Lillis, J. (2006). Acceptance and commitment therapy: Model, processes and outcomes. *Behaviour Research and Therapy, 44*, 1–25. doi:10.1016/j.brat.2005.06.006
- Herrera, E., Reissland, N., & Shepherd, J. (2004). Maternal touch and maternal child-directed speech: Effects of depressed mood in the postnatal period. *Journal of Affective Disorders, 81*, 29–39. doi:10.1016/j.jad.2003.07.001
- Kabat-Zinn, M. & Kabat-Zinn, J. (1997). *Everyday blessings: the inner work of mindful parenting*. New York: Hyperion.
- Kaitz, M., Maytal, H. R., Devor, N., Bergman, L., & Mankuta, D. (2010). Maternal anxiety, mother–infant interactions, and infants’ response to challenge. *Infant Behavior and Development, 33*, 136–148. doi:10.1016/j.infbeh.2009.12.003
- Kalland, M., Fagerlund, Å., von Koskull, M., & Pajulo, M. (2015). Families first: The development of a new mentalization-based group intervention for first-time parents to promote child development and family health. *Primary Health Care Research & Development, 17*, 3–17. doi:10.1017/s146342361500016x
- Krink, S., Muehlhan, C., Luyten, P., Romer, G., & Ramsauer, B. (2018). Parental reflective functioning affects sensitivity to distress in mothers with postpartum depression. *Journal of Child and Family Studies, 27*, 1671–1681. doi:10.1007/s10826-017-1000-5
- Laurent, H. K., Duncan, L. G., Lightcap, A., & Khan, F. (2016). Mindful parenting predicts mothers’ and infants’ hypothalamic-pituitary-adrenal activity during a dyadic stressor. *Developmental Psychology, 53*, 417–424. doi:10.1037/dev0000258
- Leahy-Warren, P., McCarthy, G., & Corcoran, P. (2011). First-time mothers: Social support, maternal parental self-efficacy and postnatal depression. *Journal of Clinical Nursing, 21*, 388–397. doi:10.1111/j.1365-2702.2011.03701.x

- Lippold, M., Duncan, L., Coatsworth, J. D., Nix, R., & Greenberg, M. (2015). Understanding how mindful parenting may be linked to mother–adolescent communication. *Journal of Youth and Adolescence*, *44*, 1663–1673. doi:10.1007/s10964-015-0325-x
- Lovejoy, M. C., Graczyk, P. A., O'Hare, E., & Neuman, G. (2000). Maternal depression and parenting behavior: A meta-analytic review. *Clinical Psychology Review*, *20*, 561–592. [https://doi.org/10.1016/S0272-7358\(98\)00100-7](https://doi.org/10.1016/S0272-7358(98)00100-7)
- Luyten, P., Mayes, L. C., Nijssens, L., & Fonagy, P. (2017). The parental reflective functioning questionnaire: Development and preliminary validation. *PLOS ONE*, *12*, e0176218. doi:10.1371/journal.pone.0176218
- McLearn, K. T., Minkovitz, C. S., Strobino, D. M., Marks, E., & Hou, W. (2006). Maternal depressive symptoms at 2 to 4 months post partum and early parenting practices. *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine*, *160*(3), 279-284.
- Medeiros, C., Gouveia, M. J., Canavarro, M. C. & Moreira, H. (2016). The indirect effect of the mindful parenting of mothers and fathers on the child's perceived well-being through the child's attachment to parents. *Mindfulness*, *7*, 916-927. doi:10.1007/s12671-016-0530-z
- Minkovitz, C. S., Strobino, D., Scharfstein, D., Hou, W., Miller, T., Mistry, K. B., & Swartz, K. (2005). Maternal depressive symptoms and children's receipt of health care in the first 3 years of life. *Pediatrics*, *115*, 306-314. doi:10.1542/peds.2004-0341
- Moehler, E., Brunner, R., Wiebel, A., Reck, C., & Resch, F. (2006). Maternal depressive symptoms in the postnatal period are associated with long-term impairment of mother–child bonding. *Archives of Women's Mental Health*, *9*, 273-278. doi:10.1007/s00737-006-0149-5
- Mor, N., & Winquist, J. (2002). Self-focused attention and negative affect: A meta-analysis. *Psychological Bulletin*, *128*, 638–662. doi:10.1037/0033-2909.128.4.638
- Moreira, H., & Canavarro, M. C. (2017). Psychometric properties of the interpersonal mindfulness in parenting scale in a sample of Portuguese mothers. *Mindfulness*, *8*, 691–706. doi:10.1007/s12671-016-0647-0
- Moreira, H., & Canavarro, M. C. (2018). Does the association between mindful parenting and adolescents' dispositional mindfulness depend on the levels of anxiety and depression symptomatology in mothers? *Journal of Adolescence*, *68*, 22-31. doi:10.1016/j.adolescence.2018.07.003
- Moreira, H. & Fonseca, A. (2019). *Psychometric properties of the Portuguese version of the Parental Reflective Functioning Questionnaire*. Manuscrito em preparação.
- Nelson, A. M. (2003). Transition to motherhood. *Journal of Obstetric, Gynecologic & Neonatal Nursing*, *32*, 465–477. doi:10.1177/0884217503255199

- Nicol-Harper, R., Harvey, A. G., & Stein, A. (2007). Interactions between mothers and infants: Impact of maternal anxiety. *Infant Behavior and Development, 30*, 161–167. doi:10.1016/j.infbeh.2006.08.005
- Nijssens, L., Bleys, D., Casalin, S., Vliegen, N., & Luyten, P. (2018). Parental attachment dimensions and parenting stress: The mediating role of parental reflective functioning. *Journal of Child and Family Studies, 27*, 2025–2036. doi:10.1007/s10826-018-1029-0
- Nolen-Hoeksema, S., Wisco, B. E., & Lyubomirsky, S. (2008). Rethinking rumination. *Perspectives on Psychological Science, 3*, 400–424.
- O'Hara, M. W., & McCabe, J. E. (2013). Postpartum depression: Current status and future directions. *Annual Review of Clinical Psychology, 9*, 379–407. doi:10.1146/annurev-clinpsy-050212-185612
- Pais-Ribeiro, J., Silva, I., Ferreira, T., Martins, A., Meneses, R., & Baltar, M. (2007). Validation study of a Portuguese version of the Hospital Anxiety and Depression Scale. *Psychology, Health & Medicine, 12*, 225–237. doi:10.1080/13548500500524088
- Parent, J., Garai, E., Forehand, R., Roland, E., Potts, J., Haker, K., ... Compas, B. E. (2010). Parent mindfulness and child outcome: The roles of parent depressive symptoms and parenting. *Mindfulness, 1*, 254–264. doi:10.1007/s12671-010-0034-1
- Parent, J., McKee, L. G., N. Rough, J., & Forehand, R. (2015). The association of parent mindfulness with parenting and youth psychopathology across three developmental stages. *Journal of Abnormal Child Psychology, 44*, 191–202. doi:10.1007/s10802-015-9978-x
- Porter, C. L., & Hsu, H.-C. (2003). First-time mothers' perceptions of efficacy during the transition to motherhood: Links to infant temperament. *Journal of Family Psychology, 17*, 54–64. doi:10.1037/0893-3200.17.1.54
- Potharst, E. S., Aktar, E., Rexwinkel, M., Rigterink, M., & Bögels, S. M. (2017). Mindful with your baby: Feasibility, acceptability, and effects of a mindful parenting group training for mothers and their babies in a mental health context. *Mindfulness, 8*, 1236–1250. doi:10.1007/s12671-017-0699-9
- Reck, C., Tietz, A., Müller, M., Seibold, K., & Tronick, E. (2018). The impact of maternal anxiety disorder on mother-infant interaction in the postpartum period. *PLOS ONE, 13*, e0194763. doi:10.1371/journal.pone.0194763
- Righetti-Veltema, M., Conne-Perréard, E., Bousquet, A., & Manzano, J. (2002). Postpartum depression and mother–infant relationship at 3 months old. *Journal of Affective Disorders, 70*, 291–306. doi:10.1016/s0165-0327(01)00367-6

- Robertson, E. M., Grace, S., Wallington, T., & Stewart, D. E. (2004). Antenatal risk factors for postpartum depression: A synthesis of recent literature. *General Hospital Psychiatry*, *26*, 289-295. doi:10.1016/j.genhosppsych.2004.02.006
- Rostad, W. L., & Whitaker, D. J. (2016). The association between reflective functioning and parent-child relationship quality. *Journal of Child and Family Studies*, *25*, 2164-2177. doi:10.1007/s10826-016-0388-7
- Rutherford, H. J. V., Booth, C. R., Luyten, P., Bridgett, D. J., & Mayes, L. C. (2015). Investigating the association between parental reflective functioning and distress tolerance in motherhood. *Infant Behavior and Development*, *40*, 54-63. doi:10.1016/j.infbeh.2015.04.005
- Rutherford, H. J. V., Goldberg, B., Luyten, P., Bridgett, D. J., & Mayes, L. C. (2013). Parental reflective functioning is associated with tolerance of infant distress but not general distress: Evidence for a specific relationship using a simulated baby paradigm. *Infant Behavior and Development*, *36*, 635-641. doi:10.1016/j.infbeh.2013.06.008
- Slade, A. (2005). Parental reflective functioning: An introduction. *Attachment & Human Development*, *7*, 269-281. doi:10.1080/14616730500245906
- Slade, A., Grienenberger, J., Bernbach, E., Levy, D., & Locker, A. (2005). Maternal reflective functioning, attachment, and the transmission gap: A preliminary study. *Attachment & Human Development*, *7*, 283-298. doi:10.1080/14616730500245880
- Snaith, R. P. (2003). The hospital anxiety and depression scale. *Health and Quality of Life Outcomes*, *1*, 29. doi:10.1186/1477-7525-1-29
- Stein, A., Craske, M. G., Lehtonen, A., Harvey, A., Savage-McGlynn, E., Davies, B., ... Counsell, N. (2012). Maternal cognitions and mother-infant interaction in postnatal depression and generalized anxiety disorder. *Journal of Abnormal Psychology*, *121*, 795-809. doi:10.1037/a0026847
- Taubner, S., Kessler, H., Buchheim, A., Kächele, H., & Staun, L. (2011). The role of mentalization in the psychoanalytic treatment of chronic depression. *Psychiatry: Interpersonal and Biological Processes*, *74*, 49-57. doi:10.1521/psyc.2011.74.1.49
- Tietz, A., Zietlow, A. L., & Reck, C. (2014). Maternal bonding in mothers with postpartum anxiety disorder: The crucial role of subclinical depressive symptoms and maternal avoidance behaviour. *Archives of Women's Mental Health*, *17*, 433-442. doi:10.1007/s00737-014-0423-x
- Woody, C. A., Ferrari, A. J., Siskind, D. J., Whiteford, H. A., & Harris, M. G. (2017). A systematic review and meta-regression of the prevalence and incidence of perinatal depression. *Journal of Affective Disorders*, *219*, 86-92. doi:10.1016/j.jad.2017.05.003

- Woolhouse, H., Brown, S., Krastev, A., Perlen, S., & Gunn, J. (2009). Seeking help for anxiety and depression after childbirth: Results of the maternal health study. *Archives of Women's Mental Health, 12*, 75–83. doi:10.1007/s00737-009-0049-6
- Zigmond, A. P., & Snaith, R. P. (1983). The Hospital and Depression Scale. *Acta Psychiatrica Scandinavica, 67*, 361-370. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.1983.tb09716.x>.