



UC/EPCE—2016

Universidade de Coimbra
Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação

Pensamentos automáticos negativos no pós-parto: Da avaliação à sua relação com a adaptação ao papel parental

Sofia da Piedade Rodrigues (e-mail: sofiarodrigues285@gmail.com)

Dissertação de Mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde, Subárea de especialização em Intervenções Cognitivo-Comportamentais nas Perturbações Psicológicas e Saúde, sob a orientação da Professora Doutora Maria Cristina Canavarro e da Doutora Ana Fonseca

Pensamentos automáticos negativos no pós-parto: Da avaliação à sua relação com a adaptação ao papel parental

Resumo

Objetivo: No presente trabalho procurámos conhecer melhor a componente cognitiva da sintomatologia depressiva no período pós-parto (i.e., os pensamentos automáticos negativos), através da adaptação e validação para a população portuguesa de um questionário para a sua avaliação (o *Postnatal Negative Thoughts Questionnaire*) e da compreensão do papel dos pensamentos automáticos negativos na relação entre representações de vinculação e confiança materna. **Método:** Foi realizado um estudo transversal, com uma amostra constituída por 387 mulheres no período pós-natal (até aos 12 meses do pós-parto) que responderam a um protocolo de avaliação através de uma *online survey*. **Resultados:** Os resultados do estudo de validação do *Postnatal Negative Thoughts Questionnaire* evidenciaram as boas propriedades psicométricas deste instrumento. Além disso, verificou-se a existência de uma relação entre as representações de vinculação e os pensamentos automáticos negativos e sintomatologia depressiva e, destes últimos com a confiança materna. Para além disso, observou-se um efeito indireto das representações de vinculação inseguras na dimensão Avaliação da Experiência de Parentalidade através da sintomatologia depressiva e dos pensamentos automáticos negativos pós-parto. **Conclusões:** O estudo da validação do *Postnatal Negative Thoughts Questionnaire* torna evidente a legitimidade da sua utilização quer no contexto clínico, quer no contexto de investigação, pelas suas qualidades psicométricas. Por outro lado, o estudo da compreensão do papel dos pensamentos automáticos negativos na relação entre representações de vinculação e confiança materna evidencia a importância da componente cognitiva na adaptação ao papel parental.

Palavras-chave: Confiança Materna; Escala de Pensamentos Automáticos Negativos Pós-Parto; Pensamentos Automáticos Negativos; Propriedades Psicométricas; Representações de Vinculação; Sintomatologia Depressiva.

Postpartum negative automatic thoughts: From the assessment to the examination of their relationship with the adaptation to the parental role

Abstract

Objective: In the present study we sought to better understand the cognitive component of depressive symptoms in the postpartum period (i.e., negative automatic thoughts), through the adaptation and validation for the Portuguese population of a questionnaire for its evaluation (the *Postnatal Negative Thoughts Questionnaire*), and through the comprehension of the role of negative automatic thoughts on the relationship between attachment representations and maternal confidence. **Methods:** A cross-sectional study was conducted with a sample of 387 women in the postnatal period (up to 12 months postpartum) who responded to an assessment protocol through an online survey. **Results:** Results of the validation study of the *Postnatal Negative Thoughts Questionnaire* showed the good psychometric properties of this instrument. Moreover, a relationship between attachment representations, negative automatic thoughts and depressive symptoms was found, and between automatic thoughts and maternal confidence. Furthermore, we observed an indirect effect of insecure attachment representations in the the dimension Appraisal of the Parenting Experience, and this effect occurred both through the depressive symptomatology and negative automatic thoughts. **Conclusions:** The *Postnatal Negative Thoughts Questionnaire* validation study makes clear the legitimacy of its use both in the clinical setting and in research, given their good psychometric properties. On the other hand, the examination of the role of negative automatic thoughts on the relationship between attachment representations and maternal confidence highlights the importance of the cognitive component in women's adaptation to the parental role.

Key Words: Attachment Representations; Depressive Symptoms; Maternal confidence; Negative Automatic Thoughts; Postnatal Negative Thoughts Questionnaire; Psychometric Properties.

Agradecimentos

À Professora Doutora Maria Cristina Canavarro, pela exigência e rigor.

À Doutora Ana Fonseca, pela orientação, pela sempre disponibilidade, pelo apoio, mas também pelo rigor e pela exigência no cumprimento das tarefas. Pelos laços criados.

Às participantes do presente estudo, por disponibilizarem um pouco do seu precioso tempo, nesta fase desafiante das suas vidas, permitindo-me realizar esta investigação.

Aos meus pais, irmã e cunhado, por todo o apoio que me deram, pela confiança que depositam em mim todos os dias, um “*obrigada*” não seria o bastante.

As meus amigos, pelos insetivos e pela compreensão.

Ao Miguel, por caminhar sempre ao meu lado.

Índice

Introdução.....	1
Estudo 1: <i>Adaptação da Escala de Pensamentos Automáticos Negativos Pós-Parto para a população Portuguesa: Estudos psicométricos</i>	3
Introdução.....	4
Metodologia.....	11
Resultados.....	17
Discussão.....	23
Referências.....	28
Estudo 2: <i>Pensamentos automáticos negativos no pós-parto: o seu papel na explicação da associação entre representações de vinculação e confiança materna</i>	34
Introdução.....	35
Metodologia.....	41
Resultados.....	45
Discussão.....	52
Referências.....	57
Referências Bibliográficas.....	64

Índice de Quadros

Estudo 1

Quadro 1. Tradução da Versão Portuguesa dos Itens.....	12
Quadro 2. Características Distribucionais dos Itens.....	17
Quadro 3. Correlação entre os fatores e a pontuação total da EPANP.....	20
Quadro 4. Validade Convergente da EPANP.....	20
Quadro 5. Validade de grupos clínicos conhecidos: Comparação das pontuações no EPANP em função da presença de sintomatologia clinicamente significativa.....	21
Quadro 6. Itens da EPANP associados à presença de sintomatologia depressiva no pós-parto.....	22
Quadro 7. Fidelidade.....	23

Estudo 2

Quadro 1. Correlações entre as variáveis em estudo.....	46
--	----

Índice de Figuras

Estudo 1

Figura 1. Análise Fatorial Confirmatória da EPANP.....19

Estudo 2

Figura 1. Diagrama estatístico que representa os efeitos diretos e indiretos da relação entre as representações de vinculação e a confiança materna (Conhecimento acerca do Bebê), através dos pensamentos automáticos negativos no pós-parto e a sintomatologia depressiva.....48

Figura 2. Diagrama estatístico que representa os efeitos diretos e indiretos da relação entre as representações de vinculação e a confiança materna (Prestação de Cuidados ao Bebê), através dos pensamentos automáticos negativos no pós-parto e a sintomatologia depressiva.....49

Figura 3. Diagrama estatístico que representa os efeitos diretos e indiretos da relação entre as representações de vinculação e a confiança materna (Avaliação da Experiência de Parentalidade), através dos pensamentos automáticos negativos no pós-parto e a sintomatologia depressiva.....51

Introdução

Apesar de ser um período gratificante para a maioria dos casais, o nascimento de um bebé é considerado por alguns autores como um período de vulnerabilidade, sendo que as perturbações mais frequentes do pós-parto são as perturbações de humor, nas quais está incluída a Depressão Pós-parto [DPP] (Stocky & Lynch, 2000). A DPP não é categorizada no DSM-V como uma categoria de diagnóstico; no entanto, é possível codificar os sintomas depressivos com o especificador “com início no periparto” se estes ocorrerem durante a gravidez ou quatro semanas após o parto (Associação Psiquiátrica Americana, 2014). A perturbação caracteriza-se pela existência de um episódio depressivo major que ocorre até 12 meses após o parto (APA, 2014; Gavin, Gaynes, Lohr, Meltzer-Brody, Gartlehner & Swinson, 2005; O’Hara, 2009, Tronick & Reck, 2009;), apresentando uma prevalência na ordem dos 13%, dados que são similares à prevalência encontrada para a população portuguesa (O’Hara & Swain, 1996; Augusto, Kumar, Calheiros, Matos & Figueiredo, 1996). Os sintomas mais frequentes na mãe estão relacionados com flutuações de humor, fadiga e perda de interesse (Milgrom & Gemmill, 2014). Esta sintomatologia e os défices comportamentais daí decorrentes parecem ter influência na parentalidade (O’Hara & McCabe, 2013; Reck, Noe, Gertenlauer & Stehle, 2012; Zietlow, Schlüter, Nonnenmacher, Müller & Reck, 2014) e algumas consequências, tanto para a mãe como para o bebé. No que se refere à mãe, podem surgir problemas de saúde física ou pouca adesão ao tratamento, mas quanto nos referimos ao bebé, parecem também haver consequências ao nível comportamental, de saúde e cognitivo (O’Hara & McCabe, 2013, McIntosh, 1996; Woolhouse, Gartland, Perlen, Donath & Brown, 2014).

Neste contexto, é importante melhor conhecer a componente

cognitiva da DPP, na medida em que se demonstra de relevo para a manutenção da sintomatologia depressiva (Beck, 1987; Milgrom, Martin & Negri, 1999) e que são fatores alvo de intervenção por serem possivelmente modificáveis. A forma como interpretamos o mundo determina os nossos comportamentos e emoções (Beck, 1987), sendo que, a forma como as mulheres no pós-parto respondem aos pensamentos automáticos negativos também contribui para a manutenção da sintomatologia depressiva (Milgrom et al., 1999). A importância da componente cognitiva torna-se de especial relevo quando falamos na especificidade do período pós-parto, tendo em conta que a visão de inadequação que as mulheres têm de si, os pensamentos automáticos negativos e as distorções cognitivas são fatores de manutenção e de exacerbação de sintomatologia depressiva e podem contribuir para o incremento de sentimentos negativos para com o bebé (Humenik & Fingerhut, 2007; Spinelli, 2001; Beck, 1996; Milgrom et al., 1999). Esta melhor compreensão dos aspetos cognitivos da DPP pode ser concretizada através do desenvolvimento/adaptação de instrumentos que permitam a sua avaliação e compreendendo melhor o papel da componente cognitiva da sintomatologia depressiva na sua relação com outras dimensões de adaptação ao papel parental.

Este trabalho organiza-se em dois estudos. O primeiro estudo tem como objetivo a adaptação do *Postnatal Negative Thoughts Questionnaire* (em português, Escala de Pensamentos Automáticos Negativos Pós-Parto) e os estudos das suas propriedades psicométricas, na população portuguesa. O segundo estudo tem como objetivo estudar os efeitos diretos e indiretos das representações de vinculação na confiança materna, através da sintomatologia depressiva e dos pensamentos automáticos negativos no pós-parto.

ESTUDO 1

Adaptação da Escala de Pensamentos Automáticos Negativos Pós-Parto para a população Portuguesa: Estudos psicométricos

Resumo

Os pensamentos automáticos negativos têm um papel relevante na sintomatologia depressiva, que também se reflete no período do pós-parto. O presente estudo teve como objetivo a validação para a população portuguesa da Escala de Pensamentos Automáticos Negativos Pós-Parto (EPANP), que foi desenvolvida para avaliar a frequência de pensamentos negativos no período pós-parto. A amostra foi constituída por 387 mulheres no pós-parto que responderam a um protocolo de avaliação, num único momento de avaliação. A análise fatorial confirmatória suporta a estrutura bidimensional da versão portuguesa da EPANP: 1) Avaliação de Cognições, Emoções e Situações e, 2) Pensamentos Negativos Relacionados com o Bebê e com a Maternidade. A EPANP apresenta bons indicadores de validade convergente, concorrente e de fidelidade. De forma geral, a EPANP apresenta boas qualidades psicométricas, validando assim a sua utilização na população portuguesa, sendo evidente a sua utilidade no contexto clínico e de avaliação.

Palavras-chave – Escala de Pensamentos Automáticos Negativos Pós-Parto; Pensamentos Automáticos Negativos; Propriedades Psicométricas.

Adaptation of the Portuguese version of the Postnatal Negative Thoughts Questionnaire: Psychometric studies

Abstract

Negative automatic thoughts play an importante role in depressive symptoms, namely in the postpartum period. This study aimed to adapt the Postnatal Negative Thoughts Questionnaire (PNTQ) for the Portuguese population, which was developed to assess the frequency of negative thoughts in the postpartum period, and to examine its psychometric properties. The sample consisted of 387 postpartum women who answered to a cross-sectional survey. Confirmatory factor analysis supports the two-dimensional structure of the Portuguese version of PNTQ: 1) Appraisals of Cognitions,

Emotions and Situations, and 2) Baby-Related and Motherhood Negative Thoughts. The PNTQ presents good indicators of convergent and concurrent validity and good reliability. Given its good psychometric qualities, the PNTQ is a valid measure to be used in the Portuguese population, both in clinical and research contexts.

Keywords – Negative Automatic Thoughts; Postnatal Negative Thoughts Questionnaire; Psychometric Properties.

Introdução

No período pós-parto encontra-se patente uma maior vulnerabilidade para a doença mental, nomeadamente para as perturbações de humor, tal como a Depressão Pós-Parto (DPP), sendo este facto mais proeminente nos primeiros três meses após o parto (Stocky & Lynch, 2000). Vários estudos apontam para uma prevalência desta perturbação na ordem dos 13%, dados semelhantes aos encontrados em Portugal (O'Hara & Swain, 1996; Augusto, Kumar, Calheiros, Matos & Figueiredo, 1996). Deste modo, a DPP é considerada uma das perturbações psiquiátricas maternas mais frequentes (Tronick & Reck, 2009). As consequências desta perturbação são variadas, tanto para a mãe (e.g., pobre saúde física, pouca adesão a tratamentos médicos), como para o bebé (e.g., ao nível comportamental, cognitivo e de saúde; O'Hara & McCabe, 2013; McIntosh, 1993; Woolhouse, Gartland, Perlen, Donath & Brown, 2014). No que diz respeito à sintomatologia depressiva no período pós-parto, tem sido dado mais destaque ao estudo da componente emocional e comportamental; no entanto, é importante melhor conhecer a componente cognitiva característica desta perturbação, nomeadamente os pensamentos automáticos negativos, visto que estes têm um papel importante na sua manutenção e constituem também factores possivelmente modificáveis através da intervenção psicológica (Beck, 1987; Milgrom, Martin & Negri, 1999).

Durante a gravidez, é comum a presença de pensamentos acerca da chegada do bebé e do novo papel que os pais vão assumir, o que pode

constituir um bom indicador de posterior ligação ao bebé (Hildingsson, Thomas, Kalström, Olofsson & Nystedt, 2010). De igual forma, no período pós-parto continuam a subsistir pensamentos relacionados com o bebé, que podem ser perspectivados num contínuo: podem ser adaptativos e fazer parte de um fenómeno normal após a gravidez (Hall & Wittkowski, 2006), ou serem pensamentos negativos e intrusivos que geram sentimentos de estranheza e culpa, e podem influenciar o funcionamento geral da mulher (Fairbrother & Woody, 2008; Humenik & Fingerhut, 2007). Em conformidade, um estudo realizado por Hall e Wittkowski (2006) demonstrou a existência de uma elevada frequência de pensamentos automáticos negativos em mulheres sem diagnóstico de depressão, o que corrobora a ideia da existência de um contínuo entre o normal e o patológico no que se refere à presença de pensamentos automáticos negativos no período pós-parto.

Apesar destes indicadores, o conhecimento sobre a presença e frequência dos pensamentos negativos no período pós-parto na população geral e na população com sintomatologia depressiva é ainda escasso. De facto, a quantidade de mulheres que tem estes pensamentos denota-se subestimada, na medida em que está presente o sentimento de vergonha e a incapacidade em partilhar com a família ou profissionais de saúde a existência dos mesmos (Barr & Beck, 2008). Um estudo realizado por Jennings, Ross, Popper e Elmore (1999) demonstrou que, comparativamente com mulheres no pós-parto sem depressão, as mulheres com sintomatologia depressiva apresentam pensamentos negativos mais intensos, frequentemente relacionados com a incapacidade de cuidar do bebé e com o medo de ficarem sozinhas com ele. De forma congruente, Cantilino (2009) verificou uma associação entre pensamentos negativos disfuncionais e a DPP.

De facto, os pensamentos negativos têm um papel importante na manutenção da depressão, tal como preconizam o modelo cognitivo da Depressão de Beck (1987) e o modelo de Milgrom e colaboradores (1999), no caso específico da DPP, que corrobora que a forma como as

mulheres respondem aos seus pensamentos automáticos negativos tem um papel importante na manutenção da depressão. De acordo como o modelo de Beck (1987), o nosso comportamento e emoções são determinados pela forma como interpretamos o mundo. Assim, existe uma relação entre a forma como pensamos acerca de nós, do mundo e do futuro e os nossos sentimentos, motivações e comportamento. Neste contexto, a forma como interpretamos os acontecimentos é um fator de manutenção da depressão, visto que existe uma distorção da realidade e erros cognitivos sistemáticos, que validam as concepções negativas, mesmo na presença de evidências contraditórias. Adicionalmente, quando os pensamentos automáticos negativos são recorrentes, pode haver o risco de a sua importância ser exagerada. Assim, mulheres com DPP vêm-se a si próprias como inadequadas, evidenciando distorções cognitivas e pensamentos negativos e egodistónicos, que podem exacerbar os sintomas depressivos e aumentar os sentimentos negativos para com o bebé (Humenik & Fingerhut, 2007; Spinelli, 2001; Beck, 1996; Milgrom et al., 1999).

Apesar da relevância de melhor conhecer os pensamentos automáticos negativos no período pós-parto, a investigação tem evidenciado a existência de uma lacuna no que respeita à sua avaliação. De facto, apesar de existirem alguns questionários que se focam na avaliação de cognições negativas, estes não atentam as especificidades do período do pós-parto. A título de exemplo, podemos mencionar a Automatic Thoughts Questionnaire-Revised (ATQ-R; Kendall, Howard & Hays, 1989) e a Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale (YBOCS; Goodman et al., 1989), que medem respetivamente a frequência de pensamentos negativos na depressão e a severidade dos pensamentos obsessivos intrusivos na população geral.

Adicionalmente, no que respeita à avaliação de cognições no período pós-parto, podemos destacar a existência de alguns instrumentos que, no entanto, não se focam exclusivamente na avaliação de pensamentos automáticos negativos. Por exemplo, o

Postpartum Depression Screening Scale (PDSS; Beck & Gable, 2000), que foi desenvolvido com o objetivo principal de avaliar a presença de DPP, inclui uma subescala de pensamentos suicidas no pós-parto, não possibilitando, contudo, a avaliação de outro tipo de pensamentos automáticos negativos neste período. Adicionalmente, o Child Thoughts Inventory (CTI; Humenik & Fingerhut, 2007) resulta da combinação da YBOCS e da Florida Obsessive-Compulsive Inventory (FOCI) e foi desenvolvido para avaliar pensamentos obsessivos no pós-parto. Este questionário é composto por 24 itens, que avaliam em que medida os pensamentos negativos e indesejados acerca do bebê e delas próprias enquanto mães no último mês são causadores de *stress*. Por fim, com o objetivo de avaliar a presença de pensamentos psicóticos no pós-parto, foi desenvolvido o Unusual Thoughts Questionnaire (UTQ; Calame, 2015), um questionário constituído por 19 itens que avaliam ideias paranóides e pensamentos inusuais no pós-parto (e.g., possibilidade de magoar, desconexão com o bebê, os outros e a realidade, sensação de alerta recorrente para a ameaça que os outros potencialmente possam ser), em termos da sua ocorrência e frequência.

Na tentativa de colmatar a lacuna existente na avaliação dos pensamentos automáticos negativos no pós-parto, Hall e Papageorgiou (2005) desenvolveram o *Postnatal Negative Thoughts Questionnaire* (PNTQ), uma medida de autorrelato que tem como objetivo avaliar a frequência de cognições negativas neste período. O desenvolvimento da escala edificou-se em duas etapas. Numa primeira etapa, de natureza qualitativa, foram gerados os itens que iriam ser incluídos na versão preliminar do questionário. Para o efeito, foram efetuadas entrevistas semiestruturadas com dez mulheres com diagnóstico de DPP. Deste estudo resultou uma versão preliminar do questionário constituída por 54 itens (51 gerados a partir dos resultados das entrevistas e três adicionados com base na experiência clínica dos autores). Na segunda fase do estudo, procedeu-se ao desenvolvimento da versão final do instrumento, e ao estudo das suas características psicométricas. Para o

efeito, utilizou-se uma amostra composta por 181 mulheres no período pós-parto, com uma média de idades de 31.65 anos, maioritariamente casadas, de etnia branca e com apenas um filho, sendo que o critério de inclusão definia que o filho devia ter entre 0 e 7 meses. A versão preliminar de 54 itens foi sujeita a uma análise de componentes principais, tendo sido excluídos 33 itens com correlações não significativas e com altas intercorrelações e 4 itens por não terem *loadings* elevados nos respetivos fatores, ficando a versão final do questionário composta por 17 itens, com quatro alternativas de resposta numa escala de 0 (*nunca*) a 3 (*quase sempre*).

Na versão original da escala, os itens organizam-se em dois fatores: Avaliação de Cognições, Emoções e Situações (ACES), que corresponde à avaliação que é feita em relação aos pensamentos negativos (metacognição), constituído por 9 itens; e Pensamentos Negativos Relacionados com o Bebê e com a Maternidade (PNRBM), ou seja, o conteúdo dos pensamentos automáticos negativos, constituído por 8 itens.

No que respeita às características psicométricas da versão original da escala, foram reportadas informações relativas à fidelidade, à validade convergente e à validade concorrente. Relativamente à fidelidade, o valor de alfa de Cronbach foi de .83 para a dimensão Avaliação de Cognições, Emoções e Situações e de .78 para a dimensão Pensamentos Negativos Relacionados com o Bebê e com a Maternidade. O teste-reteste mostrou que existe uma elevada associação entre a primeira e a segunda avaliação, com um mês de intervalo, tanto para o fator Avaliação de Cognições, Emoções e Situações, como para o fator Pensamentos Negativos Relacionados com o Bebê e com a Maternidade, o que atesta a estabilidade temporal do instrumento. Ao nível da validade convergente, verificou-se uma correlação positiva significativa entre os dois fatores do PNTQ e a ligação ao bebê (avaliada através do Postpartum Bonding Instrument; Brockington et al., 2001) e os pensamentos automáticos negativos

(avaliados através do Automatic Thoughts Questionnaire; Kendall et al., 1989), sugerindo que uma pontuação mais elevada nas duas dimensões do PNTQ está associada a uma pior ligação ao bebé e a mais pensamentos automáticos negativos.

Adicionalmente, verificou-se uma correlação positiva significativa entre os dois fatores do PNTQ e a sintomatologia depressiva (avaliada através do Edinburgh Postnatal Depression Scale; Cox, Holden & Sagovsky, 1987). As pontuações médias nos dois fatores do PNTQ revelaram-se distintas em função da presença ou ausência de sintomatologia clinicamente significativa. Reforçando a validade convergente do instrumento, num outro estudo com a versão original do PNTQ utilizando a mesma amostra, Hall e Holden (2008) verificam que a frequência de pensamentos relacionados com a avaliação dos pensamentos, emoções e situações (fator ACES) se correlaciona de forma negativa com a quantidade e satisfação em relação ao apoio recebido.

Do nosso conhecimento, não existem estudos de validação do PNTQ para outras populações, à exceção da população brasileira, tendo sido conduzido um estudo de adaptação semântica e fidelidade do PNTQ, numa amostra de 400 puérperas. Neste caso, no que se refere à fidelidade, o valor de alfa de Cronbach para a escala total foi de 0.88. O teste-reteste mostrou que a concordância de resposta aos itens nas duas avaliações varia entre 61.5% e 96.2%. No que se refere à validade concorrente, existem diferenças significativas em todos os itens, à exceção de 1, entre mulheres com depressão e sem depressão, sendo que os itens com maior poder preditivo da DPP são o item doze (“A minha situação está completamente fora de controle”), o item três (“Eu estou sendo rejeitada pelo meu bebé”) e o item dezasseis (“Sou uma pessoa má, já que estou com pensamentos ruins sobre o meu bebé”). Porém, este estudo não oferece quaisquer indicadores de validade de constructo, nem de validade convergente (Cantilino, 2009).

Finalmente, Hildebrandt (2013) conduziu um estudo no qual utilizou

a versão de português do Brasil do PNTQ com uma amostra de mulheres ($n = 219$) no período pós-parto. Apesar de não ter como objetivo examinar as características psicométricas do instrumento, nesse estudo, o autor investigou, entre outros aspetos, a frequência dos pensamentos automáticos negativos no pós-parto e a sua associação com sintomatologia depressiva neste período, dando alguma informação acerca da validade concorrente do instrumento. Os resultados mostram que os pensamentos mais frequentemente referidos pelas mulheres são o item dois (“É impossível explicar como me sinto”, 10,5%), item um (“Eu não quero ficar sozinha com o meu bebé”, 7,8%) e o item cinco (“Não é normal pensar do jeito que eu penso”, 5,9%). Por contraponto, os menos frequentes eram o item quatro (“É chato ficar com o meu bebé”, no qual 98,2% responderam *Nunca*) e o item três (“Eu estou sendo rejeitada pelo meu bebé”, no qual 97,7% responderam *Nunca*). De acordo com o mesmo estudo, os itens cinco (“Não é normal pensar do jeito que eu penso”), dois (“É impossível explicar como estou-me sentido”), seis (“Estou presa nessa situação com o meu bebé”), onze (“Deve haver alguma coisa errada comigo”) e treze (“Se eu contar os meus problemas para os outros vão pensar que eu estou louca”), correlacionam-se de forma significativa com a DPP. Neste sentido, podemos depreender que os itens mais associados à presença de sintomatologia depressiva pertencem predominantemente ao fator Avaliação de Cognições, Emoções e Situações, o que vai ao encontro dos resultados encontrados por Cantilino (2009), e salientando a importância da componente metacognitiva na DPP.

De forma geral, a versão original do PNTQ apresenta características psicométricas robustas e satisfatórias, constituindo-se como uma boa medida de avaliação de pensamentos negativos no período pós-parto. Demonstra-se, deste modo, a relevância da sua validação para a população portuguesa, devido à lacuna que existe na investigação sobre os pensamentos automáticos negativos no período do pós parto e ao facto de a DPP ser frequente na população portuguesa. Assim, este

estudo tem como principal objetivo a adaptação do PNTQ (em português, Escala de Pensamentos Automáticos Negativos Pós-Parto) para a população portuguesa e o estudo das suas propriedades psicométricas.

Metodologia

Participantes

A presente amostra foi constituída por 387 mulheres. A média de idade da amostra é de 32.30 ($DP = 4.23$), sendo, na maioria, casadas/união de facto ($n = 346, 89.4\%$), com habilitações literárias ao nível da licenciatura ($n = 192, 49.6\%$) ou ensino secundário ($n = 103, 26.6\%$), atualmente empregadas ($n = 308, 81.1\%$), pertencentes a um nível socioeconómico médio ($n = 335, 86.6\%$) e residentes em meio urbano ($n = 279, 72.1\%$). Em termos médios os bebés têm 3.95 meses ($DP = 3.25$), sendo a maioria do sexo feminino ($n = 213, 55.0\%$). A gravidez tinha sido planeada em 80.4% ($n = 311$) dos casos e desejada em 98.7% ($n = 382$). No que se refere à história prévia de dificuldades emocionais, 62.3% ($n = 241$) revelam não ter antecedentes depressivos, em contraponto com 37.7% ($n = 146$) que afirmam ter antecedentes.

Instrumentos

Ficha de dados sociodemográficos e clínicos. Ficha que avalia as características sociodemográficas (e.g., idade, estado civil, habilitações literárias, meio de residência, rendimento mensal do agregado familiar) e clínicas (e.g., meses do bebé, paridade, história prévia de psicopatologia) das participantes.

Escala de Pensamentos Automáticos Negativos Pós-Parto (Hall & Papageorgiou, 2005). Questionário de autorresposta que avalia cognições negativas específicas no pós-parto. O questionário tem 17 itens, com quatro alternativas de resposta numa escala de 0 (*Nunca*) a 3 (*Quase sempre*), tendo uma cotação que pode variar entre 0 e 51. Quanto mais elevadas forem as pontuações, maior é a frequência de

pensamentos automáticos negativos experienciados. As características deste questionário foram anteriormente descritas. No Quadro 1, apresentam-se os itens da versão portuguesa do instrumento.

Quadro 1.

Tradução da Versão Portuguesa dos Itens

Item
1. Estou presa nesta situação por causa do meu bebé.
2. Não quero estar sozinha com o meu bebé.
3. Eu não deveria ter considerado a hipótese de ter um bebé.
4. É impossível explicar como me sinto.
5. Não é normal ter os pensamentos que eu tenho.
6. Sou rejeitada pelo meu bebé.
7. A minha situação está completamente fora de controlo.
8. As coisas nunca irão melhorar.
9. Eu sou má mãe.
10. Posso causar danos emocionais ao meu filho.
11. Eu não consigo tomar conta do meu bebé.
12. Tem de se passar alguma coisa errada comigo.
13. Se eu partilhar os meus pensamentos com os outros, eles irão pensar que eu sou louca.
14. Os meus pensamentos negativos são incontroláveis.
15. Se eu contasse às pessoas os meus pensamentos e sentimentos, haveria consequências terríveis.
16. Ter pensamentos maus acerca do meu bebe significa que eu sou uma pessoa terrível.
17. Estar com o meu bebé é chato.

Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS; Cox et al, 1987; Areias, Kumar, Barros, Figueiredo, 1996; Figueiredo, 1997). O EPDS é um questionário de autorresposta constituído por 10 itens que avalia a presença e a intensidade de sintomas depressivos (e.g., “Tenho tido esperança no futuro: tanto como dantes /.../ nunca”). Os itens são avaliados numa escala de 3 pontos (0 a 3) de acordo com a presença e intensidade dos sintomas, podendo a pontuação variar entre 0 e 30; resultados acima de 9 são indicativos de sintomatologia depressiva clinicamente significativa (Figueiredo, 1997). A versão portuguesa tem boas propriedades psicométricas (Areias et al, 1996). Na nossa amostra, o valor de alfa de Cronbach foi de .88.

Automatic Thoughts Questionnaire-Revised (ATQ-R; Kendall, 1989; Pereira, Matos & Azevedo, 2014). O ATQ-R avalia as cognições

depressogénicas, mais concretamente a frequência com que ocorrem os pensamentos automáticos na depressão. O questionário é constituído por duas subescalas, uma de Pensamentos Automáticos Negativos, constituída por 27 itens, que se organizam em dois fatores: *Auto-conceito Baixo/Negativo* (e.g., “Nunca irei conseguir.”) e *Expectativas Negativas e Mau-ajustamento Pessoal e Desejo de Mudança* (e.g., “Ninguém me compreende.”) e outra de Pensamento Automáticos Positivos, constituída por 9 itens (e.g., “Aconteça o que acontecer, sei que irei ser capaz.”). No total, o questionário compreende 40 itens que são cotados numa escala de Likert de 5 pontos, que varia entre 0 (*Nunca*) e 4 (*Sempre*). A pontuação pode variar entre 40 e 200, sendo que resultados mais elevados em cada subescala indicam maior frequência do tipo de pensamentos automáticos avaliados pela mesma. A versão portuguesa tem bons indicadores de fidelidade e validade (Pereira et al., 2014). Os valores de alfa de Cronbach para a nossa amostra foram de .93 (*Auto-conceito Baixo/Negativo*), .94 (*Expectativas Negativas e Mau-ajustamento Pessoal e Desejo de Mudança*) e .93 (*Pensamento Automáticos Positivos*).

Self-Compassion Scale (SCS; Neff, 2003; Castilho & Pinto-Gouveia, 2011). É uma escala de autorresposta utilizada para avaliar a auto-compassão, composta por seis subescalas que avaliam: *Calor/compreensão* (5 itens; e.g., “Sou tolerante com os meus erros e inadequações.”), *Auto-Crítica* (5 itens; e.g., “Quando passo por tempos difíceis tendo a ser muito exigente e duro(a) comigo mesmo (a).”), *Condição Humana* (4 itens; e.g., “Tento ver os meus erros e falhas como parte da condição humana.”), *Isolamento* (4 itens; e.g., “Quando falho nalguma coisa importante para mim tendo a sentir-me sozinha no meu fracasso.”), *Mindfulness* (4 itens; e.g., “Quando algumas coisa dolorosa acontece tento ter uma visão equilibrada da situação.”) e *Sobre-identificação* (4 itens; e.g., “Quando me sinto em baixo tendo a fixar-me e a ficar obcecada com tudo aquilo que está errado.”). No total, a escala tem 26 itens que são cotados numa escala de Likert de 5 pontos,

podendo variar de 1 (*Quase nunca*) a 5 (*Quase sempre*). A pontuação total pode variar entre 26 e 130, sendo que resultados mais elevados são indicativos de níveis de compaixão mais elevados. A versão portuguesa apresenta boas características psicométricas (Castilho & Pinto-Gouveia, 2011). Na nossa amostra, os valores de alfa de Cronbach variaram entre .78 (*Sobre-identificação*) e .89 (*Calor/ Compreensão*).

Procedimentos

A primeira etapa do estudo consistiu na tradução da versão original da escala para Português de Portugal. Para o efeito, foi pedida autorização aos autores da versão original, para a utilização, tradução e adaptação da escala para a população portuguesa. Posteriormente, a escala foi traduzida por duas pessoas, fluentes em língua inglesa, de forma independente, seguida da discussão das duas versões por forma a chegar a uma versão final em português. Uma terceira pessoa, fluente em inglês e português, fez a retroversão. Por fim, compararam-se as duas versões (original e traduzida) e analisaram-se as divergências. Através deste procedimento, obteve-se a versão portuguesa, denominada Escala de Pensamentos Automáticos Negativos no Pós-Parto (EPANP).

A segunda etapa do estudo consistiu na realização de um estudo quantitativo e transversal. Os critérios de inclusão para participação no estudo foram: i) mulheres que se encontrem no período pós-natal (até 12 meses após o parto); ii) idade superior a 18 anos; iii) nível de compreensão da língua portuguesa que lhes permita preencher o protocolo de avaliação. O presente estudo foi aprovado pela Comissão de Ética da Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade de Coimbra e pela Comissão de Ética do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, EPE. A recolha da amostra realizou-se entre Dezembro de 2015 e Março de 2016. Os dados foram recolhidos *online*, em apenas um momento de avaliação. O processo de recrutamento das participantes ocorreu sob duas formas: presencial e

online. No formato presencial, as mulheres foram contactadas pela equipa de investigação no puerpério da Maternidade Daniel de Matos (Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, EPE), onde lhes foi apresentado o estudo e os seus objetivos, bem como o papel dos participantes e dos investigadores e onde foram convidadas a participar no estudo. As que aceitaram participar no estudo, forneceram um contacto de *email* para o qual posteriormente (cerca de um mês após o nascimento do bebé) foi enviado o *link* dos questionários. No formato *online*, as mulheres tiveram conhecimento do estudo através da publicitação da investigação nas redes sociais e em *websites* dedicados à temática da maternidade. Em ambos os casos, após aceder ao *link* do questionário, foi dada informação sobre os objetivos do estudo, papel dos investigadores e participantes, seguindo-se o consentimento informado dos participantes (com a pergunta “Aceita participar neste estudo?”). De seguida, as participantes eram direcionadas para a *online survey* (plataforma limesurvey, no *website* da Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade de Coimbra), onde estava disponível um protocolo que continha um conjunto de instrumentos de autorresposta, que anteriormente descrevemos.

Análises Estatísticas

Para a análise estatística dos dados foram utilizados o *software Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS, versão 22) e o *software Analysis of Moment Structures* (AMOS, versão 22). Com vista à caracterização da amostra foram realizadas estatísticas descritivas (médias, desvio-padrão, frequências absolutas e relativas percentuais). Para a caracterização distribucional dos itens, foram calculadas as frequências absolutas dos itens da escala, mínimos e máximos e os respetivos valores de assimetria e curtose. Posteriormente, para analisar a validade de constructo do instrumento, procedeu-se à realização da análise fatorial confirmatória (AFC), para avaliar o ajustamento do modelo teórico proposto pelos autores da versão original do

instrumento. Com vista a reduzir a não-normalidade e melhorar o ajustamento do modelo foi utilizado o parcelamento dos itens (agregação de itens individuais em parcelas), reduzindo o número de itens no modelo (Bandalos, 2002; Little, Cunningham, Shahar, & Widaman, 2002). Para o efeito, foram criadas três parcelas por factor utilizando o algoritmo fatorial (os itens foram distribuídos tendo em conta a saturação que apresentaram em relação ao fator na versão original; Matsunaga, 2008). Para avaliar o ajustamento do modelo em estudo, para além do teste de ajustamento de χ^2 (que testa o ajustamento entre o modelo teórico e o modelo empírico, devendo ser não estatisticamente significativo, $p > .05$), que é muito sensível à dimensão da amostra (em amostras de grande dimensão, verifica-se uma grande probabilidade de rejeitar a hipótese nula, quando ela é verdadeira, Maroco, 2010), foram considerados os seguintes índices: o índice de ajustamento absoluto $\chi^2/g.l$, o *Comparative Fit Index* (CFI), cujo valor deve ser superior a 0.90, o *Goodness of Fit Index* (GFI), recomendado que seja superior a 0.90, e o *Standardized Root Mean Square Residual* (SRMR), valor deve ser $<.10$, de acordo com as indicações de Maroco (2010).

Foram calculadas correlações de *Pearson* entre os fatores da escala e a pontuação da escala total, para avaliar a validade de construto, e entre os fatores da escala e outras variáveis, para avaliar a validade convergente. Para avaliar as diferenças na frequência de pensamentos automáticos negativos em função da presença ou ausência de sintomatologia depressiva (validade concorrente) foi usada uma análise multivariada da variância (MANOVA), seguida de análises univariadas da variância, se o efeito multivariado for significativo. Foram também realizadas regressões logísticas univariadas para determinar o poder preditivo de cada item no que respeita à presença de sintomatologia clinicamente significativa. Finalmente, para avaliar a fidelidade do instrumento, foram calculados o alfa de Cronbach, para as dimensões e para a escala total, os valores de alfa de Cronbach excluindo o item e as

correlações item-total corrigidas.

Resultados

Características distribucionais dos itens

No Quadro 2 são apresentadas as características distribucionais dos itens da EPANP.

Quadro 2.

Características Distribucionais dos Itens

Item	Min.- Máx.	Nunca n (%)	Ocasio- nalmente n (%)	Frequen- temente n (%)	Quase sempre n (%)	Assime- tria	Curtose
1	0-3	267 (69%)	98 (25.3%)	21 (5.4%)	1 (0.3%)	1.46	1.42
2	0-3	254 (65.6%)	114 (29.5%)	18 (4.7%)	1 (0.3%)	1.29	1.02
3	0-3	324 (83.7%)	57 (14.7%)	5 (1.3%)	1 (0.3%)	2.58	7.47
4	0-3	157 (40.6%)	151 (39%)	64 (16.5%)	15 (3.9%)	0.71	-0.23
5	0-3	250 (64.6%)	96 (24.8%)	31 (8%)	10 (2.6%)	1.53	1.76
6	0-3	355 (91.7%)	29 (7.5%)	2 (0.5%)	1 (0.3%)	4.24	22.30
7	0-3	315 (81.4%)	66 (17.1%)	3 (0.8%)	3 (0.8%)	2.68	9.07
8	0-3	299 (77.3%)	76 (19.6%)	9 (2.3%)	3 (0.8%)	2.22	5.55
9	0-3	259 (66.9%)	117 (30.2%)	7 (1.8%)	4 (1%)	1.63	3.29
10	0-3	289 (74.7%)	91 (23.5%)	5 (1.3%)	2 (0.5%)	1.88	4.15
11	0-3	297 (76.7%)	81 (20.9%)	7 (1.8%)	2 (0.5%)	2.06	4.80
12	0-3	264 (68.2%)	97 (25.1%)	21 (5.4%)	5 (1.3%)	1.67	2.57
13	0-3	250 (64.6%)	100 (25.8%)	26 (6.7%)	11 (2.8%)	1.60	2.13
14	0-3	296 (76.5%)	68 (17.6%)	19 (4.9%)	4 (1%)	2.12	4.27
15	0-3	338 (87.3%)	36 (9.3%)	10 (2.6%)	3 (0.8%)	3.33	11.92
16	0-3	337 (87.3%)	40 (10.3%)	3 (0.8%)	6 (1.6%)	3.75	15.97
17	0-2	331 (85.5%)	51 (13.2%)	5 (1.3%)	0 (0.0%)	2.48	5.66

De acordo com o Quadro 2 podemos observar que para todos os itens, à exceção do item 17, existe pelo menos uma respondente a selecionar cada uma das opções de resposta. A observação das frequências de resposta aos diferentes itens sugere que a maioria dos respondentes selecionou opções de resposta mais próximas do extremo inferior da escala. Para além disso, verifica-se que os valores de assimetria e curtose da maioria dos itens se encontra fora do intervalo $[\pm 1]$ considerado como caracterizador de uma distribuição normal (Meyers, Gamst, & Guarino, 2006), sendo que alguns desses itens (itens 6, 15 e 16) apresentam valores de assimetria e curtose cujos valores indicam a violação do pressuposto de normalidade, de acordo com Maroco (2010). Finalmente, é possível observar que os itens mais frequentemente pontuados pelas respondentes são os itens 4 (“É impossível explicar como me sinto.”), 5 (“Não é normal ter os pensamentos que eu tenho.”), 12 (“Tem de se passar alguma coisa errada comigo.”) e 13 (“Se eu partilhar os meus pensamentos com os outros, eles irão pensar que eu sou louca.”).

Validade

Validade de construto

Procedemos à AFC para examinar a adequação do modelo proposto pelos autores da versão original da EPANP, relativo a uma estrutura bidimensional (dois factores relacionados). A representação gráfica do modelo e a constituição das parcelas são apresentadas na Figura 1. Atendendo aos valores de assimetria e curtose de alguns itens que compõem o instrumento (valores de assimetria > 3 , valores de curtose > 10), que apontam para uma violação do pressuposto da normalidade, comprometendo a realização da AFC (Maroco, 2010), procedemos ao parcelamento dos itens. O modelo testado (cf. Figura 1) apresentou um bom ajustamento de acordo com os indicadores utilizados [$\chi^2_{(8)} = 50.82, p < .001; \chi^2/g.l. = 6.35; CFI = .97; GFI = .96; SRMR = .039$].

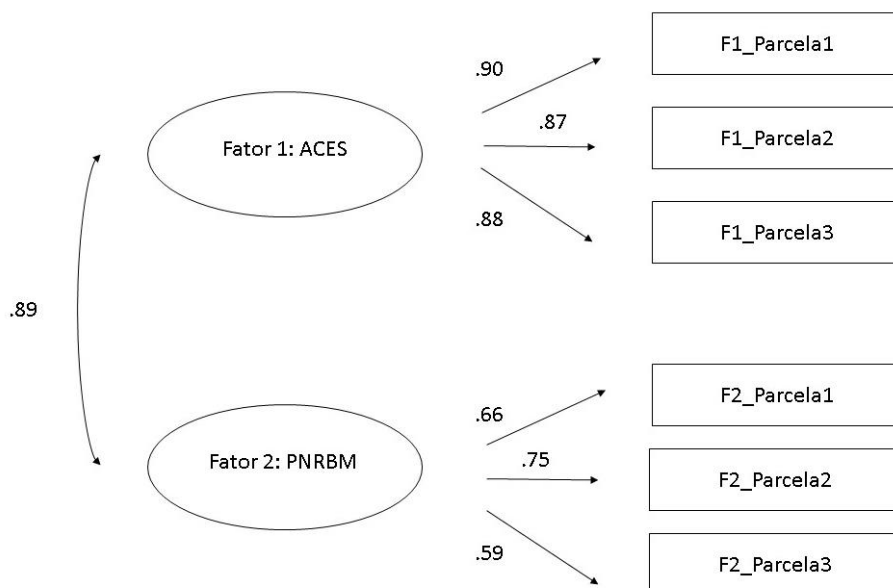


Figura 1. Análise Fatorial Confirmatória do EPANP.

Nota. Fator ACES = Avaliação de Cognições, Emoções e Situações; Fator PNRBM = Pensamentos Negativos Relacionados com o Bebê e com a Maternidade. Parcelas do Modelo (Fator 1 – Parcela 1: itens 7, 13, 15; Parcela 2: itens 4, 12, 14; Parcela 3: itens 5, 8, 16; Fator 2 – Parcela 1: itens 1, 10, 17; Parcela 2: itens 6, 9, 11; Parcela 3: itens 2, 3).

Constatámos ainda que as parcelas apresentaram *loadings* elevados no respetivo fator ($> .59$), o que demonstra que representam o construto que pretendem avaliar. Deste modo, através da AFC, podemos corroborar as dimensões fatoriais do EPANP (Fator 1: Avaliação de Cognições, Emoções e Situações, composto por 9 itens, e Fator 2: Pensamentos Negativos Relacionados com o Bebê e com a Maternidade, composto por 8 itens) e apoiar a sua validade de construto.

Para além disso, foi realizada a análise das correlações de *Pearson* entre os dois fatores e entre cada um dos fatores e a pontuação total do EPANP (Quadro 3), verificando-se que os dois fatores se encontravam positiva e fortemente relacionados entre si, bem como a pontuação total do instrumento.

Quadro 3.

Correlação entre os fatores e a pontuação total da EPANP

	Fator ACES	Fator PNRBM	Total
Fator ACES	1		
Fator PNRBM	.710*	1	
Total	.962*	.876*	1

* $p < .01$.

Nota. Fator ACES = Avaliação de Cognições, Emoções e Situações; Fator PNRBM = Pensamentos Negativos Relacionados com o Bebê e com a Maternidade.

Validade convergente

Para avaliar a validade convergente da EPANP, foram utilizados o SCS, o EPDS e o ATQ-R. De acordo com Almeida e Freire (2007), “o teste deve correlacionar significativamente com outras variáveis com as quais o construto medido pelo teste deveria, de acordo com a teoria, encontrar-se relacionado” (pp. 200-201).

Quadro 4.

Validade Convergente da EPANP

	Fator ACES	Fator PNRBM
	<i>Calor</i>	-.36*
	<i>Auto-crítica</i>	-.46*
SCS	<i>Humanidade</i>	-.28*
	<i>Isolamento</i>	-.44*
	<i>Mindfulness</i>	-.34*
	<i>Sobreidentificação</i>	-.42*
EPDS (total)		.66*
	<i>Autoconceito Baixo/ Negativo</i>	.63*
	<i>Expectativas Negativas e Mau-ajustamento Pessoal e Desejo de Mudança</i>	.71*
ATQ-R	<i>Pensamentos automáticos positivos</i>	-.42*
		-.46*

* $p < .01$.

Nota. Fator ACES = Avaliação de Cognições, Emoções e Situações; Fator PNRBM = Pensamentos Negativos Relacionados com o Bebê e com a Maternidade; SCS = Self Compassion Scale; EPDS = Edinbught Postnatal Depression Scale; ATQ-R = Automatic Thoughts Questionnaire-Revised.

Neste sentido, foi encontrada uma correlação positiva significativa entre as dimensões da EPANP e o EPDS, bem como com as subescalas do ATQ-R (Autoconceito Baixo/ Negativo e Expectativas Negativas e Mau-ajustamento Pessoal e Desejo de Mudança; c.f. Quadro 4). Adicionalmente, podemos concluir que existe uma

correlação negativa significativa entre todas as escalas do SCS e as duas dimensões do EPANP e entre estas e a subescala Pensamentos Automáticos Positivos do ATQ-R.

Validade de grupos clínicos conhecidos e validade concorrente

Sendo de esperar que as pontuações neste construto fossem diferentes nas pessoas, em função da presença de sintomatologia depressiva clinicamente significativa (pontuações na EPDS > 9, de acordo com Figueiredo, 1997), realizou-se a análise comparativa das mulheres com sintomatologia depressiva ($n = 113$, 29.2%) e sem sintomatologia clinicamente significativa ($n = 274$, 70.8%).

Constatou-se um efeito multivariado significativo (Traço de Pillai = .27, $F = 71.55$, $p < .001$, $\eta^2 = .271$). Como se verifica no Quadro 5, de acordo com a análise dos efeitos univariados denota-se a existência de diferenças para ambos os fatores, com as mulheres com sintomatologia clinicamente significativa a apresentarem pontuações superiores no fator ACES e no fator PNRBM.

Quadro 5.

Validade de grupos clínicos conhecidos: Comparação das pontuações no EPANP em função da presença de sintomatologia clinicamente significativa

	Mulheres com sintomatologia clinicamente significativa <i>M (DP)</i>	Mulheres sem sintomatologia clinicamente significativa <i>M (DP)</i>	<i>F</i>	<i>p</i>	η^2
Fator ACES	6.74 (5.35)	1.90 (2.60)	143.30	<.001	.27
Fator PNRBM	3.45 (3.00)	1.55 (1.87)	57.09	<.001	.13

Nota. Fator ACES = Avaliação de Cognições, Emoções e Situações; Fator PNRBM = Pensamentos Negativos Relacionados com o Bebê e com a Maternidade.

Adicionalmente, como se verifica no Quadro 6, todos os itens da EPANP se associaram de forma significativa à presença de sintomatologia depressiva clinicamente significativa.

Quadro 6.

Itens da EPANP associados à Presença de Sintomatologia Depressiva no Pós-Parto

Item	OR (Exp B)	Wald	p
1	2.37	21.99	<.001
2	1.69	8.18	.004
3	2.41	12.54	<.001
4	3.46	59.61	<.001
5	3.22	49.22	<.001
6	3.00	10.31	.001
7	4.82	35.05	<.001
8	5.13	45.61	<.001
9	2.93	27.66	<.001
10	3.32	27.85	<.001
11	2.63	19.56	<.001
12	4.99	59.26	<.001
13	3.32	48.91	<.001
14	5.61	55.88	<.001
15	4.16	26.86	<.001
16	3.50	20.77	<.001
17	1.94	6.33	.012

Os itens que apresentaram maior associação com a sintomatologia depressiva, traduzidos em valores OR mais elevados (c.f. Quadro 6), foram os itens 7 (“A minha situação está completamente fora de controlo.”), item 8 (“As coisas nunca irão melhorar.”), item 12 (“Tem de se passar alguma coisa errada comigo.”), item 14 (“Os meus pensamentos negativos são incontroláveis.”) e item 15 (“Se eu contasse às pessoas os meus pensamentos e sentimentos, haveria consequências terríveis.”). Em contraponto, os itens que apresentam menor associação com a sintomatologia depressiva foram os itens 2 (“Não quero estar sozinha com o meu bebé”) e o item 17 (“Estar com o meu bebé é chato.”).

Fidelidade

A escala apresenta bons indicadores de consistência interna, quer para a escala total ($\alpha = .91$), quer para as suas dimensões (Fator ACES: $\alpha = .90$; Fator PNRBM: $\alpha = .75$).

Ademais, verificamos que todos os itens apresentam uma correlação item-total estatisticamente significativa com o respetivo fator, sendo que todos apresentam valores superiores a .30, tal como recomendado por Field (2009), o que demonstra que representam o

construto que o fator pretende medir. Além disso, todos os valores de alfa de Cronbach excluindo o item se situaram ligeiramente abaixo ou corresponderam exatamente ao valor do alfa de Cronbach do respetivo fator, o que atesta o contributo dos itens para a consistência interna da escala (c.f. Quadro 7).

*Quadro 7.
Fidelidade*

	Item	Correlação item-total corrigida	Alfa de Cronbach excluindo o item	Alfa de Cronbach do fator	<i>M (DP)</i>
Fator ACES	4	.58	.90		
	5	.71	.88		
	7	.64	.89		
	8	.61	.89	.90	3.31
	12	.76	.88		(4.24)
	13	.79	.88		
	14	.71	.88		
	15	.72	.88		
	16	.58	.90		
Fator PNRBM	1	.38	.74		
	2	.43	.72		
	3	.44	.72		
	6	.47	.72		
	9	.50	.71	.75	2.10
	10	.52	.71		(2.41)
	11	.52	.71		
	17	.35	.74		

Nota. Fator ACES = Avaliação de Cognições, Emoções e Situações; Fator PNRBM = Pensamentos Negativos Relacionados com o Bebê e com a Maternidade.

Discussão

O objetivo deste estudo teve em vista a validação da EPANP para a população portuguesa, em resposta à lacuna existente no que diz respeito à avaliação dos pensamentos automáticos negativos no pós-parto. A avaliação dos pensamentos automáticos é muito importante visto que, tal como é defendido por alguns autores (Beck, 1987; Milgrom et al., 1999), a componente cognitiva tem um papel fundamental na manutenção da depressão. Assim, a identificação destes pensamentos revela-se necessária.

De forma geral, os resultados deste estudo salientam as boas propriedades psicométricas do instrumento. No que diz respeito à validade de constructo, a análise factorial da EPANP indicou que a estrutura fatorial da versão portuguesa da escala é a mesma da escala original. Do nosso conhecimento este é o primeiro estudo a confirmar a estrutura fatorial do instrumento noutra população, já que outros estudos utilizaram a escala (Cantilino, 2009), mas não forneceram informação quanto à sua validade de construto. Assim, a EPANP é constituída por dois fatores, nomeadamente o fator Avaliação de Cognações, Emoções e Situações (ACES) que engloba itens relacionados com o domínio da metacognição, ou seja, a avaliação que o indivíduo faz dos pensamentos negativos, e o fator Pensamentos Negativos Relacionados com o Bebê e com a Maternidade (PNRBM) que remete para o conteúdo específico destes mesmos pensamentos.

Os resultados relativos às características distribucionais dos itens permitem-nos observar a tendência dos participantes para respostas próximas do extremo inferior da escala, não seguindo a distribuição normal. Estes resultados não são, no entanto, inesperados, tendo em conta o constructo que a EPANP pretende avaliar (pensamentos automáticos negativos) e o facto de termos procedido à validação do instrumento com uma amostra comunitária de mulheres no período perinatal, e não com uma amostra clínica (mulheres com sintomatologia depressiva). O facto de termos optado por uma amostra comunitária, e não apenas por uma amostra clínica, deveu-se à evidência de que estes pensamentos também estão presentes na população sem sintomatologia clinicamente significativa, embora com menor frequência e intensidade (Hall & Wittkowsky, 2006).

O estudo da validade convergente demonstra que quanto maior for a frequência de pensamentos automáticos negativos, maior é o isolamento, sobreidentificação e autocrítica (avaliados pela escala SCS). De facto, apesar de, do nosso conhecimento, não existirem estudos sobre este tópico com a população perinatal, os estudos com a

população geral demonstram que existe uma associação negativa entre a autocompaixão e pensamentos automáticos negativos (Arimitsu & Hofmann, 2015) e que, concordantemente, níveis mais elevados de autocompaixão se refletem na diminuição dos pensamentos negativos (Stuntzner, 2014). O presente estudo evidencia também uma relação negativa significativa com os pensamentos automáticos positivos e, uma relação positiva significativa com os pensamentos automáticos negativos (avaliados pelo ATQ-R), de forma congruente com os resultados encontrados noutros estudos (e.g., Hall & Papageorgiou, 2005).

Adicionalmente, os resultados do nosso estudo mostraram não apenas uma associação entre as dimensões da EPANP e a sintomatologia depressiva, como também evidenciaram que as pontuações da EPANP são significativamente superiores nas mulheres com sintomatologia depressiva clinicamente significativa, particularmente no fator Avaliação de Cognitiones, Emoções e Situações, evidenciando o poder discriminativo da EPANP. De igual forma, no que se refere aos itens que mais se associam à sintomatologia depressiva no pós-parto, existe uma proeminência dos que pertencem ao fator Avaliação de Cognitiones, Emoções e Situações, em detrimento dos que pertencem ao fator Pensamentos Negativos Relacionados com o Bebê e com a Maternidade. Neste sentido, evidencia-se a relevância de aspetos metacognitivos na DPP. Deste modo, e de forma congruente com os resultados obtidos no presente estudo, no estudo da versão original da escala (Hall & Papageorgiou, 2005) e em outros estudos que a utilizam (Cantilino, 2009; Hildebrandt, 2013), parece que, mais do que o conteúdo dos pensamentos, é a avaliação que as mulheres fazem destes pensamentos negativos que está mais fortemente relacionada com os níveis de sintomatologia depressiva. Em congruência, estudos demonstram uma associação entre a metacognition e sintomatologia depressiva (Papageourgiou & Wells, 2003), sendo que o mesmo se verifica com a população no período perinatal (Hall & Papageorgiou,

2005). Assim, existe evidência de que, intervindo ao nível das metacognições existe uma melhoria na sintomatologia depressiva (Well, Fisher, Myers, Wheatley, Patel & Brewin, 2009).

Finalmente, o estudo da fidelidade evidencia também bons níveis de consistência interna da EPANP, com alfa de Cronbach elevados, quer para as dimensões da escala, quer para a pontuação total da EPANP. Na generalidade, a escala apresenta boas características psicométricas, tal como na versão original, o que possibilita a sua utilização na população portuguesa, tanto na investigação como na prática clínica.

É importante ressaltar a importância deste instrumento ao nível clínico, quer para a avaliação inicial dos pensamentos automáticos negativos no pós-parto e possível discriminação entre a presença e ausência de sintomatologia depressiva (tendo em conta que os pensamentos automáticos negativos são mais frequentes na presença de sintomatologia depressiva), como para o acompanhamento da evolução do processo psicoterapêutico. De igual forma, a EPANP parece ser também relevante para contribuir para o estabelecimento do diagnóstico da DPP, uma vez que a presença de sintomas físicos característicos do pós-parto podem ser confundentes com a sintomatologia depressiva (Hall & Papageorgiou, 2005; Cantilino, 2009). Além do mais, as cognições são passíveis de ser modificadas e podem ser alvo de intervenção (Gotlib & Joormann, 2010). Isto permite ao clínico a identificação prévia de pensamentos automáticos negativos e a implementação de abordagens preventivas e interventivas que incidam também sobre as dimensões cognitivas e, conseqüentemente, estimular melhorias emocionais e comportamentais nas mulheres no período perinatal.

Por fim, este estudo apresenta algumas limitações, que devem ser salientadas. Em primeiro lugar, a representatividade da população, tendo em conta que a nossa amostra é constituída maioritariamente por mulheres com habilitações literárias equivalentes a ensino secundário e

licenciatura. Em segundo lugar, o facto de parte da amostra ter sido recrutada *online* (i.e., através da divulgação em websites e redes sociais), na medida em que pode contribuir para a não-representatividade da população, sendo que é uma amostra auto-seleccionada. Por fim, consubstancia-se ainda como limitação a não avaliação da estabilidade temporal do instrumento, dado este ser um estudo transversal. Em estudos futuros estas análises deveriam ser realizadas com outras amostras (e.g., população clínica), de forma a melhor examinar a validade de constructo da escala. Por fim, um estudo longitudinal deveria ser realizado de modo a avaliar a estabilidade temporal da EPANP.

Em síntese, a EPANP apresenta boas características psicométricas. A sua disponibilização para a população portuguesa constitui uma mais-valia do presente estudo por permitir a avaliação clínica e intervenção junto das pacientes no que se refere à presença ou ausência de pensamentos automáticos negativos no período do pós-parto e, revela-se ainda útil no contexto de investigação.

Referências

- Almeida, L. S., & Freire, T. (2007). *Metodologia da investigação em psicologia e educação* (4a ed.). Braga: Psiquilíbrios.
- Areias, M., Kumar, R., Barros, H., & Figueiredo, E. (1996). Comparative incidence of depression in women and men, during pregnancy and after childbirth: Validation of the Edinburgh Postnatal Depression Scale in Portuguese mothers. *The British Journal of Psychiatry*, *169*(1), 30-35. doi:10.1192/bjp.169.1.30
- Arimitsu, K., & Hofmann, S. (2015). Cognitions as mediators in the relationship between self-compassion and affect. *Personality and Individual Differences*, *74*, 41-48. doi:10.1016/j.paid.2014.10.008
- Augusto, A., Kumar, R., Calheiros, J.M., Matos, E., & Figueiredo, E. (1996). Post-natal depression in an urban area of Portugal: Comparison of childbearing women and matches controls. *Psychological Medicine*, *26*, 135-141.
- Bandalos, D. (2002). The effects of item parceling on goodness-of-fit and parameter estimate bias in structural equation modeling. *Structural Equation Modeling*, *9*(1), 78-102. doi: 10.1207/S15328007SEM0901_5
- Barr, J., & Beck, C. (2008). Infanticide secrets: Qualitative study on postpartum depression. *Canadian Family Physician*, *54*, 1716-1717.
- Beck, A.T., Rush, A.J., Shaw, B.F., & Emery, G. (1987). *Cognitive therapy of depression*. New York: Guilford Press.
- Beck, C. (1996). Postpartum depressed mothers' experiences interacting with their children. *Nursing Research*, *45*, 98-104. doi:10.1097/00006199-199603000-00008
- Beck, C.T., & Gable, R.K. (2000). Postpartum Depression Screening Scale: Development and psychometric testing. *Nursing Research*, *49*(5), 272-282. doi:10.1097/00006199-200009000-00006

- Brockington, I.F., Oates, J., George, S., Turner, D., Vostanis, P., Sullivan, M., Loh, C., & Murdoch, C. (2001). A screening questionnaire for mother–infant bonding disorders. *Archives of Womens's Mental Health*, 3, 133–140. doi:10.1007/s007370170010
- Calame, S. (2015). *An exploration into the occurrence of unusual thoughts after childbirth* (Dissertação de doutoramento não publicada). Universidade de Lee, Cleveland, Estados Unidos.
- Cantilino, A. (2009). *Depressão pós-parto: Prevalência, pensamentos disfuncionais e comorbilidade com transtornos ansiosos* (Tese de pós-graduação não publicada). Universidade de Pernambuco, Recife, Brasil.
- Castilho, P., & Pinto-Gouveia, J. (2011). Auto-compaixão: Estudo de validação da versão portuguesa da Escala da Auto-Compaixão e da sua relação com as experiências adversas na infância, a comparação social e a psicopatologia. *Psychologica*, 54, 203-230.
- Cox, J. L., Holden, J.M., & Sagovsky, R. (1987). Detection of postnatal depression. Development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale. *British Journal of Psychiatry*, 150, 782-786. doi:10.1192/bjp.150.6.782
- Fairbrother, N., & Woody, S.R. (2008). New mothers' thoughts of harm related to the newborn. *Archives of Women's Mental Health*, 11, 221-229. doi:10.1007/s00737-008-0016-7
- Field, A. (2009). *Discovering statistics using SPSS* (3rd ed.). London: Sage.
- Figueiredo, B. (1997). *Depressão pós-parto, interação mãe-bebê e desenvolvimento infantil* (Dissertação de doutoramento não publicada). Universidade do Minho, Braga.
- Goodman, W., Price, L., Rasmussen, S., Mazure, C., Fleischmann, R., Hill, C., Heninger, G., & Charney, D. (1989). The Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale: parts I and II. *Archives of General*

- Psychiatry*, 46, 1006–1016.
- Gotlib, I., & Joormann, J., (2010). Cognition and depression: Current status and future directions. *Annual Review of Clinical Psychology*, 6, 285-312. doi:10.1146/annurev.clinpsy.121208.131305
- Hall, P.L., & Holden, S. (2008). Association of psychosocial and demographics factors with postpartum negative thoughts and appraisals. *Journal of Perinatal & Neonatal Nursing*, 22(4), 275-281. doi:10.1097/01.JPN.0000341357.53069.ae
- Hall, P.L., & Papageorfiou, C. (2005). Negative thoughts after childbirth: Development and preliminary validation of a self-report scale. *Depression and Anxiety*, 22, 232-129. doi:10.1002/da.20119
- Hall, P.L., & Wittkowski, A. (2006). An exploration of negative thoughts as a normal phenomenon after childbirth. *Journal of Midwifery & Womens Health*, 51, 321–330. doi:10.1016/j.jmwh.2006.03.007
- Hildebrandt, F. (2013). *Depressão pós-parto: Aspectos epidemiológicos e proposta de tratamento cognitivo-comportamental* (Tese de pós-graduação não publicada). Universidade Federal do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, Brasil.
- Hildingsson, I., Thomas, J., Karlström, A., Olofsson, R.E., & Nystedt, A. (2010). Childbirth thoughts in mid-pregnancy: Prevalence and associates factors in prospective parents. *Sexual & Reproductive Healthcare*, 1, 45-53. doi:10.1016/j.srhc.2009.11.003
- Humenik, A.L.F., & Fingerhut, R. (2007). A pilot study assessing the relationship between child harming thoughts and postpartum depression. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*, 14, 360-366. doi:10.1007/s10880-007-9082-7
- Jennings, K., Ross, S., Popper, S., & Elmore, M. (1999). Thoughts of harming infants in depressed and nondepressed mothers.

- Journal of Affective Disorders, 54, 21-28. doi:10.1016/S0165-0327(98)00185-2
- Kendall, P. C., Howard, B. L., & Hays, R. C. (1989). Self-referent speech and psychopathology: The balance of positive and negative thinking. *Cognitive Therapy and Research*, 13 (6), 583–598. doi:10.1007/BF01176069
- Little, T., Cunningham, W. A., Shahar, G., & Widaman, K. (2002). To parcel or not to parcel: Exploring the question, weighing the merits. *Structural Equation Modeling*, 9(2), 151-173. doi:10.1207/S15328007SEM0902_1
- Matsunaga, M. (2008). Item parceling in structural equation modeling: A primer. *Communication. Methods and Measures*, 2(4), 260-293. doi:10.1080/19312450802458935
- Maroco, J. (2010). *Análise de equações estruturais: Fundamentos teóricos, softwares e aplicações*. Pêro Pinheiro: ReportNumber, Lda.
- McIntosh, J. (1993). Postpartum depression: Women's help-seeking behaviour and perceptions of cause. *Journal of Advanced Nursing*, 18, 178-184. doi:10.1046/j.1365-2648.1993.18020178.x
- Meyers, L. S., Gamst, G., & Guarino, A. J. (2006). *Applied multivariate research: Design and interpretation*. Thousand Oaks, CA: Sage Publications.
- Milgrom, J., Martin, P., & Negri, L. (1999). *Treating postnatal depression: A psychological approach for health care practitioners*. England: John Wiley & Sons Ltd.
- Neff, K.D. (2003). The development and validation of a scale to measure self-compassion. *Self and Identity*, 2, 223–250. doi:10.1080/15298860390209035
- O'Hara, M., & Swain, A. (1996). Rates and risk of postpartum depression: A meta analysis. *International Review of Psychiatry*, 8, 37–54. doi:10.3109/09540269609037816

- O'Hara, M., & 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
- Papageorgiou, C., & Wells, A. (2003). An empirical test of a clinical metacognitive model of rumination and depression. *Cognitive Therapy and Research*, 27, 261–273. doi:0147-5916/03/0600-0261/0
- Pereira, I.M., Matos, A.P., & Azevedo, A. (2014). Versão Portuguesa do Questionário de Pensamentos Automáticos-Revisto: Relação com sintomatologia depressiva em adolescentes. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 15, 36-46. doi:10.15309/14psd150105
- Spinelli, M. (2001). A systematic investigation of 16 cases of neonaticide. *The American Journal of Psychiatry*, 158, 811–813. doi:10.1176/appi.ajp.158.5.811
- Stocky, A., & Lynch, J. (2000). Acute psychiatric disturbance in pregnancy and the puerperium. *Baillière's Clinical Obstetrics and Gynaecology*, 14(1), 73-87. doi:10.1053/beog.1999.0064
- Stuntzner, S. (2014). Compassion & self-compassion: Exploration of utility as potencial components of the rehabilitation counseling profession. *Journal of Applied Rehabilitation Counseling*, 45(1), 37-44.
- Tronick, E., & Reck, C. (2009). Infants of depressed mother. *Harvard Review of Psychiatry*, 17(2), 147-156. doi:10.1080/10673220902899714
- Wells, A., Fisher, P., Myers, S., Wheatley, J., Patel, T., & Brewin, C. (2009). Metacognitive therapy in recurrent and persistent depression: A multiple-baseline study of a new treatment. *Cognitive Therapy and Research*, 33, 291-300. doi:10.1007/s10608-007-9178-2
- Woolhouse, H., Gartland, D., Perlen, S., Donath, S., & Brown, S.

(2014). Physical health after childbirth and maternal depression in the first 12 months post partum: Results of an Australian nulliparous pregnancy cohort study. *Midwifery*, 30, 378-384. doi:10.1016/j.midw.2013.03.006

ESTUDO 2

Pensamentos automáticos negativos no pós-parto: O seu papel na explicação da associação entre representações de vinculação e confiança materna

Resumo

O presente estudo teve como objetivo perceber a forma como as representações de vinculação estão associadas à confiança materna através dos pensamentos automáticos negativos pós-parto e da sintomatologia depressiva. A amostra foi constituída por 387 mulheres no pós-parto que responderam a um protocolo de avaliação, num único momento de avaliação, e foi testado um modelo de mediação. Os nossos resultados evidenciaram uma relação entre as representações de vinculação e a sintomatologia depressiva, mas também com os pensamentos automáticos negativos no pós-parto; a sintomatologia depressiva e os pensamentos automáticos negativos pós-parto também se associaram às dimensões da confiança materna. Os resultados demonstraram ainda um efeito indireto das representações de vinculação inseguras na dimensão Avaliação da Experiência de Parentalidade através da sintomatologia depressiva e dos pensamentos automáticos negativos pós-parto. Os resultados do presente estudo enfatizam a importância da componente cognitiva na relação entre representações de vinculação e confiança materna, permitindo refletir acerca de implicações para a intervenção clínica neste período.

Palavras-chave – Confiança Materna; Pensamentos Automáticos Negativos Pós-Parto; Representações de Vinculação; Sintomatologia Depressiva.

Abstract

This study aimed to understand how attachment representations were associated with maternal confidence, through negative automatic postnatal thoughts and depressive symptoms. The sample consisted of 387 postpartum women who answered to a cross-sectional survey, and a mediation model was tested. Our results showed a relationship between attachment representations and depressive symptoms, but also with the postnatal negative automatic thoughts; depressive symptoms

and postpartum negative automatic thoughts were also associated with women's maternal confidence. An indirect effect of insecure attachment representations on Appraisal of the Parenting Experience was found, through both depressive symptoms and postnatal negative automatic thoughts. The results of the present study emphasize the cognitive component in the relationship between attachment representations and maternal confidence, allowing to derive implications for clinical practice during the perinatal period.

Keywords – Attachment Representations; Depressive Symptoms; Negative Automatic Thoughts; Maternal Confidence.

Introdução

O nascimento de um filho é habitualmente conceptualizado como um acontecimento positivo na vida dos pais, porém, é muito comum existirem dificuldades emocionais no pós-parto, tal como a Depressão Pós-Parto [DPP] (Bina, 2008; Stocky & Lynch, 2000; McIntosh, 1993). Esta perturbação pode ocorrer nos primeiros 12 meses após o parto e surge como uma das perturbações maternas mais frequentes neste período, sendo que vários estudos apontam para uma prevalência na ordem dos 13% (Tronick & Reck, 2009; Associação Psiquiátrica Americana, 2014; Gavin, Gaynes, Lohr, Meltzer-Brody, Gartlehner & Swinson, 2005; O'Hara & Swain, 1996). Ao nível das consequências estas são variadas, tanto para a mãe (e.g., problemas de saúde física, pouca adesão ao tratamento), como para o bebé (e.g., ao nível comportamental, cognitivo e de saúde; O'Hara & McCabe, 2013, McIntosh, 1993; Woolhouse, Gartland, Perlen, Donath & Brown, 2014). Adicionalmente, a persistência de sintomatologia depressiva e os défices comportamentais a ela associada acabam por ter implicações claras na parentalidade, nomeadamente na confiança materna (O'Hara & McCabe, 2013; Reck, Noe, Gertenlauer & Stehle, 2012; Zietlow, Schlüter, Nonnenmacher, Müller & Reck, 2014), sendo importante melhor investigar possíveis mecanismos com influência na adaptação

materna no período pós-parto, entre os quais as representações de vinculação.

Representações de vinculação

No contexto da Teoria da Vinculação (Bowlby, 1969, 1973, 1980), a vinculação é definida como uma ligação emocional desenvolvida entre a criança e as suas figuras de vinculação, de carácter duradouro, que tem como fim último a sobrevivência, mas que tem também impacto no desenvolvimento social emocional do indivíduo. De forma gradual, com base na interação repetida com as figuras cuidadoras durante a infância, habitualmente os pais, a criança vai construindo um conjunto de conhecimentos e expectativas acerca da figura de vinculação (em termos de acessibilidade e responsividade) e do *self* (em termos do seu valor próprio e capacidade de influenciar os outros), designados por modelos internos dinâmicos ou representações de vinculação. As representações de vinculação sobre o *self* e sobre os outros influenciam indelevelmente a forma como os indivíduos interpretam os acontecimentos e as relações interpessoais (Bowlby, 1988), não só durante a infância, mas também na idade adulta. Segundo Bowlby (1969), as representações de vinculação são especialmente ativadas em situações de *stress* e a vinculação segura (isto é, representações de vinculação positivas acerca do *self* e acerca dos outros) pode constituir um recurso interno importante face à adversidade.

Do ponto de vista da investigação, as representações de vinculação têm sido operacionalizadas em termos de duas dimensões: Ansiedade e Evitamento (Bartholomew & Horowitz, 1991). A dimensão Ansiedade diz respeito às representações de vinculação acerca do *self*, nomeadamente o grau de dúvida acerca da capacidade de criar e manter relacionamentos, preocupação acerca do suporte dos outros e medo de ser abandonado. Por outro lado, a dimensão Evitamento diz respeito às representações de vinculação acerca dos outros, nomeadamente no grau de independência emocional e

psicológica que o indivíduo consegue manter em relação a outros significativos e o desejo de limitar a intimidade (Griffin & Bartholomew, 1994; Simpson, Rholes, Campbell, Tran & Wilson, 2003). Neste sentido, indivíduos que pontuam baixo em ambas as dimensões possuem representações de vinculação seguras, enquanto indivíduos que pontuam alto na dimensão Ansiedade e/ou Evitamento dizem-se com representações de vinculação inseguras. Os indivíduos com representações de vinculação seguras apresentam uma maior capacidade para lidar com o *stress* e ameaças, interligando proximidade e independência, tendem a ver os outros como mais disponíveis e responsivos, evidenciando representações positivas do *self* e dos outros. Ademais, apresentam expectativas positivas na regulação de humor negativo, são mais otimistas, têm atitudes mais esperançosas em relação à adversidade, e têm mais estratégias de *coping* percebidas (Mikulincer & Shaver, 2016). Por outro lado, os indivíduos com representações de vinculação mais inseguras acerca do *self* (isto é, com pontuações elevadas na dimensão Ansiedade) focam-se mais no seu sofrimento, evidenciando padrões exacerbados de ruminação e preocupação em relação às causas e consequências do acontecimento indutor de *stress*, enquanto os indivíduos com representações de vinculação mais inseguras acerca dos outros (isto é, com pontuações mais elevadas na dimensão Evitamento) utilizam estratégias de distanciamento em relação ao acontecimento indutor de *stress* (Mikulincer & Shaver, 2016).

Representações de vinculação e adaptação à maternidade

Neste ponto de vista, as relações afetivas precoces parecem contribuir para vulnerabilidade individual e problemas de saúde mental. Mais concretamente, os estudos sugerem que representações de vinculação inseguras parecem constituir uma vulnerabilidade para perturbações mentais (Mikulincer & Shaver, 2012). Uma destas perturbações é a DPP, principalmente se tivermos em conta que, pelas mudanças e reorganizações que lhe estão associadas, a transição para a

parentalidade se constitui como um acontecimento *stressor* que pode ativar as representações de vinculação (Bifulco et al., 2004).

Neste contexto, um estudo transcultural realizado por Bifulco e colaboradores (2004) vem demonstrar a associação existente entre representações de vinculação inseguras e a ocorrência de um diagnóstico de DPP, avaliado através de entrevista de diagnóstico. As conclusões do estudo demonstram que mulheres com representações de vinculação acerca do *self* mais inseguras tendem a apresentar mais sintomatologia depressiva no período pós-parto. Ademais, Monk, Leight e Fang (2008), referem que mulheres com representações de vinculação mais inseguras experienciam níveis mais elevados de *stress* durante a gravidez, o que está relacionado com o aumento do risco para sintomatologia depressiva. Posteriormente, alguns autores verificaram que mulheres com representações de vinculação mais inseguras, particularmente representações mais inseguras acerca do *self*, tinham níveis mais elevados de sintomatologia depressiva no pós-parto, podendo isto edificar uma vulnerabilidade para a DPP (Kang, Lee & Kang, 2014; Ikeda, Hayashi & Kamibeppu, 2014; Fonseca, Nazaré & Canavarro, 2013). Mais recentemente, Robakis, Williams, Crowe, Lin, Gannon e Rasgon (2016) identificam as representações de vinculação inseguras como o mais potente e robusto preditor de sintomatologia depressiva no período pós-parto.

Para além do impacto que as representações de vinculação inseguras podem ter no desenvolvimento de sintomatologia depressiva no período pós-parto, existem alguns dados demonstrativos do seu papel noutras dimensões da adaptação à maternidade, nomeadamente no que respeita à confiança materna (i.e., percepção da capacidade de cuidar e compreender o bebé; Zahr, 1993). Especificamente, Zietlow e colaboradores (2014), encontraram uma correlação significativa entre representações de vinculação da mãe e a confiança materna, indicando que mulheres com representações de vinculação mais inseguras também se sentem menos confiantes no desempenho do seu papel

materno. Segundo os autores, representações de vinculação inseguras por parte da mãe são, a seguir à psicopatologia, o maior preditor da confiança materna. No mesmo sentido, outros autores defendem que a percepção da capacidade de cuidar e compreender o bebé é menor quando as mães possuem representações de vinculação do *self* mais inseguras (Rholes, Simpson, Blakely, Lanigan & Allen, 1997; Spielman & Taubman-Ben-Ari, 2009). No entanto, outros estudos não encontraram uma associação entre representações de vinculação inseguras e confiança materna (e.g., Fonseca et al., 2013; Lee & Koo, 2015), pelo que é importante melhor conhecer a relação entre representações de vinculação e confiança materna.

Sintomatologia depressiva e pensamentos automáticos negativos no pós-parto: O seu papel na relação entre representações de vinculação e confiança materna

A investigação sugere a existência de uma relação entre a sintomatologia depressiva e a confiança materna. Por exemplo, Fowles (1998) avaliou a confiança materna através da competência em relação à alimentação, cuidados à criança e da percepção geral de competência, tendo verificado que mulheres com sintomatologia depressiva têm uma percepção mais negativa acerca do seu bebé, da sua capacidade de alimentar e cuidar do bebé e de si próprias enquanto mães. Outros autores demonstraram a existência de uma relação negativa entre sintomatologia depressiva no pós-parto e a confiança materna, mostrando que níveis mais elevados de sintomatologia depressiva estão associados a níveis mais baixos de confiança materna (Russel, 2006; Reck et al., 2012). Do mesmo modo, Zietlow e colaboradores (2014) atestam que mulheres com um diagnóstico clínico de DPP têm níveis significativamente mais baixos de confiança materna.

Apesar de não serem do nosso conhecimento estudos que relacionem diretamente os pensamentos automáticos negativos com a confiança materna, duas razões parecem suportar a relação entre estas variáveis.

Por um lado, os pensamentos automáticos negativos têm um papel importante na manutenção da sintomatologia depressiva, tal como preconizam o modelo cognitivo da Depressão de Beck (1987) e o modelo de Milgrom, Martin e Negri (1999), no caso específico da Depressão Pós-Parto, que corrobora que a forma como as mulheres respondem aos seus pensamentos automáticos negativos pode funcionar como fator de exacerbação e manutenção da sintomatologia depressiva. Neste sentido, percebemos que existe um importante papel da componente cognitiva na DPP, que tem sido alvo recente de investigação. Assim, os estudos apontam para uma associação positiva significativa entre pensamentos automáticos negativos no período do pós-parto e a sintomatologia depressiva (Hall & Papageorgiou, 2005; Hildebrandt, 2013).

Por outro lado, a própria definição de confiança materna tem patente uma componente cognitiva relacionada com as auto percepções, expectativas e avaliações que a mãe faz das suas capacidades de cuidar e compreender e responder às necessidades do bebé (Gross, Rocissano & Roncoli, 1989; Zahr, 1993; Teti & Gelfand, 1991), sugerindo que a presença de pensamentos automáticos negativos associada à sintomatologia depressiva pode também interferir nas percepções maternas acerca da sua capacidade de prestação de cuidados. Neste sentido, e tendo em conta a natureza modificável dos pensamentos automáticos negativos em contexto de intervenção clínica, e a sua associação à transição para a maternidade e à DPP, é importante melhor compreender o papel dos pensamentos automáticos negativos na relação entre representações de vinculação e confiança materna, tendo também em consideração o papel da sintomatologia depressiva.

Assim, o presente estudo tem como objetivo examinar os efeitos diretos e indiretos da relação entre representações de vinculação e confiança materna, através dos pensamentos automáticos negativos e da sintomatologia depressiva.

Metodologia

Participantes

A presente amostra foi constituída por 387 mulheres. A média de idade da amostra é de 32.30 anos ($DP = 4.23$), sendo, na maioria, casadas/união de facto ($n = 346$, 89.4%), com habilitações literárias ao nível da licenciatura ($n = 192$, 49.6%) ou ensino secundário ($n = 103$, 26.6%), atualmente empregadas ($n = 308$, 81.1%), pertencentes a um nível socioeconómico médio ($n = 335$, 86.6%) e residentes em meio urbano ($n = 279$, 72.1%). Em termos médios os bebés têm 3.95 meses ($DP = 3.25$), sendo a maioria do sexo feminino ($n = 213$, 55.0%). A gravidez tinha sido planeada em 80.4% ($n = 311$) dos casos e desejada em 98.7% ($n = 382$). No que se refere à história prévia de dificuldades emocionais, 62.3% ($n = 241$) revelam não ter antecedentes depressivos, em contraponto com 37.7% ($n = 146$) que afirmam ter antecedentes de psicopatologia.

Instrumentos

Ficha de dados sociodemográficos e clínicos. Ficha que avalia as características sociodemográficas (e.g., idade, estado civil, habilitações literárias, meio de residência, rendimento mensal do agregado familiar) e clínicas (e.g., meses do bebé, paridade, história prévia de psicopatologia) das participantes.

Postnatal Negative Thoughts Questionnaire (PNTQ; Hall & Papageorgiou, 2005; Versão experimental de Fonseca & Canavarro, 2015). Questionário de autorresposta que avalia cognições negativas específicas do período pós-parto. O questionário tem 17 itens, com quatro alternativas de resposta numa escala de 0 (*Nunca*) a 3 (*Quase sempre*), tendo uma cotação que pode variar entre 0 e 51. A versão portuguesa do instrumento organiza-se em dois fatores: *Avaliação de Cognições, Emoções e Situações* (constituído por 9 itens; e.g., “Ter pensamentos maus acerca do meu bebé significa que eu sou uma pessoa terrível”) e *Pensamentos Negativos Relacionados com o Bebé e com a*

Maternidade (constituído por 8 itens; e.g., “Não quero estar sozinha com o meu bebé”). É também possível calcular a pontuação total do PNTQ. Quanto mais elevadas forem as pontuações maior é a frequência de pensamentos automáticos negativos Experimentados. Na nossa amostra, o valor de alfa de Cronbach da pontuação total do PNTQ foi de .91.

Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS; Cox, Holden & Sagovsky, 1987; Areias, Kumar, Barros & Figueiredo, 1996; Figueiredo, 1997). O EPDS é um questionário de autorresposta constituído por 10 itens que avalia a presença e a intensidade de sintomas depressivos (e.g., “Tenho tido esperança no futuro: tanto como dantes /.../ nunca”). Os itens são avaliados numa escala de 3 pontos (0 a 3) de acordo com a presença e intensidade dos sintomas, podendo a pontuação variar entre 0 e 30; resultados acima de 9 são indicativos de sintomatologia depressiva clinicamente significativa (Figueiredo, 1997). A versão portuguesa tem boas propriedades psicométricas (Areias et al., 1996). Na nossa amostra, o valor de alfa de Cronbach foi de .88.

Experiences in Close Relationships – Relationship Structures (ECR-RS; Fraley, Heffernan, Vicury & Brumbaugh, 2011; Moreira, Martins, Gouveia & Canavarro, 2014). Este instrumento avalia as representações de vinculação nas relações próximas em geral ou em relações próximas específicas (e.g., mãe, pai, parceiro). No presente estudo, foram avaliadas as representações de vinculação nas relações próximas em geral. O ECR-RS é constituído por duas subescalas, nomeadamente Ansiedade (e.g., “Costumo discutir os meus problemas e preocupações com as pessoas”) e Evitamento (e.g., “Tenho medo que as pessoas me possam abandonar.”), tendo no total 9 itens, respondidos numa escala de Likert de 7 pontos, que é classificada de 1 (*Discordo fortemente*) a 7 (*Concordo fortemente*). A pontuação total pode variar entre 9 e 63, sendo que pontuações mais elevadas indicam níveis mais elevados de Ansiedade ou Evitamento. A versão portuguesa apresenta boas

qualidades psicométricas (Moreira et al., 2014). Na nossa amostra o valor de alfa de Cronbach para a subescala Ansiedade foi de .78 e para a subescala Evitamento foi .90.

Maternal Confidence Questionnaire (MCQ; Parker & Zahr, 1985; Nazaré, Fonseca & Canavarro, 2011). O MCQ é uma medida que avalia a confiança parental, designadamente a perceção que o cuidador tem das suas capacidades de cuidar e compreender o bebé e as suas necessidades. A versão portuguesa organiza-se em três fatores: *Conhecimento acerca do Bebé* (e.g., “Eu sei o que deixa o meu bebé feliz.”), *Prestação de Cuidados ao Bebé* (e.g., “Eu sou capaz de dar de comer ao meu bebé adequadamente.”) e *Avaliação da Experiência de Parentalidade* (e.g., “Sinto-me satisfeita com o meu papel de mãe.”). O MCQ é composto por 13 itens, respondidos numa escala de Likert de 5 pontos desde 1 (*Nunca*) a 5 (*Sempre*). O total obtido resulta da média dos 13 itens, sendo que pontuações mais elevadas representam uma perceção mais elevada da confiança parental. Na sua versão portuguesa, a escala apresenta bons indicadores de fidelidade e validade (Nazaré et al., 2011). Na nossa amostra, para a escala *Conhecimento acerca do Bebé* o valor de alfa de Cronbach foi de .81, para a *Prestação de Cuidados ao Bebé* foi .57 e, para a *Avaliação da Experiência de Parentalidade* foi de .68.

Procedimento

O presente estudo é caracterizado por ser um estudo quantitativo e transversal. Os critérios de inclusão para participação no estudo foram: i) mulheres que se encontrem no período pós-natal (até 12 meses após o parto); ii) idade superior a 18 anos; iii) nível de compreensão da língua portuguesa que lhes permita preencher o protocolo de avaliação. O presente estudo foi aprovado pela Comissão de Ética da Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade de Coimbra e pela Comissão de Ética do Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, EPE. A recolha da amostra realizou-se entre Dezembro de

2015 e Março de 2016. Os dados foram recolhidos *online*, em apenas um momento de avaliação. O processo de recrutamento das participantes ocorreu sob duas formas: presencial e *online*. No formato presencial, as mulheres foram contactadas pela equipa de investigação no puerpério da Maternidade Daniel de Matos (Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, EPE), onde lhes foi apresentado o estudo e os seus objetivos, bem como o papel dos participantes e dos investigadores e onde foram convidadas a participar no estudo. As que aceitaram participar no estudo, preencheram o consentimento informado e forneceram um contacto de *email* para o qual posteriormente (cerca de um mês após o nascimento do bebé) foi enviado o *link* dos questionários. No formato *online*, as mulheres tiveram conhecimento do estudo através da publicitação da investigação nas redes sociais e em *websites* dedicados à temática da maternidade. O consentimento informado foi dado após aceder ao *link* do questionário, contendo na primeira página informação sobre os objetivos do estudo, papel dos investigadores e participantes, seguindo-se o consentimento informado dos participantes (com a pergunta “Aceita participar neste estudo?”). Em ambos os casos, o *link* direcionava os participantes para a *online survey* (plataforma *limesurvey*, no *website* da Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade de Coimbra), onde estava disponível um protocolo que continha um conjunto diversificado de instrumentos de resposta.

Análises Estatísticas

Para a análise estatística dos dados foi utilizado o *software Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS, versão 22). Foram realizadas estatísticas descritivas para a caracterização da amostra, no que se refere às variáveis sociodemográficas, e para a caracterização das restantes variáveis em estudo. Por forma a examinar a associação entre as variáveis em estudo foram realizada correlações, através dos

coeficientes de correlação de *Pearson*. De acordo com Cohen (1988), a magnitude das correlações de *Pearson* pode ser classificada como “baixa” (se $r < .30$), “moderada” (se $r < .50$) ou “elevada” (se $r > .50$).

Para examinar os efeitos diretos e indiretos da relação entre representações de vinculação e as dimensões da confiança materna, foram estimados modelos de mediação, cada um tendo como variável dependente uma das dimensões de confiança materna: Conhecimento acerca do Bebê, Prestação de Cuidados ao Bebê e Avaliação da Experiência de Parentalidade. Os modelos de mediação foram testados através da macro do SPSS PROCESS (Hayes, 2013). Utilizámos o modelo 4 (mediação), com duas variáveis independentes (dimensões Ansiedade e Evitamento das representações de vinculação), duas variáveis moderadoras (pensamentos automáticos negativos e sintomatologia depressiva) e uma variável dependente (cada uma das dimensões da confiança materna). Os modelos de mediação foram estimados utilizando o procedimento de Bootstrapping (com 10.000 amostras), um procedimento de reamostragem não paramétrico, para testar os efeitos indiretos incondicionais. Assim, foram calculados os Intervalos de Confiança (IC; 95% Bias-Corrected and Accelerated Confidence Intervals), sendo o efeito indireto considerado significativo se o valor de zero não estiver dentro do intervalo dos ICs.

Resultados

Análises preliminares

Foram analisadas as associações entre as variáveis em estudo (cf. Quadro 1). Verificou-se uma correlação positiva elevada entre as dimensões de Ansiedade e Evitamento das representações de vinculação e a sintomatologia depressiva. As dimensões Ansiedade e Evitamento das representações de vinculação não se associaram de forma significativa com as dimensões Conhecimento acerca do Bebê e Prestação de Cuidados ao Bebê da confiança materna; porém, existe uma correlação negativa moderada entre ambas as dimensões das

representações de vinculação e a dimensão de confiança materna Avaliação da Experiência de Parentalidade. As dimensões Ansiedade e Evitamento das representações de vinculação apresentaram também uma correlação positiva moderada com os pensamentos automáticos negativos (pontuação total).

Quadro 1.
Correlações entre as variáveis em estudo

	<i>M (DP)</i>	1	2	3	4	5	6
1.ECR (Ansiedade)	3.21 (1.76)	–					
2.ECR (Evitamento)	2.99 (1.05)	.32**	–				
3.EPDS	7.34 (5.03)	.47**	.42**	–			
4.MCQ (F1)	4.13 (0.53)	-.09	-.08	-.07	–		
5.MCQ (F2)	4.83 (0.35)	-.08	-.01	-.09	.36**	–	
6.MCQ (F3)	4.16 (0.59)	-.22**	-.25**	-.40**	.51**	.27**	–
7.PNTQ	5.41 (6.19)	.40**	.37**	.67**	-.14*	-.06	-.41**

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

Nota. ECR (Ansiedade) = Experiences in Close Relationships – Relationship Structures (dimensão Ansiedade); ECR (Evitamento) = Experiences in Close Relationships – Relationship Structures (dimensão Evitamento); EPDS = Edinburgh Postnatal Depression Scale; MCQ (F1) = Maternal Confidence Questionnaire (Conhecimento acerca do Bebê); MCQ (F2) = Maternal Confidence Questionnaire (Prestação de Cuidados ao Bebê); MCQ (F3) = Maternal Confidence Questionnaire (Avaliação da Experiência de Parentalidade); PNTQ = Postnatal Negative Thoughts Questionnaire.

A sintomatologia depressiva não apresentou correlação com algumas dimensões da confiança materna (Conhecimento acerca do Bebê e Prestação de Cuidados ao Bebê), porém, apresentou uma correlação negativa moderada com a dimensão Avaliação da Experiência de Parentalidade e, uma correlação positiva elevada com o PNTQ.

Para além disso, de entre as dimensões da confiança materna, apenas a dimensão Prestação de Cuidados ao Bebê não se relacionou de forma significativa com os pensamentos automáticos negativos. As

dimensões Conhecimento acerca do Bebê e Avaliação da Experiência de Parentalidade correlacionaram-se de forma negativa e significativa com os pensamentos automáticos negativos (correlação baixa e moderada, respetivamente).

Efeitos diretos e indiretos da relação entre representações de vinculação e confiança materna

Foram testados três modelos de mediação para observar os efeitos diretos e indiretos da relação entre representações de vinculação e confiança materna, através dos pensamentos automáticos negativos no pós-parto e da sintomatologia depressiva. Para melhor conhecer as especificidades destes efeitos, optámos por analisar separadamente estas relações para cada dimensão da confiança materna. O modelo que testa os efeitos diretos e indiretos da relação entre representações de vinculação e a dimensão de confiança materna Conhecimento acerca do Bebê é apresentado na Figura 1.

A análise mostrou que as dimensões Ansiedade e Evitamento das representações de vinculação se encontravam significativamente associadas aos pensamentos automáticos negativos no pós-parto, explicando 22.6% da variância desta variável, bem como à sintomatologia depressiva, explicando 29.8% da variância desta variável. Assim, representações de vinculação mais inseguras do *self* e dos outros parecem associar-se significativamente a uma maior frequência de pensamentos negativos e a níveis mais elevados de sintomatologia depressiva.

Os pensamentos automáticos negativos encontraram-se relacionados de forma significativa negativa com a dimensão Conhecimento acerca do Bebê, o que não aconteceu com a sintomatologia depressiva, explicando 2,4% da variância do conhecimento acerca do bebé (cf. Figura 1). Deste modo, uma maior frequência de pensamentos automáticos negativos parece estar associada a uma menor percepção de Conhecimento acerca do Bebê.

O efeito direto das representações de vinculação na dimensão Conhecimento acerca do Bebê não se revelou significativo. No entanto, foram encontrados efeitos indiretos entre dimensões Ansiedade e Evitamento das representações de vinculação e o Conhecimento acerca do Bebê, e que esse efeito ocorre através dos pensamentos automáticos negativos no pós-parto (Ansiedade: 95% IC = $-.029/-.004$; Evitamento: 95% IC = $-.044/-.004$), mas não da sintomatologia depressiva (Ansiedade: 95% IC = $-.008/.026$; Evitamento: 95% IC = $-.010/.037$). Isto significa que representações de vinculação mais inseguras acerca do *self* e dos outros estão associados a uma maior frequência de pensamentos automáticos negativos no pós-parto, que por sua vez se traduzem numa menor percepção materna acerca do seu conhecimento acerca do bebê.

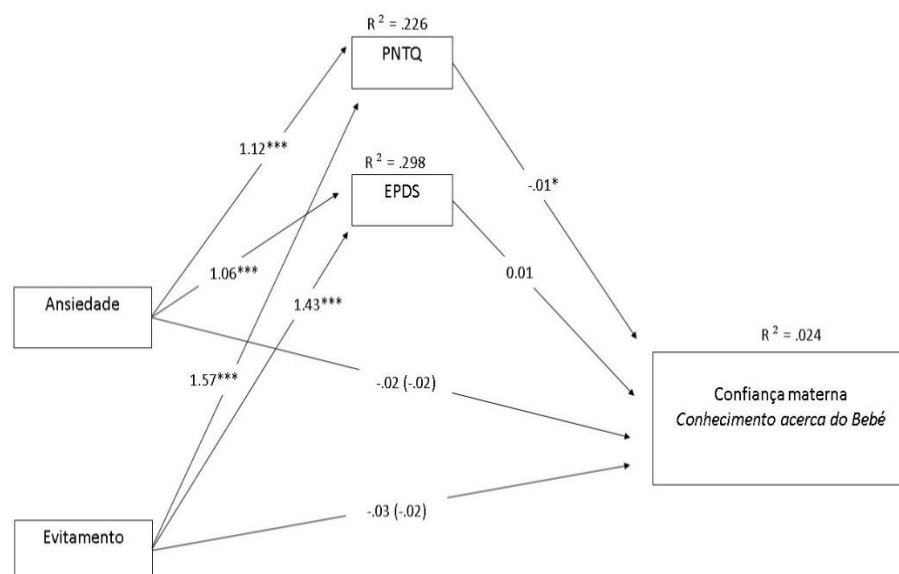


Figura 1. O diagrama estatístico representa os efeitos diretos e indiretos da relação entre as representações de vinculação e a confiança materna (Conhecimento acerca do Bebê), através dos pensamentos automáticos negativos no pós-parto e a sintomatologia depressiva.

Nota. Os valores nas linhas representam os coeficientes de regressão não estandardizados. Nas linhas que ligam as representações de vinculação à confiança materna, os valores fora do parenteses representam o efeito total das representações de vinculação na confiança materna (Conhecimento acerca do Bebê), e os valores entre parênteses representam o efeito direto entre as representações de vinculação e a

Pensamentos automáticos negativos no pós-parto:
 Da avaliação à sua relação com a adaptação ao papel parental
 Sofia da Piedade Rodrigues (e-mail: sofia Rodrigues285@gmail.com) 2016

confiança materna (Conhecimento acerca do Bebê) após a inclusão dos mediadores.
* $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$.

Na Figura 2, apresenta-se o modelo que examina os efeitos diretos e indiretos da relação entre representações de vinculação e a dimensão de confiança materna Prestação de Cuidados ao Bebê. Neste modelo, nem as representações de vinculação (Ansiedade e Evitamento), nem os pensamentos automáticos negativos e a sintomatologia depressiva se associaram de forma significativa à dimensão Prestação de Cuidados ao Bebê. Neste caso, o modelo explica apenas 1.2% da variância na dimensão Prestação de Cuidados ao Bebê.

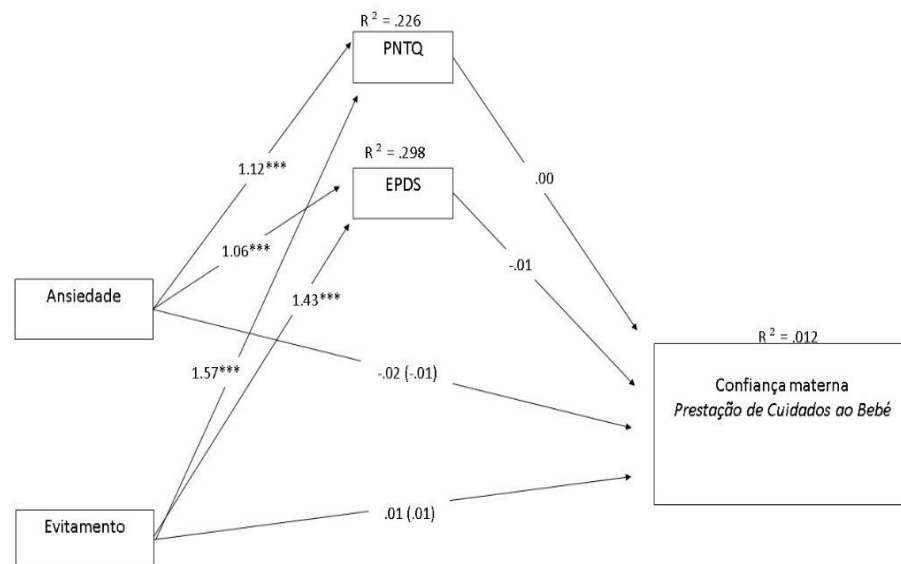


Figura 2. O diagrama estatístico representa os efeitos diretos e indiretos da relação entre as representações de vinculação e a confiança materna (Prestação de Cuidados ao Bebê), através dos pensamentos automáticos negativos no pós-parto e a sintomatologia depressiva.

Nota. Os valores nas linhas representam os coeficientes de regressão não estandardizados. Nas linhas que ligam as representações de vinculação à confiança materna, os valores fora do parentese representam o efeito total das representações de vinculação na confiança materna (Prestação de Cuidados ao Bebê), e os valores entre parênteses representam o efeito direto entre as representações de vinculação e a confiança materna (Prestação de Cuidados ao Bebê) após a inclusão dos mediadores.
* $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$.

Também não foram encontrados efeitos indiretos significativos na relação entre representações de vinculação e Prestação de Cuidados ao Bebê, nem através dos pensamentos automáticos negativos no pós-parto (Ansiedade: 95% IC = $-.010/.011$; Evitamento: 95% IC = $-.009/.008$), nem através da sintomatologia depressiva (Ansiedade: 95% IC = $-.019/.005$; Evitamento: 95% IC = $-.014/.015$).

Na Figura 3, apresenta-se o modelo que examina os efeitos diretos e indiretos da relação entre representações de vinculação e a dimensão de confiança materna Avaliação da Experiência da Parentalidade. Neste modelo, as variáveis explicam 20.2% da variância da dimensão Avaliação da Experiência de Parentalidade. Os pensamentos automáticos negativos e a sintomatologia depressiva encontraram-se associados de forma negativa com a dimensão Avaliação da Experiência de Parentalidade. Isto significa que quanto maior for a frequência de pensamentos automáticos negativos e os níveis de sintomatologia depressiva, menor é a Avaliação da Experiência de Parentalidade. O efeito total das dimensões Ansiedade e Evitamento das representações de vinculação na Avaliação da Experiência de Parentalidade demonstraram-se significativos. No entanto, após a introdução das variáveis mediadoras, o efeito direto das representações de vinculação (Ansiedade e Evitamento) na dimensão Avaliação da Experiência de Parentalidade não se revelaram significativos.

Foi encontrado um efeito indireto da dimensão Ansiedade das representações de vinculação na Avaliação da Experiência de Parentalidade, e este ocorre tanto através dos pensamentos automáticos negativos (95% IC = $-.048/-.012$), como da sintomatologia depressiva (95% IC = $-.045/-.007$). Adicionalmente, foi encontrado um efeito indireto da dimensão Evitamento das representações de vinculação na dimensão Avaliação da Experiência de Parentalidade, também através dos pensamentos automáticos negativos (95% IC = $-.075/-.013$), como da sintomatologia depressiva (95% IC = $-.065/-.010$).

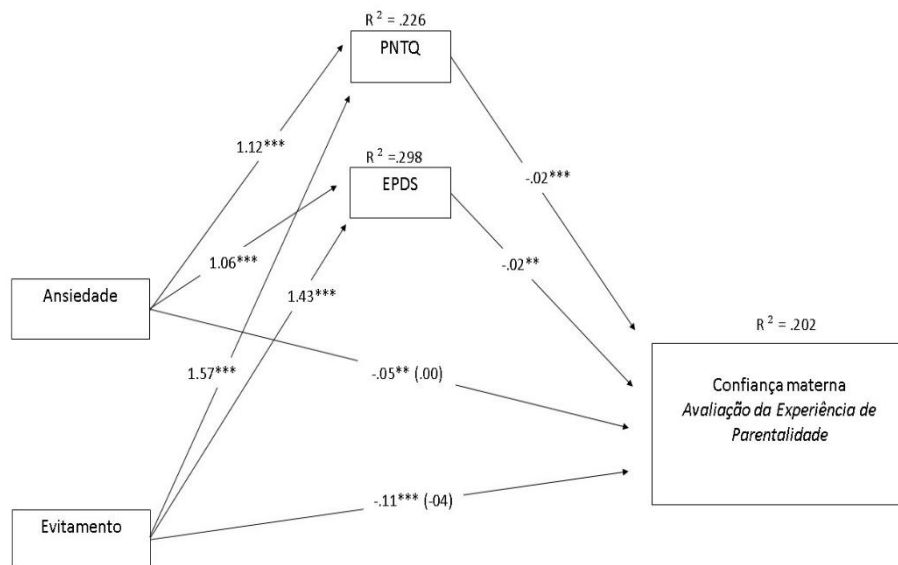


Figura 3. O diagrama estatístico representa os efeitos diretos e indiretos da relação entre as representações de vinculação e a confiança materna (Avaliação da Experiência de Parentalidade), através dos pensamentos automáticos negativos no pós-parto e a sintomatologia depressiva.

Nota. Os valores nas linhas representam os coeficientes de regressão não estandardizados. Nas linhas que ligam as representações de vinculação à confiança materna, os valores fora do parenteses representam o efeito total das representações de vinculação na confiança materna (Avaliação da Experiência de Parentalidade), e os valores entre parênteses representam o efeito direto entre as representações de vinculação e a confiança materna (Avaliação da Experiência de Parentalidade) após a inclusão dos mediadores. * $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$.

Isto significa que representações de vinculação mais inseguras acerca do *self* e dos outros parecem estar associadas a uma maior frequência de pensamentos automáticos negativos no pós-parto e a níveis mais elevados de sintomatologia depressiva, que por sua vez se traduzem numa perceção materna menos positiva acerca da Avaliação da Experiência de Parentalidade.

Discussão

O presente estudo apresenta resultados inovadores, e contribui para melhor conhecer o papel das variáveis cognitivas (pensamentos automáticos negativos) na relação entre representações de vinculação e confiança materna no período pós-parto. Em particular, teve como resultados principais: 1) a associação significativa entre representações de vinculação mais inseguras e níveis mais elevados de sintomatologia depressiva, mas também com a maior frequência de pensamentos automáticos negativos no pós-parto; 2) as representações de vinculação mais inseguras do *self* e dos outros apenas se associaram de forma significativa a níveis mais baixos na dimensão Avaliação da Experiência de Parentalidade, mas não às restantes dimensões de confiança materna; 3) a relação entre representações de vinculação mais inseguras e menor confiança na dimensão Avaliação da Experiência de Parentalidade parece ocorrer através da sintomatologia depressiva e dos pensamentos automáticos negativos no pós-parto.

Os resultados do presente estudo mostraram que as representações de vinculação mais inseguras do *self* e dos outros estão relacionadas de forma significativa, tanto com a sintomatologia depressiva, como com os pensamentos automáticos negativos no pós-parto. Estes dados são congruentes com estudos recentes que identificam as representações de vinculação inseguras como preditoras de sintomatologia depressiva (Robakis et al, 2016), ou seja, evidenciando que as representações mais inseguras do *self* estão associados a níveis mais elevados de sintomatologia depressiva no pós-parto (Kang et al., 2014; Ikeda et al., 2014). Neste estudo, também as representações de vinculação inseguras acerca dos outros se associam a sintomatologia depressiva, tal como em estudos recentes, apesar de não se focarem no período do pós-parto (Sirois, Millings & Hirsch, 2016). Isto pode estar relacionado com o facto de mulheres com representações de vinculação dos outros mais inseguras terem mais dificuldade em pedir ajuda aos outros, a distanciarem-se deles em situações de *stress*

(Simpson, Rholes & Nelligan, 1992), e a perceberem menos apoio por parte dos outros, o que se pode traduzir num aumento da sintomatologia depressiva (Simpson et al., 2003).

Neste contexto, é particularmente inovador no nosso estudo a associação positiva encontrada entre as representações de vinculação inseguras do *self* e dos outros e os pensamentos automáticos negativos no pós-parto. Apesar de não existir, do nosso conhecimento, investigação sobre este tópico em mulheres no período perinatal, estudos com outras populações suportam a relação entre representações de vinculação mais inseguras e cognições negativas sobre o *self* e sobre o mundo, em indivíduos expostos a um acontecimento traumático (Arikan, Stopa, Carnelley & Karl, 2015) e também evidenciam associações entre representações de vinculação mais inseguras e níveis mais elevados de ruminação (Shaver & Mikulincer, 2008). Este papel dos pensamentos automáticos negativos parece congruente com o que tem vindo a ser defendido pelos modelos da depressão (Beck, 1987; Milgrom et al., 1999), na medida em que a componente cognitiva parece ter um papel central na depressão, também na especificidade do período pós-parto.

Os nossos resultados mostraram também que as representações de vinculação mais inseguras acerca do *self* e dos outros não se encontram diretamente associadas com as dimensões de confiança materna Conhecimento Acerca do Bebê e Prestação de cuidados, apesar de se associarem à dimensão Avaliação da Experiência de Parentalidade. Estes resultados parecem incongruentes com a maioria dos estudos que encontraram associação entre representações de vinculação e confiança materna (Rholes et al., 1997; Spielman & Taubman-Ben-Ari, 2009), mas revelaram-se parcialmente congruentes com os resultados de outros estudos que não encontraram essa associação (Fonseca et al., 2013; Lee & Koo, 2015). Uma possível explicação pode ter a ver com o facto de estas duas dimensões de confiança materna (Conhecimento acerca do Bebê e Prestação de

Cuidados ao Bebê) estarem muito dependentes de oportunidades de aprendizagem com o bebê; enquanto principais cuidadoras dos seus filhos, as mulheres acabam por ter que desempenhar as tarefas de prestação de cuidados, pelo que mesmo quando têm fatores de vulnerabilidade (representações de vinculação inseguras) é provável que desenvolvam maior confiança nestes domínios.

As representações de vinculação parecem ser um fator a afetar as dimensões da confiança materna, não de forma direta, mas indiretamente, através da sintomatologia depressiva e/ou dos pensamentos automáticos negativos no pós-parto. No entanto, os efeitos indiretos são diferentes em função das dimensões de confiança materna. No que se refere ao domínio Conhecimento acerca do bebê, os efeitos indiretos das representações de vinculação nesta dimensão de confiança materna, através dos pensamentos automáticos negativos são marginais, e não foram encontrados efeitos indirectos das representações de vinculação no domínio Prestação de Cuidados ao Bebê; no entanto, os resultados obtidos nesta dimensão devem ser interpretados de forma cautelosa, tendo em conta os baixos valores de consistência interna que este domínio apresentou na nossa amostra.

Porém, quando nos referimos ao domínio Avaliação da Experiência de Parentalidade verificou-se que as representações de vinculação mais inseguras parecem estar associadas a níveis mais elevados de pensamentos automáticos negativos e de sintomatologia depressiva o que, por sua vez, está associado a níveis mais baixos de confiança materna neste domínio. A Avaliação da Experiência de Parentalidade parece ser o domínio mais relacionado com as auto percepções e avaliações que as mulheres fazem das suas capacidades, em detrimento dos outros domínios, que se focam mais nos conhecimentos acerca do bebê e na prestação de cuidados, podendo ser, por isso, o domínio de confiança materna mais suscetível à influência das representações de vinculação, e da presença de sintomatologia depressiva e pensamentos automáticos negativos no

pós-parto. Estes resultados vêm ao encontro das definições da confiança materna que salientam uma componente mais cognitiva, relacionada com as avaliações, autopercepções e expectativas no que se refere à capacidade de cuidar e de ser responsiva (Gross et al., 1989; Zahr, 1993; Teti & Gelfand, 1991).

Adicionalmente, apesar de os estudos demonstrarem que a sintomatologia depressiva pode ter influência na confiança materna (Reck et al., 2012; Zietlow et al., 2014), no nosso estudo isso apenas se verifica quando nos referimos ao domínio da Avaliação da Experiência de Parentalidade, mostrando que quando maior for a sintomatologia depressiva, menor é a confiança materna neste domínio. Porém, é importante ressaltar que os resultados do presente estudo parecem destacar o papel particularmente relevante da componente cognitiva da depressão, uma vez que esta variável se revela preditora de duas dimensões de confiança materna (Conhecimento acerca do Bebê e Avaliação da Experiência de Parentalidade). De acordo com os resultados, quanto maior for a frequência dos pensamentos automáticos negativos, menor é a confiança materna nos domínios supracitados. É possível que a forma como as mulheres interpretam o mundo e os pensamentos que têm neste período acerca do bebê e da maternidade, bem como a sua avaliação acerca do conteúdo dos mesmos (metacognição), possam ter influência na percepção que têm das suas capacidades de prestar cuidados e, conseqüentemente, na avaliação que fazem da experiência de parentalidade.

Por fim, devem ser ressaltadas algumas limitações do presente estudo. Em primeiro lugar, o facto de o estudo ser transversal não possibilita o estabelecimento de uma relação causal entre as variáveis. No entanto, a relação entre as variáveis foi hipotetizada de acordo com a investigação prévia existente sobre o tema. Em segundo lugar, a nossa amostra é constituída maioritariamente por mulheres com habilitações literárias equivalentes ao ensino secundário e licenciatura, o que pode comprometer a representatividade dos nossos resultados. Em terceiro

lugar, para a não-representatividade da população parece também ter contribuído o facto de parte do recrutamento da amostra ter sido realizado *online* (i.e., através da divulgação em websites e redes sociais), o que torna a amostra auto-selecionada, ou seja, é possível que apenas tenham preenchido os questionários as pessoas que se encontravam mais interessadas neste tópico. Por fim, os baixos valores de consistência interna de algumas dimensões do Maternal Confidence Questionnaire, em particular da dimensão Prestação de Cuidados ao Bebê, podem ter impacto nos resultados obtidos e, conseqüentemente, nas interpretações realizadas. Estudos futuros deveriam procurar replicar os presentes resultados, através de um estudo longitudinal e de uma amostra sociodemograficamente mais diversificada, de modo a sustentar a evidência de uma relação causal das associações encontradas.

Ainda assim, este estudo revela-se pertinente e inovador, tendo em conta os contributos que dá para o contexto clínico. É de ressaltar a importância da componente cognitiva, nomeadamente no que se refere aos pensamentos automáticos negativos e à sintomatologia depressiva, que sabemos ser frequentes nesta fase. Estas variáveis mostram uma relação com a confiança materna. Assim, no contexto de intervenção, parece importante a identificação e debate destes pensamentos automáticos negativos, essencialmente aqueles que têm uma maior capacidade preditiva de sintomatologia depressiva. A confiança materna consubstancia-se como uma variável de relevo no que toca ao processo de adaptação que decorre na transição para a parentalidade, sendo que alguns estudos se referem à mesma como tendo um papel protetor em mães com representações de vinculação insegura, contra a sintomatologia depressiva no pós-parto (Lee & Koo, 2015). Desta forma, parece também importante avaliar a confiança materna de modo a que a intervenção se possa focar na promoção da mesma. Neste sentido, este estudo revela-se pertinente ao nível da intervenção clínica e prevenção no contexto perinatal.

Referências

- Areias, M., Kumar, R., Barros, H., & Figueiredo, E. (1996). Comparative incidence of depression in women and men, during pregnancy and after childbirth: Validation of the Edinburgh Postnatal Depression Scale in Portuguese Mothers. *The British Journal of Psychiatry*, *169*(1), 30-35. doi:10.1192/bjp.169.1.30
- Arikan, G., Stopa, L., Carnelley, K. B., & Karl, A. (2015). The associations between adult attachment, posttraumatic symptoms, and posttraumatic growth. *Anxiety, Stress, & Coping*, *29*(1), 1-20. doi:10.1080/10615806.2015.1009833
- Associação Psiquiátrica Americana (2014). *Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais* (5th ed.). Lisboa: Climepsi Editores.
- Bartholomew, K.; Horowitz, L. (1991). Attachment styles among young adults: A test of a four category model. *Journal of Personality and Social Psychology*, *61*(2), 226-244. doi:10.1037//0022-3514.61.2.226
- Beck, A.T., Rush, A.J., Shaw, B.F., & Emery, G. (1987). *Cognitive therapy of depression*. New York: Guilford Press.
- Bifulco, A., Figueiredo, B., Guedeney, N., Gorman, L., Hayes, S., Muzik, M., Glatigny-Dallay, E., Valoriani, V., Kammerer, M., & Henshaw, C. (2004). Maternal attachment style and depression associated with childbirth: preliminar results from a European and US cross-cultural study. *British Journal of Psychiatry*, *184*(46), 31-37. doi:10.1192/bjp.184.46.s31
- Bina, R. (2008). The impact of cultural factors upon postpartum depression: A literature Review. *Health Care for Women International*, *29*(6), 568-592. doi:10.1080/07399330802089149
- Bowlby, J. (1969/1982). *Attachment and loss*. Vol. 1: Attachment. New York: Basic Books.
- Bowlby, J. (1973). *Attachment and loss*. Vol. 2: Separation. New York:

Basic Books.

- Bowlby, J. (1980). *Attachment and loss*. Vol. 3: Loss. New York: Basic Books.
- Bowlby, J. (1988). Developmental psychiatry comes of ages. *American Journal of Psychiatry*, *145*(1), 1-10. doi:10.1176/ajp.145.1.1
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences* (2th ed.). New Jersey: Hillsdale.
- Cox, J. L., Holden, J.M., & Sagovsky, R. (1987). Detection of postnatal depression. Development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale. *British Journal of Psychiatry*, *150*, 782-786. doi:10.1192/bjp.150.6.782
- Figueiredo, B. (1997). *Depressão pós-parto, interação mãe-bebê e desenvolvimento infantil* (dissertação de doutoramento). Departamento de Psicologia, Universidade do Minho, Braga.
- Fonseca, A., Nazaré, B., & Canavarro, M. C. (2013). Parental psychological distress and confidence after na infant's birth: The role of attachment representations in parents of infants with congenital anomalies and parents of healthy infants. *Journal of Clinical Psychology and Medical Settings*, *20*(2), 143-155. doi:10.1007/s10880-012-9329-9
- Fowles, E. (1998). The relationship between maternal role attainment and postpartum depression. *Health Care for Women International*, *18*, 83-94. doi:10.1080/073993398246601
- Fraley, R. C., Heffernan, M. E., Vicary, A. M., & Brumbaugh, C. C. (2011). The Experiences in Close Relationships – Relationship Structures Questionnaire: A method for assessing attachment orientations across relationships, *Psychological Assessment*, *23*, 615-625. doi:10.1037/a0022898
- Gavin, N.I., Gaynes, B.N., Lohr, K.N., Meltzer-Brody, S., Gartlehner, G., & Swinson, T. (2005). Perinatal depression: A systematic review of prevalence and incidence. *Obstetrics and Gynecology*, *106*, 1071-1083. doi:10.1097/01.AOG.0000183597.31630.db

- Griffin, D., & Bartholomew, K. (1994). Models of the self and other: Fundamental dimensions underlying measures of adult attachment. *Journal of Personality and Social Psychology*, *67*, 430–445. doi: 0.1037/0022-3514.67.3.430
- Gross, D., Rocissaro, L., & Roncoli, M. (1989). Maternal confidence in toddlerhood: Comparing preterm and fullterm groups. *Research in Nursing & Health*, *12*, 1-9. doi:10.1002/nur.4770120103
- Hall, P.L., & Papageorgiou, C. (2005). Negative thoughts after childbirth: Development and preliminary validation of a self-report scale. *Depression and Anxiety*, *22*, 232-129. doi:10.1002/da.20119
- Hayes, A. F. (2013). *Introduction to mediation, moderation, and conditional process analysis: a regression-based approach*. New York: The Guilford Press.
- Hildebrandt, F. (2013). *Depressão pós-parto: Aspectos epidemiológicos e proposta de tratamento cognitivo-comportamental* (tese de pós-graduação). Universidade Federal do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro.
- Ikeda, M., Hayashi, M., & Kamibeppu, K. (2014). The relationship between attachment style and postpartum depression. *Attachment & Human Development*, *16*(6), 557-572. doi:10.1080/14616734.2014.941884
- Kang, Y., Lee, J., & Kang, M. (2014). Adult attachment styles, self-esteem, and depressive symptoms: A comparison between postpartum and nonpostpartum women in Korea. *Personal Relationships*, *21*, 546-556. doi:10.1111/pere.12047
- Lee, J., & Koo, H. J. (2015). The relationship between adult attachment and depression in Korean mothers during the first 2 years postpartum: A moderated mediation model of self-esteem and maternal efficacy. *Personality and Individual Differences*, *79*, 50-56. doi:10.1016/j.paid.2015.01.021
- McIntosh, J. (1993). Postpartum depression: women's help-seeking

- behaviour and perceptions of cause. *Journal of Advanced Nursing*, *18*, 178-184. doi:10.1046/j.1365-2648.1993.18020178.x
- Milgrom, J., Martin, P., & Negri, L. (1999). *Treating postnatal depression: A psychological approach for health care practitioners*. England: John Wiley & Sons Ltd.
- Mikulincer, M., & Shaver, P. (2016). *Attachment in adulthood: Structure, dynamics, and change* (2th ed.). New York: The Guilford Press.
- Mikulincer, M., & Shaver, P. (2012). An attachment perspective on psychopathology. *World Psychiatry*, *11*, 11-15. doi:10.1016/j.wpsyc.2012.01.003
- Monk, C., Kristin, L., & Fang, Y. (2008). The relationship between women's attachment style and perinatal mood disturbance: implications for screening and treatment. *Archives of Women's Mental Health*, *11*, 117-129. doi:10.1007/s00737-008-0005-x
- Moreira, H., Martins, T., Gouveia, M.J., & Canavarro, M.C. (2014). Assessing adult attachment across different contexts: Validation of the Portuguese version of the Experiences in Close Relationships–Relationship Structures Questionnaire. *Journal of Personality Assessment*. doi: 10.1080/00223891.2014.950377
- Nazaré, B., Fonseca, A., & Canavarro, M. C. (2011). Avaliação da confiança parental: Versão portuguesa do Maternal Confidence Questionnaire. In A. S. Ferreira, A. Verhaeghe, D. R. Silva, L. S. Almeida, R. Lima, & S. Fraga (Eds.), *Actas do VIII Congresso Iberoamericano de Avaliação Psicológica/XV Conferência Internacional de Avaliação Psicológica: Formas e Contextos* (pp. 1949-1960). Lisboa: Sociedade Portuguesa de Psicologia.
- O'Hara, M., & McCabe, J.E. (2013). Postpartum depression: Current status and future directions. *Annual Review of Clinical*

- Psycholog*, 9, 379–407. doi:10.1146/annurev-clinpsy-050212-185612
- O’Hara, M., & Swain, A. (1996). Rates and risk of postpartum depression – a meta analysis. *International Review of Psychiatry*, 8,37–54. doi:10.3109/09540269609037816
- Parker, S., & Zahr, L. K. (1985). *The Maternal Confidence Questionnaire*. Boston, MA: Boston City Hospital.
- Reck, C., Noe, D., Gerstenlauer, J., & Stehle, E. (2012). Effects of postpartum anxiety disorders and depression on maternal self-confidence. *Infant Behavior and Development*, 35, 264-272. doi:10.1016/j.infbeh.2011.12.005
- Rholes, W., Simpson, J., Blakely, B., Lanigan, L., & Allen, E., (1997). Adult attachment styles, the desire to have children, and working models of parenthood. *Journal of Personality*, 65(2), 357 – 385. doi:10.1111/j.1467-6494.1997.tb00958.x
- Robakis, T., Williams, K., Crowe, S., Lin, K., Gannon, J., & Rasgon, N. (2016). Maternal attachment insecurity is a potent predictor of depressive symptoms in the early postnatal period. *Journal of Affective Disorders*, 190, 623-631. doi:10.1016/j.jad.2015.09.067
- Russell, K. (2006). *Maternal confidence of first-time mothers during their child’s infancy* (Dissertação de doutoramento não publicada). Georgia State University, Atlanta, Estados Unidos da América.
- Shaver, P. R., & Mikulincer, M. (2008). Adult attachment and cognitive and affective reactions to positive and negative events. *Social and Personality Psychology Compass*, 5(2), 184-1865. doi:10.1111/j.1751-9004.2008.00146.x
- Simpson, J. A., Rholes, W. S., Campbell, L., Tran, S., & Wilson, C. (2003). Adult attachment, the transition to parenthood, and depressive symptoms. *Journal of Personality and Social Psychology*, 84, 1172–1187. doi:10.1037/0022-3514.84.6.1172

- Simpson, J. A., Rholes, W. S., Nelligan, J. S. (1992). Support seeking and support giving within couples in an anxiety-provoking situation: The role of attachment styles. *Journal of Personality and Social Psychology*, 62 (3), 434-446. doi:10.1037/0022-3514.62.3.434
- Sirois, F., Millings, A., & Hirsch, J. (2016). Insecure attachment orientation and well-being in emerging adults: The roles of perceived social support and fatigue. *Personality and Individual Differences*, 101, 318-321. doi:10.1016/j.paid.2016.06.026
- Spielman, V., & Taubman-Ben-Ari, O. (2009). Parental self-efficacy and stress-related growth in the transition to parenthood: A comparison between parents of pre- and full-term babies. *Health & Social Work*, 34(3), 201-212. doi:10.1093/hsw/34.3.201.
- Stocky, A., & Lynch, J. (2000). Acute psychiatric disturbance in pregnancy and the puerperium. *Baillière's Clinical Obstetrics and Gynaecology*, 14 (1), 73-87. doi:10.1053/beog.1999.0064
- Teti, D. M., & Gelfand, D. M. (1991). Behavioral competence among mothers of infants in the first year: The mediational role of maternal self-efficacy. *Child Development*, 62(5), 918-929. doi:10.2307/1131143.
- Tronick, E., & Reck, C. (2009). Infants of depressed mothers. *Harvard Review of Psychiatry*, 17 (2), 147-156. doi:10.1080/10673220902899714
- Woolhouse, H., Gartland, D., Perlen, S., Donath, S., & Brown, S. (2014). Physical health after childbirth and maternal depression in the first 12 months post partum: Results of an Australian nulliparous pregnancy cohort study. *Midwifery*, 30, 378-384. doi:10.1016/j.midw.2013.03.006
- Zahr, L. (1993). The confidence of Latina mothers in the care of their low birth weight infants. *Research in Nursing and Health*, 16(5), 335-342. doi:10.1002/nur.4770160504

Zietlow, A., Schlüter, M., Nonnenmacher, N., Müller, M., & Reck, C. (2014). Maternal self-confidence postpartum and at pre-school age: The Role of depression, anxiety disorders, maternal attachment insecurity. *Maternal and Child Health Journal*, *18*, 1873-1880. doi:10.1007/s10995-014-1431-1

Referências Bibliográficas

- Augusto, A., Kumar, R., Calheiros, J.M., Matos, E., & Figueiredo, E. (1996). Post-natal depression in an urban area of Portugal: Comparison of childbearing women and matches controls. *Psychological Medicine*, *26*, 135-141.
- American Psychiatric Association. (2014). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5*. Washington, D.C: American Psychiatric Association.
- Beck, A.T., Rush, A.J., Shaw, B.F., & Emery, G. (1987). *Cognitive therapy of depression*. New York: Guilford Press.
- Gavin, N.I., Gaynes, B.N., Lohr, K.N., Meltzer-Brody, S., Gartlehner, G., & Swinson, T. (2005). Perinatal depression: A systematic review of prevalence and incidence. *Obstetrics and Gynecology*, *106*, 1071-1083. doi:10.1097/01.AOG.0000183597.31630.db
- Humenik, A.L.F., & Fingerhut, R. (2007). A pilot study assessing the relationship between child harming thoughts and postpartum depression. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*, *14*, 360-366. doi:10.1007/s10880-007-9082-7
- McIntosh, J. (1993). Postpartum depression: Women's help-seeking behaviour and perceptions of cause. *Journal of Advanced Nursing*, *18*, 178-184. doi:10.1046/j.1365-2648.1993.18020178.x
- Milgrom, J., Martin, P., & Negri, L. (1999). *Treating postnatal depression: A psychological approach for health care practitioners*. England: John Wiley & Sons Ltd.
- Milgrom, J., & Gemmil, A.W. (2014). Screening for perinatal depression. *Best Practice & Research Clinical Obstetrics and Gynaecology*, *28*, 13 – 23. doi:10.1016/j.bpobgyn.2013.08.014
- O'Hara, M. (2009). Postpartum depression: What we know. *Journal of Clinical Psychology*, *25*(12), 1258-1269. doi:10.1002/jclp.20644
- O'Hara, M., & 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
- O’Hara, M., & Swain, A. (1996). Rates and risk of postpartum depression: A meta analysis. *International Review of Psychiatry*, 8, 37–54. doi:10.3109/09540269609037816
- Reck, C., Noe, D., Gerstenlauer, J., & Stehle, E. (2012). Effects of postpartum anxiety disorders and depression on maternal self-confidence. *Infant Behavior and Development*, 35, 264-272. doi:10.1016/j.infbeh.2011.12.005
- Spinelli, M. (2001). A systematic investigation of 16 cases of neonaticide. *The American Journal of Psychiatry*, 158, 811–813. doi:10.1176/appi.ajp.158.5.811
- Stocky, A., & Lynch, J. (2000). Acute psychiatric disturbance in pregnancy and the puerperium. *Baillière’s Clinical Obstetrics and Gynaecology*, 14(1), 73-87. doi:10.1053/beog.1999.0064
- Tronick, E., & Reck, C. (2009). Infants of depressed mother. *Harvard Review of Psychiatry*, 17(2), 147-156. doi:10.1080/10673220902899714
- Woolhouse, H., Gartland, D., Perlen, S., Donath, S., & Brown, S. (2014). Physical health after childbirth and maternal depression in the first 12 months post partum: Results of an Australian nulliparous pregnancy cohort study. *Midwifery*, 30, 378-384. doi:10.1016/j.midw.2013.03.006
- Zietlow, A., Schlüter, M., Nonnenmacher, N., Müller, M., & Reck, C. (2014). Maternal self-confidence postpartum and at pre-school age: The Role of depression, anxiety disorders, maternal attachment insecurity. *Maternal and Child Health Journal*, 18, 1873-1880. doi:10.1007/s10995-014-1431-1