



UC/EPCE — 2017

Universidade de Coimbra
Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação

Dificuldades de regulação emocional: O seu papel na explicação da relação entre representações de vinculação e sintomatologia depressiva e ansiosa no período pós-parto

Rita Alexandra Santos Marques (e-mail: ritaxandra@hotmail.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

Dificuldades de regulação emocional: O seu papel na explicação da relação entre representações de vinculação e sintomatologia depressiva e ansiosa no período pós-parto

Resumo

Objetivos: O presente estudo procurou explorar as semelhanças e diferenças das representações de vinculação e das dificuldades de regulação emocional nas mulheres com e sem sintomatologia depressiva e ansiosa clinicamente significativa no período pós-parto. Para além disso, teve como objetivo examinar se as representações de vinculação estão associadas à sintomatologia depressiva e ansiosa das mulheres neste período, e se essa relação ocorre através das dificuldades de regulação emocional. **Método:** A amostra incluiu 450 mulheres no período pós-parto, que responderam a um protocolo de avaliação disponível *online*, constituído por quatro instrumentos de autorresposta: a Escala de Experiências nas Relações Próximas-Estruturas Relacionais, a Escala de Dificuldades na Regulação Emocional, a Escala de Depressão Pós-Parto de Edimburgo e a Escala de Ansiedade e Depressão Hospitalar. **Resultados:** Verificou-se a existência de comorbilidade entre sintomatologia ansiosa e depressiva (33.3%). As mulheres com sintomatologia comórbida apresentaram representações de vinculação mais inseguras ($p < .001$) e mais dificuldades de regulação emocional ($p < .001$) do que as mulheres com sintomatologia depressiva e do que as mulheres sem sintomatologia clinicamente significativa. Os resultados demonstraram ainda um efeito indireto das representações de vinculação mais inseguras acerca do *self* e dos outros na sintomatologia depressiva e ansiosa, através das dificuldades de regulação emocional, nomeadamente através do acesso limitado a estratégias de regulação emocional que são percebidas como efetivas (Estratégias), da não aceitação das respostas emocionais (Não Aceitação) e da falta de clareza emocional (Clareza). **Conclusões:** Os resultados encontrados sublinham a importância da atenção que deve ser dada também à sintomatologia ansiosa, uma vez que é uma condição que co-ocorre frequentemente neste período. Intervenções que se foquem na promoção de estratégias adaptativas de regulação emocional mostram-se relevantes, em vez de intervenções mais intensivas para alterar representações de vinculação.

Palavras-chave: Representações de Vinculação; Dificuldades de Regulação Emocional; Sintomatologia Depressiva; Sintomatologia Ansiosa; Período Pós-parto.

Difficulties of emotional regulation: Their role in explaining the association between attachment representations and depressive and anxious symptomatology in the postpartum period

Abstract

Objectives: The present study aimed to explore the similarities and differences between the representations of attachment and the difficulties of emotional regulation in women with and without clinically significant depressive and anxious symptoms in the postpartum period. In addition, it aimed to understand if attachment representations are associated with the women's depressive and anxious symptoms in the postpartum period, and if this association occurs through the difficulties of emotional regulation.

Methods: The sample included 450 women in the postpartum period, who responded to an online assessment protocol, consisting of four self-response instruments: the Experience in Close Relationships – Relationship Structure Questionnaire, the Difficulties in Emotion Regulation Scale, the Edinburg Postnatal Depression Scale and the Hospital Anxiety and Depression Scale.

Results: The existence of comorbidity between anxious and depressive symptomatology was verified (33.3%), and women with comorbid symptoms had more insecure attachment representations ($p < .001$) and more difficulties of emotional regulation ($p < .001$) than women presenting only depressive symptoms and women without clinically significant symptoms. The results also demonstrated an indirect effect of the insecure attachment representations of self and others in depressive and anxious symptomatology, through the difficulties of emotional regulation, namely through the limited access to emotional regulation strategies that are perceived as effective (Strategies), the nonacceptance of emotional responses (Non Acceptance) and lack of emotional clarity (Clarity).

Conclusions: The results found underline the importance of the attention that should be given also to the anxious symptomatology, since it is a condition that co-occurs frequently in this period. Interventions to focus on promoting adaptive strategies of emotional regulation are relevant, rather than more intensive interventions to change attachment representations.

Key-words: Attachment Representations; Difficulties of Emotional Regulation; Anxious Symptoms; Depressive Symptoms; Postpartum Period.

Agradecimentos

À Professora Doutora Maria Cristina Canavarro, pelo acolhimento caloroso na sua equipa, pelos ensinamentos únicos que me transmitiu.

À Doutora Ana Fonseca, pela enorme disponibilidade e incansável apoio, pela orientação tão dedicada e cuidadosa. Pela exigência e rigor, pela motivação e por todos os conselhos.

Às participantes do estudo que, mesmo nesta fase tão delicada das suas vidas, me permitiram realizá-lo, através da sua colaboração e disponibilidade.

Aos meus pais, a quem devo tudo o que sou. Pelo apoio incondicional nos momentos de maior angústia, pela preocupação e pelos sacrifícios para me dar a oportunidade de realizar os meus sonhos.

À minha irmã gémea, pela cumplicidade e confiança, por ter estado sempre presente em todas as etapas da minha vida.

Ao Francisco, por estar sempre do meu lado e acreditar em mim, pela motivação e compreensão, mas sobretudo pelo amor e carinho.

A todos os meus amigos, por compreenderem as minhas ausências, por partilharem comigo esta etapa desafiante.

A todos, muito obrigada!

Índice

Introdução.....	1
Enquadramento conceptual.....	9
Metodologia.....	17
Resultados.....	23
Discussão.....	31
Bibliografia.....	40

Índice de quadros

Quadro 1. Características sociodemográficas e clínicas da amostra.....	18
Quadro 2. Comparação das representações de vinculação, em função da presença ou ausência de sintomatologia.....	24
Quadro 3. Comparação dos domínios de dificuldades de regulação emocional, em função da presença ou ausência de sintomatologia.....	25
Quadro 4. Correlações entre as variáveis em estudo e variáveis sociodemográficas e clínicas.....	26

Índice de figuras

Figura 1. Diagrama estatístico que representa os efeitos diretos e indiretos da relação entre representações de vinculação e sintomatologia depressiva, através dos domínios de dificuldades de regulação emocional: Estratégias, Não Aceitação, Consciência, Impulsos, Objetivos e Clareza.....	29
Figura 2. Diagrama estatístico que representa os efeitos diretos e indiretos da relação entre representações de vinculação e sintomatologia ansiosa, através dos domínios de dificuldades de regulação emocional: Estratégias, Não Aceitação, Consciência, Impulsos, Objetivos e Clareza.....	31

Introdução

Perturbações emocionais no pós-parto: Depressão pós-parto e sintomatologia ansiosa comórbida

A Depressão pós-parto [DPP] é uma perturbação do humor, que pode ser caracterizada por um episódio depressivo *major* que ocorre nos primeiros 12 meses após o parto. A DPP partilha os mesmos critérios de diagnóstico da depressão *major*, como sintomas de humor deprimido, acentuada diminuição do prazer nas atividades, mudança de sono e apetite, agitação ou inibição psicomotora, sentimentos de culpa ou inutilidade, diminuição da concentração e pensamentos recorrentes sobre a morte (American Psychiatric Association [APA], 2014). Contudo, muitas vezes estão também presentes outros sintomas como labilidade do humor, preocupação e ansiedade excessiva com o bebé e com bem-estar deste, sentimentos de culpa por não cuidar e amar o bebé e baixa autoestima por não estar a realizar devidamente o seu papel de mãe (Figueiredo, 2001; O'Hara & McCabe, 2013).

A taxa de prevalência média da DPP não psicótica, em diversos países, estima-se ser de 13% (O'Hara & Swain, 1996). Por sua vez, outros estudos encontraram uma prevalência inferior, na ordem dos 6,5% (Gaynes et al., 2005; Reck et al., 2008). Em Portugal, segundo Augusto, Kumar, Calheiros, Matos e Figueiredo (1996) a prevalência da DPP entre dois e cinco meses após o nascimento é de 13,1%. Adicionalmente, Costa, Pacheco e Figueiredo (2006) encontraram uma prevalência de 13,7% aos três meses pós-parto.

No que concerne à etiologia da DPP, a literatura tem apontado uma combinação de fatores de risco que, se presentes, podem predizer o desenvolvimento de DPP (Costa et al., 2006), como eventos de vida *stressantes* (Yim, Tanner Stapleton, Guardino, Hahn-Holbrook, & Dunkel Schetter, 2015), história de psicopatologia durante a gravidez ou anterior, baixos níveis de suporte social (Beck, 2001; Robertson, Grace, Wallington, & Stewart, 2004; Yim et al., 2015), pobre qualidade no relacionamento com a mãe (Yim et al., 2015) ou com o parceiro (Beck, 2001; O'Hara & Swain, 1996), baixa autoestima materna, *stress* relacionado com os cuidados ao bebé, temperamento do bebé, estado civil (ser solteira), nível socioeconómico baixo, *blues* pós-parto, gravidez não desejada/não planeada (Beck, 2001), bem como complicações físicas resultantes do parto, falta de oportunidade de pegar no bebé nos primeiros minutos após o parto e história de problemas obstétricos,

pior vivência do pós-parto e preocupações com a própria saúde e do bebê (Costa et al., 2006).

Por outro lado, estudos mais recentes (Robakis et al., 2016; Warfa, Harper, Nicolais, & Bhui, 2014) sugerem que a vinculação insegura se constitui um fator de risco mais poderoso para a ocorrência de DPP nos três a quatro meses pós-parto, do que a história de psicopatologia prévia e distúrbios psicológicos durante a gravidez.

A DPP está relacionada com uma multiplicidade de consequências negativas, a curto e longo prazo, para a mãe, para a criança e para a interação mãe-filho. As mulheres com sintomatologia depressiva no pós-parto, além de revelarem problemas de saúde física (Woolhouse, Gartland, Perlen, Donath, & Brown, 2014) são seis vezes mais suscetíveis de desenvolver episódios depressivos recorrentes (Josefsson & Sydsjö, 2007), revelando dificuldade em procurar ajuda para tratamento (Woolhouse, Brown, Krastev, Perlen, & Gunn, 2009). Além disso, estas mães tendem a ter uma maior taxa de utilização de antidepressivos quatro anos pós-parto, por comparação às mulheres que não apresentaram sintomas depressivos no mesmo período (Josefsson & Sydsjö, 2007). No que diz respeito à interação mãe-bebê, Field (2010) sugere que as mulheres que experienciam sintomatologia depressiva apresentam maior irritabilidade e hostilidade, menor comunicação vocal e visual, pensamentos sobre prejudicar o bebê, bem como menor afeto, sensibilidade e responsividade, o que pode resultar no comprometimento dos cuidados ao bebê (e.g., práticas de alimentação – especialmente a amamentação –, rotinas de sono, vacinação e segurança). Outros estudos revelaram que a DPP tem um efeito adverso moderado a grande na interação mãe-bebê durante o primeiro ano de vida (Beck, 1995), evidenciado principalmente na dificuldade das mães em reconhecer e responder ao desconforto sentido pelo bebê ou na prática de comportamentos insensíveis (Murray, Cooper, & Hipwell, 2003) e um efeito adverso pequeno, mas significativo, no desenvolvimento cognitivo e emocional da criança (Beck, 1998). De facto, no que diz respeito ao desenvolvimento do bebê, os efeitos da DPP parecem ser particularmente evidentes no desenvolvimento cognitivo da criança, como na inteligência (QI) e linguagem (Grace, Evindar, & Stewart, 2003; Kingston, Tough, & Whitfield, 2012), bem como no desenvolvimento socio-emocional infantil (Kingston et al., 2012). A longo prazo, também foram comprovados efeitos da DPP no comportamento da criança, como distração, comportamento

neurótico e antissocial, em casa e na escola, até aos 5 anos de idade (Grace et al., 2003), bem como um risco elevado de comportamento violento aos 11 anos (Hay, Pawlby, Angold, Harold, & Sharp, 2003).

Em relação aos modelos etiológicos da DPP, o modelo cognitivo-comportamental (Milgrom, Martin, & Negri, 1999; O'Hara, Rehm, & Campbell, 1982) postula que certas vulnerabilidades psicológicas, como história de depressão, traços de personalidade ou eventos de vida negativos, tornam algumas mulheres mais suscetíveis de desenvolver sintomatologia depressiva no período pós parto em comparação com outras mulheres. Estas vulnerabilidades são ativadas face a um acontecimento precipitante, como é o nascimento de um filho. Especificamente, quando a experiência da maternidade é aliada a um suporte social inadequado, a utilização de estratégias de *coping* mal adaptativas, ou à ocorrência de outros acontecimentos *stressantes*, bem como a fatores natureza biológica e a avaliações e perceções cognitivas negativas dos acontecimentos, isto pode influenciar e aumentar a probabilidade de desenvolver DPP numa mulher particularmente vulnerável. Além disso, a mulher e outros significativos à sua volta podem ter reações que mantêm ou agravam a sua sintomatologia, nomeadamente o seu estilo cognitivo (e.g., pensamentos de inadequação social como mãe e parceira, culpa, ansiedade por parte da mulher) ou conflitos conjugais, intensificando a sua experiência emocional. Neste modelo, os fatores socioculturais tem um peso relevante no desenvolvimento da DPP, na medida em que a sintomatologia depressiva pode surgir em resposta a crenças e mitos irrealistas (e.g., o período pós-parto é ou deve ser sempre positivo) ou expectativas da sociedade incongruentes com as circunstâncias (Milgrom et al., 1999; O'Hara et al., 1982).

Apesar de a sintomatologia depressiva no período pós-parto ser substancialmente mais estudada, a sintomatologia ansiosa é uma condição comum que lhe surge muitas vezes associada. Tanto a prevalência, como os fatores de risco para a sintomatologia ansiosa no período pós-parto, por comparação à sintomatologia depressiva, são menos conhecidos (Beck, 2001; Goodman, Watson, & Stubbs, 2016; O'Hara, 2009). No entanto, sabe-se que 31,7% das mulheres no período pós-parto tem sintomatologia ansiosa moderada a grave (Britton, 2008) e 8,5% das mulheres têm um diagnóstico de perturbações de ansiedade (Goodman et al., 2016).

Uma percentagem significativa de mulheres com sintomatologia

depressiva no período pós-parto reporta sintomas de ansiedade ou perturbação de ansiedade comórbida (Austin et al., 2010; Farr, Dietz, O'Hara, Burley, & Ko, 2014), sendo que alguns autores relatam a importância da sintomatologia ansiosa, ainda durante a gravidez, na previsão e desenvolvimento de sintomatologia depressiva no pós-parto (Mauri et al., 2010). Cerca de 13% das mulheres com um diagnóstico de DPP revelam sintomas de ansiedade (Falah-Hassani & Dennis, 2016) e 18,4% com sintomas de ansiedade também apresentam sintomas depressivos (Reck et al., 2008). Importa ainda referir que as mulheres com sintomatologia depressiva no pós-parto são mais suscetíveis de sofrer de sintomatologia ansiosa do que as mulheres sem sintomatologia depressiva (Hendrick, Altshuler, Strouse, & Grosser, 2000; Reck et al., 2008).

No que respeita aos fatores de risco para a ocorrência de ansiedade no período pós-parto, já são conhecidos a história de perturbações de ansiedade, o tipo de parto, a perturbação de ansiedade durante a gravidez (Goodman et al., 2016), a baixa escolaridade, alto *stress* perinatal percebido, história de humor deprimido e alta ansiedade-traço (Britton, 2008). Por outro lado, no que diz respeito aos fatores de risco para a comorbilidade no período pós-parto, a investigação é ainda muito escassa, mas os estudos existentes sugerem que o tabagismo, o parto pré-termo (< de 27 semanas), *stressores* durante a gravidez, (Farr et al., 2014) *stress* percebido, personalidade vulnerável e imigração nos últimos cinco anos são preditores de um maior risco de comorbilidade entre sintomatologia ansiosa e depressiva no período pós-parto (Falah-Hassani & Dennis, 2016). Contudo, a autoestima da mãe, o apoio do parceiro e níveis mais elevados de autoeficácia no que diz respeito à amamentação constituem-se fatores que levam a uma menor probabilidade de sintomatologia depressiva e ansiosa comórbida no pós-parto (Falah-Hassani & Dennis, 2016).

Teoria da vinculação

A teoria da vinculação proposta por Bowlby (1969, 1973, 1980) preconiza que as crianças nascem com um conjunto inato de comportamentos, designados por comportamentos de vinculação, que fazem parte do sistema comportamental de vinculação, com o intuito de estabelecer proximidade aos pais ou cuidadores, que se constituem como as figuras de vinculação. Este sistema comportamental de vinculação tem como objetivo proteger o indivíduo contra ameaças, tanto físicas como psicológicas, e regular os afetos,

contribuindo assim para a promoção da segurança e alívio do sofrimento, e permitindo à criança explorar o *self*, os outros e o mundo com confiança (Mikulincer, Shaver, & Pereg, 2003). Apesar de os comportamentos de vinculação apenas serem ativados em situações novas, de *stress* ou perigo, o sistema de vinculação está constantemente ativo, tendo como objetivo monitorizar o ambiente envolvente e a disponibilidade da figura de vinculação. Quando a figura de vinculação é percebida como disponível, constitui uma base segura que permite à criança explorar o meio com confiança e refugiar-se perante a ameaça (Ainsworth & Bowlby, 1991; Mikulincer et al., 2003).

Os comportamentos de vinculação estendem-se desde a infância até à vida adulta (Mikulincer et al., 2003). As situações indutoras de *stress* continuam a despoletar a ativação do sistema comportamental de vinculação no adulto. Porém, na vida adulta, é necessário um acontecimento *stressor* mais forte, uma vez que os adultos tem a capacidade de fixar a figura de vinculação até que a proximidade à mesma seja possível e tem uma maior capacidade regular as emoções, lidar com adversidades e resolver os problemas autonomamente (Mikulincer & Shaver, 2007).

Existem diferenças individuais no funcionamento do sistema comportamental de vinculação. Estas diferenças individuais têm subjacentes as crenças e expectativas formadas sobre si e sobre as suas relações próximas, quer enquanto criança, quer na vida adulta, com base na responsividade, suporte e disponibilidade da(s) figura(s) de vinculação; estas crenças ou representações mentais acerca do *self* e dos outros são também designadas de modelos internos dinâmicos (Hazan & Shaver, 1987; Mikulincer & Shaver, 2007). São os modelos internos dinâmicos que permitem a regulação emocional de forma constante ao longo do tempo e continuam a moldar e guiar os comportamentos, pensamentos e sentimentos nas relações próximas (Mikulincer & Shaver, 2007).

Quando a figura de vinculação se revela consistentemente responsiva e sensível, os indivíduos vão formando representações mentais seguras acerca do *self* e dos outros, ou seja, crenças positivas acerca de si (como digno de ser cuidado) e da capacidade dos outros para tranquilizar em situações de angústia. Estas representações vão influenciar, deste modo, a regulação do afeto. Os indivíduos com representações de vinculação seguras do *self* e dos outros, em situação de ameaça, procuram a proximidade como estratégia

primária de regulação do afeto (Mikulincer & Shaver, 2007; Shaver & Mikulincer, 2007). Estes indivíduos tendem também a utilizar estratégias instrumentais para resolver os problemas e consideram eficaz e vantajoso o apoio dos outros para ajudar a resolução dos mesmos; reconhecem que os seus comportamentos são autossuficientes para diminuir a angústia; tem a capacidade de integrar novas informações e rever as suas crenças erróneas, levando, deste modo a uma maior flexibilidade para adaptar os seus planos às exigências ambientais; e regulam as suas emoções eficazmente, sem precisar de alterar, suprimir ou exagerar as suas emoções, ventilando-as com os outros. Para além disso, estes indivíduos tem a capacidade de refletir sobre os seus estados mentais (Shaver & Mikulincer, 2007).

No contexto da vinculação no adulto, a procura de proximidade não requer necessariamente uma proximidade observável. Pode ser conseguida segurança através da ativação das representações mentais das figuras de vinculação, isto é, através de uma proximidade simbólica. Estas representações podem ocorrer através da reconstituição de interações apoiantes (e.g., memórias de experiências passadas) com as figuras de vinculação ou da imaginação de interações apoiantes (e.g., imaginar que se é amado por deus), constituindo-se fontes simbólicas de proteção, promovendo segurança e ajudando o indivíduo a lidar de forma bem-sucedida com as ameaças (Mikulincer & Shaver, 2007).

Do mesmo modo, também pode ser atingida proteção e segurança através de autorrepresentações (representações mentais do *self*), formadas nas interações repetidas com figuras de vinculação responsivas e disponíveis. Assim, face a uma situação ameaçadora, o indivíduo pode evocar representações mentais do *self* que dependem da maneira como se percecionou e avaliou durante as interações com as figuras de vinculação chave – “self-in-relation-with-a-security-enhancing-attachment” (Mikulincer & Shaver, 2007, p. 35) – como por exemplo criar uma imagem de si como capaz de lidar com perigos ou ameaças durante as interações com a figura de vinculação. Não obstante, o indivíduo pode também interiorizar características da interação com as figuras de vinculação. Assim, se as figuras de vinculação são consistentemente cuidadoras e apoiantes, o indivíduo poderá tratar-se da mesma forma que foi tratado pela figura de vinculação chave – “self-caregiving” (Mikulincer & Shaver, 2007, p. 35).

Ao contrário dos indivíduos com representações seguras de vinculação,

os indivíduos com representações inseguras de vinculação – isto é, com representações negativas acerca do *self* e/ou dos outros – tem uma menor probabilidade de serem capazes de usar representações mentais de experiências prévias positivas (Mikulincer & Shaver, 2007).

As representações inseguras acerca do *self* (representações de vinculação ansiosa) e acerca dos outros (representações de vinculação evitante) desenvolvem-se se as experiências prévias com as figuras de vinculação são marcadas por inconsistência ou rejeição, respetivamente. Os indivíduos com modelos internos dinâmicos negativos acerca do valor e aceitabilidade do *self* (vinculação ansiosa), preocupam-se em ser rejeitados. Neste caso, existe a perceção de que são incapazes de lidar com as ameaças de forma autónoma, levando ao desenvolvimento de estratégias secundárias desadaptativas de regulação emocional – designadas de hiperativação. Estas estratégias consistem no exagero da estratégia primária, isto é, uma monitorização intensa do comportamentos da figura de vinculação e esforços para estabelecer contacto, atenção e cuidados por parte da mesma, enfatizando a necessidade de ajuda. Habitualmente estes indivíduos tendem a ampliar a ameaça (catastrofização), ruminar acerca da mesma, realçar as suas vulnerabilidades pessoais, preocupar-se com o sofrimento e com a figura de vinculação e queixar-se excessivamente, com o objetivo de garantir disponibilidade e o cuidado do outro (Mikulincer & Shaver, 2007; Mikulincer et al., 2003; Shaver & Mikulincer, 2002, 2007).

Pelo contrário, os indivíduos com modelos internos dinâmicos negativos sobre os outros (vinculação evitante), consideram difícil e perigoso estar emocionalmente próximo do outro e veem a estratégia primária de vinculação (procura de proximidade) como potencialmente humilhante, usando, por isso, estratégias secundárias desadaptativas de regulação emocional, designadas por desativação. Estas estratégias caracterizam-se habitualmente pela restrição ou inibição da expressão emocional e preferência pela independência comportamental e distância emocional, lidando com o mal-estar de forma autónoma (Mikulincer & Shaver, 2007; Mikulincer et al., 2003; Shaver & Mikulincer, 2002, 2007). Como tal, estes indivíduos tendem a desvalorizar a ameaça sentida e a suprimir ou evitar pensamentos, não só sobre a experiência ameaçadora, como também acerca da necessidade de proteção, impedindo, desta forma, o encorajamento da proximidade à figura de vinculação (Mikulincer & Shaver, 2007). Sendo assim, a forma como os

indivíduos com representações de vinculação insegura lidam com os acontecimentos pode ser influenciada pelas estratégias secundárias que utilizam.

Neste trabalho, procuraremos aprofundar o conhecimento existente acerca da relação entre representações de vinculação e sintomatologia depressiva e ansiosa no período pós-parto, através do estudo intitulado: “Dificuldades de regulação emocional: o seu papel na explicação da relação entre representações de vinculação e sintomatologia depressiva e ansiosa no período pós-parto”.

Dificuldades de regulação emocional: O seu papel na explicação da relação entre representações de vinculação e sintomatologia depressiva e ansiosa no período pós-parto

I – Enquadramento conceptual

As perturbações emocionais no período pós-parto são um problema de saúde pública importante, devido à multiplicidade de consequências negativas para a mãe, para a criança e para a interação mãe-filho, manifestadas a curto e a longo prazo. A depressão pós-parto [DPP] é uma condição clínica prevalente, com estimativas de prevalência de 13% em diversos países (O'Hara & McCabe, 2013), sendo que, em Portugal, a prevalência estimada é de 13,7 no terceiro mês após o parto (Costa, Pacheco, & Figueiredo, 2006). As mulheres com DPP apresentam maiores problemas de saúde física (Woolhouse, Gartland, Perlen, Donath, & Brown, 2014) e dificuldades na comunicação com o bebé, tanto verbal como visual, assim como uma diminuída responsividade e afetividade, exibindo muitas vezes hostilidade e irritabilidade no contacto com o mesmo (Field, 2010). Para além do impacto que isto pode ter na prestação de cuidados (e.g., a amamentação; Field, 2010), compromete, do mesmo modo, a interação mãe-bebé (Beck, 1995; Murray, Cooper, & Hipwell, 2003), bem como o desenvolvimento cognitivo (Beck, 1998; Grace, Evindar, & Stewart, 2003; Kingston, Tough, & Whitfield, 2012), emocional (Kingston et al., 2012) e comportamental da criança (Grace et al., 2003; Hay, Pawlby, Angold, Harold, & Sharp, 2003). Além disso, as mulheres com DPP são mais vulneráveis a desenvolver episódios depressivos recorrentes (Josefsson & Sydsjö, 2007).

Apesar da sintomatologia depressiva no pós-parto ser substancialmente mais estudada, a sintomatologia ansiosa é uma condição comum, que co-ocorre frequentemente. Uma percentagem significativa de mulheres com sintomatologia depressiva no período pós-parto reporta também sintomas de ansiedade (Austin et al., 2010; Falah-Hassani & Dennis, 2016; Farr, Dietz, O'Hara, Burley, & Ko, 2014), chegando a atingir os 40% em alguns estudos (Austin et al., 2010; Reck et al., 2008). A literatura sugere, ainda, a importância da sintomatologia ansiosa no desenvolvimento de sintomatologia depressiva no pós-parto (Mauri et al., 2010).

Representações de vinculação e sintomatologia clinicamente significativa no período pós-parto

As diferenças individuais da vinculação no adulto tem origem nas experiências precoces e repetidas com as figuras de vinculação e na capacidade de resposta das mesmas (Pietromonaco & Barret, 2000). Como resultado, o indivíduo vai construindo modelos internos dinâmicos. Estes modelos internos dinâmicos consistem em representações mentais que dizem respeito a um conjunto de expectativas e crenças sobre o *self*, sobre os outros significativos e sobre as suas relações próximas (Hazan & Shaver, 1987; Mikulincer & Shaver, 2007; Pietromonaco & Barret, 2000) e influenciam a interpretação, memória e atenção dos indivíduos, guiando as interações e os planos para lidar com as mesmas ao longo da vida (Pietromonaco & Barret, 2000). Perante uma figura de vinculação consistentemente responsiva e sensível, o indivíduo tende a formar representações seguras de vinculação, isto é, modelos internos dinâmicos positivos do *self* e dos outros. No entanto, se a figura de vinculação se revela inconsistente ou rejeitante, representações de vinculação inseguras – modelos internos dinâmicos negativos do *self* e dos outros – podem ser formadas (Shaver & Mikulincer, 2007). Brennan, Clark e Shaver (1998) verificaram a existência de duas dimensões ortogonais subjacentes às representações de vinculação – Ansiedade e Evitamento. Indivíduos com elevados níveis de Ansiedade possuem representações de vinculação inseguras acerca do *self*, que se caracterizam por uma visão negativa acerca do valor e aceitabilidade do *self*. Estes indivíduos possuem um intenso desejo de proximidade e intimidade nas relações e uma preocupação veemente acerca da disponibilidade da figura de vinculação. Por outro lado, indivíduos com elevados níveis de Evitamento possuem representações de vinculação inseguras acerca dos outros, que se caracterizam por uma visão negativa dos outros, sentindo desconforto com a possível proximidade à figura de vinculação. Por este motivo, estes indivíduos optam pela distância, emocional e física (Mikulincer & Shaver, 2007, 2012). Representações de vinculação seguras correspondem a baixas pontuações nas dimensões de Ansiedade e Evitamento (Mikulincer, Shaver & Pereg, 2003). Neste contexto, as interações com figuras de vinculação insensíveis e inconsistentes podem interferir no desenvolvimento de uma base mental estável e segura, resultando em vulnerabilidades que pode levar ao aparecimento de sintomatologia psicopatológica (Mikulincer & Shaver,

2012).

A investigação tem evidenciado que as representações de vinculação são mais salientes/ativadas sob condições *stressantes*, como a parentalidade (Bifulco et al., 2004; Feeney, Alexander, Noller, & Hohaus, 2003; Simpson, Rholes, Campbell, Tran, & Wilson, 2003), podendo afetar o ajustamento emocional das mulheres neste período. Tanto a gravidez, como o período pós-parto focam a atenção da mulher e conduzem os seus pensamentos especificamente para as questões de vinculação. Ou seja, mesmo que a mulher viva uma gravidez saudável, esta experiência pode tornar-se *stressante* se as suas representações de vinculação forem mais inseguras, levando ao aumento do risco de sintomatologia depressiva no período pós-parto (Monk, Leight, & Fang, 2008). Se, por um lado, as representações de vinculação seguras podem tornar menos provável o desenvolvimento de sintomatologia psicopatológica (Safford, Alloy, Grossfield, Morocco, & Wang, 2004), por outro lado, as representações de vinculação mais inseguras constituem-se como um dos principais preditores de sintomatologia depressiva no período pós-parto, sendo que as representações de vinculação inseguras acerca do *self* mostram-se mais fortemente associadas à sintomatologia depressiva, do que as representações de vinculação inseguras acerca dos outros (Bifulco et al., 2004; Ikeda, Hayashi, & Kamibeppu, 2014; Robakis et al., 2016; Simpson et al., 2003; Warfa, Harper, Nicolais, & Bhui, 2014). No contexto da relação conjugal, representações de vinculação mais inseguras acerca do *self*, podem levar a sintomatologia depressiva, na medida em que pode ocorrer um aumento das questões e dúvidas relativamente ao relacionamento conjugal, como dúvidas acerca do amor e compromisso do companheiro e o futuro da relação (Feeney et al., 2003). Efetivamente, mulheres com representações de vinculação mais inseguras, percebem menos apoio na transição para a parentalidade, possuindo crenças negativas quanto à disponibilidade das figuras de suporte (Simpson et al., 2003). Um maior cuidado e apoio do parceiro pode diminuir o efeito negativo que as representações inseguras poderão ter neste período (Fenney et al., 2003).

Apesar da maioria dos estudos apenas se debruçar no efeito das representações de vinculação na sintomatologia depressiva, um estudo recente fornece evidência de que as representações de vinculação mais inseguras estão também associadas a um maior risco de sintomatologia ansiosa no período pós-parto (Nanni & Troisi, 2017). Apesar de existirem outros estudos que se

debruçam sobre a relação entre representações de vinculação e sintomatologia ansiosa (Colonnesi et al., 2011; Lee & Hankin, 2009; Safford et al., 2004), estes focam-se noutra população-alvo (crianças, adolescentes e jovens adultos), sendo necessário, por isso, investigar se a relação entre estas duas variáveis se verifica em mulheres no período pós-parto.

A regulação emocional

Desde a década de 80, o termo regulação emocional tem sido alvo de crescente atenção na literatura (Gross, 1999). A regulação emocional é definida por Gross (1998) como o conjunto de “processos pelos quais os indivíduos influenciam as emoções que têm, quando as têm e como experienciam e expressam essas emoções” (p. 275). São as emoções que facilitam a tomada de decisão, motivam a aprendizagem, adequam o estilo cognitivo a cada situação e às suas exigências, facultam informações essenciais acerca das intenções comportamentais dos outros, entre outras funções (Gross, 1999), influenciando o modo como o indivíduo responde às oportunidades e desafios (Gross, 2002). Os processos de regulação emocional compreendem um conjunto de estratégias utilizadas para manter, diminuir ou aumentar um ou mais componentes de uma determinada resposta emocional, podendo ocorrer nas várias fases do processamento emocional (Gross, 1999).

Outros autores, como Gratz e Roemer (2004), propõe uma definição multidimensional, segundo a qual a regulação emocional envolve a consciência, compreensão e aceitação das dos estados emocionais, assim como a utilização de estratégias de regulação emocional flexíveis e apropriadas e a competência no controlo dos comportamentos impulsivos, de maneira a que o indivíduo atinja os seus objetivos e exigências situacionais. De acordo com os autores, a utilização de estratégias de regulação emocional ineficazes e limitadas, a não aceitação das experiências emocionais, a falta de consciência e clareza emocional, a dificuldade de controlo dos impulsos e em agir de acordo com os objetivos pode indicar dificuldades de regulação emocional ou desregulação emocional.

Representações de vinculação e regulação emocional

A teoria da vinculação tem sido, ao longo dos anos, uma base para compreender a regulação emocional (Mikulincer et al., 2003). É através da qualidade das relações precoces com as figuras de vinculação que os

indivíduos aprendem formas de regular as suas emoções. Indivíduos com representações de vinculação seguras, perante um acontecimento ameaçador, usam estratégias adaptativas de regulação emocional como a procura da proximidade (observável, simbólica ou através de autorrepresentações; Mikulincer & Shaver, 2007; Mikulincer et al., 2003; Morris, Silk, Steinberg, Myers, & Robinson, 2007; Shaver & Mikulincer, 2002, 2007). Por outro lado, os indivíduos com representações de vinculação mais inseguras utilizam estratégias secundárias desadaptativas de regulação emocional: a desativação e a hiperativação do sistema comportamental de vinculação.

Os adultos com representações de vinculação mais inseguras acerca do *self* utilizam estratégias de hiperativação, que se caracterizam pela intensificação da resposta aos estados emocionais e esforço para estabelecer contacto, atenção e cuidados por parte da figura de vinculação. Habitualmente as estratégias de hiperativação também incluem a catastrofização na avaliação da ameaça, o reforço das suas vulnerabilidades pessoais, bem como preocupação, queixas excessivas e ruminação sobre ameaças potenciais e reais. Neste caso, os indivíduos utilizam estas estratégias com o intuito de suscitar para si uma maior atenção por parte dos outros e garantir a sua disponibilidade (Mikulincer & Shaver, 2007, 2012; Mikulincer et al., 2003; Shaver & Mikulincer, 2002, 2007). Por sua vez, os adultos com representações de vinculação mais inseguras acerca dos outros utilizam estratégias de desativação, que se traduzem habitualmente na supressão e rejeição dos estados emocionais perante situações *stressantes*. Estes indivíduos preferem lidar com o mal-estar de forma autónoma, evitando muitas vezes prestar atenção às suas emoções, pensamentos ou vulnerabilidades pessoais, que possam encorajar a proximidade à figura de vinculação. Para isso, desvalorizam o grau de ameaça sentida e enfatizam a sua autoeficácia e autoconfiança (Mikulincer & Shaver, 2007, 2012; Mikulincer et al., 2003; Shaver & Mikulincer, 2002, 2007).

Recentemente, a literatura tem mostrado que representações de vinculação mais seguras estão associadas a menores dificuldades de regulação emocional (Pickard, Caputi, & Grenyer, 2016), sendo que os indivíduos com estas representações tem uma maior capacidade de dirigir os seus comportamentos para objetivos e controlar comportamentos impulsivos quando experienciam emoções negativas, maior confiança na sua capacidade de gerir as emoções e maior capacidade para reconhecer, aceitar e distinguir

as suas emoções (Marganska, Gallagher, & Miranda, 2013). Contrariamente, representações de vinculação mais inseguras estão associadas a dificuldades de regulação emocional (Pickard et al., 2016). Enquanto os indivíduos com representações mais inseguras dos outros tendem a apresentar maiores dificuldades em aceitar emoções negativas, os indivíduos com representações de vinculação mais inseguras acerca do *self* tendem a apresentar maior dificuldade em controlar o comportamento impulsivo na presença de emoções negativas e em empregar estratégias de regulação emocional eficazes (Marganska et al., 2013). No entanto, é importante salientar que estas investigações foram realizadas na população geral e nenhum estudo até ao momento se focou na população perinatal, pelo que se mostra relevante conhecer as estratégias de regulação emocional nesta população específica.

Regulação emocional e sintomatologia clinicamente significativa no pós-parto

A experiência de maternidade tem associada um conjunto de emoções negativas e positivas (Haga et al., 2012) e as estratégias de regulação emocional que a mulher utiliza para lidar com essas emoções podem influenciar o seu bem-estar no período pós-parto (Haga et al., 2012). Apesar dos estudos na população perinatal serem escassos, Haga et al. (2012), num estudo com mulheres no período pós-parto, encontraram uma relação significativa entre algumas estratégias cognitivas de regulação emocional e a ocorrência de sintomatologia depressiva. Especificamente, os autores verificaram que as mulheres com sintomatologia depressiva utilizavam mais frequentemente estratégias cognitivas de regulação emocional, como a culpabilização (ter pensamentos de culpa pelo que acontecia na sua vida), a ruminação (ruminar acerca dos seus pensamentos e sentimentos associados a um evento negativo) e a catastrofização (pensar recorrentemente acerca de como o evento foi terrível). Em contrapartida, as mulheres que não experienciavam sintomatologia depressiva utilizavam a reavaliação (dar um significado positivo aos acontecimentos) e o planeamento (concentrar-se essencialmente nas formas de lidar com o evento negativo) como principais estratégias de regulação emocional. Contudo, as estratégias de regulação emocional mais utilizadas pelas mulheres no período pós-parto para lidar com a diversidade emocional que caracteriza esta fase, bem como a relação entre as estratégias de regulação emocional e sintomatologia depressiva e ansiosa

neste período são ainda pouco estudadas.

Relativamente à população em geral, está corroborada na literatura a relação entre dificuldades de regulação emocional e psicopatologia (Coutinho, Ribeiro, Ferreirinha, & Dias, 2010), sendo que as perturbações de humor (e.g., ansiedade e depressão) se encontram mais relacionadas com dificuldades de regulação emocional do que perturbações de externalização (Aldao, Nolen-Hoelsema, & Schweizer, 2010). Segundo Aldao et al. (2010), certas estratégias de regulação emocional consideradas desadaptativas (e.g., ruminação, evitamento das experiências psicológicas) podem estar mais ligados à psicopatologia do que a aceitação e reavaliação, consideradas estratégias adaptativas de regulação emocional. A investigação com a população em geral denotou ainda uma associação positiva entre dificuldades na regulação emocional e sintomatologia ansiosa (Kashdan, Zvolensky, & McLeish, 2008) e depressiva (Pickard et al., 2016), sendo que particularmente o acesso limitado a estratégias de regulação emocional e a não aceitação das emoções negativas se mostraram positivamente relacionados com sintomatologia depressiva (Kashdan et al., 2008).

O papel mediador da regulação emocional na relação entre representações de vinculação e sintomatologia clinicamente significativa

Vários estudos têm procurado conhecer os mecanismos envolvidos na relação entre representações de vinculação e sintomatologia clinicamente significativa, sendo um desses mecanismos a regulação emocional. Tem sido evidenciada na literatura uma relação positiva entre representações de vinculação inseguras, dificuldades na regulação emocional e sintomas depressivos em adultos, apesar da magnitude da associação ser variável nos diferentes estudos (Malik, Wells, & Wittkowski, 2015). As estratégias de hiperativação (e.g., reatividade emocional) tem mediado consistentemente a relação entre representações de vinculação acerca do *self* e sintomatologia depressiva (Malik et al., 2015; Wei, Vogel, Ku, & Zakalik, 2005) e ansiosa (Wei et al., 2005), ao contrário da relação entre representações de vinculação acerca dos outros e sintomatologia depressiva e ansiosa, que tem sido particularmente mediada por estratégias de desativação (i.e., supressão emocional; Wei et al., 2005).

Marganska et al. (2013), numa amostra de 284 adultos da população em

geral, mostraram que as representações de vinculação inseguras estavam relacionadas a uma maior desregulação emocional que, por sua vez, estava associada a sintomas de depressão e ansiedade generalizada. O acesso limitado a estratégias de regulação emocional, a incapacidade de controlar comportamento impulsivo quando experiencia emoções negativas e a não aceitação das emoções negativas mediarão a relação entre as representações de vinculação insegura e sintomas depressivos e de ansiedade generalizada.

Apesar de a literatura apontar para o papel mediador da regulação emocional na relação entre representações vinculação e sintomatologia psicopatológica (ansiosa e depressiva) na população em geral, não se conhece se a regulação emocional se constitui um mecanismo explicativo na relação entre representações de vinculação e sintomatologia psicopatológica no período pós-parto.

O presente estudo

Além de no período pós-parto as representações de vinculação se encontrarem mais evidentes (Bifulco et al., 2004), esta fase envolve uma série de mudanças e desafios, do ponto de vista físico (e.g., recuperação física do parto e as exigências que o cuidado do bebê implica, muitas vezes sem a ajuda de que precisa) e ponto de vista emocional, como o conflito entre as emoções positivas esperadas e as emoções realmente experienciadas (Yim, Tanner Stapleton, Guardino, Hahn-Holbrook, & Dunkel Schetter, 2015). A privação de sono, tristeza, labilidade ou ansiedade podem tornar-se frequentes, sendo que as estratégias de regulação emocional que a mulher utiliza para lidar com essas emoções, tem impacto no seu bem-estar emocional e no bem-estar do bebê (Haga et al., 2012). Neste sentido, torna-se importante conhecer as dificuldades de regulação emocional utilizadas pelas mulheres neste período e compreender os mecanismos que influenciam as dificuldades de regulação emocional e o seu impacto na adaptação (sintomatologia ansiosa e depressiva) a esta fase.

Além disso, no período pós-parto em particular, o número de estudos que se debruça sobre a sintomatologia depressiva é consideravelmente superior por comparação à sintomatologia ansiosa (Ross & McLean, 2006), sendo importante compreender também os mecanismos de influência da sintomatologia ansiosa, uma vez que as duas sintomatologias coocorrem frequentemente.

Face a isto, o presente estudo tem como objetivos: (a) caracterizar e comparar as representações de vinculação e as dificuldades de regulação emocional nas mulheres com e sem sintomatologia ansiosa e depressiva clinicamente significativa no pós-parto; (b) examinar a relação entre representações de vinculação, dificuldades de regulação emocional e a sintomatologia ansiosa e depressiva no período pós-parto e (c) examinar os efeitos diretos e indiretos, através das dificuldades de regulação emocional, da relação entre representações de vinculação e sintomatologia depressiva e ansiosa no período pós-parto.

II - Metodologia

Procedimento

O presente estudo é caracterizado por ser um estudo quantitativo, transversal e correlacional, com método de amostragem não probabilístico. Foi integrado no projeto de investigação “*Preventing persistent postpartum depression through ehealth interventions*”, aprovado pela Comissão de Ética da Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade de Coimbra. Foram considerados critérios de inclusão para participação no estudo: (i) ser mulher (ii); encontrar-se no período pós-natal (até 12 meses após o parto); (iii) ter idade igual ou superior a 18 anos.

A recolha da amostra realizou-se entre Dezembro de 2016 e Março de 2017. Os dados foram recolhidos *online*, com recurso a uma *survey* alojada no servidor *LimeSurvey*®. O recrutamento das participantes do estudo ocorreu presencialmente e *online*. No recrutamento presencial, as mulheres que se encontravam no puerpério da Maternidade Daniel de Matos foram consecutivamente contactadas pelos investigadores do estudo, tendo-lhes sido apresentado o estudo, objetivos, questões de ética (anonimato e confidencialidade), ao qual se seguiu o convite para participar no mesmo. Às mulheres que aceitaram participar no estudo, foi pedido o contacto de *email* para posteriormente (cerca de um mês após o nascimento do seu bebé) enviar o *weblink* de acesso ao questionário. Também foram distribuídos panfletos em farmácias e centros de saúde com a divulgação do estudo. No recrutamento *online*, foi realizada a divulgação do estudo através de anúncios em *websites* dedicados ao tema da gravidez e da maternidade e em anúncios nas redes sociais, onde era disponibilizado o *weblink* de acesso ao questionário. Em

ambos os formatos de recrutamento, após aceder ao *weblink* do questionário, as participantes foram informadas na primeira página do protocolo acerca dos objetivos do estudo, responsáveis pelo mesmo, critérios de inclusão e papel dos investigadores e dos participantes. Após dar o seu consentimento para participar no estudo (respondendo *sim* à pergunta “Aceita participar neste estudo?”), as participantes eram reencaminhadas para o protocolo de avaliação, que demorou cerca de 20 minutos a completar.

Participantes

A amostra foi constituída por 450 mulheres no período pós-parto. As principais características sociodemográficas e clínicas das participantes apresentam-se na Tabela 1.

Quadro 1

Características sociodemográficas e clínicas da amostra (n = 450)

	M (DP); min-máx
Idade	31,14 anos (4,57); 18-44
Idade do bebé	4,83 meses (3,26); 0-12
	N (%)
Estado civil	
Solteira	56 (12,4)
Casada/ Em união de facto	388 (86,2)
Separada/ Divorciada	6 (1,3)
Escolaridade	
5 ^o -6 ^o anos (2 ^o ciclo do ensino básico)	4 (0,9)
7 ^o -9 ^o anos (3 ^o ciclo do ensino básico)	22 (4,9)
10 ^o -12 ^o anos (ensino secundário)	117 (26,0)
Licenciatura (ensino universitário)	208 (46,2)
Mestrado	86 (19,1)
Doutoramento	13 (2,9)
Situação profissional *	
Empregada	325 (73,5)
Desempregada	112 (25,3)
Estudante	5 (1,1)
Rendimento	
Menos de 500€	20 (4,4)
500€ a 1000€	127 (28,2)
1000€ a 2000€	185 (41,1)
2000€ a 3500€	85 (18,9)
Mais de 3500€	33 (7,3)
Residência	
Meio rural	116 (25,8)
Meio urbano	334 (74,2)

História psiquiátrica, neurológica ou psicológica	
Sim	158 (35,1)
Não	292 (64,9)
Paridade (outros filhos)	
Sim	136 (30,2)
Não	314 (69,8)

* Esta variável inclui *missings*

Instrumentos

O protocolo contém um conjunto de instrumentos de autoadministração, nomeadamente o Questionário sociodemográfico e clínico; Experiências em Relações Próximas – Estruturas Relacionais; Escala de Dificuldades de Regulação Emocional; Escala de Depressão Pós-Parto de Edimburgo e Escala de Ansiedade e Depressão Hospitalar.

Questionário sociodemográfico e clínico: Este questionário avalia um conjunto de informação sociodemográfica, como idade, estado civil, habilitações literárias, situação profissional, área de residência, rendimento, e informação clínica, relativas à gravidez, idade do bebé, paridade, e história psiquiátrica, neurológica ou psicológica.

Experiências em Relações Próximas – Estruturas Relacionais (Experience in Close Relationships – Relationship Structure Questionnaire – ECR-RS; Fraley, Heffernan, Vicary, & Brumbaugh, 2011; Versão Portuguesa de Moreira, Martins, Gouveia, & Canavarro, 2014). Este instrumento de autorresposta é composto por 9 itens, que avaliam as dimensões de Ansiedade (3 itens; e.g., “Para mim é fácil confiar nas pessoas”) e Evitamento (6 itens; e.g., “Tenho medo que as pessoas me possam abandonar”) da vinculação, tendo como referência as relações próximas do indivíduo (e.g., mãe, pai, ou figura materna e paterna, melhores amigos, companheiro). Cada item é respondido numa escala *likert* de 7 pontos, variando de 1 (*discordo fortemente*) a 7 (*concordo fortemente*). A pontuação das suas dimensões é calculada através dos itens que a compõe. A pontuação total pode variar entre 9 e 63. Resultados mais elevados nas dimensões de Ansiedade e Evitamento são indicativos, respetivamente de representações de vinculação mais inseguras acerca do *self* e dos outros. A versão portuguesa da ECR-RS é um instrumento robusto, apresentando fiabilidade e validade de construto

adequadas (Moreira et al., 2014). Na nossa amostra, o valor de alfa de Cronbach foi de .89 para a subescala de Ansiedade e de .82 para a subescala de Evitamento.

Escala de Dificuldades de Regulação Emocional (Difficulties in Emotion Regulation Scale – DERS; Gratz & Romer, 2004; Versão Portuguesa de Coutinho et al., 2010). A DERS é um instrumento constituído por 36 itens, respondidos numa escala *likert* de 5 pontos, que varia de 1 (*quase nunca se aplica a mim*) ao 5 (*aplica-se quase sempre a mim*), que pretendem avaliar os níveis de desregulação emocional em seis diferentes domínios: Estratégias (8 itens; acesso limitado às estratégias de regulação emocional que são percebidas como efetivas, e.g., “Quando estou em baixo, penso que vou acabar por me sentir muito deprimido”); Não Aceitação (6 itens; não aceitação das respostas emocionais negativas, e.g., “Quando estou em baixo, fico irritado comigo próprio por me sentir assim”); Consciência (6 itens; falta de consciência emocional, e.g., “Presto atenção a como me sinto”), Impulsos (6 itens; Dificuldades em controlar comportamento impulsivo quando experiencia emoções negativas, e.g., “Quando estou em baixo, fico fora de controlo”), Objetivos (5 itens; Incapacidade de se envolver em comportamentos dirigidos por objetivos quando experiencia emoções negativas, e.g., “Quando estou em baixo, tenho dificuldade em realizar tarefas”) e Clareza (5 itens; falta de clareza emocional, e.g., “estou confuso sobre como me sinto”; Coutinho et al., 2010). Pontuações mais elevadas indicam maiores dificuldades na regulação emocional. No que diz respeito às suas qualidades psicométricas, a versão portuguesa possui boa consistência interna ($\alpha = .93$) e validade de construto e preditiva adequada (Coutinho et al., 2010). No presente estudo, os alfas de Cronbach variam entre .81 (Consciência) e .90 (Estratégias).

Escala de Depressão Pós-Parto de Edimburgo (Edinburg Postnatal Depression Scale – EPDS; Cox, Holden, & Sagovsky, 1987; Versão Portuguesa de Areias, Kumar, Barros, & Figueiredo, 1996). Escala de autorresposta que avalia tanto a presença como intensidade de sintomatologia depressiva (e.g., “tenho-me sentido tão infeliz que choro: *sim, quase sempre/.../ não, nunca*”) nos sete dias que antecedem o seu preenchimento. É composta por 10 itens, respondidos numa escala de 4 pontos (0 a 3). Uma

pontuação superior a 9 é indicativa da presença de sintomatologia clinicamente significativa (Figueiredo, 1997). Pontuações mais elevadas indicam mais sintomatologia depressiva. A versão portuguesa desta escala apresenta boas características psicométricas (Areias et al., 1996). Os valor de alfa de Cronbach para a nossa amostra foi de .90.

Escala de Ansiedade e Depressão Hospitalar (Hospital Anxiety and Depression Scale – HADS; Zigmund & Snaith, 1983; Versão Portuguesa de Pais-Ribeiro et al., 2007). Esta escala é composta por 14 itens, respondidos numa escala de 4 pontos (0 a 3), que pretendem avaliar a presença de sintomatologia ansiosa e depressiva na semana anterior ao seu preenchimento (e.g., “sinto-me tenso(a) ou nervoso(a): *quase sempre/.../ nunca*”). A HADS engloba duas subescalas, Ansiedade e Depressão, cada uma constituída por sete itens. O presente estudo apenas se foca na dimensão de Ansiedade. O resultado da subescala de Ansiedade pode variar de 0 a 21 pontos, sendo que uma pontuação superior a 8 é merecedora de atenção clínica e uma pontuação igual ou superior a 11 pontos é indicativa da presença de sintomatologia ansiosa clinicamente significativa. Pontuações mais altas significam mais sintomatologia ansiosa. No que diz respeito às qualidades psicométricas da escala, a versão portuguesa mostrou ser válida e consistente ($\alpha = 0,76$; Pais-Ribeiro et al., 2007). Na nossa amostra, o valor de alfa de Cronbach foi de .86.

Análises Estatísticas

As análises estatísticas de dados foram realizadas com o *Software Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS, versão 22). Foram calculadas estatísticas descritivas para efeitos de caracterização sociodemográfica e clínica da amostra, bem como para descrever a frequência de mulheres com sintomatologia clinicamente significativa. Testes de qui-quadrado (para variáveis categoriais) e testes *t* de *student* (para variáveis contínuas) foram realizados para investigar diferenças entre os grupos (com e sem sintomatologia clinicamente significativa) relativamente às características sociodemográficas e clínicas. Posteriormente, foram realizadas duas MANCOVAs para caracterizar e comparar, respetivamente, as representações de vinculação e as estratégias de regulação emocional nas mulheres com e sem sintomatologia ansiosa e depressiva pós-parto, seguida de testes univariados e testes *post-hoc* para esclarecer a natureza das

diferenças encontradas. Foram introduzidas como covariáveis as variáveis sociodemográficas e clínicas que se demonstraram significativas nos testes de qui-quadrado.

Para examinar as correlações entre as variáveis em estudo e as características sociodemográficas e clínicas (com o objetivo de identificar possíveis variáveis que devessem ser incluídas como covariáveis nos modelos de mediação), recorreu-se ao coeficiente de correlação de *Pearson*. Para isso, foi necessário codificar em variáveis *dummy* as seguintes variáveis: situação profissional, estado civil, meio de residência e paridade. Os valores da magnitude das correlações foram interpretados de acordo com a classificação proposta por Cohen (1988; i.e., correlações baixas para valores próximos de .10, correlações moderadas para valores perto de .30 e correlações elevadas para valores iguais ou superiores a .50).

De seguida, através da macro do SPSS PROCESS (Hayes, 2013) foram realizadas análises de mediação para estimar os efeitos diretos e indiretos da relação entre representações de vinculação e sintomatologia depressiva e ansiosa, através das dificuldades de regulação emocional. Foram estimados dois modelos de mediação, um considerando a sintomatologia depressiva como variável dependente e outro considerando a sintomatologia ansiosa como variável dependente. Foi utilizado o modelo 4 (mediação), com duas variáveis independentes (dimensões Ansiedade-vinc e Evitamento-vinc das representações de vinculação), seis variáveis mediadoras (domínios da escala de dificuldades de regulação emocional – Estratégias, Não aceitação, Clareza, Consciência, Impulsos e Objetivos) e duas variáveis dependentes (sintomatologia depressiva e sintomatologia ansiosa). Um procedimento de *Bootstrapping* (10.000 amostras) foi utilizado para testar os efeitos indiretos incondicionais. O *Bootstrapping* é um procedimento de reamostragem não paramétrico, que cria intervalos de confiança BCs (95% bias-corrected and accelerated confidence intervals) do efeito indireto. Um efeito indireto é considerado significativo se o zero não estiver contido no intervalo de confiança. Como forma de controlar o seu efeito, introduziram-se como covariáveis no modelo as variáveis sociodemográficas significativamente correlacionadas com as variáveis dependentes.

III - Resultados

Sintomatologia depressiva e ansiosa clinicamente significativa

Da presente amostra de 450 mulheres, 66% ($n = 297$) não relataram sintomatologia depressiva ou ansiosa clinicamente significativa (Grupo sem sintomatologia), 22.4% ($n = 101$) revelaram sintomatologia depressiva (Grupo com sintomatologia depressiva), apenas 0.2% ($n = 1$) relataram sintomatologia ansiosa e 11.3% ($n = 51$) reportaram sintomatologia depressiva e ansiosa clinicamente significativa (Grupo com sintomatologia comórbida).

O teste de qui-quadrado revelou que os três grupos (sem sintomatologia, com sintomatologia depressiva e com sintomatologia comórbida) são semelhantes nas suas características sociodemográficas e clínicas, à exceção da situação profissional ($\chi^2 = 13.56$, $p = .009$; em que 79.1% [$n = 231$] das mulheres sem sintomatologia estão empregadas vs. 62.6% [$n = 62$] das mulheres com sintomatologia depressiva vs. 64% [$n = 32$] das mulheres com sintomatologia comórbida) e do rendimento ($\chi^2 = 15.56$, $p = .049$; em que 71,8% [$n = 213$] das mulheres sem sintomatologia tem um rendimento superior a 1000€ vs. 61.4% [$n = 61$] das mulheres com sintomatologia depressiva vs. 53% [$n = 27$] das mulheres com sintomatologia comórbida).

Representações de vinculação e dificuldades de regulação emocional: Semelhanças e diferenças em mulheres com e sem sintomatologia clinicamente significativa

A Tabela 2 apresenta as estatísticas descritivas das representações de vinculação (Ansiedade-vinc e Evitamento-vinc), para mulheres sem sintomatologia, com sintomatologia depressiva e com sintomatologia comórbida. Foi encontrado um efeito multivariado significativo do grupo no que respeita às representações de vinculação (λ de Wilks = 0.767, $F_{(4, 870)} = 30,818$, $p < .001$, $\eta^2 = .12$), que se verifica na Ansiedade-vinc e Evitamento-vinc. A análise dos testes *post-hoc* mostrou que, para a Ansiedade-vinc, existem diferenças significativas em todos os grupos (sem sintomatologia, com sintomatologia depressiva e com sintomatologia comórbida), sendo que as mulheres sem sintomatologia tem níveis mais baixos de Ansiedade-vinc ($p < .001$) do que as mulheres com sintomatologia depressiva que, por sua vez, apresentam níveis mais baixos ($p < .01$) do que as mulheres com sintomatologia comórbida. Para o Evitamento-vinc, as mulheres sem

sintomatologia tem níveis significativamente mais baixos de Evitamento-vincido que os restantes grupos ($p < .001$), contudo não há diferenças estatisticamente significativas entre as mulheres com sintomatologia depressiva e as mulheres com sintomatologia comórbida. Com base na análise das médias, pode ainda verificar-se que as mulheres tendem a apresentar pontuações mais elevadas na dimensão Ansiedade-vinc, e que esta diferença parece ser maior nas mulheres com sintomatologia clinicamente significativa comórbida.

Quadro 2

Comparação das representações de vinculação, em função da presença ou ausência de sintomatologia

	Sem sintomatologia ($n = 292$)	Com sintomatologia depressiva ($n = 99$)	Com sintomatologia comórbida ($n = 50$)		
	M (DP)	M (DP)	M (DP)	F	η^2
Ansiedade-vinc	2.93 (1.66)	4.32 (1.67)	5.40 (1.58)	55.97***	.20
Evitamento- vinc	2.74 (1.07)	3.43 (1.27)	3.75 (1.16)	21.01***	.09

*** $p < .001$.

A Tabela 3 apresenta as estatísticas descritivas dos domínios de dificuldades de regulação emocional, para mulheres sem sintomatologia, com sintomatologia depressiva e com sintomatologia comórbida. Verificou-se, também, um efeito multivariado do grupo (λ de Wilks = 0.490, $F_{(12, 862)} = 30,755$, $p < .001$, $\eta^2 = .30$) que se revelou significativo em todos os domínios de dificuldades de regulação emocional. Os testes *post-hoc* mostraram que há diferenças estatisticamente significativas entre os três grupos (sem sintomatologia, com sintomatologia depressiva e com sintomatologia comórbida) em todos os domínios de dificuldades de regulação emocional (i.e., Estratégias, Não Aceitação, Impulsos, Objetivos e Clareza), à exceção do domínio Consciência, no qual não existiram diferenças estatisticamente significativas entre as mulheres com sintomatologia depressiva e as mulheres com sintomatologia comórbida.

Em todos os domínios, à exceção da Consciência, as mulheres com sintomatologia comórbida apresentaram níveis mais altos de dificuldades de regulação emocional do que as mulheres com sintomatologia depressiva ($p < .001$) que, por sua vez, apresentaram níveis mais altos de dificuldades de

regulação emocional do que as mulheres sem sintomatologia ($p < .001$).

Com base na análise das médias, as mulheres com sintomatologia depressiva apresentaram mais dificuldades de regulação emocional nos domínios Objetivos, Consciência e Não Aceitação. Já as mulheres com sintomatologia comórbida apresentaram mais dificuldades de regulação emocional nos domínios Objetivos, Não Aceitação e Estratégias.

Quadro 3

Comparação dos domínios de dificuldades de regulação emocional, em função da presença ou ausência de sintomatologia

	Sem sintomatologia ($n = 292$)	Com sintomatologia depressiva ($n = 99$)	Com sintomatologia comórbida ($n = 50$)		
	M (DP)	M (DP)	M (DP)	<i>F</i>	η^2
Estratégias	1.51 (0.51)	2.25 (0.74)	3.24 (0.96)	175.75***	.45
Não Aceitação	1.76 (0.74)	2.30 (0.88)	3.43 (1.06)	91.54***	.30
Consciência	2.22 (0.74)	2.70 (0.90)	2.94 (0.89)	23.94***	.10
Impulsos	1.50 (0.54)	2.04 (0.81)	2.88 (1.03)	94.31***	.30
Objetivos	1.98 (0.74)	2.75 (0.91)	3.48 (0.97)	89.29***	.29
Clareza	1.45 (0.48)	2.11 (0.71)	2.66 (0.87)	106.78***	.33

*** $p < .001$.

Representações de vinculação, dificuldades de regulação emocional e sintomatologia depressiva e ansiosa pós-parto: Análises preliminares

A Tabela 4 apresenta as correlações entre as variáveis em estudo, bem como as correlações destas variáveis com as variáveis sociodemográficas e clínicas. Tal como é possível observar, as dimensões de Ansiedade-vinc e Evitamento-vinc das representações de vinculação apresentaram correlações positivas moderadas e elevadas com a sintomatologia depressiva e ansiosa. As dimensões de Ansiedade-vinc e Evitamento-vinc das representações de vinculação correlacionaram-se também positiva e moderadamente com todos os domínios de dificuldades de regulação emocional, à exceção do domínio Estratégias, em que a correlação com a Ansiedade-vinc foi positiva e elevada. Por fim, todos os domínios de dificuldades de regulação emocional apresentaram correlações positivas moderadas (domínio Consciência) e elevadas (os restantes domínios) com a sintomatologia depressiva e ansiosa.

Quadro 4

Correlações entre as variáveis em estudo e variáveis sociodemográficas e clínicas

	M (DP)	1.	2.	3.	4.	5.	6.	7.	8.	9.	10.
1. ECR (Ansiedade)	3,54 (1,87)	–									
2. ECR (Evitamento)	3,02 (1,19)	.33**	–								
3. EPDS	7,86 (5,41)	.50**	.41**	–							
4. HADS	5,36 (4,05)	.48**	.35**	.84**	–						
5. DERS (D1)	1,88 (0,85)	.52**	.33**	.69**	.69**	–					
6. DERS (D2)	2,08 (0,97)	.43**	.21**	.57**	.56**	.69**	–				
7. DERS (D3)	2,40 (0,84)	.18**	.32**	.36**	.36**	.29**	.17**	–			
8. DERS (D4)	1,78 (0,81)	.40**	.22**	.56**	.60**	.76**	.56**	.29**	–		
9. DERS (D5)	2,33 (0,95)	.46**	.21**	.55**	.57**	.73**	.55**	.23**	.71**	–	
10. DERS (D6)	1,73 (0,72)	.40**	.35**	.63**	.60**	.63**	.50**	.60**	.53**	.50**	–
11. Idade	31,14 (4,57)	-.08	-.06	-.02	-.03	-.01	.01	-.02	-.03	.04	-.11*
12. Escolaridade	4,86 (0,91)	-.10*	-.21**	-.16**	-.12*	-.04	-.04	-.11*	-.07	.06	-.22**
13. Rendimento	2,96 (0,97)	.15**	-.15**	-.20**	-.18**	-.10*	-.09	-.12*	-.12*	-.03	-.23**
14. Situação Profissional	0,74 (0,44)	-.16**	-.18**	-.18**	-.15**	-.10*	-.06	-.06	-.07	-.11*	-.12**
15. Estado civil	0,86 (0,35)	-.09*	-.01	-.10*	-.07	-.51	-.01	-.05	-.07	-.01	-.11*
16. Meio de Residência	0,26 (0,44)	-.01	-.03	.07	.07	.07	.08	.04	.04	.08	.03
17. Paridade	0,30 (0,46)	-.02	-.01	.04	.07	.00	.02	.01	-.01	-.00	.02

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

Nota. ECR (Ansiedade) = Experiências em Relações Próximas – Estruturas Relacionais (dimensão Ansiedade); ECR (Evitamento) = Experiências em Relações Próximas – Estruturas Relacionais (dimensão Evitamento); EPDS = Escala de Depressão Pós-Parto de Edimburgo; HADS = Escala de Ansiedade e Depressão Hospitalar; DERS (D1) = Escala de Dificuldades de Regulação Emocional (domínio Estratégias); DERS (D2) = Escala de Dificuldades de Regulação Emocional (domínio Não aceitação); DERS (D3) = Escala de Dificuldades de Regulação Emocional (domínio Consciência); DERS (D4) = Escala de Dificuldades de Regulação Emocional (domínio Impulsos); DERS (D5) = Escala de Dificuldades de Regulação Emocional (domínio Objetivos); DERS (D6) = Escala de Dificuldades de Regulação Emocional (domínio Clareza);

Dificuldades de regulação emocional: O seu papel na explicação da relação entre representações de vinculação e sintomatologia depressiva e ansiosa no período pós-parto
Rita Alexandra Santos Marques (e-mail: ritaxandra@hotmail.com) 2017

Situação Profissional (variável *dummy*, 1 = empregada; 0 = outros); Estado civil (variável *dummy*, 1 = casada; 0 = outros); Meio de Residência (variável *dummy*, 1 = meio rural; 0 = meio urbano); Paridade (variável *dummy*, 1 = sim; 0 = não).

Efeitos diretos e indiretos da relação entre representações de vinculação e sintomatologia depressiva e ansiosa no pós-parto

Antes de se proceder à análise dos efeitos indiretos, foram analisadas as correlações entre as variáveis em estudo e as características sociodemográficas e clínicas (cf. Tabela 4). Foram encontradas correlações estatisticamente significativas entre a sintomatologia depressiva e ansiosa e a escolaridade, situação profissional, rendimento e estado civil. Portanto, estas variáveis foram introduzidas como covariáveis nos modelos de mediação.

Foram testados dois modelos de mediação para analisar os efeitos diretos e indiretos da relação entre representações de vinculação e sintomatologia depressiva e ansiosa, através dos seis domínios de dificuldades de regulação emocional. O modelo que testa os efeitos diretos e indiretos da relação entre representações de vinculação e sintomatologia depressiva é apresentado na Figura 1 e o modelo que testa os efeitos diretos e indiretos da relação entre representações de vinculação e sintomatologia ansiosa é apresentado na Figura 2.

A análise mostrou que a dimensão de Ansiedade-vinc e Evitamento-vinc das representações de vinculação estavam significativamente associadas a quase todos os domínios de dificuldades de regulação emocional. Especificamente a Ansiedade-vinc encontrava-se positiva e significativamente associada a todos os domínios de dificuldades de regulação emocional, à exceção do domínio Consciência, e que o Evitamento-vinc se associou positiva e significativamente a todos os domínios de dificuldades de regulação emocional, à exceção do domínio Não aceitação. As representações de vinculação explicaram entre 12% (domínio Consciência) a 30% (domínio Estratégias) da variância das dificuldades de regulação emocional (cf. Figura 1 e 2). De forma geral, representações de vinculação mais inseguras acerca do *self* e dos outros parecem estar associadas a mais dificuldades de regulação emocional. Além disso, quer as representações de vinculação, quer as dificuldades de regulação emocional se associaram positiva e significativamente à sintomatologia depressiva, explicando 60% da sua variância.

O efeito direto das representações de vinculação (Ansiedade-Vinc e Evitamento-vinc) na sintomatologia depressiva revelou-se significativo, bem como o seu efeito total. Relativamente aos efeitos indiretos, foram encontrados efeitos indiretos entre as dimensões de Ansiedade-vinc e Evitamento-vinc das representações de vinculação e a sintomatologia depressiva. Estes ocorreram através do domínio Estratégias (Ansiedade-vinc: 95%IC = [.210/.632]; Evitamento-vinc: 95%IC = [.110/.476]), do domínio Não Aceitação (Ansiedade: 95%IC = [.056/.289]; Evitamento: 95%IC = [.001/.169]) e do domínio Clareza (Ansiedade-vinc: 95%IC = [.093/.311] Evitamento-vinc: 95%IC = [.088/.405]), mas não ocorreram através do domínio Consciência (Ansiedade-vinc: 95%IC = [-.005/.051]; Evitamento-vinc: 95%IC = [-.055/.167]), do domínio Impulsos (Ansiedade-vinc: 95%IC = [-.104/.129]; Evitamento-vinc: 95%IC = [-.039/.077]) e do domínio Objetivos (Ansiedade-vinc: 95%IC = [-.056/.197]; Evitamento-vinc: 95%IC = [-.010/.111]). Relativamente à dimensão Ansiedade-vinc, a comparação dos efeitos indiretos mostrou que a força dos diferentes efeitos indiretos não foi significativamente diferente. Pelo contrário, a comparação dos efeitos indiretos no que diz respeito à dimensão Evitamento-vinc mostrou que a força do efeito indireto dos domínios Estratégias e Clareza foi superior ao domínio Não Aceitação (Estratégias vs. Não aceitação: 95%IC = [.051/.415]; Estratégias vs. Clareza: 95%IC = [-.179/.293]; Não Aceitação vs. Clareza: 95%IC = [-.348/.011]).

Isto significa que representações mais inseguras acerca do *self* e dos outros parecem estar associadas a um acesso mais limitado a estratégias de regulação emocional que são percebidas como efetivas, a uma maior não aceitação das respostas emocionais negativas e uma maior falta de clareza emocional, que por sua vez se traduzem em mais sintomatologia depressiva.

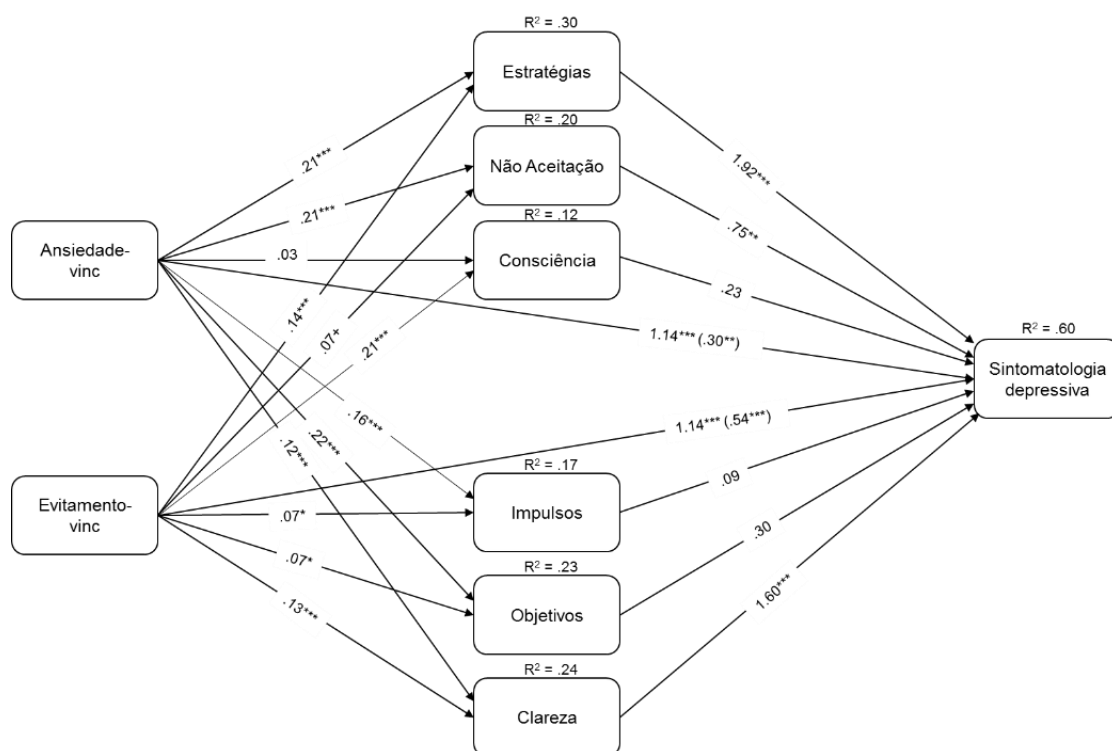


Figura 1. O diagrama estatístico representa os efeitos diretos e indiretos da relação entre representações de vinculação e sintomatologia depressiva, através dos domínios de dificuldades de regulação emocional Estratégias, Não Aceitação, Consciência, Impulsos, Objetivos e Clareza.

Nota. Os valores apresentados nas setas representam coeficientes de regressão não-estandardizados. Nas setas que ligam as representações de vinculação à sintomatologia depressiva, os valores fora de parêntesis representam o efeito total das representações de vinculação na sintomatologia depressiva, e os valores entre parêntesis representam o efeito direto entre as representações de vinculação e sintomatologia depressiva, após a inclusão dos mediadores.

+ $p < .10$; * $p < .05$; ** $p < .01$; *** $p < .001$.

No que diz respeito à sintomatologia ansiosa (cf. Figura 2), o efeito direto da Ansiedade-vinc das representações de vinculação revelou-se significativo. Pelo contrário, o efeito direto da dimensão Evitamento-vinc das representações de vinculação na sintomatologia ansiosa não se revelou significativo. Ou seja, as representações de vinculação acerca dos outros não influenciam diretamente a sintomatologia ansiosa; a sua influência ocorre apenas indiretamente, através das dificuldades de regulação emocional. O efeito total das representações de vinculação (Ansiedade-vinc e Evitamento-

vinc) foi significativo.

Em relação aos efeitos indiretos, foram encontrados efeitos indiretos entre as dimensões de Ansiedade-vinc e Evitamento-vinc das representações de vinculação e a sintomatologia ansiosa. Estes ocorreram através do domínio Estratégias (Ansiedade-vinc: 95%IC = [.106/.438]; Evitamento-vinc: 95%IC = [.060/.344]), do domínio Não Aceitação (Ansiedade: 95%IC = [.043/.222]; Evitamento: 95%IC = [.003/.121]) e do domínio Clareza (Ansiedade-vinc: 95%IC = [.023/.200] Evitamento-vinc: 95%IC = [.025/.243]), mas não ocorreram através do domínio Consciência (Ansiedade-vinc: 95%IC = [-.002/.048]; Evitamento-vinc: 95%IC = [-.009/.166]), do domínio Impulsos (Ansiedade-vinc: 95%IC = [-.006/.187]; Evitamento-vinc: 95%IC = [-.002/.117]) e do domínio Objetivos (Ansiedade-vinc: 95%IC = [-.030/.163]; Evitamento-vinc: 95%IC = [-.005/.092]). Relativamente à dimensão Ansiedade-vinc, a comparação dos diferentes efeitos indiretos mostrou que a força dos efeitos indiretos não foi significativamente diferente. No entanto, a comparação dos efeitos indiretos no que diz respeito à dimensão Evitamento-vinc mostrou que a força do efeito indireto da dimensão Estratégias é superior à dimensão Não Aceitação e à dimensão Clareza (Estratégias vs. Não Aceitação: 95%IC = [.008/.298]; Estratégias vs. Clareza: 95%IC = [-.118/.274]; Não Aceitação vs. Clareza: 95%IC = [-.202/.046]).

Isto significa que representações mais inseguras acerca do *self* e dos outros parecem estar associadas a um acesso mais limitado a estratégias de regulação emocional que são percebidas como efetivas, a uma maior não aceitação das respostas emocionais negativas e uma maior falta de clareza emocional, que por sua vez se traduzem em mais sintomatologia ansiosa.

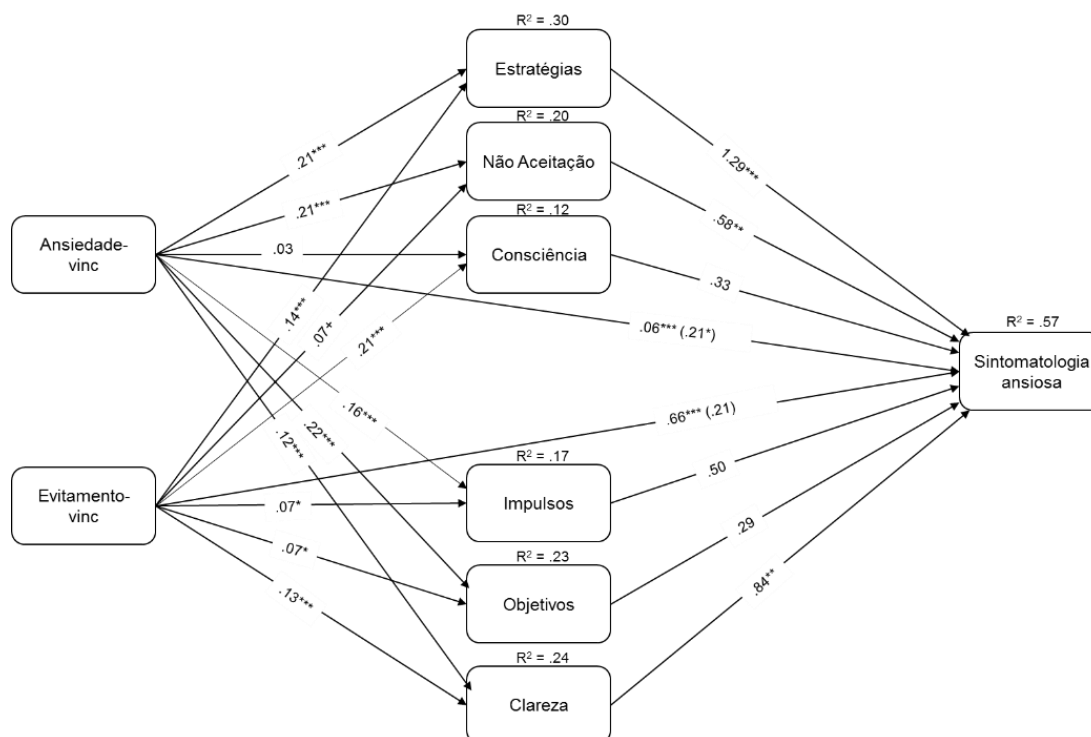


Figura 2. O diagrama estatístico representa os efeitos diretos e indiretos da relação entre representações de vinculação e sintomatologia ansiosa, através dos domínios de dificuldades de regulação emocional Estratégias, Não Aceitação, Consciência, Impulsos, Objetivos e Clareza.

Nota. Os valores apresentados nas setas representam coeficientes de regressão não-estandardizados. Nas setas que ligam as representações de vinculação à sintomatologia ansiosa, os valores fora de parêntesis representam o efeito total das representações de vinculação na sintomatologia ansiosa, e os valores entre parêntesis representam o efeito direto entre as representações de vinculação e sintomatologia ansiosa, após a inclusão dos mediadores.

+ $p < .10$; * $p < .05$; ** $p < .01$; *** $p < .001$.

IV - Discussão

Este estudo teve dois principais resultados: a) a evidência da comorbilidade entre sintomatologia ansiosa e depressiva no período pós-parto, e o facto de as mulheres com sintomatologia comórbida apresentarem representações de vinculação mais inseguras e mais dificuldades de regulação emocional do que as mulheres que apresentam apenas sintomatologia depressiva e do que as mulheres sem sintomatologia; b) a relação entre representações de vinculação mais inseguras acerca do *self* e dos outros e sintomatologia depressiva e ansiosa parece ocorrer através do acesso limitado

a estratégias de regulação emocional que são percebidas como efetivas, da não aceitação das respostas emocionais negativas e da falta de clareza emocional.

Em primeiro lugar, os nossos resultados sugerem que todas mulheres com sintomatologia ansiosa clinicamente significativa no presente estudo, à exceção de uma, apresentam sintomatologia depressiva clinicamente significativa comórbida. Este resultado é congruente com estudos anteriores, que afirmam existir comorbilidade entre sintomatologia depressiva e ansiosa no período pós-parto (Austin et al., 2010; Falah-Hassani & Dennis, 2016) e evidencia a importância de não negligenciar a existência de sintomatologia ansiosa neste período. Hendrick, Altshuler, Strouse e Grosser (2000) sugerem que as mulheres no período pós-parto são mais suscetíveis de apresentar depressão e ansiedade comórbida, do que em qualquer outro período da sua vida e que a privação de sono e o *stress* associado ao nascimento de um bebé podem ser considerados fatores importantes para explicar esta comorbilidade.

A literatura tem vindo a sugerir que as representações de vinculação mais inseguras e maiores dificuldades de regulação emocional estão associadas, quer a sintomatologia depressiva (e.g., Monk et al., 2008; Pickard et al., 2016) quer a sintomatologia ansiosa (e.g., Kashdan et al., 2008; Nanni & Troisi, 2017) clinicamente significativa. Este estudo apresenta resultados inovadores, ao evidenciar que as mulheres no período pós-parto com sintomatologia depressiva e ansiosa comórbida, possuem representações de vinculação mais inseguras, nomeadamente acerca do *self*, por comparação às mulheres só com sintomatologia depressiva clinicamente significativa e sem sintomatologia. Isto pode dever-se ao facto de a sintomatologia depressiva e ansiosa possuírem fatores de vulnerabilidade comuns (Hankin, Kassel, & Abela, 2005; Mineka, Watson, & Clark, 1998), sendo um deles as representações de vinculação mais inseguras acerca do *self*. O facto de as mulheres com representações de vinculação mais inseguras acerca do *self* se focarem mais no seu próprio sofrimento (Fuendeling, 1998), serem mais ruminativas e percecionarem as situações como mais ameaçadoras (Mikulincer et al., 2003), pode vulnerabilizá-las para a co-ocorrência dos dois tipos de sintomatologia.

Além disso, as mulheres com sintomatologia comórbida apresentam, por comparação às mulheres com sintomatologia depressiva apenas e sem sintomatologia clinicamente significativa, mais dificuldades de regulação emocional. De facto, maiores dificuldades de regulação emocional podem

estar associadas à ocorrência de mais sintomatologia clinicamente significativa e, por sua vez, a co-ocorrência de sintomas depressivos e ansiosos, pode intensificar as dificuldades de regulação emocional neste período. Garnefski e Kraailj (2007) encontraram uma associação entre algumas estratégias cognitivas de regulação emocional e depressão e ansiedade, apesar do estudo ter sido realizado com a população em geral. De acordo com os autores, a ruminação, a catastrofização e auto-culpabilização estavam associadas com um maior relato de sintomas depressivos e ansiosos. De forma similar, os nossos resultados sugerem que as mulheres com sintomatologia comórbida têm pontuações superiores nos domínios Estratégias, Não aceitação e Objetivos. Isto sugere que estas mulheres parecem apresentar mais dificuldades precisamente na capacidade de usar estratégias de regulação emocional que são percebidas como efetivas, enveredando muitas vezes em pensamentos catastróficos (*“Quando estou em baixo, penso que vou acabar por me sentir muito deprimido”*), maiores dificuldades em aceitar as respostas emocionais negativas, culpabilizando-se (*“Quando estou em baixo, sinto-me culpado por me sentir assim”*) e maiores dificuldades em se envolver em comportamentos dirigidos para objetivos quando experienciam emoções negativas, ruminando acerca das mesmas (*“Quando estou em baixo tenho dificuldade em pensar noutra coisa qualquer”*), resultados que são congruentes com o estudo supracitado.

Em segundo lugar, os resultados deste estudo permitem-nos compreender melhor a relação entre representações de vinculação, dificuldades de regulação emocional e sintomatologia ansiosa e depressiva no período pós-parto. Por um lado, verificou-se que as representações de vinculação mais inseguras acerca do *self* se associaram significativamente a mais dificuldades de regulação emocional em todos os domínios, à exceção da falta de consciência emocional, cuja associação deixou de ser significativa no modelo final. De facto, estas mulheres podem ter maiores dificuldades em empregar estratégias de regulação emocional de um modo flexível, uma vez que ruminam e preocupam-se sobre as emoções negativas (Mikulincer & Shaver, 2007). Do mesmo modo, pode ser difícil perceber as emoções com clareza (tendem a percebê-las conforme as suas necessidades ou objetivos de vinculação; Shaver & Mikulincer, 2007) ou aceitá-las (sendo este período socialmente visto como um período marcado por emoções positivas; Milgrom, Martin, & Negri, 1999) e a sua tendência para depender dos outros

(Mikulincer & Shaver, 2007) pode dificultar a utilização de comportamentos dirigidos para objetivos perante essas emoções negativas, bem como pode originar comportamentos impulsivos quando as experienciam com o objetivo de chamar a atenção dos outros. Relativamente à ausência de relação entre representações de vinculação acerca do *self* e a falta de consciência emocional, este resultado é contraditório com a literatura (Monti & Rudolph, 2014), que afirma que os indivíduos com representações de vinculação mais inseguras acerca do *self*, como experienciam emoções negativas intensas e desreguladamente, podem ter dificuldade em perceber o que realmente estão a sentir, traduzindo na falta de consciência emocional. Uma explicação para os nossos resultados pode dever-se ao facto de, no período pós-parto, as mulheres dedicarem a maior parte do seu tempo à prestação de cuidados ao bebé, passando grande parte do seu tempo sozinhas com ele. Como existe menor estimulação e menos atividades distrativas, as mulheres podem estar mais conscientes das emoções positivas e negativas sentidas neste período, independentemente da presença ou ausência de representações de vinculação mais inseguras acerca do *self*.

Por outro lado, as representações de vinculação mais inseguras acerca dos outros associaram-se de forma significativa a mais dificuldades de regulação emocional em todos os domínios, à exceção da não aceitação das respostas emocionais negativas, que após ser introduzida no modelo de mediação, passou a ter apenas uma associação marginalmente significativa. Para as mulheres com representações de vinculação mais inseguras acerca dos outros, que procuram distanciar-se emocionalmente dos acontecimentos indutores de *stress*, pode ser difícil ter consciência ou perceber com clareza as suas emoções, uma vez que tendem a bloquear e a evitar perceber os seus estados emocionais negativos (Shaver & Mikulincer, 2007). Esse evitamento poderá tornar difícil o relato dos pensamentos subjacentes às suas emoções, bem como lidar eficazmente com elas, empregando estratégias de regulação emocional rígidas e inadaptativas.

Relativamente à relação direta entre as representações de vinculação mais inseguras acerca do *self* e a sintomatologia depressiva e ansiosa, estes dados são congruentes com os estudos supracitados anteriormente (Nanni & Trousi, 2017; Robakis et al., 2016). Habitualmente as mulheres com representações de vinculação mais inseguras do *self* percecionam-se como menos capazes de lidar com situações ameaçadoras e estados emocionais

negativos (Mikulincer & Shaver, 2007). No período pós-parto, as mulheres com representações de vinculação do *self* mais inseguras podem percecionarse como menos competentes no desempenho do papel parental, avaliando negativamente a sua capacidade de prestar os cuidados ao bebé autonomamente, o que pode associar-se a uma maior necessidade de apoio (Simpson et al., 2003) e maior hipervigilância às respostas de apoio da sua rede social (Mikulincer & Shaver, 2007). Como tal, podem detetar sinais de desinteresse por parte dos outros e percepcionar os seus recursos de suporte como indisponíveis, mesmo que não estejam (Mikulincer & Shaver, 2007; Simpson et al., 2003). Dado que é um período de maior vulnerabilidade, a perceção de menor competência parental e de indisponibilidade e desinteresse por parte das figuras significativas poderá ser ameaçador para as mulheres com representações de vinculação mais inseguras do *self* e levar ao desenvolvimento de sintomatologia depressiva e ansiosa.

Pelo contrário, representações de vinculação mais inseguras acerca dos outros não se associaram diretamente à presença de sintomatologia ansiosa, apenas à sintomatologia depressiva. Este resultado é semelhante a estudos anteriores (Hankin et al., 2005; Nielsen et al., 2017). Alguns autores propõem que é a repetição de estratégias de hiperativação que podem predispor o desenvolvimento da sintomatologia ansiosa (Colonnesi et al., 2011; Nolte, Guiney, Fonagy, Mayes, & Luyten, 2011), pela hipervigilância crónica, ansiedade antecipatória, preocupação constante que demonstram (Nolte et al., 2011) e crenças sobre a incapacidade que tem de lidar com situações ameaçadoras (Kashdan et al., 2008). Pelo contrário, os indivíduos com representações de vinculação mais inseguras acerca dos outros tendem a desvalorizar as situações ameaçadoras, inibindo a atenção dada às mesmas (Edelstein & Gillath, 2008), e a subestimar os sintomas de ansiedade e angústia (Mikulincer et al., 2003; Nielsen et al., 2017), o que pode justificar o facto de estas variáveis não estarem associadas diretamente.

Adicionalmente, os resultados deste estudo evidenciam que as representações de vinculação mais inseguras influenciam a sintomatologia psicopatológica (ansiosa e depressiva) no pós-parto, através de algumas dificuldades de regulação emocional. Especificamente, verificou-se que as representações de vinculação mais inseguras acerca do *self* e acerca dos outros parecem estar associadas a um acesso mais limitado a estratégias de regulação emocional que são percebidas como efetivas (Estratégias), a uma maior não

aceitação das respostas emocionais negativas (Não Aceitação) e a uma maior falta de clareza emocional (Clareza) que, por sua vez, se traduzem em maiores níveis de sintomatologia depressiva e ansiosa no período pós-parto. Apesar de a literatura acerca das dificuldades de regulação emocional ser ambígua, estes resultados parecem ser, em parte, semelhantes aos propostos por Marganska et al. (2013) numa amostra de estudantes universitários. É interessante notar que os mecanismos que explicam a sintomatologia depressiva e ansiosa clinicamente significativa parecem ser semelhantes e que as representações de vinculação parecem ser um fator de risco, quer para a sintomatologia depressiva, quer para a sintomatologia ansiosa. Tal pode dever-se à grande comorbilidade que se verifica neste período. Além disso, existe literatura que defende que os sintomas ansiosos podem ser uma característica da sintomatologia depressiva no pós-parto (Hendrick et al., 2000).

Por um lado, as mulheres com representações de vinculação mais inseguras acerca do *self*, podem ter menor autoconfiança na sua capacidade de regular emoções (Mikulincer & Shaver, 2007), considerando que não existe nada que possam fazer para regular as emoções autonomamente, o que se pode traduzir no acesso limitado a estratégias de regulação emocional que são percebidas como efetivas. Além disso, como estas mulheres tendem a estar muito focadas no seu próprio sofrimento (Fuendeling, 1998) e a experienciá-lo intensamente (Mikulincer et al., 2003), podem ter dificuldade em aceitar emoções negativas, a querer evitá-las e, conseqüentemente, a percebê-las com menor clareza; a não aceitação das emoções e o acesso limitado a estas estratégias pode fazer com que estas mulheres tendam a utilizar a ruminação e a catastrofização como estratégias predominantes (Haga et al., 2012; Mikulincer et al., 2013), o que pode acentuar o seu próprio sofrimento, tornando difícil atribuir um sentido às suas emoções e a percebê-las com clareza, aumentando a sua perceção de incompetência face a situações ameaçadoras no contexto da parentalidade ou noutros contextos, contribuindo para o desenvolvimento e manutenção da sintomatologia ansiosa e depressiva.

Por outro lado, o acesso limitado a estratégias de regulação emocional percebidas como efetivas, a não aceitação das emoções negativas e a falta de clareza emocional podem explicar como é que as representações de vinculação mais inseguras acerca dos outros se relacionam com sintomatologia depressiva e ansiosa. As mulheres com representações de vinculação mais inseguras dos outros tendem a evitar e a distanciar-se dos

acontecimentos *stressores* (Gross & Jonh, 2003) e optam pelo distanciamento emocional (Mikuliner & Shaver, 2007), não partilhando nem refletindo sobre as suas emoções com os outros. Ao evitar a todo o custo as emoções negativas (não aceitação), pode ter mais dificuldades em perceber o que estão a sentir e a atribuir um sentido aos seus sentimentos (falta de clareza emocional). Além do mais, muitas vezes não conseguem reconhecer as emoções negativas, principalmente quando estão relacionadas com as questões de vinculação (Mikulincer et al., 2003). Como consequência, em situações indutoras de *stress*, como o nascimento de um filho, estas mulheres podem não conseguir ter uma perceção realista da situação, uma vez que sempre tentaram evitar situações *stressoras* e estados emocionais negativos, tendo dificuldade em identificar estratégias eficazes de regulação emocional. Paradoxalmente, o facto de as mulheres não aceitarem as emoções, evitando-as, de não perceberem com clareza as mesmas e não conseguirem empregar estratégias eficazes para regular as suas emoções, pode levar ao aumento dos pensamentos negativos e da ruminação (Wenzlaff & Wegner, 2000), contribuindo para o desenvolvimento ou manutenção de sintomatologia depressiva e ansiosa.

É ainda de realçar que, o acesso limitado a estratégias de regulação emocional que são percebidas como efetivas parece ser a dificuldade de regulação emocional com um maior peso na relação entre representações de vinculação mais inseguras acerca dos outros e sintomatologia depressiva e ansiosa. Tal pode dever-se ao facto de os indivíduos com representações mais inseguras dos outros ao longo do tempo procurarem distanciar-se e evitar as situações de *stress* (Gross & Jonh, 2003). Como tal, podem não ter um repertório de estratégias adaptativas de regulação emocional tão desenvolvido. Quando as mulheres são confrontadas com um acontecimento indutor de *stress*, como a exigência de prestação de cuidados ao bebé, podem ter dificuldade em conseguir implementar estratégias adaptativas, traduzindo-se em mais sintomatologia depressiva e ansiosa. Finalmente, importa referir que, de acordo com os nossos resultados, o acesso limitado a estratégias que são percebidas como efetivas e a não aceitação das respostas emocionais parecem ser dificuldades de regulação emocional particularmente importantes na compreensão da ocorrência de sintomatologia depressiva e ansiosa clinicamente significativa no período pós-parto e mostram congruência entre os vários resultados do estudo. Além de se constituírem as dificuldades em

que as mulheres com sintomatologia comórbida apresentaram valores mais elevados, foram das dificuldades que melhor explicaram a relação entre as representações de vinculação mais inseguras e a sintomatologia ansiosa e depressiva no período pós-parto, pelo que devem ser objeto de particular atenção do ponto de vista clínico.

Limitações

Algumas limitações do presente estudo devem ser mencionadas. Em primeiro lugar, este estudo é transversal, não permitindo estabelecer relações de causalidade entre as variáveis, apesar de o modelo proposto ter por base a literatura existente. Estudos futuros deveriam replicar os resultados através de estudos longitudinais, onde fosse possível determinar a direção da relação entre as variáveis e perceber como é que estas associações se estabelecem ao longo do tempo. Em segundo lugar, a nossa amostra é constituída por mulheres maioritariamente casadas, com níveis de escolaridade equivalentes ao ensino secundário ou licenciatura, empregadas e a viver em meio urbano, podendo não ser representativa da totalidade da população no período pós-parto. Posto isto, estudos futuros deverão avaliar as variáveis presentes nesta investigação numa amostra sociodemograficamente mais diversificada. Em terceiro lugar, parte da amostra deste estudo foi recrutada *online*, através de anúncios nas redes sociais e *websites*, podendo enviesar os resultados, uma vez que torna a amostra auto selecionada, isto é, provavelmente preencheram os questionários apenas as mulheres mais interessadas neste tópico. Por último, o facto de se ter utilizado apenas instrumentos de autorresposta não permite o estabelecimento de diagnóstico clínico de ansiedade e depressão. Estudos futuros deveriam avaliar as variáveis presentes nesta investigação, numa amostra de mulheres com diagnóstico clínico de depressão e ansiedade pós-parto.

Implicações Clínicas

Apesar das limitações anteriormente mencionadas, este estudo revela-se inovador. Pela primeira vez procurou-se estudar o papel explicativo das dificuldades da regulação emocional na relação entre as representações de vinculação (acerca do *self* e dos outros) e a sintomatologia depressiva e ansiosa, não tendo como foco só a sintomatologia depressiva nem a população em geral, como a maioria dos estudos desenvolvidos (e.g., Malik et al., 2015; Marganska et al., 2013; Wei et al., 2005), mas sim numa amostra de mães no

período pós-parto.

Este estudo apresenta também contributos para a prática clínica. Primeiramente, evidencia a importância dos profissionais de saúde não se focarem apenas na sintomatologia depressiva no período pós-parto. A sintomatologia ansiosa aparece muitas vezes de forma comórbida neste período e, por isso, deve também ser objeto de avaliação, bem como de intervenções preventivas e de tratamento.

Além disso, uma vez que as dificuldades de regulação emocional parecem ser um mecanismo explicativo da relação entre representações de vinculação mais inseguras e mais sintomatologia depressiva e ansiosa no período pós-parto, poderia ser pertinente o desenvolvimento de intervenções psicológicas mais breves e focadas nessas dificuldades de regulação emocional, ao invés de intervenções mais intensivas destinadas a alterar as representações de vinculação mais inseguras. Neste contexto, a avaliação das dificuldades de regulação emocional podem ser informativas do grau em que cada mulher aceita as emoções, utiliza respostas rígidas quando experiencia emoções negativas, demonstra consciência e clareza emocional, controla o comportamento impulsivo e o orienta conforme os seus objetivos. No que diz respeito à intervenção, esta poderia focar-se na promoção de um maior conhecimento das emoções neste período e da forma como as mães lidam com as mesmas, que poderá ter impacto no seu bem-estar. Face a esse conhecimento, uma maior atenção às emoções e um distanciamento saudável das mesmas seria pertinente, através de técnicas como o *Mindfulness* ou a Desfusão Cognitiva (Renna, Quintero, Fresco, & Mennin, 2017), no sentido de levar a uma maior consciência e clareza emocional e promover a aceitação das emoções. Do mesmo modo, a intervenção poderia passar pela promoção de estratégias de regulação emocional alternativas mais flexíveis, conscientes e adaptativas, no sentido de melhorar as suas capacidades para lidar com as emoções negativas, de maneira a atingir os objetivos desejados (Renna et al., 2017), consistentes com os seus valores de vida (e.g., *que mãe quero ser?*). Para além disso, com um maior conhecimento das dificuldades de regulação emocional mais proeminentes nesta população, seria possível desenvolver intervenções preventivas específicas, como o desenvolvimento de programas de informação acerca das emoções no período pós-parto nas maternidades, que envolvam a psicoeducação acerca das emoções negativas que poderão surgir neste período, bem como a promoção de algumas estratégias

adaptativas para lidar com essas emoções.

Não obstante, seria igualmente pertinente a promoção da confiança e da percepção de competência materna, uma vez que se constituem fatores protetores da sintomatologia depressiva no período pós-parto em mães com representações de vinculação mais inseguras (Lee & Koo, 2015).

V - Bibliografia

- Ainsworth, M. D. S., & Bowlby, J. (1991). An ethological approach to personality development. *American Psychologist*, *46*, 333-341. Retirado de http://www.psychology.sunysb.edu/attachment/online/inge_origins.pdf
- Aldao, A., Nolen-Hoeksema, S., & Schweizer, S. (2010). Emotion-regulation strategies across psychopathology: A meta-analytic review. *Clinical Psychology Review*, *30*, 217-237. doi:10.1016/j.cpr.2009.11.004
- American Psychiatric Association. (2014). *DSM-V: Manual de diagnóstico e estatística das perturbações mentais* (5ª ed.). Lisboa: Climepsi Editores.
- Areias, M. E. G., 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*, 30-35. Retirado de <http://bjp.rcpsych.org/content/169/1/30.short>
- 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 matched controls. *Psychological Medicine*, *26*, 135-141. doi:10.1017/S0033291700033778
- Austin, M.P., Hadzi-Pavlovic, D., Priest, S. R., Reilly, N., Wilhelm, K., Saint, K., & Parker, G. (2010). Depressive and anxiety disorders in the postpartum period: How prevalent are they and can we improve their detection?. *Archives Women's Mental Health*, *13*, 395-401. doi:10.1007/s00737-010-0153-7
- Beck, C. T. (1995). The effects of postpartum depression on maternal-infant interaction: A meta-analysis. *Nursing Research*, *44*, 298-305. doi:10.1097/00005721-199511000-00002
- Beck, C. T. (1998). The effects of postpartum depression on child development: A meta-analysis. *Archives of Psychiatric Nursing*, *12*, 12-

20. doi:10.1016/S0883-9417(98)80004-6
- Beck, C. T. (2001). Predictors of postpartum depression: An update. *Nursing research, 50*, 275-285. doi:10.1097/00006199-200109000-00004
- Bifulco, A., Figueiredo, B., Guedeney, N., Gorman, L. L., Hayes, S., Muzik, M., ... Henshaw, C. A. (2004). Maternal attachment style and depression associated with childbirth: Preliminary results from a european and US cross-cultural study. *The British Journal of Psychiatry, 184*, 31-37. doi:10.1192/bjp.184.46.s31
- Bowlby, J. (1969). *Attachment and loss: Vol. 1. Attachment*. New York: Basic Books.
- Bowlby, J. (1973). *Attachment and loss: Vol. 2. Separation: Anxiety and anger*. New York: Basic Books.
- Bowlby, J. (1980). *Attachment and loss: Vol. 3. Loss: Sadness and depression*. New York: Basic Books.
- Brennan, K. A., Clark, C. L., & Shaver, P. R. (1998). Self-report measurement of adult attachment: An integrative overview. In J. A. Simpson & W. S. Rholes (Eds.), *Attachment theory and close relationships* (pp. 46–76). New York: Guilford Press.
- Britton, J. R. (2008). Maternal anxiety: Course and antecedents during the early postpartum period. *Depression and Anxiety, 25*, 793-800. doi:10.1002/da.20325
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences* (2^a ed.). New Jersey: Hillsdale.
- Colonesi, C., Draijer, E. M., Stams, G. J. J. M., Van der Bruggen, C. O., Bögels, S. M., & Noom, M. J. (2011). The relation between insecure attachment and child anxiety: A meta-analytic review. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology, 40*, 630-645, doi:10.1080/15374416.2011.581623
- Costa, R., Pacheco, A., & Figueiredo, B. (2007). Prevalência e preditores de sintomatologia depressiva após o parto. *Revista de Psiquiatria Clínica, 34*, 157-165. doi:10.1590/S0101-60832007000400001
- Coutinho, J., Ribeiro, E., Ferreira, R., & Dias, P. (2010). The portuguese version of the Difficulties in Emotion Regulation Scale and its relationship with psychopathological symptoms. *Revista de Psiquiatria Clínica, 37*, 145-151. doi:10.1590/S0101-60832010000400001
- 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
- Edelstein, R. S., & Gillath, O. (2008). Avoiding interference: Adult attachment and emotional processing biases. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 34, 171-181. doi:10.1177/0146167207310024
- Falah-Hassani, K., Shiri, R., & Dennis, C. L. (2016). Prevalence and risk factors for comorbid postpartum depressive symptomatology and anxiety. *Journal of affective disorders*, 198, 142-147. doi:10.1016/j.jad.2016.03.010
- Farr, S. L., Dietz, P. M., O'Hara, M. W., Burley, K., & Ko, J. Y. (2014). Postpartum anxiety and comorbid depression in a population-based sample of women. *Journal of Women's Health*, 23, 120-128. doi:10.1089/jwh.2013.4438.
- Feeney, J., Alexander, R., Noller, P., & Hohaus, L. (2003). Attachment insecurity, depression, and the transition to parenthood. *Personal Relationships*, 10, 475-493. doi:10.1046/j.1475-6811.2003.00061.x
- Field, T. (2010). Postpartum depression effects on early interactions, parenting, and safety practices: A review. *Infant Behavior and Development*, 33, 1-6. doi:10.1016/j.infbeh.2009.10.005
- Figueiredo, B. (1997). *Depressão pós-parto, interação mãe-bebê e desenvolvimento infantil* (Dissertação de doutoramento). Departamento de Psicologia da Universidade do Minho, Braga. Retirado de <http://hdl.handle.net/10400.12/1632>
- Figueiredo, B. (2001). Perturbações psicológicas do puerpério. In M. C. Canavarro (Ed.), *Psicologia da Gravidez e da Maternidade* (pp. 161-188). Coimbra: Quarteto Editora.
- 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
- Fuendeling, J. M. (1998). Affect regulation as a stylistic process within adult attachment. *Journal of Social and Personal Relationships*, 15, 291–322. Retirado de <http://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/0265407598153001>

- Garnefski, N., & Kraaij, V. (2007). The cognitive emotion regulation questionnaire. *European Journal of Psychological Assessment, 23*, 141-149. doi:10.1027/1015-5759.23.3.141.
- Gaynes, B. N., Gavin, N., Meltzer-Brody, S., Lohr, K. N., Swinson, T., Gartlehner, G., ... Miller, W. C. (2005). Perinatal depression: Prevalence, screening accuracy, and screening outcomes. *AHRQ Publication, 119*, 1-8. Retirado de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK11838/>
- Goodman, J. H., Watson, G. R., & Stubbs, B. (2016). Anxiety disorders in postpartum women: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Affective Disorders, 203*, 292-331. doi:10.1016/j.jad.2016.05.033
- Grace, S. L., Evindar, A., & Stewart, D. E. (2003). The effect of postpartum depression on child cognitive development and behavior: A review and critical analysis of the literature. *Archives of Women's Mental Health, 6*, 263-274. doi:10.1007/s00737-003-0024-6
- Gratz, K. L., & Roemer, L. (2004). Multidimensional assessment of emotion regulation and dysregulation: Development, factor structure, and initial validation of the Difficulties in Emotion Regulation Scale. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment, 26*, 41-54. doi:10.1023/B:JOBA.0000007455.08539.94
- Gross, J. J. (1998). The emerging field of emotion regulation: An integrative review. *Review of General Psychology, 2*, 271-299. doi:10.1037/1089-2680.2.3.271
- Gross, J. J. (1999). Emotion regulation: Past, present, future. *Cognition & Emotion, 13*, 551-573. doi:10.1080/026999399379186
- Gross, J. J. (2002). Emotion regulation: Affective, cognitive, and social consequences. *Psychophysiology, 39*, 281-291. doi:10.1017/S0048577201393198
- Gross, J. J., & John, O. P. (2003). Individual differences in two emotion regulation processes: Implications for affect, relationships, and well-being. *Journal of Personality and Social Psychology, 85*, 348-362. doi:10.1037/0022-3514.85.2.348
- Haga, S. M., Ulleberg, P., Slinning, K., Kraft, P., Steen, T. B., & Staff, A. (2012). A longitudinal study of postpartum depressive symptoms: Multilevel growth curve analyses of emotion regulation strategies, breastfeeding self-efficacy, and social support. *Archives of Women's Mental Health, 15*, 175-184. doi:10.1007/s00737-012-0274-2

- Hankin, B. L., Kassel, J. D., & Abela, J. R. (2005). Adult attachment dimensions and specificity of emotional distress symptoms: Prospective investigations of cognitive risk and interpersonal stress generation as mediating mechanisms. *Personality and Social Psychology Bulletin, 31*, 136-151. doi:10.1177/0146167204271324
- Hay, D. F., Pawlby, S., Angold, A., Harold, G. T., & Sharp, D. (2003). Pathways to violence in the children of mothers who were depressed postpartum. *Developmental Psychology, 39*, 1083-1094. doi:10.1037/0012-1649.39.6.1083
- Hayes, A. F. (2013). *Introduction to mediation, moderation, and conditional process analysis: A regression-based approach*. New York: The Guilford Press.
- Hazan, C., & Shaver, P. (1987). Romantic love conceptualized as an attachment process. *Journal of Personality and Social Psychology, 52*, 511-524. doi:10.1037/0022-3514.52.3.511
- Hendrick, V., Altschuler, L., Strouse, T., & Grosser, S. (2000). Postpartum and nonpostpartum depression: Differences in presentation and response to pharmacologic treatment. *Depression and Anxiety, 11*, 66-72. doi:10.1002/(SICI)1520-6394(2000)11:2<66::AID-DA3>3.0.CO;2-D
- Ikedda, M., Hayashi, M., & Kamibepu, K. (2014). The relationship between attachment style and postpartum depression. *Attachment & Human Development, 16*, 557-572. doi:10.1080/14616734.2014.941884
- Josefsson, A., & Sydsjö, G. (2007). A follow-up study of postpartum depressed women: Recurrent maternal depressive symptoms and child behavior after four years. *Archives of Women's Mental Health, 10*, 141-145. doi:10.1007/s00737-007-0185-9
- Kashdan, T. B., Zvolensky, M. J., & McLeish, A. C. (2008). Anxiety sensitivity and affect regulatory strategies: Individual and interactive risk factors for anxiety-related symptoms. *Journal of Anxiety Disorders, 22*, 429-440. doi:10.1016/j.janxdis.2007.03.011
- Kingston, D., Tough, S., & Whitfield, H. (2012). Prenatal and postpartum maternal psychological distress and infant development: A systematic review. *Child Psychiatry & Human Development, 43*, 683-714. doi:10.1007/s10578-012-0291-4
- Lee, A., & Hankin, B. L. (2009). Insecure attachment, dysfunctional attitudes, and low self-esteem predicting prospective symptoms of depression and

- anxiety during adolescence. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 38, 219-231. doi:10.1080/15374410802698396
- 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
- Malik, S., Wells, A., & Wittkowski, A. (2015). Emotion regulation as a mediator in the relationship between attachment and depressive symptomatology: A systematic review. *Journal of Affective Disorders*, 172, 428-444. doi:10.1016/j.jad.2014.10.007
- Marganska, A., Gallagher, M., & Miranda, R. (2013). Adult attachment, emotion dysregulation, and symptoms of depression and generalized anxiety disorder. *American Ornithologist's Union*, 83, 131-141. doi:10.1111/ajop.12001.
- Mauri, M., Oppo, A., Montagnani, M. S., Borri, C., Banti, S., Camilleri, V., ... Cassano, G. B. (2010). Beyond "postpartum depressions": specific anxiety diagnoses during pregnancy predict different outcomes: Results from PND-ReScU. *Journal of Affective Disorders*, 127, 177-184. doi:10.1016/j.jad.2010.05.015
- Mikulincer, M., & Shaver, P. R. (2007). *Attachment in adulthood: Structure, dynamics, and change*. New York: The Guilford Press.
- Mikulincer, M., & Shaver, P. R. (2012). An attachment perspective on psychopathology. *World Psychiatry*, 11, 11-15. doi:10.1016/j.wpsyc.2012.01.003
- Mikulincer, M., Shaver, P. R., & Pereg, D. (2003). Attachment theory and affect regulation: The dynamics, development, and cognitive consequences of attachment-related strategies. *Motivation and Emotion*, 27, 77-102. doi:10.1023/A:1024515519160
- Milgrom, J., Martin, P. R., & Negri, L. M. (1999). Postnatal depression in the community. In J. Milgrom, P. R. Martin, & L. M. Negri. *Treating postnatal depression* (pp. 4-30). England: John Wiley & Sons Ltd.
- Mineka, S., Watson, D., & Clark, L. A. (1998). Comorbidity of anxiety and unipolar mood disorders. *Annual Review of Psychology*, 49, 377-412. doi:10.1146/annurev.psych.49.1.377
- Monk, C., Leight, K. 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
- Monti, J. D., & Rudolph, K. D. (2014). Emotional awareness as a pathway linking adult attachment to subsequent depression. *Journal of Counseling Psychology*, *61*, 374–382. doi:10.1037/cou0000016
- 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*, *97*, 22-30. doi:10.1080/00223891.2014.950377
- Morris, A. S., Silk, J. S., Steinberg, L., Myers, S. S., & Robinson, L. R. (2007). The role of the family context in the development of emotion regulation. *Social Development*, *16*, 361-388. doi:10.1111/j.1467-9507.2007.00389.x
- Murray, L., Cooper, P., & Hipwell, A. (2003). Mental health of parents caring for infants. *Archives of Women's Mental Health*, *6*, s71-s77. doi: 10.1007/s00737-003-0007-7
- Nanni, R. C., & Troisi, A. (2017). Maternal attachment style and psychiatric history as independent predictors of mood symptoms in the immediate postpartum period. *Journal of Affective Disorders*, *212*, 73-77. doi:10.1016/j.jad.2017.01.039
- Nielsen, S. K. K., Lønfeldt, N., Wolitzky-Taylor, K. B., Hageman, I., Vangkilde, S., & Daniel, S. I. F. (2017). Adult attachment style and anxiety – The mediating role of emotion regulation. *Journal of Affective Disorders*, *218*, 253-259. doi:10.1016/j.jad.2017.04.047
- Nolte, T., Guiney, J., Fonagy, P., Mayes, L. C., & Luyten, P. (2011). Interpersonal stress regulation and the development of anxiety disorders: An attachment-based developmental framework. *Frontiers in Behavioral Neuroscience*, *5*(55), 1-21. doi: 10.3389/fnbeh.2011.00055.
- O'Hara, M. W. (2009). Postpartum depression: What we know. *Journal of Clinical Psychology*, *65*, 1258–1269. doi:10.1002/jclp.20644
- O'Hara, M. W., & McCabe, J. E. (2013). Postpartum depression: Current status and future directions. *Annual Review of Clinical Psychology*, *9*, 379-407. doi:10.1146/annurev-clinpsy-050212-185612
- O'hara, M. W., Rehm, L. P., & Campbell, S. B. (1982). Predicting depressive

- symptomatology: Cognitive-behavioral models and postpartum depression. *Journal of Abnormal Psychology*, *91*, 457-461. doi:10.1037/0021-843X.91.6.457
- O'Hara, M.W., & Swain, A. M. (1996). Rates and risk of postpartum depression: A meta-analysis. *International Review of Psychiatry* *8*, 37-54. doi:10.3109/09540269609037816
- Pais-Ribeiro, J., Silva, I., Ferreira, T., Martins, A., Meneses, R., & Baltar, M. (2007). Validation study of a portuguese version of the Hospital Anxiety and Depression Scale. *Psychology, Health & Medicine*, *12*, 225-237. doi:10.1080/13548500500524088
- Pickard, J. A., Caputi, P., & Grenyer, B. F. (2016). Mindfulness and emotional regulation as sequential mediators in the relationship between attachment security and depression. *Personality and Individual Differences*, *99*, 179-183. doi:10.1016/j.paid.2016.04.091
- Pietromonaco, P. R., & Barrett, L. F. (2000). The internal working models concept: What do we really know about the self in relation to others?. *Review of General Psychology*, *4*, 155-175. doi:10.1037/1089-2680.4.2.155
- Reck, C., Struben, K., Backenstrass, M., Stefenelli, U., Reinig, K., Fuchs, T., ... Mundt, C. (2008). Prevalence, onset and comorbidity of postpartum anxiety and depressive disorders. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, *118*, 459-468. doi:10.1111/j.1600-0447.2008.01264.x.
- Renna, M. E., Quintero, J. M., Fresco, D. M., & Mennin, D. S. (2017). Emotion regulation therapy: A mechanism-targeted treatment for disorders of distress. *Frontiers in Psychology*, *8*(98), 1-14. doi:10.3389/fpsyg.2017.00098
- Robakis, T. K., Williams, K. E., Crowe, S., Lin, K. W., Gannon, J., & Rasgon, N. L. (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
- Robertson, E., Grace, S., Wallington, T., & Stewart, D. E. (2004). Antenatal risk factors for postpartum depression: A synthesis of recent literature. *General Hospital Psychiatry*, *26*, 289-295. doi:10.1016/j.genhosppsy.2004.02.006
- Ross, L.E., & McLean, L.M., 2006. Anxiety disorders during pregnancy and the postpartum period: A systematic review. *Journal of Clinical*

Psychiatry 67, 1285–1298. Retirado de:
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16965210>

- Safford, S. M., Alloy, L. B., Crossfield, A. G., Morocco, A. M., & Wang, J. C. (2004). The relationship of cognitive style and attachment style to depression and anxiety in young adults. *Journal of Cognitive Psychotherapy, 18*, 25-41. doi:10.1891/jcop.18.1.25.28046
- Shaver, P.R., & Mikulincer, M. (2002). Attachment-related psychodynamics. *Attachment & Human Development, 4*, 133-161, doi:10.1080/14616730210154171
- Shaver, P. R., & Mikulincer, M. (2007). Adult attachment strategies and the regulation of emotion. In J. J. Gross (Ed.), *Handbook of emotional regulation* (pp. 446-465). New York: The Guildford Press.
- Simpson, J. A., Rholes, W. S., Campbell, L., Tran, S., & Wilson, C. L. (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
- Warfa, N., Harper, M., Nicolais, G., & Bhui, K. (2014). Adult attachment style as a risk factor for maternal postnatal depression: A systematic review. *BMC Psychology, 2*(56), 1-11. doi:10.1186/s40359-014-0056-x
- Wei, M., Vogel, D. L., Ku, T.-Y., & Zakalik, R. A. (2005). Adult attachment, affect regulation, negative mood, and interpersonal problems: The mediating roles of emotional reactivity and emotional cutoff. *Journal of Counseling Psychology, 52*, 14–24. doi:0.1037/0022-0167.52.1.14
- Wenzlaff, R. M., & Wegner, D. M. (2000). Thought suppression. *Annual Review of Psychology, 51*, 59-91. doi:10.1146/annurev.psych.51.1.59
- Woolhouse, H., Brown, S., Krastev, A., Perlen, S., & Gunn, J. (2009). Seeking help for anxiety and depression after childbirth: Results of the maternal health study. *Archives of Women's Mental Health, 12*, 75-83. doi:10.1007/s00737-009-0049-6
- Whoolhouse, 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
- Yim, I. S., Tanner Stapleton, L. R., Guardino, C. M., Hahn-Holbrook, J., & Dunkel Schetter, C. (2015). Biological and psychosocial predictors of postpartum depression: Systematic review and call for integration.

Annual Review of Clinical Psychology, 11, 99-137. doi:10.1146/annurev-clinpsy-101414-020426

Zigmond, A. S., & Snaith, R. P. (1983). The Hospital Anxiety and Depression Scale. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 67, 361-370. doi:10.1111/j.1600-0447.1983.tb09716.x