

1 2 9 0



UNIVERSIDADE D
COIMBRA

Maria Inês Caçador Vieira

**FADIGA E PARENTALIDADE MINDFUL NO PERÍODO
PÓS-PARTO: QUAL O PAPEL DAS DIFICULDADES DE
REGULAÇÃO EMOCIONAL E DA SINTOMATOLOGIA
ANSIOSA E DEPRESSIVA NESTA RELAÇÃO?**

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

Julho de 2020

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

FADIGA E PARENTALIDADE MINDFUL NO PERÍODO PÓS-PARTO: QUAL O PAPEL DAS DIFICULDADES DE REGULAÇÃO EMOCIONAL E DA SINTOMATOLOGIA ANSIOSA E DEPRESSIVA NESTA RELAÇÃO?

Maria Inês Caçador Vieira

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

Julho de 2020

1 2  9 0

UNIVERSIDADE D
COIMBRA

Agradecimentos

À Professora Doutora Helena Moreira, pela sua disponibilidade, ajuda e pelo incentivo constantes. Pela sua orientação exímia pautada por uma dedicação, competência e um rigor distintos e, sobretudo, por todos os ensinamentos únicos transmitidos.

A todas as participantes, o meu profundo agradecimento por terem colaborado na presente investigação, tornando possível a sua concretização.

Aos meus pais e ao meu irmão, eternamente grata por todo o amor e apoio incondicionais sentidos. Pela constante presença, compreensão, confiança e valorização do meu potencial. Aos meus pais, em particular, por terem sempre primado pela minha educação e formação, esforçando-se, em todos os momentos, para que alcançasse um dos meus maiores sonhos. Ao meu irmão, em especial, por ser o meu melhor amigo. Pela sua facilidade em fazer-me rir e pela sua preocupação incansável pelo meu bem-estar, demonstrando-se sempre disponível para me confortar.

Ao Pedro, simplesmente por ser quem é! Pelo amor, carinho e pela cumplicidade que sempre estiveram presentes. Por nunca ter faltado uma palavra de incentivo, de ternura e de tranquilização. Grata por toda a compreensão e paciência demonstradas e, principalmente, pela força e confiança transmitidas nos momentos mais difíceis.

À Carolina, à Inês A., à Inês S., à Maria, à Rafaela e ao Ricardo, por terem estado sempre presentes ao longo destes 5 anos. Por terem sido os meus maiores confidentes, escutando as minhas queixas e angústias e aconselhando-me quando mais precisei. Grata por todos os momentos que partilhámos e por me fazerem sentir em casa. Levo-vos comigo para a vida!

À Catarina e à Mónica, por terem tornado este ano ainda mais especial. Pela amizade genuína construída durante este ano e por todo o companheirismo e apoio demonstrados.

Aos restantes amigos que me acompanharam durante este percurso, grata por tudo o que vivemos juntos e por terem marcado, de alguma forma, a minha passagem por Coimbra.

A ti Coimbra, o mais sentido e eterno agradecimento!

Resumo

Objetivos: O presente estudo procurou explorar se os níveis de fadiga, de dificuldades de regulação emocional e de parentalidade mindful diferiam entre mães com níveis clinicamente significativos de sintomatologia ansiosa e/ou depressiva e mães com níveis normais de sintomatologia no período pós-parto. Procurou, também, examinar se as dificuldades de regulação emocional mediavam a relação entre a fadiga e a parentalidade mindful e se os níveis de sintomatologia ansiosa e/ou depressiva materna moderavam estas relações. **Método:** A amostra foi constituída por 295 mães de recém-nascidos até 12 meses de idade. A maioria das participantes (88.8%) foi recrutada online e apenas 11.2% foram recrutadas presencialmente em creches localizadas na zona centro de Portugal. As participantes completaram os seguintes instrumentos de autorresposta: a Escala de Mindfulness Interpessoal na Parentalidade - Versão Bebê; a Escala de Avaliação da Fadiga; a Escala de Ansiedade e Depressão Hospitalar; e a Escala de Dificuldades de Regulação Emocional - Versão Reduzida. **Resultados:** Verificou-se que mães com níveis clinicamente significativos de sintomatologia ansiosa e/ou depressiva reportaram níveis mais elevados de fadiga e de dificuldades de regulação emocional e níveis mais baixos de parentalidade mindful do que mães com níveis normais de sintomatologia. No modelo de mediação moderada, a fadiga apresentou um efeito direto significativo na parentalidade mindful, mas apenas no grupo de mães sem sintomatologia clinicamente significativa. Especificamente, níveis mais elevados de fadiga associaram-se a níveis mais baixos de parentalidade mindful. Observou-se também um efeito indireto significativo através das dificuldades de regulação emocional em ambos os grupos de sintomatologia, ou seja, níveis mais elevados de fadiga associaram-se a níveis mais elevados de dificuldades de regulação emocional que, por sua vez, se associaram a níveis mais baixos de parentalidade mindful. **Conclusões:** Os resultados deste estudo sugerem que as dificuldades de regulação emocional são um mecanismo explicativo relevante da relação entre a fadiga e a parentalidade mindful, particularmente em mães com níveis clinicamente significativos de sintomatologia. Este estudo enfatiza a necessidade e a importância de intervir com mães no período pós-parto, nomeadamente reduzir a fadiga e a sintomatologia ansiosa e/ou depressiva, bem como fomentar competências de regulação emocional adaptativas e de parentalidade mindful.

Palavras-Chave: fadiga, dificuldades de regulação emocional, parentalidade mindful, sintomatologia ansiosa e/ou depressiva, período pós-parto

Abstract

Objectives: The present study aimed to explore whether the fatigue, the difficulties in emotion regulation and the mindful parenting levels differed across mothers with clinically significant anxious and/or depressive symptomatology levels and mothers with normal levels of symptomatology in the postpartum period. It also aimed to examine if the difficulties in emotion regulation mediated the relationship between fatigue and mindful parenting and if the levels of maternal anxious and/or depressive symptomatology moderated these relationships. **Method:** The sample comprised 295 mothers of newborns until 12 months of age. The majority of the participants (88.8%) was recruited online and only 11.2% of the participants were recruited in person in nurseries located in the central region of Portugal. The participants completed the following self-reported measures: Interpersonal Mindfulness in Parenting Scale - Infant Version; Fatigue Assessment Scale; Hospital Anxiety and Depression Scale; and Difficulties in Emotion Regulation Scale - Short Form. **Results:** It was verified that mothers with clinically significant anxious and/or depressive symptomatology levels showed higher levels of fatigue and of difficulties in emotion regulation and lower levels of mindful parenting than mothers with normal levels of symptomatology. In the moderated mediation model, fatigue presented a significant direct effect on mindful parenting, but only in the group of mothers without clinically significant symptomatology. Specifically, higher levels of fatigue associated with lower levels of mindful parenting. It was also observed a significant indirect effect through difficulties in emotion regulation in both groups of symptomatology, that is, higher levels of fatigue associated with higher levels of difficulties in emotion regulation which, in turn, associated with lower levels of mindful parenting. **Conclusions:** Our results suggest that difficulties in emotion regulation are a relevant explanatory mechanism of the relationship between fatigue and mindful parenting, particularly in mothers with clinically significant symptomatology levels. This study highlights the need and importance of intervening with mothers in the postpartum period, namely in reducing fatigue and anxious and/or depressive symptomatology, as well fostering adaptive emotion regulation and mindful parenting skills.

Keywords: fatigue, difficulties in emotion regulation, mindful parenting, anxious and/or depressive symptomatology, postpartum period

Índice

| | |
|--|-----------|
| Agradecimentos | 3 |
| Resumo | 4 |
| Abstract | 5 |
| Título: Fadiga e Parentalidade Mindful no Período Pós-Parto: Qual o Papel das Dificuldades de Regulação Emocional e da Sintomatologia Ansiosa e Depressiva Nesta Relação? | 7 |
| Metodologia | 14 |
| Resultados | 21 |
| Discussão | 26 |
| Referências Bibliográficas | 34 |

Fadiga e Parentalidade Mindful no Período Pós-Parto: Qual o Papel das Dificuldades de Regulação Emocional e da Sintomatologia Ansiosa e Depressiva Nesta Relação?

Fadiga no Período Pós-Parto

A transição para a parentalidade implica um processo de transformação e de adaptação que envolve mudanças profundas e significativas experienciadas em múltiplos domínios da vida da mulher (e.g., criar um vínculo com o bebê, formar a identidade de mãe). Pauta-se, assim, por novos desafios, exigências e responsabilidades inerentes ao nascimento de um filho e ao novo papel de mãe/pai (Nelson, 2003).

Apesar de o período pós-parto, concetualizado como decorrendo desde o nascimento do bebê até aos seus 12 meses, se caracterizar como uma fase de potencial crescimento emocional da mãe (Potharst et al., 2017), também se constitui como um período de grande vulnerabilidade para o seu bem-estar físico e mental, podendo conduzir ao desenvolvimento de sintomatologia psicopatológica, nomeadamente sintomatologia ansiosa e depressiva clinicamente significativa (e.g., Farr et al., 2014; Fonseca et al., 2018; Marques et al., 2018) e de cansaço ou fadiga acentuados (e.g., Brown & Lumley, 1998; Troy, 2003).

De facto, alguns estudos demonstram que aproximadamente 60.7%-69.4% de mães no período pós-parto apresentam fadiga elevada (Brown & Lumley, 1998; Saurel-Cubizsoles et al., 2000), sendo esta considerada uma das suas principais preocupações (Troy, 2003). A fadiga tem sido definida como um fenómeno que se traduz pela experiência subjetiva persistente de um grau extremo de cansaço ou exaustão (Ream & Richardson, 1996; Shen et al., 2006) que compromete o funcionamento normativo do indivíduo (Aaronson et al., 1999; Ream & Richardson, 1996; Shen et al., 2006). A fadiga no período pós-parto pode estar associada às responsabilidades inerentes ao cuidado do bebê que, frequentemente, conduzem a pouco tempo de descanso e a problemas relacionados com o sono (e.g., pior qualidade de sono e privação de sono; Abushaikha et al., 2018). Encontra-se amplamente documentado na literatura que uma qualidade de sono mais pobre das mães que se encontram no período pós-parto se constitui como um dos preditores mais significativos da experiência de fadiga elevada (e.g., Badr & Zauszniewski, 2017; Giallo et al., 2015; Loutzenhiser et al., 2015).

A literatura tem demonstrado que a fadiga elevada se encontra negativamente associada ao bem-estar das mães, nomeadamente à sua saúde mental (e.g., Taylor & Johnson, 2013; Wilson et al., 2018). Apesar de a fadiga ser um dos critérios de diagnóstico da perturbação depressiva *major* (American Psychiatric Association [APA], 2013), alguns estudos mostram que a fadiga e a sintomatologia depressiva são construtos distintos, podendo ambos estar positiva e significativamente associados em mães no período pós-parto (e.g., Dennis & Ross, 2005; Giallo, Wade, et al., 2011; Wilson et al., 2018). Além desta associação, a fadiga materna pode também estar associada à experiência de sintomatologia ansiosa (Giallo, Rose, & Vittorino, 2011; Taylor

& Johnson, 2013). Não obstante a relação entre a fadiga e a sintomatologia psicopatológica, é importante ter em consideração que nem todas as mães que experienciam níveis elevados de fadiga no período pós-parto irão apresentar sintomatologia ansiosa e/ou depressiva e vice-versa.

Adicionalmente, existem evidências de que a fadiga materna interfere de forma significativa na parentalidade no período pós-parto, afetando a qualidade da relação e das interações estabelecidas com o recém-nascido. Por exemplo, no estudo de Wade et al. (2012), a fadiga materna mostrou-se associada a uma percepção mais pobre de competência e de satisfação parental e a práticas parentais pautadas por maior hostilidade. Nash et al. (2008) mostraram que mães de bebês cujo choro era persistente sentiam um elevado grau de cansaço o que, por sua vez, comprometia a sua capacidade de lidar com o choro do bebê, levando a uma maior irritabilidade e frustração e a menos paciência perante o mesmo. Uma meta-análise, conduzida por Kurth et al. (2011), concluiu que, nos primeiros três meses após o parto, o choro frequente dos recém-nascidos leva a que as mães experienciem fadiga elevada o que, por sua vez, se traduz em dificuldades na concentração, em menos paciência, em mais sentimentos de frustração, ressentimento, culpa, uma percepção mais elevada de incompetência parental e, ainda, no medo de causar dano não intencional aos filhos. Adicionalmente, esta meta-análise mostrou que este impacto adverso reduz a capacidade de as mães de empatizarem com as necessidades dos seus filhos e, deste modo, de responderem de forma adequada às mesmas. Este comprometimento em atender as necessidades dos filhos também se verificou no estudo de Lai et al. (2015), realizado três dias após o parto. Este estudo mostrou que uma fadiga materna elevada se associava a maiores dificuldades sentidas no desempenho das atividades implicadas no cuidado do bebê, incluindo a alimentação, higiene, segurança e em demonstrar um comportamento com vista a acalmar do bebê. Por sua vez, estas dificuldades apresentadas relacionaram-se significativamente com um comprometimento na vinculação mãe-bebê. Ainda num estudo recente, mães que reportaram fadiga elevada, três meses após o nascimento do filho, tinham uma percepção mais negativa do mesmo, recorrendo a mais de dois adjetivos negativos para o descrever, bem como um reconhecimento tardio de sentido de pertença dos filhos (Henderson et al., 2019).

Apesar de haver estudos que demonstram, de forma consistente, o impacto negativo e significativo de elevados níveis de fadiga materna na parentalidade e consequente qualidade da relação e interação mãe-bebê no período pós-parto, do nosso conhecimento, até à presente data, nenhum estudo se focou na relação entre a fadiga e a adoção de uma abordagem *mindful* na parentalidade.

Parentalidade Mindful

A parentalidade *mindful* (PM) pode ser definida como uma abordagem parental caracterizada pela atenção plena e autorregulação nas interações com a criança e por uma atitude

de não ajuizamento na relação parental, de autocompaixão e de compaixão pela criança (Bögels & Restifo, 2014; Duncan et al., 2009). Segundo Duncan et al. (2009), a adoção de uma PM envolve a promoção e desenvolvimento de um conjunto de competências e práticas parentais, nomeadamente o escutar com atenção plena a criança, aceitar sem ajuizar o *self* (enquanto pai/mãe) e a criança, ter consciência emocional de si e da criança, exercer uma maior autorregulação na relação parental e ter compaixão por si e pela criança.

Assim, os pais que adotam esta abordagem parental tendem a não se envolver em padrões comportamentais negativos mal-adaptativos automáticos baseados em motivações hedónicas (Bögels & Restifo, 2014; Duncan et al., 2009; Kabat-Zinn & Kabat-Zinn, 1997). Como tal, a PM proporciona um contexto que permite os pais serem mais responsivos, flexíveis, aceitadores e menos reativos, bem como sentirem maior satisfação nas interações e na relação com os seus filhos, promovendo uma melhor qualidade relacional (Bögels & Restifo, 2014; Duncan et al., 2009). De facto, é proposto que à medida que os pais se tornam mais *mindful*, demonstrem uma maior responsividade aos filhos (Singh et al., 2010) e que a PM se constitui como a condição necessária para o estabelecimento de um *attunement* autêntico com os filhos, demonstrando-se emocionalmente disponíveis para os mesmos (Sawyer, 2007). Desta forma, é crucial estudar a capacidade de as mães adotarem uma postura *mindful* na parentalidade no período pós-parto, uma vez que esta abordagem parental poderá permitir que estejam mais atentas e conscientes às necessidades constantes dos seus recém-nascidos e, desta forma, serem mais responsivas a essas necessidades momento-a-momento.

Estudos com pais de crianças e adolescentes têm demonstrado efeitos positivos da PM. Em particular, a PM tem sido associada a um menor stress parental (e.g., Beer et al., 2013; Bögels et al., 2014; Bögels & Restifo, 2014) e a uma maior qualidade das interações e relações pais-filhos (e.g., Coatsworth et al., 2010, 2015; Duncan et al., 2009; Lippold et al., 2015). Alguns estudos sugerem que a PM se associa a estilos parentais mais adaptativos (Gouveia et al., 2016) e a práticas parentais positivas mais frequentes, como expressão de mais afeto positivo (e.g., Coatsworth et al., 2010; Duncan et al., 2015; Parent, McKee, Anton, et al., 2016; Parent, McKee, Rough, & Forehand, 2016), maior envolvimento nas tarefas de cuidado do filho (MacDonald & Hastings, 2010), maior aceitação e mais comportamentos que encorajam a autonomia dos filhos (Bögels et al., 2014). Também tem sido associada a menos práticas parentais negativas, como negligência (de Bruin et al., 2014), reatividade (e.g., Bögels & Restifo, 2014; de Bruin et al., 2014; Parent, McKee, Anton, et al., 2016), intrusividade e hostilidade (Parent, McKee, Anton, et al., 2016; Parent, McKee, Rough, & Forehand, 2016), sobreproteção e rejeição (Bögels et al., 2014), assim como evitamento experiencial parental (i.e., maior evitamento das emoções sentidas e expressas pelos filhos; Bögels & Restifo, 2014).

Apesar de a investigação ter demonstrado, de forma consistente, os efeitos da adoção de PM na qualidade das interações e da relação pais-filhos, verifica-se, ainda, uma escassez de estudos que tenham investigado a PM no período pós-parto. Recentemente, foi testada a eficácia do treino *mindful with your baby* (Potharst et al., 2017), destinado a mães de bebés até 18 meses referenciadas para cuidados de saúde mental. Este treino mostrou-se eficaz na melhoria do bem-estar, autocompaixão, confiança, afeto e responsividade dirigidos aos filhos, bem como nos níveis de mindfulness geral e de PM maternos. Adicionalmente, promoveu a redução dos níveis de stress parental, de psicopatologia materna e de hostilidade patentes nas interações com o bebé. Num estudo posterior (Zeegers et al., 2019), que procurou avaliar de forma mais precisa a eficácia deste treino nas interações mães-filhos, as mães mostraram menos stress parental, maior aceitação nas interações com os filhos e realizaram menos comentários não sintonizados com os estados mentais dos mesmos (i.e., menos interpretações enviesadas dos estados internos dos filhos e/ou menos projeções parentais dos seus próprios estados internos nos filhos). Adicionalmente, os bebés mostraram-se mais responsivos ao vocalizarem frequentemente após a vocalização da mãe. Para além destes estudos, somente dois outros estudos se focaram nos efeitos da PM no período pós-parto. O estudo longitudinal de Laurent et al. (2017) testou os efeitos dos níveis de PM das mães na resposta fisiológica destas e dos filhos ao stress, medidos numa sessão laboratorial de *Still Face*. Por sua vez, o estudo de Fernandes et al. (2020) investigou o papel mediador do stress parental na relação entre a sintomatologia ansiosa e depressiva, a perceção de temperamento do bebé e a PM.

Embora já existam alguns estudos que analisaram a PM no período pós-parto, do nosso conhecimento, ainda não existe nenhum estudo que tenha explorado a relação entre os níveis de fadiga materna e a PM, nomeadamente os mecanismos que poderão explicar esta associação. No presente estudo analisamos o possível papel mediador das dificuldades de regulação emocional maternas.

Dificuldades de Regulação Emocional

A regulação emocional (RE) pode ser definida como a capacidade de modular a experiência e a expressão das emoções (Gross, 1998). Esta, quando adaptativa, confere aos indivíduos competências necessárias para responderem flexível e adequadamente às exigências contextuais, tornando-se fundamental para o seu funcionamento adaptativo (Cole et al., 1994). No entanto, a RE poderá tornar-se desadaptativa, caso os indivíduos sintam dificuldades em regular as suas emoções (DRE).

São vários os fatores que podem influenciar a capacidade de RE materna, particularmente no período pós-parto. Por exemplo, revisões de literatura recentes mostram que uma qualidade de sono mais pobre compromete a capacidade de RE adaptativa (Fairholme & Manber, 2015; Gruber

& Cassoff, 2014; Palmer & Alfano, 2017) e alguns estudos suportam que, de facto, problemas no sono e, consequentemente, uma pobre qualidade de sono, se associam a DRE (e.g., Mauss et al., 2013; O'Leary et al., 2017; Semplonius & Willoughby, 2018). Neste sentido, como uma qualidade de sono mais pobre é um dos preditores mais significativos de fadiga elevada em mães no período pós-parto (e.g., Badr & Zauszniewski, 2017; Giallo et al., 2015; Loutzenhiser et al., 2015), pode supor-se que, neste período, a fadiga materna se encontre relacionada com DRE. Embora, do nosso conhecimento, tal relação não tenha sido ainda explorada, alguns estudos investigaram a relação entre a fadiga e as DRE noutras populações. Por exemplo, o estudo de Tibubos et al. (2018), que mostrou que as DRE moderam a relação entre a fadiga e os sintomas de despersonalização e desrealização em adultos, e o estudo de Manning, Bakhshaie, et al. (2019), que demonstrou que a severidade da fadiga se associava positiva e significativamente a maiores DRE e que estas, por sua vez, mediavam a relação entre a severidade da fadiga e os sintomas depressivos, ansiosos e de stress pós-traumático em estudantes universitários expostos a eventos traumáticos. Por último, também o estudo de Manning, Garey, et al. (2019) mostrou que a severidade da fadiga se associa significativamente a DRE em adultos fumadores de cigarros eletrónicos.

Tem sido sugerido que a capacidade de os pais regularem as suas emoções eficazmente é crucial na promoção da qualidade das interações com os seus filhos (Rutherford et al., 2015; Shaffer & Obradović, 2017). De facto, alguns estudos realizados com pais de crianças e adolescentes demonstraram efeitos positivos de uma RE adaptativa nas suas práticas parentais. Por exemplo, esta capacidade tem sido associada a comportamentos parentais mais afetuosos (Xiao et al., 2018), menos negligentes e reativos (Lorber, 2012) e ainda a práticas de disciplina menos coercivas (Zhang et al., 2020). Adicionalmente, um estudo sugeriu que uma RE materna mais adaptativa se associava a estilos parentais mais adaptativos, nomeadamente a um estilo mais democrático (Bahrami et al., 2018). Por sua vez, alguns estudos sugerem que as DRE têm um impacto negativo na parentalidade. Por exemplo, associam-se a uma menor frequência de comportamentos parentais colaborativos (i.e., caracterizados por menos afeto positivo, envolvimento e cooperação; Shaffer & Obradović, 2017) e afetuosos e a uma maior rejeição dos filhos (Saritaş et al., 2013). Adicionalmente, as DRE têm sido associadas a menos respostas parentais de suporte às emoções negativas expressas pelos filhos (Hughes & Gullone, 2010) e a menores níveis de funcionamento reflexivo parental, ou seja, a um maior envolvimento materno em estados de pré-mentalização e menor curiosidade, interesse e certeza pelos estados mentais dos filhos (Schultheis et al., 2019). Relativamente à relação entre a DRE e a PM, do nosso conhecimento, apenas Gouveia et al. (2019) demonstraram que as DRE de mães de crianças e adolescentes com excesso de peso ou obesidade estavam negativa e significativamente associadas à capacidade de PM das mães.

Tendo em conta o impacto positivo da RE nas práticas parentais e o comprometimento significativo das DRE na qualidade das mesmas, pode supor-se que uma capacidade de RE adaptativa seja igualmente essencial no período pós-parto, permitindo que as mães possam providenciar o melhor cuidado aos seus recém-nascidos. Por exemplo, alguns autores sugeriram que os pais devem ser capazes de regular eficazmente as suas emoções quando o bebé chora, para que possam responder de forma sensível (Rutherford et al., 2015; Schultheis et al., 2019).

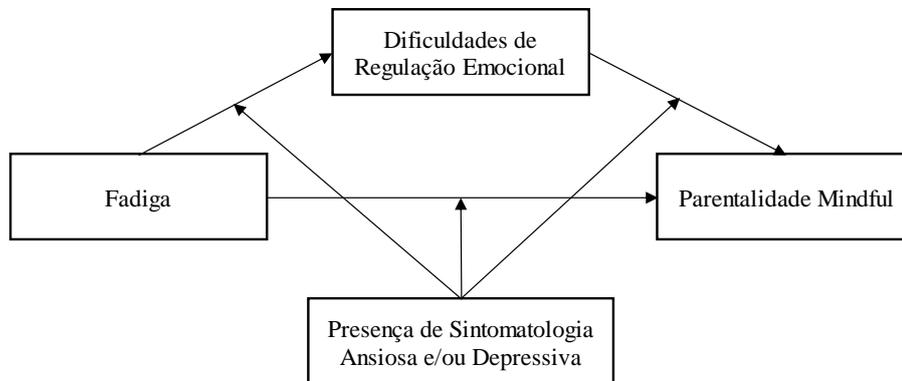
O Presente Estudo

Apesar de o nascimento de um filho ser um evento de vida significativo e muito esperado pelas mães, também envolve mudanças, como a aquisição de novas tarefas e responsabilidades que poderão levar, em conjunto com o pouco tempo disponível para descansar, a uma fadiga materna elevada (Abushaikha et al., 2018). Tal como referido, alguns estudos suportam o impacto adverso significativo de níveis elevados de fadiga nas práticas e comportamentos parentais no período pós-parto. Todavia, do nosso conhecimento, ainda nenhum estudo explorou a relação entre a fadiga materna e a PM, nomeadamente nos primeiros meses após o nascimento de um bebé. Neste sentido, o presente estudo será o primeiro a investigar esta relação, bem como a explorar um possível mecanismo explicativo desta relação no período pós-parto: as DRE.

Desta forma, o presente estudo pretende colmatar as lacunas encontradas na literatura, apresentando os seguintes objetivos: 1) comparar os níveis de fadiga, de DRE e de PM de mães com e sem sintomatologia ansiosa e/ou depressiva clinicamente significativa. Uma vez que a literatura evidencia que, no período pós-parto, a sintomatologia psicopatológica materna (e.g., ansiosa e depressiva) está positiva e significativamente correlacionada com a fadiga (e.g., Taylor & Johnson, 2013; Wilson et al., 2018) e com as DRE (Fonseca et al., 2018; Haga et al., 2012; Marques et al., 2018) e negativamente correlacionada com a PM (Fernandes et al., 2020), esperamos que as mães que apresentam níveis clinicamente significativos de sintomatologia ansiosa e/ou depressiva reportem níveis mais elevados de fadiga e de DRE e níveis mais baixos de PM; 2) examinar se a fadiga materna está relacionada com a PM e se esta relação é mediada pelas DRE; e 3) analisar se as relações entre as variáveis no modelo de mediação são moderadas pela sintomatologia ansiosa e/ou depressiva materna. Espera-se que níveis mais elevados de fadiga materna se associem a níveis mais baixos de PM e a níveis mais elevados de DRE e que, por sua vez, níveis mais elevados de DRE se associem a níveis mais baixos de PM. O modelo concetual das relações em estudo encontra-se apresentado na Figura 1.

Figura 1

Modelo Conceitual do Estudo



Metodologia

Participantes

A amostra utilizada neste estudo é constituída por 295 mães no período pós-parto (i.e., cujo bebé tem até 12 meses de idade). As mães apresentam uma idade média de 32.07 anos e têm pelo menos um filho com uma idade média de 6.98 meses. A maioria das mães tem um nível de escolaridade elevado, um rendimento mensal do agregado familiar inferior ou igual a 2000 euros, encontra-se empregada, casada ou em união de facto, coabita com um companheiro e vive numa zona urbana. As principais características sociodemográficas e clínicas das mães encontram-se patentes no Quadro 1.

Quadro 1

Características Sociodemográficas e Clínicas da Amostra (N = 295)

| <i>Características sociodemográficas</i> | | |
|--|---------------|----------------|
| | <i>M (DP)</i> | <i>Mín-Máx</i> |
| Idade da mãe | 32.07 (4.84) | 19-47 |
| Idade do bebé (meses) | 6.98 (3.45) | 0-12 |
| Número de filhos | 1.51 (0.69) | 1-6 |
| | <i>N</i> | <i>(%)</i> |
| Habilitações literárias | | |
| Ensino secundário | 107 | 36.3 |
| Ensino superior | 188 | 63.7 |
| Situação profissional | | |
| Desempregada, doméstica ou mãe a tempo inteiro, estudante | 58 | 19.7 |
| Empregada | 237 | 80.3 |
| Rendimento | | |
| <= 2000 € | 217 | 73.6 |
| > 2000 € | 78 | 26.4 |
| Estado civil | | |
| Solteira | 60 | 20.3 |
| Casada ou em união de facto | 230 | 78 |
| Divorciada ou separada | 5 | 1.7 |
| Situação marital | | |
| Vive com um companheiro | 279 | 94.6 |
| Vive sem um companheiro | 16 | 5.4 |

| | <i>N</i> | <i>(%)</i> |
|---|----------|------------|
| Área de residência | | |
| Rural | 79 | 26.8 |
| Urbana | 216 | 73.2 |
| Localização geográfica ^a | | |
| Norte | 60 | 20.3 |
| Centro | 126 | 42.7 |
| Alentejo | 14 | 4.7 |
| Algarve | 8 | 2.7 |
| Lisboa | 73 | 24.7 |
| Açores | 1 | 0.3 |
| Madeira | 1 | 0.3 |
| Estrangeiro | 10 | 3.4 |
| Sexo do bebé | | |
| Feminino | 139 | 47.1 |
| Masculino | 156 | 52.9 |
| Características clínicas | | |
| Problema psiquiátrico ou psicológico atual | | |
| Sim | 17 | 5.8 |
| Não | 278 | 94.2 |
| Acompanhamento psiquiátrico e/ou psicológico atual | | |
| Não, nenhum | 280 | 94.9 |
| Sim, psicológico | 7 | 2.4 |
| Sim, psiquiátrico | 8 | 2.7 |
| Sim, psiquiátrico e psicológico | 0 | 0 |

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

Procedimentos

A aprovação para a realização do presente estudo foi obtida pela Comissão de Ética da Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra. Este estudo apresenta um desenho transversal, quantitativo e correlacional. Para a participação no mesmo, foram definidos como critérios de inclusão a mãe ter uma idade superior a 18 anos, ser de nacionalidade Portuguesa e ser mãe de um bebé com idade compreendida entre os 0 e os 12

meses de idade. A participação neste estudo foi voluntária, não tendo sido oferecidas recompensas monetárias ou de outra natureza às participantes. Através de um método de amostragem por conveniência, a amostra foi recolhida, entre dezembro de 2018 e fevereiro de 2019, online e presencialmente.

O recrutamento online das participantes foi realizado através de um questionário de autorresposta construído na plataforma LimeSurvey®, que foi divulgado nas redes sociais e em grupos ou fóruns cujas temáticas estavam relacionadas com a parentalidade. Os objetivos do estudo, o papel das participantes e dos responsáveis pelo mesmo e os aspetos éticos subjacentes, nomeadamente as normas de confidencialidade e de anonimato, estavam presentes na primeira página do questionário. Para participar neste estudo e ter acesso ao protocolo de avaliação, cuja duração média de preenchimento era de 15 minutos, as participantes tinham de fornecer o seu consentimento informado, assinalando a opção “Li e compreendi as condições do estudo e aceito participar no mesmo”. No total, foram obtidos 262 questionários respondidos online, representando 88.8% da amostra final recolhida.

O recrutamento presencial foi realizado em várias creches da zona centro de Portugal após autorização dos seus responsáveis. Solicitou-se a todas mães de cada uma das creches que participassem nesta investigação, tendo-lhes sido fornecido, pela educadora de infância da criança, uma carta a explicar o estudo, o consentimento informado e os questionários. As mães que aceitaram participar preencheram o consentimento informado e os questionários em casa, tendo-os devolvido cerca de uma semana depois. Dos 235 questionários fornecidos, somente 139 foram devolvidos preenchidos. Destes, foram excluídos, posteriormente, 104 protocolos pertencentes a mães cuja idade dos filhos era superior a 12 meses e dois protocolos correspondentes a mães de outras nacionalidades. Deste modo, a amostra final da recolha de dados presencial foi de 33 participantes, traduzindo-se em 11.2% da amostra total final.

Instrumentos

O protocolo de avaliação utilizado na presente investigação é constituído pelos seguintes instrumentos de autorresposta: ficha de dados sociodemográficos e clínicos; Escala de Mindfulness Interpessoal na Parentalidade - Versão Bebê (EMI-P-B); Escala de Avaliação da Fadiga (EAF); Escala de Ansiedade e Depressão Hospitalar (EADH); e Escala de Dificuldades de Regulação Emocional - Versão Reduzida (EDRE - VR).

Dados Sociodemográficos e Clínicos

A ficha referente aos dados sociodemográficos e clínicos visou avaliar as principais características sociodemográficas da amostra, tais como a idade, sexo, escolaridade, agregado familiar, estado civil, situação profissional atual, área de residência, rendimento mensal do agregado familiar, bem como o número total de filhos e a idade dos mesmos. Adicionalmente, no

que concerne aos dados clínicos, compreendeu questões respeitantes à existência prévia e atual de algum problema psiquiátrico ou psicológico, bem como de acompanhamento psiquiátrico e/ou psicológico atual.

Parentalidade Mindful

A Escala de Mindfulness Interpessoal na Parentalidade - Versão Bebê (EMI-P-B; Caiado et al., 2019; Duncan, 2007), uma versão adaptada da versão Portuguesa da Escala de Mindfulness Interpessoal na Parentalidade (EMI-P; Duncan, 2007; Moreira & Canavarro, 2017), foi utilizada para avaliar a parentalidade mindful em mães de bebés pertencentes à presente amostra. Trata-se de uma escala de autorresposta constituída por 28 itens cotados numa escala de Likert de 5 pontos, variando entre 1 (*nunca verdadeira*) e 5 (*sempre verdadeira*), distribuídos pelas suas cinco subescalas integrantes: (1) Escutar com Atenção Plena (5 itens; e.g., “Eu presto muita atenção ao meu bebé quando estamos juntos”); (2) Compaixão pela Criança (5 itens; e.g., “Quando o meu bebé está a passar por um momento difícil [por exemplo, quando está a chorar ou quando parece incomodado com alguma coisa], tento dar-lhe o apoio e os cuidados de que ele precisa”); (3) Aceitação não Ajuizadora do Funcionamento Parental (7 itens; e.g., “Quando as coisas que eu tento fazer como pai/mãe não funcionam, eu consigo aceitá-las e seguir em frente”); (4) Autorregulação na Parentalidade (8 itens; e.g., “Em situações difíceis com o meu bebé [por exemplo, quando é difícil acalmá-lo, quando ele está a chorar sem parar ou tem dificuldade em adormecer], faço uma pausa em vez de reagir imediatamente”); e (5) Consciência Emocional da Criança (3 itens; e.g., “É fácil para mim perceber quando o meu bebé está incomodado com alguma coisa [por exemplo, quando tem sono, quando sente algum desconforto, etc.]”). A pontuação total é obtida através da soma de todos os itens, sendo alguns cotados de forma invertida, e esta oscila entre 28 e 140. Neste estudo utilizou-se a pontuação total como medida geral de parentalidade mindful e, como tal, pontuações mais elevadas indicam níveis mais elevados de parentalidade mindful. O instrumento apresenta boas propriedades psicométricas na versão Portuguesa (para pais de bebés) com um alfa de Cronbach de .87 para o total da escala (Caiado et al., 2019). Na nossa amostra, o valor do alfa de Cronbach para a pontuação total foi de .87.

Fadiga

Para avaliar os níveis de fadiga das participantes no último mês, foi utilizada a versão Portuguesa da Escala de Avaliação da Fadiga (EAF; Michielsen et al., 2004; Nazaré, 2018). Esta é uma escala unidimensional de autorresposta que visa avaliar a frequência dos sintomas de fadiga através de 10 itens (e.g., “Fico cansada muito rapidamente”), cotados numa escala de Likert de 5 pontos variando entre 1 (*nunca*) e 5 (*sempre*). A pontuação total varia entre 10 e 50 e valores mais elevados são indicadores de níveis superiores de fadiga. Quanto às propriedades

psicométricas, a versão original da escala (Michielsen et al., 2004) e a versão Portuguesa (Nazaré, 2018) apresentaram uma elevada consistência interna ($\alpha = .87$ para ambas as versões). Na nossa amostra, o instrumento também evidenciou uma elevada consistência interna, apresentando um valor de alfa de Cronbach para a pontuação total de .88.

Sintomatologia Ansiosa e Depressiva

A versão Portuguesa da Escala de Ansiedade e Depressão Hospitalar (EADH; Pais-Ribeiro et al., 2007; Zigmond & Snaith, 1983) é uma escala de autorresposta que pretende avaliar, de forma breve, sintomas de ansiedade e de depressão experienciados na última semana. É constituída por 14 itens cotados numa escala de Likert de 4 pontos, variando entre 0 (*nada; nunca*) e 3 (*muito; quase sempre*) e integra duas subescalas: uma referente à Ansiedade (7 itens; e.g., “Tenho uma sensação de medo, como se algo terrível estivesse para acontecer”) e outra à Depressão (7 itens; e.g., “Perdi o interesse em cuidar do meu aspeto físico”). Sendo cotadas separadamente, o resultado total de cada uma das subescalas varia entre 0 e 21 pontos, em que valores mais elevados se traduzem em níveis mais elevados de sintomatologia ansiosa e depressiva. As pontuações obtidas em cada subescala podem ser categorizadas como “Normal” (0-7), “Leve” (8-10), “Moderada” (11-15) e “Severa” (16-21). Segundo Snaith (2003), pontuações iguais e/ou superiores a 11 indicam possível presença de sintomatologia clínica significativa. O instrumento apresenta boas características psicométricas na versão original (Zigmond & Snaith, 1983) e na versão Portuguesa (Pais-Ribeiro et al., 2007) que, por sua vez, apresentou um alfa de Cronbach de .81 na subescala de Depressão e um alfa de Cronbach de .76 na subescala de Ansiedade. Na presente amostra, foi obtido um alfa de Cronbach de .81 na subescala de Depressão e um alfa de Cronbach de .82 na subescala de Ansiedade.

Dificuldades de Regulação Emocional

De forma a avaliar as dificuldades de regulação emocional das mães da presente amostra, foi utilizada a versão Portuguesa da versão reduzida da Escala de Dificuldades de Regulação Emocional (EDRE - VR; Kaufman et al., 2016; Moreira et al., 2020). Trata-se de uma escala de autorresposta que, através de 18 itens cotados numa escala de Likert de 5 pontos variando entre 1 (*quase nunca*) e 5 (*quase sempre*), pretende avaliar dificuldades em determinadas dimensões de regulação emocional concetualizadas em 6 fatores: (1) Não Aceitação da Resposta Emocional (3 itens; e.g., “Quando estou chateado, sinto-me culpado por me sentir assim”); (2) Dificuldades em Iniciar Comportamentos Orientados para Objetivos (3 itens; e.g., “Quando estou chateado, tenho dificuldade em realizar tarefas”); (3) Dificuldades no Controlo dos Impulsos (3 itens; e.g., “Quando estou chateado, perco o controlo sobre os meus comportamentos”); (4) Falta de Consciência das Emoções (3 itens; e.g., “Quando estou chateado, apercebo-me das minhas emoções”); (5) Acesso Limitado a Estratégias de Regulação Emocional (3 itens; e.g., “Quando

estou chateado, demoro muito tempo até me sentir melhor”); e (6) Falta de Clareza Emocional (3 itens; e.g., “Estou confuso sobre como me sinto”). De acordo com as recomendações da versão Portuguesa (Moreira et al., 2020), no presente estudo obteve-se a pontuação total das dificuldades de regulação emocional através do cálculo da média de todos os itens excluindo os itens pertencentes à subescala Falta de Consciência das Emoções. A pontuação total varia entre 1 e 5 e pontuações mais elevadas indicam maiores dificuldades de regulação emocional. No que concerne às qualidades psicométricas, a versão original do instrumento revelou uma elevada consistência interna ($\alpha = .89$), uma boa fidelidade teste-reteste e uma validade preditiva e de constructo adequadas (Kaufman et al., 2016). A versão Portuguesa possui uma elevada consistência interna ($\omega = .93$; Moreira et al., 2020). Na nossa amostra, foi obtido um alfa de Cronbach de .90, indicando uma excelente consistência interna.

Análise de Dados

A análise estatística dos dados foi realizada através da utilização do programa estatístico IBM SPSS Statistics versão 22.0 e da ferramenta PROCESS versão 3.4 para SPSS (Hayes, 2013).

Num primeiro momento, procedeu-se ao cálculo das estatísticas descritivas das variáveis da presente amostra com vista a obtenção da caracterização sociodemográfica e clínica da mesma. De seguida, com base no ponto de corte estabelecido da EADH, criou-se uma nova variável (Presença de Sintomatologia Ansiosa e/ou Depressiva Clinicamente Significativa), que distinguiu dois grupos de participantes: 1) grupo constituído pelas participantes com níveis normais de Sintomatologia Ansiosa e/ou Depressiva (i.e., com pontuações inferiores a 11 em uma ou em ambas as subescalas da EADH; designado de “Grupo sem sintomatologia”); e 2) grupo constituído pelas participantes com níveis clinicamente significativos de Sintomatologia Ansiosa e/ou Depressiva (i.e., pontuação igual ou superior a 11 obtida em uma ou em ambas as subescalas da EADH; designado de “Grupo de sintomatologia clinicamente significativa”). Posteriormente, através de ANOVAS, compararam-se os grupos supramencionados nos níveis de Fadiga, de Dificuldades de Regulação Emocional e de Parentalidade Mindful. Como medida da magnitude das diferenças obtidas, calculou-se o *d* de Cohen, que foi interpretado de acordo com os valores postulados por Cohen (1988; i.e., valores de 0.20 consideram-se diferenças pequenas, valores de 0.50, médias e de 0.80, elevadas).

Seguidamente, calcularam-se as correlações bivariadas de Pearson entre as variáveis em estudo (i.e., Fadiga, Dificuldades de Regulação Emocional, Parentalidade Mindful e a Presença de Sintomatologia Ansiosa e/ou Depressiva Clinicamente Significativa). Foram também calculadas as correlações bivariadas de Pearson entre a Parentalidade Mindful (variável dependente) e variáveis sociodemográficas relevantes (idade da mãe, idade do bebé, sexo do bebé, número de filhos, escolaridade, coabitação com um companheiro e situação profissional) de

forma a identificar potenciais variáveis que devessem ser introduzidas como covariáveis no modelo de mediação moderada, posteriormente executado. A interpretação da magnitude das correlações foi realizada de acordo com os critérios postulados por Cohen (1988), ou seja, valores próximos de .10 representam correlações baixas, valores iguais ou superiores a .30 representam correlações médias e valores iguais ou superiores a .50 representam correlações elevadas.

Por último, foram conduzidas as análises de mediação moderada com recurso à macro PROCESS (Hayes, 2013). Através destas análises pretendeu-se examinar se a relação entre a Fadiga e a Parentalidade Mindful era mediada pelas Dificuldades de Regulação Emocional e se as relações estabelecidas entre estas variáveis e, por conseguinte, o efeito indireto eram moderados pela Presença de Sintomatologia Ansiosa e/ou Depressiva Clinicamente Significativa (modelo 59; Hayes, 2013). Nestas análises foi considerada como covariável a idade do bebé, uma vez que se correlacionou significativamente com a Parentalidade Mindful. Assim, foram testadas três interações (Presença de Sintomatologia Ansiosa e/ou Depressiva Clinicamente Significativa × Fadiga, nas trajetórias que ligam a Fadiga às Dificuldades de Regulação Emocional e à Parentalidade Mindful; Presença de Sintomatologia Ansiosa e/ou Depressiva Clinicamente Significativa × Dificuldades de Regulação Emocional, na trajetória que liga as Dificuldades de Regulação Emocional à Parentalidade Mindful). O índice de mediação moderada foi utilizado como indicador da significância da moderação do efeito indireto. O teste dos efeitos indiretos foi realizado através do procedimento *bootstrapping* (com 10000 amostras) que permite gerar intervalos de confiança (IC 95% *bias-corrected and accelerated confidence intervals*). O efeito indireto foi considerado significativo quando o valor de zero não estava contido nos intervalos de confiança obtidos.

Resultados

Análises de Comparação em Função da Sintomatologia Ansiosa e/ou Depressiva

Um número significativo de mães reportou níveis normais de Sintomatologia Ansiosa e/ou Depressiva ($n = 232$, 78.6%) e 21.4% ($n = 63$) das mães reportaram níveis clinicamente significativos de Sintomatologia Ansiosa e/ou Depressiva (i.e., uma pontuação igual ou superior a 11 obtida em uma ou ambas as subescalas integrantes da EADH). Os níveis de Fadiga, de Dificuldades de Regulação Emocional e de Parentalidade Mindful foram comparados entre estes grupos de sintomatologia. Tal como apresentado na Tabela 1, foram encontradas diferenças estatisticamente significativas em todas as variáveis: Fadiga, $F_{(1, 293)} = 103.33$, $p < .001$; Dificuldades de Regulação Emocional, $F_{(1, 293)} = 111.36$, $p < .001$; e Parentalidade Mindful, $F_{(1, 293)} = 66.23$, $p < .001$. Neste sentido, mães com níveis clinicamente significativos de sintomatologia apresentaram níveis mais elevados de Fadiga e de Dificuldades de Regulação Emocional e níveis mais baixos de Parentalidade Mindful do que mães com níveis normais de sintomatologia. Todas as diferenças estatisticamente significativas obtidas foram de elevada magnitude.

Tabela 1

Análises de Comparação em Função da Sintomatologia Ansiosa e/ou Depressiva

| | Grupo sem sintomatologia <i>n</i> = 232 | Grupo de sintomatologia clinicamente significativa <i>n</i> = 63 | Análises de comparação |
|--|---|--|-------------------------------|
| | <i>M (DP)</i> | <i>M (DP)</i> | <i>F (d de Cohen)</i> |
| Fadiga | 23.24 (5.83) | 32.08 (7.12) | 103.33*** (1.36) |
| Dificuldades de Regulação Emocional | 1.71 (0.49) | 2.52 (0.70) | 111.36*** (1.34) |
| Parentalidade Mindful | 112.68 (9.91) | 101.03 (10.66) | 66.23*** (1.13) |

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

Correlações entre as Variáveis em Estudo

As correlações bivariadas de Pearson calculadas entre as variáveis em estudo encontram-se apresentadas na Tabela 2. A Fadiga correlacionou-se positiva e significativamente com as

Dificuldades de Regulação Emocional ($r = .70, p < .001$) e com a Presença de Sintomatologia Ansiosa e/ou Depressiva Clinicamente Significativa ($r = .51, p < .001$). No que concerne à Parentalidade Mindful, a Fadiga correlacionou-se negativa e significativamente ($r = -.52, p < .001$). As Dificuldades de Regulação Emocional correlacionaram-se negativa e significativamente com a Parentalidade Mindful ($r = -.55, p < .001$) e de forma positiva e significativa com a Presença de Sintomatologia Ansiosa e/ou Depressiva Clinicamente Significativa ($r = .53, p < .001$). Todas as correlações supramencionadas são consideradas correlações de elevada magnitude. Por último, foi obtida uma correlação negativa e significativa entre a Parentalidade Mindful e a Presença de Sintomatologia Ansiosa e/ou Depressiva Clinicamente Significativa ($r = -.43, p < .001$), considerada uma correlação de média magnitude.

Tabela 2

Estatísticas Descritivas e Correlação entre as Variáveis em Estudo

| | M (DP) | 1 | 2 | 3 | 4 |
|---|----------------|---------|---------|---------|-----|
| 1. Fadiga | 25.13 (7.11) | --- | | | |
| 2. Dificuldades de Regulação Emocional | 1.89 (0.63) | .70*** | --- | | |
| 3. Parentalidade Mindful | 110.19 (11.14) | -.52*** | -.55*** | --- | |
| 4. Presença de Sintomatologia Ansiosa e/ou Depressiva Clinicamente Significativa | | .51*** | .53*** | -.43*** | --- |

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

Análises de Mediação Moderada

Antes de se proceder à análise do modelo de mediação moderada, calcularam-se as correlações bivariadas de Pearson entre a Parentalidade Mindful e algumas variáveis sociodemográficas (idade da mãe, idade do bebé, sexo do bebé, número de filhos, escolaridade, coabitação com um companheiro e situação profissional), com o objetivo de identificar potenciais variáveis que deveriam ser controladas no modelo. Verificou-se que apenas a idade do bebé se

correlacionou significativamente com a Parentalidade Mindful ($r = -.12, p = .049$), pelo que foi incluída como covariável no modelo de mediação moderada.

Tal como apresentado na Tabela 3, observou-se uma interação significativa entre a Fadiga e a Presença de Sintomatologia Ansiosa e/ou Depressiva Clinicamente Significativa, tanto na relação entre a Fadiga e as Dificuldades de Regulação Emocional ($b = 0.02, SE = 0.01, p = .014, \Delta R^2 = .01$), como no efeito direto da Fadiga na Parentalidade Mindful ($b = 0.77, SE = 0.25, p = .002, \Delta R^2 = .02$). Tal como se encontra presente na Figura 2, verificou-se uma associação positiva e significativa entre a Fadiga e as Dificuldades de Regulação Emocional, tanto no grupo de mães sem sintomatologia clinicamente significativa ($b = 0.05, SE = 0.00, t = 9.36, p < .001$), como no grupo de mães com sintomatologia clinicamente significativa ($b = 0.07, SE = 0.01, t = 8.86, p < .001$), ainda que a associação tenha sido mais forte neste último grupo. Relativamente à moderação do efeito direto, e tal como se pode observar na Figura 3, verificou-se que o efeito direto da Fadiga na Parentalidade Mindful foi apenas significativo no grupo de mães sem sintomatologia clinicamente significativa ($b = -0.52, SE = 0.12, t = -4.36, p < .001$), não tendo sido significativo no grupo de mães com sintomatologia clinicamente significativa ($b = 0.25, SE = 0.22, t = 1.12, p = .263$). Por fim, a associação entre as Dificuldades de Regulação Emocional e a Parentalidade Mindful não foi moderada pela Presença de Sintomatologia Ansiosa e/ou Depressiva Clinicamente Significativa (Presença de Sintomatologia Ansiosa e/ou Depressiva Clinicamente Significativa \times Dificuldades de Regulação Emocional: $b = -3.64, SE = 2.66, p = .172, \Delta R^2 = .00$).

No que diz respeito ao efeito indireto da Fadiga na Parentalidade Mindful através das Dificuldades de Regulação Emocional, observou-se que este foi significativo quer no grupo de mães sem sintomatologia clinicamente significativa (*efeito indireto* = $-0.22, SE = 0.07, 95\%$ BCaCI $[-0.36, -0.10]$), quer no grupo de mães com sintomatologia clinicamente significativa (*efeito indireto* = $-0.58, SE = 0.23, 95\%$ BCaCI $[-1.04, -0.14]$). O índice de mediação moderada foi de $-0.36 (SE = 0.24, 95\%$ BCaCI $[-0.83, 0.11])$, indicando a ausência de moderação do efeito indireto.

Tabela 3*Coeficientes de Regressão do Modelo de Mediação Moderada*

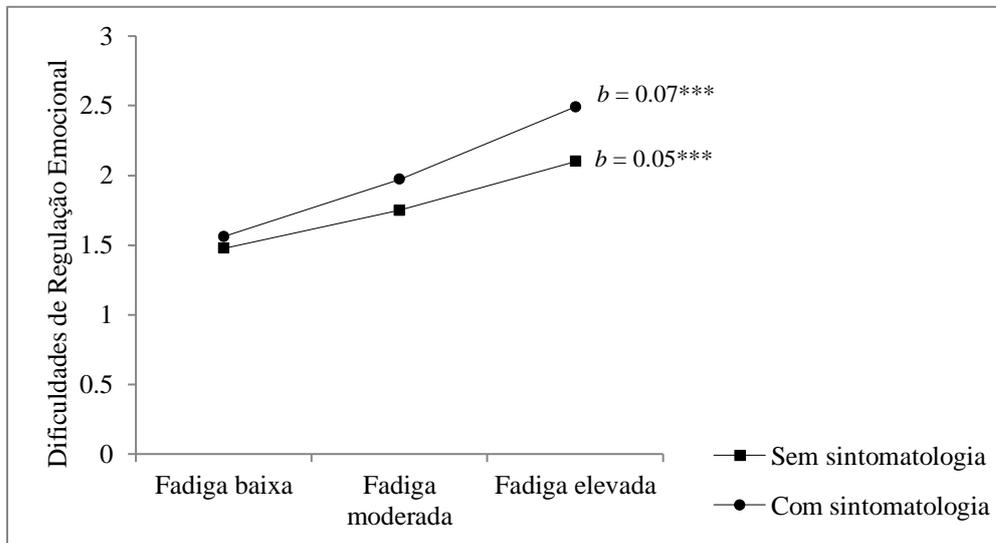
| | Dificuldades de Regulação Emocional | | |
|--|--|-----------|-----------------|
| | <i>b</i> | <i>SE</i> | 95% BCaCIs |
| Fadiga | 0.05*** | 0.00 | [0.04, 0.06] |
| Presença de Sintomatologia Ansiosa e/ou Depressiva Clinicamente Significativa | -0.32 | 0.28 | [-0.87, 0.23] |
| Presença de Sintomatologia Ansiosa e/ou Depressiva Clinicamente Significativa x Fadiga | 0.02* | 0.01 | [0.00, 0.04] |
| Idade do Bebê | 0.00 | 0.01 | [-0.01, 0.02] |
| R² Total | $R^2 = .54; F_{(4,290)} = 84.89^{***}$ | | |
| | Parentalidade Mindful | | |
| | <i>b</i> | <i>SE</i> | 95% BCaCIs |
| Fadiga | -0.52*** | 0.12 | [-0.76, -0.29] |
| Dificuldades de Regulação Emocional | -4.88*** | 1.43 | [-7.70, -2.07] |
| Presença de Sintomatologia Ansiosa e/ou Depressiva Clinicamente Significativa | -18.43** | 5.86 | [-29.96, -6.90] |
| Presença de Sintomatologia Ansiosa e/ou Depressiva Clinicamente Significativa x Fadiga | 0.77** | 0.25 | [0.28, 1.26] |
| Presença de Sintomatologia Ansiosa e/ou Depressiva Clinicamente Significativa x Dificuldades de Regulação Emocional | -3.64 | 2.66 | [-8.88, 1.59] |
| Idade do Bebê | -0.26 | 0.15 | [-0.56, 0.04] |
| R² Total | $R^2 = .38; F_{(6,288)} = 29.09^{***}$ | | |

Nota. BCaCIs = *bias-corrected and accelerated confidence intervals.*

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

Figura 2

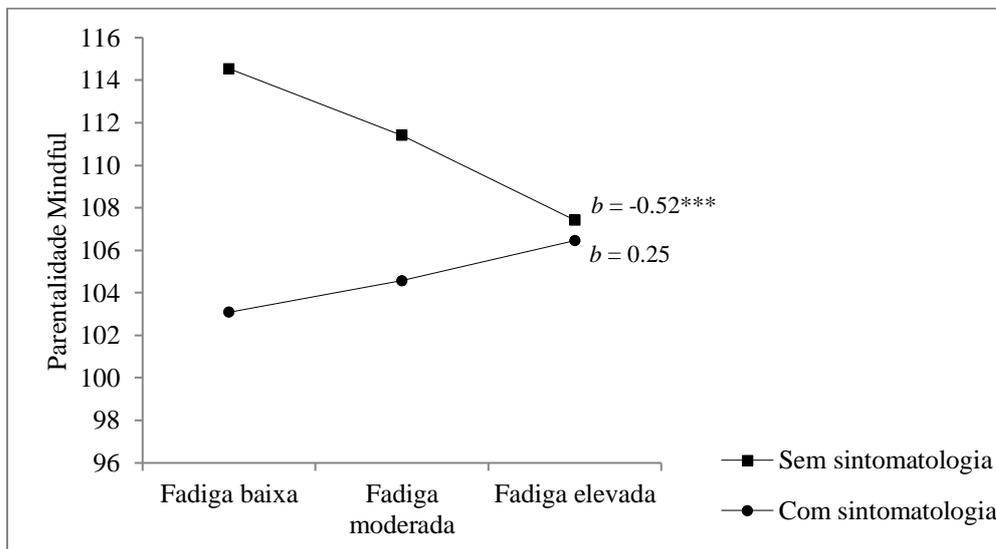
O Efeito Moderador da Presença de Sintomatologia Ansiosa e/ou Depressiva Clinicamente Significativa na Associação entre a Fadiga e as Dificuldades de Regulação Emocional



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

Figura 3

O Efeito Moderador da Presença de Sintomatologia Ansiosa e/ou Depressiva Clinicamente Significativa na Associação entre a Fadiga e a Parentalidade Mindful



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

Discussão

O presente estudo procurou investigar se os níveis de fadiga, de DRE e de PM diferiam entre mães com níveis clinicamente significativos de sintomatologia ansiosa e/ou depressiva e mães com níveis normais de sintomatologia no período pós-parto. Procurou, igualmente, examinar se a fadiga materna se encontrava associada à PM através das DRE e se estas associações eram moderadas pelos níveis de sintomatologia ansiosa e/ou depressiva materna. Os resultados obtidos corroboram as hipóteses inicialmente estabelecidas.

O Papel da Sintomatologia Psicopatológica na Fadiga, nas DRE e na PM: Comparação de Grupos

Tal como esperado, verificámos que mães com sintomatologia ansiosa e/ou depressiva clinicamente significativa apresentaram níveis mais elevados de fadiga do que mães com níveis normais de sintomatologia. Os nossos resultados convergem com a literatura que demonstra uma associação significativa positiva entre a fadiga e a sintomatologia depressiva (e.g., Dennis & Ross, 2005; Giallo, Wade, et al., 2011; Wilson et al., 2018) e ansiosa (Giallo, Rose, & Vittorino, 2011; Taylor & Johnson, 2013) em mães no período pós-parto. Os resultados encontrados podem ser explicados por vários fatores. Em primeiro lugar, importa referir que a fadiga é um sintoma habitual da depressão, nomeadamente da depressão pós-parto, constituindo-se como um dos critérios de diagnóstico desta perturbação. Paralelamente, este quadro clínico caracteriza-se também por um humor depressivo exacerbado, redução no interesse e prazer em realizar atividades diárias, alterações significativas no apetite, perturbações no sono, perda de energia, entre outros (APA, 2013). Estes sintomas podem contribuir igualmente para níveis elevados de fadiga, particularmente numa fase em que as responsabilidades implicadas no cuidado do recém-nascido exigem grande energia (Abushaikha et al., 2018). Em segundo lugar, as mães com sintomas clinicamente significativos de ansiedade podem estar também mais vulneráveis a apresentar uma fadiga acentuada, uma vez que, por um lado, a ansiedade pode pautar-se também por perturbações significativas no sono (APA, 2013) e que, por outro lado, a fadiga materna no período pós-parto se associa, frequentemente, a uma pobre qualidade de sono (e.g., Badr & Zauszniewski, 2017). Em terceiro lugar, as mães ansiosas e deprimidas podem envolver-se, mais frequentemente, em padrões cognitivos de preocupação e ruminação (Stein et al., 2012), que se traduzem em pensamentos repetitivos focados na antecipação de uma futura ameaça e em pensamentos recorrentes centrados em eventos passados e presentes pautados por perda e fracasso, respetivamente (Nolen-Hoeksema et al., 2008), que podem impactar a qualidade do sono e, deste modo, promover uma fadiga elevada. Em quarto lugar, pode também colocar-se a hipótese de que a fadiga materna conduz a uma sintomatologia ansiosa e/ou depressiva clinicamente significativa. De facto, mães fatigadas podem sentir emoções negativas mais

intensas, como frustração (Kurth et al., 2011; Nash et al., 2008), culpa, ressentimento (Kurth et al., 2011) e irritabilidade (Nash et al., 2008), que podem contribuir para um maior humor depressivo. Paralelamente, é possível que mães fatigadas, ao disporem de menos recursos de *coping* adaptativos (e.g., envolvimento em comportamentos de autocuidado) e ao sentirem-se menos motivadas para realizar tarefas prazerosas que promovam o seu bem-estar, sejam menos capazes de regular as suas emoções negativas e, deste modo, que surjam e se mantenham os sintomas clinicamente significativos de depressão (Wilson et al., 2018; Giallo, Wade, et al., 2011). Embora, do nosso conhecimento, nenhum estudo tenha explorado a influência da fadiga na ansiedade, atendendo ao facto de as mães se encontrarem mais vulneráveis a experienciar comorbilidade entre sintomatologia ansiosa e depressiva clinicamente significativa no período pós-parto (e.g., Farr et al., 2014), é possível que a fadiga ao promover sintomatologia depressiva, contribua, igualmente, para o aparecimento de sintomatologia ansiosa neste período.

Como expectável, verificámos que as mães com níveis clinicamente significativos de sintomas ansiosos e/ou depressivos apresentaram mais DRE do que mães com níveis normais de sintomatologia. Estes resultados são congruentes com estudos anteriores conduzidos com mães no período pós-parto (Fonseca et al., 2018; Haga et al., 2012; Marques et al., 2018) e com a extensa literatura que demonstra que as DRE são um fator transdiagnóstico de vulnerabilidade para o desenvolvimento e manutenção de psicopatologia, nomeadamente ansiosa e depressiva (e.g., Aldao et al., 2010). Os nossos resultados podem dever-se a um conjunto de fatores. Primeiro, embora seja normativo as mães sentirem emoções positivas e negativas no período pós-parto (Haga et al., 2012), as conceções ideológicas sociais constituem este período como sendo pautado apenas pela vivência de emoções positivas (Sutherland, 2010). Assim, atendendo que as perturbações de ansiedade e depressivas se caracterizam por emoções negativas intensas frequentes (Campbell-Sills et al., 2006a, 2006b), pode acontecer que as mães ansiosas e/ou deprimidas ao sentirem, de forma exacerbada, emoções negativas no período pós-parto, sintam uma maior dificuldade em aceitá-las e em regulá-las eficazmente por não irem ao encontro dos padrões de experiência emocional idealizados para este período. Segundo, ao ser-lhes difícil aceitar as experiências emocionais negativas, podem não estar disponíveis para as compreender e atribuir-lhes um sentido, limitando a sua capacidade para as perceber adequadamente de forma a escolherem estratégias de RE adaptativas sentindo, deste modo, dificuldades mais acentuadas na regulação destas emoções o que, por sua vez, intensifica a sua sintomatologia (Marques et al., 2018). Também é possível que, ao vivenciarem emoções negativas intensas, as mães com sintomatologia clinicamente significativa tenham uma maior dificuldade em identificar e recorrer a estratégias de RE percebidas como eficazes, adotando, por isso, mais facilmente, estratégias consideradas mal-adaptativas (e.g., ruminação, preocupação; Stein et al., 2012). Estas, ao contribuírem para uma exacerbação das emoções negativas, podem promover dificuldades

sentidas na RE, mantendo ou aumentando, conseqüentemente, os sintomas ansiosos e/ou depressivos. De facto, está amplamente documentado na literatura que a implementação de estratégias mal-adaptativas de RE se encontra implicada no desenvolvimento, manutenção e aumento da psicopatologia ansiosa e depressiva, por não permitirem a regulação eficaz das emoções subjacentes à mesma (Aldao et al., 2010).

Como esperado, os nossos resultados demonstraram, também, que mães com níveis clinicamente significativos de sintomatologia ansiosa e/ou depressiva mostraram níveis mais baixos de PM do que mães com níveis normais de sintomatologia. Estes resultados vão ao encontro de estudos anteriores (Fernandes et al., 2020; Moreira & Canavarro, 2018) e podem ser explicados por múltiplos fatores. Primeiro, como referido anteriormente, as mães ansiosas e deprimidas tendem a preocupar-se e a ruminar frequentemente (Stein et al., 2012), pelo que podem não ser capazes de se descentrar dos seus pensamentos e estar atentas aos sinais dos seus bebés, comprometendo a sua capacidade para detetar e responder de forma sensível às necessidades dos mesmos, o que se traduz em níveis mais baixos de PM. Segundo, ao interagirem com os recém-nascidos, as mães deprimidas tendem a mostrar emoções e preocupações menos orientadas para estes e mais orientadas para si mesmas (Dix et al., 2004) e as mães ansiosas a focar-se excessivamente nos seus sintomas (Moreira & Canavarro, 2018). Neste sentido, ao estarem autofocadas, podem encontrar-se indisponíveis para os seus filhos, prejudicando a satisfação adequada das suas necessidades e a qualidade da relação mãe-filho, refletindo-se numa PM reduzida. Adicionalmente, a literatura tem mostrado que indivíduos ansiosos tendem também a focar a sua atenção em estímulos interpretados erroneamente como potenciais perigos (e.g., Cisler & Koster, 2010; Richards et al., 2014), por ativarem, de forma mais fácil, o seu sistema de ameaça (Gilbert, 2014). Assim, as mães ansiosas podem estar mais atentas a potenciais sinais de perigo relacionados com o bebé (e.g., com a sua segurança, saúde) e não plenamente presentes na interação com este, tendo, assim, maior dificuldade em identificar e interpretar corretamente as emoções e reações do bebé, o que pode afetar a sua capacidade para ser *mindful* com o mesmo. Também é possível que mães ansiosas e/ou deprimidas sejam mais autocríticas e, assim, sintam mais dificuldade em aceitar os seus erros parentais e as suas limitações percebidas enquanto mães, por acreditarem que não são capazes de alcançar os padrões elevados e, habitualmente, irrealistas estabelecidos para a relação com os seus filhos (Moreira & Canavarro, 2018). Quarto, vários estudos têm mostrado que as mães deprimidas tendem a ser menos envolvidas, afetuosas e responsivas aos seus bebés (Forman et al., 2007; Righetti-Veltema et al., 2002), bem como mais hostis, dirigindo-lhes uma maior irritabilidade (Lovejoy et al., 2000). Paralelamente, a investigação tem também mostrado que as mães ansiosas são capazes de demonstrar menos afeto (Drake & Ginsburg, 2011), sensibilidade e responsividade às necessidades dos seus filhos (Nicol-Harper et al., 2007). Desta forma, mães com sintomas ansiosos e/ou depressivos podem não

conseguir controlar reações impulsivas perante comportamentos normativos dos filhos e estar conscientes das necessidades destes e, por conseguinte, ter uma postura parental mindful caracterizada por uma menor reatividade e por uma maior compaixão pela criança.

Modelo de Mediação Moderada

No modelo de mediação moderada obtido, verificámos que a relação entre a fadiga e a PM é mediada pelas DRE. Contudo, enquanto que no grupo de mães com níveis normais de sintomatologia ansiosa e/ou depressiva, a relação entre fadiga e a PM é também direta, no grupo de mães com níveis clinicamente significativos de sintomatologia, esta relação é apenas indireta (i.e., mediada pelas DRE).

No que concerne à associação entre a fadiga e as DRE, verificámos que níveis mais elevados de fadiga materna se associaram a níveis mais pronunciados de DRE, tal como era esperado. Embora este estudo, do nosso conhecimento, seja o primeiro a mostrar esta associação em mães de recém-nascidos, os resultados obtidos são congruentes com estudos recentes realizados noutras populações (Manning, Bakhshaie, et al., 2019; Manning, Garey, et al., 2019; Tibubos et al., 2018) e podem dever-se a um conjunto de fatores. Em primeiro lugar, como referido previamente, mães mais exaustas ou fatigadas podem experienciar emoções negativas mais intensas, como frustração (Kurth et al., 2011; Nash et al., 2008), culpa, ressentimento (Kurth et al., 2011) e irritabilidade (Nash et al., 2008) e ter menos recursos e estratégias adaptativas disponíveis para regular as suas emoções (Giallo, Wade, et al., 2011). Em segundo lugar, coloca-se também a hipótese de que as mães que apresentam níveis mais elevados de fadiga experienciem também uma pobre qualidade de sono (e.g., Badr & Zauszniewski, 2017) e que, por isso, se tornem mais reativas às suas emoções negativas e aos estímulos que as provocam e, deste modo, mais propensas a sentir DRE exacerbadas. Alguns estudos têm mostrado que, de facto, uma pobre qualidade de sono impacta, de forma significativa, a reatividade emocional e, desta forma, a capacidade de RE (e.g., Gruber & Cassoff, 2014; Palmer & Alfano, 2017). Em terceiro lugar, hipotetiza-se que mães que demonstram uma fadiga acentuada decorrente de problemas relacionados com o sono (e.g., privação de sono), sintam mais DRE devido a alterações neuronais. De facto, existem evidências de que a privação de sono conduz a uma conectividade funcional reduzida entre o córtex pré-frontal medial e a amígdala o que, ao comprometer a capacidade de RE eficaz, contribui para DRE mais elevadas (Yoo et al., 2007). Verificámos ainda que a associação entre a fadiga e as DRE foi moderada pela presença de sintomatologia ansiosa e/ou depressiva, tendo esta associação sido mais forte no grupo de mães com sintomatologia clinicamente significativa. Este resultado vai ao encontro das diferenças encontradas na fadiga e nas DRE entre os dois grupos de sintomatologia, sugerindo que níveis acentuados de fadiga se

associam mais fortemente a DRE elevadas em mães com níveis clinicamente significativos de ansiedade e/ou depressão.

Quanto à associação entre as DRE e a PM, tal como expectável e de forma consistente com estudos anteriores (Gouveia et al., 2019), observámos que um nível mais elevado de DRE se associou de forma significativa a níveis mais baixos de PM maternos. Estes resultados podem ser atribuídos a diversos fatores. Primeiro, tem sido sugerido que a capacidade dos pais para regular de forma eficaz as emoções sentidas, por exemplo perante o choro do bebé, é crucial para que as necessidades deste sejam atendidas de forma sensível e responsiva (Rutherford et al., 2015; Schultheis et al., 2019). Assim, mães que sentem dificuldades acentuadas em regular emoções intensas geradas pelo choro dos seus bebés, através do qual são expressas as suas necessidades, podem não se encontrar disponíveis para as detetar e satisfazer, contingente e adequadamente, comprometendo a sua capacidade de implementar uma PM. Segundo, mães que sentem DRE elevadas podem não ser capazes de interromper padrões de comportamentos parentais negativos automáticos e escolher, de forma consciente, comportamentos parentais congruentes com os seus objetivos e valores parentais, prejudicando a qualidade das interações mãe-bebé e a sua capacidade para adotar uma PM. De facto, Gouveia et al. (2019) sugeriram que mães com uma RE eficaz, ao não reagirem impulsivamente quando sentem emoções negativas mais intensas, são capazes de exercer autorregulação e, por conseguinte, adotar uma postura menos reativa às emoções e aos comportamentos normativos dos filhos, como patente numa PM. Terceiro, mães com uma RE eficaz podem mostrar-se mais capazes de se tornarem mais conscientes das emoções sentidas e expressas pelos seus filhos, capacidade esta inerente à PM (Gouveia et al., 2019). Deste modo, mães que sentem maiores DRE podem não conseguir estar plenamente atentas aos seus recém-nascidos e identificar as emoções destes, o que pode afetar a sensibilidade do cuidado providenciado e a prática de PM. Por fim, verificámos que a presença de sintomatologia ansiosa e/ou depressiva materna não moderou a associação entre as DRE e a PM, pelo que os nossos resultados sugerem que, independentemente dos níveis de sintomatologia psicopatológica das mães, as DRE influenciam significativamente a sua capacidade para implementarem uma abordagem *mindful* com os seus bebés.

No que respeita à associação entre a fadiga e a PM, verificámos que níveis mais elevados de fadiga se associaram direta e indiretamente a níveis mais baixos de PM em mães com níveis normais de sintomatologia ansiosa e/ou depressiva. Já no grupo de mães com sintomatologia clinicamente significativa, a relação entre a fadiga e a PM apenas ocorreu indiretamente através das DRE, o que poderá significar que as DRE desempenham um papel particularmente relevante neste grupo de mães na explicação da forma como a fadiga se associa a uma menor capacidade das mães para exercerem uma parentalidade baseada no *mindfulness*. No que se refere à relação direta entre a fadiga e a PM no grupo de mães sem sintomatologia, não obstante o presente

estudo, tanto quanto é do nosso conhecimento, ser pioneiro a explorar esta relação, os nossos resultados convergem com a literatura que suporta o impacto adverso da fadiga materna nas práticas parentais no período pós-parto (e.g., Henderson et al., 2019; Lai et al., 2015; Wade et al., 2012) e podem ser explicados por diversos fatores. Coloca-se a hipótese de que mães fatigadas se percecionem como mais incompetentes no papel parental desempenhado (Kurth et al., 2011; Wade et al., 2012) e se sintam menos satisfeitas durante a interação mãe-bebé (Wade et al., 2012). Deste modo, podem tornar-se mais ajuizadoras das suas competências e menos compassivas consigo mesmas, nomeadamente com os seus esforços parentais realizados, refletindo-se numa postura parental menos mindful. Com o choro frequente dos filhos, é possível que mães mais fatigadas se sintam mais impacientes e frustradas, o que pode dificultar a adoção de uma menor reatividade parental aos comportamentos dos filhos e a deteção do significado subjacente a estes, contribuindo para uma satisfação inadequada das necessidades dos seus filhos (Kurth et al., 2011; Nash et al., 2008). As mães fatigadas podem também sentir e expressar uma maior irritabilidade na interação mãe-bebé (Nash et al., 2008), demonstrando comportamentos parentais mais hostis (Wade et al., 2012), o que pode afetar a interrupção de padrões comportamentais parentais mal-adaptativos automáticos e, assim, a qualidade das interações diádicas com os seus bebés, demonstrando-se menos mindful com estes. Paralelamente, as mães fatigadas podem mostrar uma PM reduzida, ao serem capazes de se tornar autocríticas, bem como menos sensíveis e responsivas aos seus bebés por terem mais dificuldades em desempenhar tarefas requeridas no cuidado dos mesmos (Lai et al., 2015). Por fim, é possível que mães mais fatigadas tenham uma perceção mais negativa dos filhos, recorrendo a adjetivos mais negativos para os descrever e sentindo mais tardiamente que estes lhes pertencem (Henderson et al., 2019), tornando-se, por isso, mais ajuizadoras das características idiossincráticas dos mesmos e menos disponíveis para prestar atenção plena, característico de uma parentalidade menos mindful.

Limitações, Contributos e Implicações Clínicas

O presente estudo apresenta limitações que devem ser atendidas na interpretação dos resultados. Primeiro, trata-se de um estudo transversal, o que não permite inferir a causalidade das relações entre as variáveis em estudo devido a uma possível bidirecionalidade destas. Neste sentido, torna-se necessário que estudos longitudinais futuros analisem de que forma a fadiga, as DRE, a PM e os níveis de sintomatologia ansiosa e/ou depressiva das mães se associam, no período pós-parto, ao longo do tempo. Segundo, a amostra é apenas constituída por mães, comprometendo a generalização dos resultados obtidos para os pais. Seria, então, pertinente, estudos futuros avaliarem estas relações numa amostra constituída por um número equivalente de mães e de pais. Terceiro, 88.8% das participantes foi recrutada online, colocando-se a hipótese de que os questionários foram preenchidos por mães genuinamente interessadas nas temáticas

avaliadas e que, por isso, uma parte significativa da amostra se torne autosseleccionada. A amostra foi também recolhida, presencialmente, apenas em creches localizadas na zona centro de Portugal, o que pode afetar o grau representatividade da amostra e a generalização dos resultados encontrados para a população Portuguesa. A maioria da amostra revela ainda um nível de escolaridade elevado, um rendimento mensal do agregado familiar inferior ou igual a 2000 euros, encontra-se empregada, casada ou em união de facto, coabita com um companheiro e reside em zona urbana o que, por sua vez, pode limitar a generalização dos resultados para mães com outras características sociodemográficas. Posto isto, estudos posteriores devem incluir amostras mais amplas integradas por um número representativo de mães e pais pertencentes a diversas zonas geográficas do país e, assim, com características sociodemográficas mais abrangentes. Quarto, as variáveis em estudo foram avaliadas por instrumentos de autorresposta, o que pode comprometer a validade dos resultados obtidos devido a uma possível desejabilidade social subjacente às respostas fornecidas. No futuro, as investigações devem optar por medidas mais objetivas. Neste seguimento, os instrumentos de autorresposta utilizados não permitem o diagnóstico clínico de perturbações depressivas e de ansiedade, tornando-se essencial que estudos futuros utilizem entrevistas clínicas semiestruturadas para uma maior fiabilidade e validade dos resultados. Para além disso, atendendo o papel relevante da sintomatologia psicopatológica nas relações estudadas nesta investigação, seria interessante estudos próximos explorarem o papel das DRE na adoção de uma PM em amostras clínicas de mães e pais fatigados (i.e., com diagnóstico clínico de depressão e/ou de ansiedade). Por fim, as DRE e a PM foram avaliadas como construtos globais, pelo que seria relevante investigações futuras examinarem o papel específico de cada uma das suas dimensões nas relações analisadas neste estudo.

Não obstante as limitações apontadas, o presente estudo representa um contributo importante e inovador para a investigação e para a prática clínica no contexto do período pós-parto. Tanto quanto é do nosso conhecimento, o nosso estudo revela-se pioneiro na investigação da relação entre a fadiga e a PM, do papel mediador das DRE nesta relação, do papel moderador dos níveis de sintomatologia ansiosa e/ou depressiva materna nestas relações e ainda na análise das relações enunciadas no período pós-parto. Este estudo permite compreender, pela primeira vez, a forma como a fadiga materna pode impactar a adoção de uma PM no período pós-parto, bem como o papel relevante das DRE e da sintomatologia psicopatológica das mães nesta relação.

Esta investigação revela implicações clínicas importantes. Em primeiro lugar, os nossos resultados mostram que a fadiga compromete diretamente a capacidade das mães com níveis normais de sintomatologia para serem *mindful* com os seus bebés. Sugerem, assim, a necessidade e a relevância de serem desenvolvidas medidas de prevenção focadas na fadiga materna no período pós-parto, como uma avaliação e deteção precoce da vulnerabilidade das mães para sentirem uma fadiga acentuada neste período e auxiliá-las a desenvolver estratégias que

diminuam eficazmente a mesma para que consigam adotar uma PM. Estes resultados sugerem que poderá ser igualmente importante as mães participarem em programas de intervenção focados na fadiga pós-parto, como o *wide awake parenting* (Dunning et al., 2013), uma intervenção psicoeducacional que visa promover a redução da fadiga parental no período pós-parto. Em segundo lugar, este estudo sugere que as DRE se constituem como um potencial mecanismo explicativo importante da relação entre a fadiga e a PM, no período pós-parto, independentemente dos níveis de sintomatologia ansiosa e/ou depressiva materna. Torna-se, por isso, extremamente relevante, sinalizar mães mais vulneráveis a experienciar DRE no período pós-parto e promover competências de RE adaptativas. Poderá ainda ser benéfico, particularmente para mães com sintomatologia clinicamente significativa, uma vez apresentarem níveis mais elevados de DRE e a relação entre a fadiga e a PM, neste grupo de mães, ser totalmente explicada pelas DRE, intervenções focadas na RE, como o protocolo unificado (Barlow et al., 2018). Através deste programa de intervenção, as mães podem aprender a lidar com as suas emoções de forma adaptativa e, assim, tornarem-se capazes de ter uma postura parental mais *mindful* e interações com os seus bebés de maior qualidade. Por fim, o efeito dos níveis clinicamente significativos de sintomatologia ansiosa e/ou depressiva na fadiga, nas DRE e na PM demonstrado na literatura e no nosso estudo, reforça a importância de serem adotadas medidas preventivas no período pós-parto, como o desenvolvimento e aplicação de instrumentos válidos e fiáveis de rastreio de psicopatologia ansiosa e depressiva materna. Realça, ainda, que é essencial, neste período, identificar mães com sintomatologia ansiosa e/ou depressiva clinicamente significativa e intervir com estas, nomeadamente na redução da sua sintomatologia psicopatológica, atendendo o seu impacto negativo nas mães e nas suas práticas parentais com os recém-nascidos.

Referências Bibliográficas

- Aaronson, L. S., Teel, C. S., Cassmeyer, V., Neuberger, G. B., Pallikkathayil, L., Pierce, J., Press, A. N., Williams, P. D., & Wingate, A. (1999). Defining and measuring fatigue. *Image: The Journal of Nursing Scholarship*, 31(1), 45-50. <https://doi.org/10.1111/j.1547-5069.1999.tb00420.x>
- Abushaikha, L., Safadi, R., & Ahmad, M. (2018). Assessing the association between fatigue and functional status during postpartum. *Sexual & Reproductive Healthcare*, 18, 19-23. <https://doi.org/10.1016/j.srhc.2018.08.005>
- Aldao, A., Nolen-Hoeksema, S., & Schweizer, S. (2010). Emotion-regulation strategies across psychopathology: A meta-analytic review. *Clinical Psychology Review*, 30(2), 217-237. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2009.11.004>
- American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596>
- Badr, H. A., & Zauszniewski, J. A. (2017). Meta-analysis of the predictive factors of postpartum fatigue. *Applied Nursing Research*, 36, 122-127. <https://doi.org/10.1016/j.apnr.2017.06.010>
- Bahrami, B., Dolatshahi, B., Pourshahbaz, A., & Mohammadkhani, P. (2018). Parenting style and emotion regulation in mothers of preschool children. *Practice in Clinical Psychology*, 6(1), 3-8. <https://doi.org/10.29252/nirp.jpcp.6.1.3>
- Barlow, D. H., Farchione, T. J., Sauer-Zavala, S., Latin, H. M., Ellard, K. K., Bullis, J. R., Bentley, K. H., Boettcher, H. T., & Cassiello-Robbins, C. (2018). *Unified protocol for transdiagnostic treatment of emotional disorders: Therapist Guide* (2nd ed.). Oxford University Press.
- Beer, M., Ward, L., & Moar, K. (2013). The relationship between mindful parenting and distress in parents of children with an autism spectrum disorder. *Mindfulness*, 4(2), 102-112. <https://doi.org/10.1007/s12671-012-0192-4>
- Bögels, S. M., Hellemans, J., van Deursen, S., Römer, M., & van der Meulen, R. (2014). Mindful parenting in mental health care: Effects on parental and child psychopathology, parental stress, parenting, coparenting, and marital functioning. *Mindfulness*, 5(5), 536-551. <https://doi.org/10.1007/s12671-013-0209-7>

- Bögels, S., & Restifo, K. (2014). *Mindful parenting: A guide for mental health practitioners*. Springer. <https://doi.org/10.1007/978-1-4614-7406-7>
- Brown, S., & Lumley, J. (1998). Maternal health after childbirth: Results of an Australian population based survey. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology*, *105*(2), 156-161. <https://doi.org/10.1111/j.1471-0528.1998.tb10045.x>
- Caiado, B., Fernandes, D. V., Canavarro, M. C., & Moreira, H. (2019). The infant version of the Interpersonal Mindfulness in Parenting Scale: Psychometric properties and factor structure in a sample of Portuguese mothers in the postpartum period [Manuscript submitted for publication]. Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação, Universidade de Coimbra.
- Campbell-Sills, L., Barlow, D. H., Brown, T. A., & Hofmann, S. G. (2006a). Effects of suppression and acceptance on emotional responses of individuals with anxiety and mood disorders. *Behaviour Research and Therapy*, *44*(9), 1251-1263. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2005.10.001>
- Campbell-Sills, L., Barlow, D. H., Brown, T. A., & Hofmann, S. G. (2006b). Acceptability and suppression of negative emotion in anxiety and mood disorders. *Emotion*, *6*(4), 587-595. <https://doi.org/10.1037/1528-3542.6.4.587>
- Cisler, J. M., & Koster, E. H. W. (2010). Mechanisms of attentional biases towards threat in anxiety disorders: An integrative review. *Clinical Psychology Review*, *30*(2), 203-216. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2009.11.003>
- Coatsworth, J. D., Duncan, L. G., Greenberg, M. T., & Nix, R. L. (2010). Changing parent's mindfulness, child management skills and relationship quality with their youth: Results from a randomized pilot intervention trial. *Journal of Child and Family Studies*, *19*(2), 203-217. <https://doi.org/10.1007/s10826-009-9304-8>
- Coatsworth, J. D., Duncan, L. G., Nix, R. L., Greenberg, M. T., Gayles, J. G., Bamberger, K. T., Berrena, E., & Demi, M. A. (2015). Integrating mindfulness with parent training: Effects of the mindfulness-enhanced strengthening families program. *Developmental Psychology*, *51*(1), 26-35. <https://doi.org/10.1037/a0038212>
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences* (2nd ed.). Lawrence Erlbaum Associates, Publishers.

- Cole, P. M., Michel, M. K., & Teti, L. O. (1994). The development of emotion regulation and dysregulation: A clinical perspective. *Monographs of the Society for Research in Child Development*, 59(2-3), 73–100. <https://doi.org/10.2307/1166139>
- de Bruin, E. I., Zijlstra, B. J. H., Geurtzen, N., van Zundert, R. M. P, van de Weijer-Bergsma, E., Hartman, E. E., Nieuwesteeg, A. M., Duncan, L. G., & Bögels, S. M. (2014). Mindful parenting assessed further: Psychometric properties of the Dutch version of the Interpersonal Mindfulness in Parenting Scale (IM-P). *Mindfulness*, 5(2), 200-212. <https://doi.org/10.1007/s12671-012-0168-4>
- Dennis, C.-L., & Ross, L. (2005). Relationships among infant sleep patterns, maternal fatigue, and development of depressive symptomatology. *Birth*, 32(3), 187-193. <https://doi.org/10.1111/j.0730-7659.2005.00368.x>
- Dix, T., Gershoff, E. T., Meunier, L. N., & Miller, P. C. (2004). The affective structure of supportive parenting: Depressive symptoms, immediate emotions, and child-oriented motivation. *Developmental Psychology*, 40(6), 1212-1227. <https://doi.org/10.1037/0012-1649.40.6.1212>
- Drake, K. L., & Ginsburg, G. S. (2011). Parenting practices of anxious and nonanxious mothers: A multi-method, multi-informant approach. *Child & Family Behavior Therapy*, 33(4), 299-321. <https://doi.org/10.1080/07317107.2011.623101>
- Duncan, L. G. (2007). *Assessment of mindful parenting among parents of early adolescents: Development and validation of the Interpersonal Mindfulness in Parenting Scale* [Dissertação de doutoramento não publicada]. The Pennsylvania State University.
- Duncan, L. G., Coatsworth, J. D., Gayles, J. G., Geier, M. H., & Greenberg, M. T. (2015). Can mindful parenting be observed? Relations between observational ratings of mother–youth interactions and mothers’ self-report of mindful parenting. *Journal of Family Psychology*, 29(2), 276-282. <https://doi.org/10.1037/a0038857>
- Duncan, L. G., Coatsworth, J. D., & Greenberg, M. T. (2009). A model of mindful parenting: Implications for parent–child relationships and prevention research. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 12(3), 255-270. <https://doi.org/10.1007/s10567-009-0046-3>

- Dunning, M., Seymour, M., Cooklin, A., & Giallo, R. (2013). Wide awake parenting: Study protocol for a randomised controlled trial of a parenting program for the management of post-partum fatigue. *BMC Public Health*, *13*, Article 26. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-13-26>
- Fairholme, C. P., & Manber, R. (2015). Sleep, emotions, and emotion regulation: An overview. In K. A. Babson & M. T. Feldner (Eds.), *Sleep and affect: Assessment, theory, and clinical implications* (pp. 45–61). Elsevier Academic Press. <https://doi.org/10.1016/B978-0-12-417188-6.00003-7>
- Farr, S. L., Dietz, P. M., O'Hara, M. W., Burkley, K., & Ko, J. Y. (2014). Postpartum anxiety and comorbid depression in a population-based sample of women. *Journal of Women's Health*, *23*(2), 120–128. <https://doi.org/10.1089/jwh.2013.4438>
- Fernandes, D. V., Canavarro, M. C., & Moreira, H. (2020). The mediating role of parenting stress in the relationship between anxious and depressive symptomatology, mothers' perception of infant temperament, and mindful parenting during the postpartum period. *Mindfulness*. Publicação avançada online. <https://doi.org/10.1007/s12671-020-01327-4>
- Fonseca, A., Monteiro, F., & Canavarro, M. C. (2018). Dysfunctional beliefs towards motherhood and postpartum depressive and anxiety symptoms: Uncovering the role of experiential avoidance. *Journal of Clinical Psychology*, *74*(12), 2134-2144. <https://doi.org/10.1002/jclp.22649>
- Forman, D. R., O'Hara, M. W., Stuart, S., Gorman, L. L., Larsen, K. E., & Coy, K. C. (2007). Effective treatment for postpartum depression is not sufficient to improve the developing mother–child relationship. *Development and Psychopathology*, *19*(2), 585-602. <https://doi.org/10.1017/S0954579407070289>
- Giallo, R., Rose, N., & Vittorino, R. (2011). Fatigue, wellbeing and parenting in mothers of infants and toddlers with sleep problems. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, *29*(3), 236-249. <https://doi.org/10.1080/02646838.2011.593030>
- Giallo, R., Seymour, M., Dunning, M., Cooklin, A., Loutzenhiser, L., & McAuslan, P. (2015). Factors associated with the course of maternal fatigue across the early postpartum period. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, *33*(5), 528-544. <https://doi.org/10.1080/02646838.2015.1021769>

- Giallo, R., Wade, C., Cooklin, A., & Rose, N. (2011). Assessment of maternal fatigue and depression in the postpartum period: Support for two separate constructs. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 29(1), 69-80. <https://doi.org/10.1080/02646838.2010.513050>
- Gilbert, P. (2014). The origins and nature of compassion focused therapy. *British Journal of Clinical Psychology*, 53(1), 6-41. <https://doi.org/10.1111/bjc.12043>
- Gouveia, M. J. R., Canavarro, M. C. C. S. P., & Moreira, H. T. C. (2019). Linking mothers' difficulties in emotion regulation to children/adolescents' emotional eating in pediatric obesity: The mediating role of mindful parenting and children/adolescents' depressive symptoms. *Mindfulness*, 10(5), 877-893. <https://doi.org/10.1007/s12671-018-1055-4>
- Gouveia, M. J., Carona, C., Canavarro, M. C., & Moreira, H. (2016). Self-compassion and dispositional mindfulness are associated with parenting styles and parenting stress: The mediating role of mindful parenting. *Mindfulness*, 7(3), 700-712. <https://doi.org/10.1007/s12671-016-0507-y>
- Gross, J. J. (1998). The emerging field of emotion regulation: An integrative review. *Review of General Psychology*, 2(3), 271-299. <https://doi.org/10.1037/1089-2680.2.3.271>
- Gruber, R., & Cassoff, J. (2014). The interplay between sleep and emotion regulation: Conceptual framework empirical evidence and future directions. *Current Psychiatry Reports*, 16(11), Article 500. <https://doi.org/10.1007/s11920-014-0500-x>
- 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(3), 175-184. <https://doi.org/10.1007/s00737-012-0274-2>
- Hayes, A. F. (2013). *Introduction to mediation, moderation, and conditional process analysis: A regression-based approach*. The Guilford Press.
- Henderson, J., Alderdice, F., & Redshaw, M. (2019). Factors associated with maternal postpartum fatigue: An observational study. *BMJ Open*, 9(7), Article e025927. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2018-025927>

- Hughes, E. K., & Gullone, E. (2010). Parent emotion socialisation practices and their associations with personality and emotion regulation. *Personality and Individual Differences, 49*(7), 694-699. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2010.05.042>
- Kabat-Zinn, M., & Kabat-Zinn, J. (1997). *Everyday blessings: The inner work of mindful parenting*. Hyperion.
- Kaufman, E. A., Xia, M., Fosco, G., Yaptangco, M., Skidmore, C. R., & Crowell, S. E. (2016). The Difficulties in Emotion Regulation Scale Short Form (DERS-SF): Validation and replication in adolescent and adult samples. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment, 38*(3), 443-455. <https://doi.org/10.1007/s10862-015-9529-3>
- Kurth, E., Kennedy, H. P., Spichiger, E., Hösli, I., & Stutz, E. Z. (2011). Crying babies, tired mothers: What do we know? A systematic review. *Midwifery, 27*(2), 187-194. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2009.05.012>
- Lai, Y.-L., Hung, C.-H., Stocker, J., Chan, T.-F., & Liu, Y. (2015). Postpartum fatigue, baby-care activities, and maternal–infant attachment of vaginal and cesarean births following rooming-in. *Applied Nursing Research, 28*(2), 116-120. <https://doi.org/10.1016/j.apnr.2014.08.002>
- Laurent, H. K., Duncan, L. G., Lightcap, A., & Khan, F. (2017). Mindful parenting predicts mothers' and infants' hypothalamic-pituitary-adrenal activity during a dyadic stressor. *Developmental Psychology, 53*(3), 417-424. <https://doi.org/10.1037/dev0000258>
- Lippold, M. A., Duncan, L. G., Coatsworth, J. D., Nix, R. L., & Greenberg, M. T. (2015). Understanding how mindful parenting may be linked to mother–adolescent communication. *Journal of Youth and Adolescence, 44*(9), 1663-1673. <https://doi.org/10.1007/s10964-015-0325-x>
- Lorber, M. F. (2012). The role of maternal emotion regulation in overreactive and lax discipline. *Journal of Family Psychology, 26*(4), 642-647. <https://doi.org/10.1037/a0029109>
- Loutzenhiser, L., McAuslan, P., & Sharpe, D. P. (2015). The trajectory of maternal and paternal fatigue and factors associated with fatigue across the transition to parenthood. *Clinical Psychologist, 19*(1), 15-27. <https://doi.org/10.1111/cp.12048>

- Lovejoy, M. C., Graczyk, P. A., O'Hare, E., & Neuman, G. (2000). Maternal depression and parenting behavior: A meta-analytic review. *Clinical Psychology Review, 20*(5), 561-592. [https://doi.org/10.1016/S0272-7358\(98\)00100-7](https://doi.org/10.1016/S0272-7358(98)00100-7)
- MacDonald, E. E., & Hastings, R. P. (2010). Mindful parenting and care involvement of fathers of children with intellectual disabilities. *Journal of Child and Family Studies, 19*(2), 236-240. <https://doi.org/10.1007/s10826-008-9243-9>
- Manning, K., Bakhshaie, J., Shepherd, J. M., Jones, J., Timpano, K. R., Viana, A. G., & Zvolensky, M. J. (2019). Fatigue severity and emotion dysregulation: Roles in mental health among trauma exposed college students. *Fatigue: Biomedicine, Health & Behavior, 7*(4), 181-195. <https://doi.org/10.1080/21641846.2019.1661942>
- Manning, K., Garey, L., Mayorga, N. A., Shepherd, J. M., & Zvolensky, M. J. (2019). The relation between fatigue severity and anxious arousal, negative affect, and emotion dysregulation among adult e-cigarette users. *Fatigue: Biomedicine, Health & Behavior, 7*(2), 92-101. <https://doi.org/10.1080/21641846.2019.1626059>
- Marques, R., Monteiro, F., Canavarro, M. C., & Fonseca, A. (2018). The role of emotion regulation difficulties in the relationship between attachment representations and depressive and anxiety symptoms in the postpartum period. *Journal of Affective Disorders, 238*, 39-46. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2018.05.013>
- Mauss, I. B., Troy, A. S., & LeBourgeois, M. K. (2013). Poorer sleep quality is associated with lower emotion-regulation ability in a laboratory paradigm. *Cognition and Emotion, 27*(3), 567-576. <https://doi.org/10.1080/02699931.2012.727783>
- Michielsen, H. J., De Vries, J., Van Heck, G. L., Van de Vijver, F. J. R., & Sijtsma, K. (2004). Examination of the dimensionality of fatigue: The construction of the Fatigue Assessment Scale (FAS). *European Journal of Psychological Assessment, 20*(1), 39-48. <https://doi.org/10.1027/1015-5759.20.1.39>
- Moreira, H., & Canavarro, M. C. (2017). Psychometric properties of the Interpersonal Mindfulness in Parenting Scale in a sample of Portuguese mothers. *Mindfulness, 8*(3), 691-706. <https://doi.org/10.1007/s12671-016-0647-0>

- Moreira, H., & Canavarro, M. C. (2018). Does the association between mindful parenting and adolescents' dispositional mindfulness depend on the levels of anxiety and depression symptomatology in mothers? *Journal of Adolescence*, 68, 22-31. <https://doi.org/10.1016/j.adolescence.2018.07.003>
- Moreira, H., Gouveia, M. J., & Canavarro, M. C. (2020). A bifactor analysis of the Difficulties in Emotion Regulation Scale - Short Form (DERS-SF) in a sample of adolescents and adults. *Current Psychology*. Publicação avançada online. <https://doi.org/10.1007/s12144-019-00602-5>
- Nash, C., Morris, J., & Goodman, B. (2008). A study describing mothers' opinions of the crying behaviour of infants under one year of age. *Child Abuse Review*, 17(3), 191-200. <https://doi.org/10.1002/car.1017>
- Nazaré, B. (2018). Adaptação da Fatigue Assessment Scale em mães de bebés até dois anos. In I. Leal, S. von Humboldt, C. Ramos, A. Ferreira-Valente, & J. L. Pais Ribeiro (Eds.), *Actas do 12º congresso nacional de psicologia da saúde* (pp. 157-165). ISPA – Instituto Universitário.
- Nelson, A. M. (2003). Transition to motherhood. *Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing*, 32(4), 465-477. <https://doi.org/10.1177/0884217503255199>
- Nicol-Harper, R., Harvey, A. G., & Stein, A. (2007). Interactions between mothers and infants: Impact of maternal anxiety. *Infant Behavior and Development*, 30(1), 161-167. <https://doi.org/10.1016/j.infbeh.2006.08.005>
- Nolen-Hoeksema, S., Wisco, B. E., & Lyubomirsky, S. (2008). Rethinking rumination. *Perspectives on Psychological Science*, 3(5), 400-424. <https://doi.org/10.1111/j.1745-6924.2008.00088.x>
- O'Leary, K., Bylsma, L. M., & Rottenberg, J. (2017). Why might poor sleep quality lead to depression? A role for emotion regulation. *Cognition and Emotion*, 31(8), 1698-1706. <https://doi.org/10.1080/02699931.2016.1247035>
- 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(2), 225-237. <https://doi.org/10.1080/13548500500524088>

- Palmer, C. A., & Alfano, C. A. (2017). Sleep and emotion regulation: An organizing, integrative review. *Sleep Medicine Reviews, 31*, 6-16. <https://doi.org/10.1016/j.smr.2015.12.006>
- Parent, J., McKee, L. G., Anton, M., Gonzalez, M., Jones, D. J., & Forehand, R. (2016). Mindfulness in parenting and coparenting. *Mindfulness, 7*(2), 504-513. <https://doi.org/10.1007/s12671-015-0485-5>
- Parent, J., McKee, L. G., Rough, J. N., & Forehand, R. (2016). The association of parent mindfulness with parenting and youth psychopathology across three developmental stages. *Journal of Abnormal Child Psychology, 44*(1), 191-202. <https://doi.org/10.1007/s10802-015-9978-x>
- Potharst, E. S., Aktar, E., Rexwinkel, M., Rigterink, M., & Bögels, S. M. (2017). Mindful with your baby: Feasibility, acceptability, and effects of a mindful parenting group training for mothers and their babies in a mental health context. *Mindfulness, 8*(5), 1236-1250. <https://doi.org/10.1007/s12671-017-0699-9>
- Ream, E., & Richardson, A. (1996). Fatigue: A concept analysis. *International Journal of Nursing Studies, 33*(5), 519-529. [https://doi.org/10.1016/0020-7489\(96\)00004-1](https://doi.org/10.1016/0020-7489(96)00004-1)
- Richards, H. J., Benson, V., Donnelly, N., & Hadwin, J. A. (2014). Exploring the function of selective attention and hypervigilance for threat in anxiety. *Clinical Psychology Review, 34*(1), 1-13. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2013.10.006>
- Righetti-Veltema, M., Conne-Perréard, E., Bousquet, A., & Manzano, J. (2002). Postpartum depression and mother–infant relationship at 3 months old. *Journal of Affective Disorders, 70*(3), 291-306. [https://doi.org/10.1016/s0165-0327\(01\)00367-6](https://doi.org/10.1016/s0165-0327(01)00367-6)
- Rutherford, H. J. V., Wallace, N. S., Laurent, H. K., & Mayes, L. C. (2015). Emotion regulation in parenthood. *Developmental Review, 36*, 1-14. <https://doi.org/10.1016/j.dr.2014.12.008>
- Sarıtaş, D., Grusec, J. E., & Gençöz, T. (2013). Warm and harsh parenting as mediators of the relation between maternal and adolescent emotion regulation. *Journal of Adolescence, 36*(6), 1093-1101. <https://doi.org/10.1016/j.adolescence.2013.08.015>
- Saurel-Cubizsoles, M.-J., Romito, P., Lelong, N., & Ancel, P.-Y. (2000). Women's health after childbirth: A longitudinal study in France and Italy. *British Journal of Obstetrics and Gynaecology, 107*(10), 1202-1209. <https://doi.org/10.1111/j.1471-0528.2000.tb11608.x>

- Sawyer, J. A. (2007). Mindful parenting, affective attunement, and maternal depression: A call for research. *Graduate Student Journal of Psychology*, 9, 3-9.
- Schultheis, A. M., Mayes, L. C., & Rutherford, H. J. V. (2019). Associations between emotion regulation and parental reflective functioning. *Journal of Child and Family Studies*, 28(4), 1094-1104. <https://doi.org/10.1007/s10826-018-01326-z>
- Semplonius, T., & Willoughby, T. (2018). Psychosocial adjustment throughout university: A longitudinal investigation of the roles of sleep quality and emotion dysregulation. *Journal of Youth and Adolescence*, 47(6), 1267-1278. <https://doi.org/10.1007/s10964-018-0826-5>
- Shaffer, A., & Obradović, J. (2017). Unique contributions of emotion regulation and executive functions in predicting the quality of parent–child interaction behaviors. *Journal of Family Psychology*, 31(2), 150–159. <https://doi.org/10.1037/fam0000269>
- Shen, J., Barbera, J., & Shapiro, C. M. (2006). Distinguishing sleepiness and fatigue: Focus on definition and measurement. *Sleep Medicine Reviews*, 10(1), 63-76. <https://doi.org/10.1016/j.smr.2005.05.004>
- Singh, N. N., Lancioni, G. E., Winton, A. S. W., Singh, J., Singh, A. N., Adkins, A. D., & Wahler, R. G. (2010). Training in mindful caregiving transfers to parent–child interactions. *Journal of Child and Family Studies*, 19(2), 167-174. <https://doi.org/10.1007/s10826-009-9267-9>
- Snaith, R. P. (2003). The Hospital Anxiety and Depression Scale. *Health and Quality of Life Outcomes*, 1, Article 29. <https://doi.org/10.1186/1477-7525-1-29>
- Stein, A., Craske, M. G., Lehtonen, A., Harvey, A., Savage-McGlynn, E., Davies, B., Goodwin, J., Murray, L., Cortina-Borja, M., & Counsell, N. (2012). Maternal cognitions and mother–infant interaction in postnatal depression and generalized anxiety disorder. *Journal of Abnormal Psychology*, 121(4), 795-809. <https://doi.org/10.1037/a0026847>
- Sutherland, J.-A. (2010). Mothering, guilt and shame. *Sociology Compass*, 4(5), 310-321. <https://doi.org/10.1111/j.1751-9020.2010.00283.x>
- Taylor, J., & Johnson, M. (2013). The role of anxiety and other factors in predicting postnatal fatigue: From birth to 6 months. *Midwifery*, 29(5), 526-534. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2012.04.011>

- Tibubos, A. N., Grammes, J., Beutel, M. E., Michal, M., Schmutzer, G., & Brähler, E. (2018). Emotion regulation strategies moderate the relationship of fatigue with depersonalization and derealization symptoms. *Journal of Affective Disorders*, 227, 571-579. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2017.11.079>
- Troy, N. W. (2003). Is the significance of postpartum fatigue being overlooked in the lives of women? *MCN: The American Journal of Maternal/ Child Nursing*, 28(4), 252-257. <https://doi.org/10.1097/00005721-200307000-00009>
- Wade, C., Giallo, R., & Cooklin, A. (2012). Maternal fatigue and depression: Identifying vulnerability and relationship to early parenting practices. *Advances in Mental Health*, 10(3), 277-291. <https://doi.org/10.5172/jamh.2012.10.3.277>
- Wilson, N., Wynter, K., Fisher, J., & Bei, B. (2018). Related but different: Distinguishing postpartum depression and fatigue among women seeking help for unsettled infant behaviours. *BMC Psychiatry*, 18, Article 309. <https://doi.org/10.1186/s12888-018-1892-7>
- Xiao, S. X., Spinrad, T. L., & Carter, D. B. (2018). Parental emotion regulation and preschoolers' prosocial behavior: The mediating roles of parental warmth and inductive discipline. *The Journal of Genetic Psychology*, 179(5), 246-255. <https://doi.org/10.1080/00221325.2018.1495611>
- Yoo, S.-S., Gujar, N., Hu, P., Jolesz, F. A., & Walker, M. P. (2007). The human emotional brain without sleep — A prefrontal amygdala disconnect. *Current Biology*, 17(20), 877-878. <https://doi.org/10.1016/j.cub.2007.08.007>
- Zeegers, M. A. J., Potharst, E. S., Veringa-Skiba, I. K., Aktar, E., Goris, M., Bögels, S. M., & Colonesi, C. (2019). Evaluating mindful with your baby/toddler: Observational changes in maternal sensitivity, acceptance, mind-mindedness, and dyadic synchrony. *Frontiers in Psychology*, 10, Article 753. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2019.00753>
- Zhang, J., Palmer, A., Zhang, N., & Gewirtz, A. H. (2020). Coercive parenting mediates the relationship between military fathers' emotion regulation and children's adjustment. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 48(5), 633-645. <https://doi.org/10.1007/s10802-020-00625-8>
- Zigmond, A. S., & Snaith, R. P. (1983). The Hospital Anxiety and Depression Scale. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 67(6), 361-370. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.1983.tb09716.x>