

**Parental distress, partner parental
support and parent-child relationships: A
longitudinal dyadic approach**

Parental distress, partner parental support and parent-child relationships: A longitudinal dyadic approach

Aurélie Gillis

Promoteur

Isabelle Roskam (UCL)

Thèse présentée en vue de
l'obtention du grade de Docteur
en sciences psychologiques et
de l'éducation

Comité d'encadrement

Olivier Luminet (UCL/PSP)
Jan De Mol (UCL/PSP)

Présidente

Moïra Mikolajczak (UCL/PSP)

Comité d'accompagnement et jury

Olivier Luminet (UCL/PSP)

Jan De Mol (UCL/PSP)

Nicolas Favez (Université de Genève, Suisse)

Raphaëlle Miljkovitch (Université Paris VIII, France)

Illustration de couverture :

Lila, Elisa et Benoit Eugène

Table des matières

Table des matières	5
Résumé	11
Abstract	11
Remerciements	13
Introduction générale	15
1. <i>Cadre général de la thèse</i>	17
2. <i>Objectif et questions de recherche</i>	20
3. <i>Aperçu des chapitres</i>	22
PARTIE I : REVUE DE LA LITTÉRATURE	25
Chapitre 1 : La détresse parentale	27
1. <i>Introduction</i>	29
2. <i>La détresse liée à une période de vie particulière:</i>	
<i>La dépression du post-partum</i>	30
2.1. Définition	31
2.2. Symptômes	31
2.3. Etiologie	32
2.4. Conséquences	34
3. <i>La détresse liée au rôle parental: Le burnout parental</i>	35
3.1. Définition	36
3.2. Symptômes	36
3.3. Etiologie	37
3.4. Conséquences	39

4. Synthèse	41
Chapitre 2: Le soutien parental du/de la partenaire	47
1. Introduction	49
2. Approche conceptuelle du soutien parental du/de la partenaire	50
2.1. Le soutien social	50
2.2. Le soutien conjugal	52
2.3. La coparentalité	53
2.4. L'alliance parentale	54
2.5. Le soutien parental du/de la partenaire	55
3. Le soutien conjugal et la détresse parentale	60
3.1. Le soutien conjugal et la dépression du post-partum	60
3.1.1. Etudes cross-sectionnelles	60
3.1.2. Etudes longitudinales à court-terme	61
3.1.3. Etudes longitudinales à long-terme	62
3.2. Le soutien conjugal et le burnout parental	63
3.2.1. Etudes cross-sectionnelles	64
3.2.2. Etudes longitudinales à court-terme	65
3.2.3. Etudes longitudinales à long-terme	65
4. Conclusion	66
Chapitre 3: La relation parent-enfant	69
1. Introduction	71
2. Définition	73
3. La détresse parentale sur la relation parent-enfant	74
3.1. La dépression du post-partum et la qualité de la relation parent-enfant	74
3.1.1. Etudes cross-sectionnelles	75

3.1.2. <i>Etudes longitudinales à court-terme</i>	76
3.1.3. <i>Etudes longitudinales à long-terme</i>	77
3.2. Le burnout parental et la qualité de la relation parent-enfant	78
3.2.1. <i>Etudes cross-sectionnelles</i>	79
3.2.2. <i>Etudes longitudinales à court-terme</i>	80
3.2.3. <i>Etudes longitudinales à long-terme</i>	81
4. <i>Conclusion</i>	81
PARTIE II : CONTRIBUTIONS EMPIRIQUES	83
Chapitre 4: Partner support against distress during the transition to parenthood	85
1. <i>Introduction</i>	88
2. <i>Method</i>	91
2.1. Participants	91
2.2. Sampling Procedure	92
2.3. Materials	94
2.4. Analysis Strategy	95
3. <i>Results</i>	96
3.1. Preliminary analysis	96
3.2. Distress and support in new mothers and fathers	97
3.3. Effect of support on distress	98
3.4. The course of distress	99
4. <i>Discussion</i>	100
4.1. Towards a dyadic perspective	100
4.2. The role of partner support in protecting against distress	101
4.3. Limitations and recommendations for future studies	103
5. <i>Conclusion</i>	104
Chapitre 5: Development and validation of the Partner Parental Support Questionnaire	105
1. <i>Introduction</i>	108
1.1. Partner parental support in a conceptual network	109
1.2. Dimensions of partner parental support	111

1.3. The current study	113
2. <i>Method</i>	114
2.1. Participants	114
2.2. Sampling Procedure	114
2.3. Materials	115
2.4. Analysis strategy	116
3. <i>Results</i>	117
3.1. Factor structure and reliability	117
3.2. Relationship with other variables	123
4. <i>Discussion</i>	126
4.1. Limitations and recommendations for future studies	128
Chapitre 6: Regulation between daily exhaustion and support in parenting: A dyadic perspective	131
1. <i>Introduction</i>	134
1.1. Parenting-related exhaustion	134
1.2. Partner parental support	135
1.3. Parenting-related exhaustion and partner parental support	136
1.4. The current study	137
2. <i>Method</i>	138
2.1. Participants	138
2.2. Procedure	139
2.3. Materials	141
2.4. Analysis strategy	142
3. <i>Results</i>	145
3.1. Preliminary analyses	145
3.2. Main analyses	151
4. <i>Discussion</i>	153
4.1. Dyadic day-to-day variations	154
4.2. Dyadic day-to-day regulation	154

4.3. Couple's characteristics: Number of children	156
4.4. Practical implications	156
4.5. Limitations and recommendations for future studies	157
Chapitre 7: Daily exhaustion and support in parenting: Impact on the quality of the parent-child relationship	159
1. <i>Introduction</i>	162
2. <i>Method</i>	166
2.1. Participants	166
2.2. Procedure	166
2.3. Measures	168
2.4. Data analysis	170
3. <i>Results</i>	171
4. <i>Discussion</i>	177
4.1. Limitations and future research directions	180
PARTIE III: DISCUSSION GENERALE	183
Discussion générale	185
1. <i>Introduction</i>	185
2. <i>Synthèse et interprétation des résultats obtenus dans nos recherches expérimentales</i>	190
2.1. La transition vers la parentalité et la détresse parentale	193
2.2. Impact de la détresse parentale d'un partenaire sur la détresse parentale de l'autre	194
2.3. Association entre détresse parentale d'un partenaire et soutien parental de l'autre partenaire	195
2.4. Impact de la détresse parentale sur la qualité de la relation parent-enfant	198
2.5. Impact de la détresse parentale sur la qualité de la relation parent-enfant modéré par le soutien parental	199
3. <i>Limites et considérations méthodologiques</i>	202
3.1. Recrutement des participants et échantillon	202
3.2. Limites liées aux outils de mesure	203
3.2.1. <i>La détresse parentale</i>	203

3.2.2. <i>Le soutien du partenaire</i>	204
3.2.3. <i>La relation parent-enfant</i>	206
3.3. Limites liées à l'analyse des résultats	207
4. <i>Implications cliniques</i>	208
5. <i>Perspectives futures et conclusion</i>	211
Références bibliographique	215

Résumé

Le rôle parental représente un des plus grands challenges à l'âge adulte. Ce rôle peut engendrer du stress, de la fatigue et déboucher sur une réelle détresse. La détresse parentale a des conséquences néfastes sur l'ensemble du système familial et, plus particulièrement, les relations parent-enfant. Cependant, le soutien provenant du partenaire peut constituer une ressource essentielle pour le parent en détresse. L'objectif général de cette thèse est d'étudier les relations entre détresse parentale, soutien entre partenaires et qualité des relations parent-enfant. Ce travail débutera par une revue de littérature au sujet des trois variables d'intérêt. Ensuite, les résultats de quatre études empiriques seront présentés afin de mieux comprendre les associations entre détresse parentale, soutien des partenaires et relations parent-enfant. Pour terminer, les résultats de cette thèse seront discutés à la lumière de leurs apports dans le domaine de la recherche scientifique et des pratiques cliniques.

Abstract

Parenting is one of the biggest challenges in adulthood. This role can cause stress, fatigue and lead to real distress. Parental distress has a negative impact on the entire family system and, in particular, parent-child relationships. However, partner support can be an essential resource for the parent in distress. The general objective of this thesis is to study the relationships between parental distress, support between partners and quality of parent-child relationships. This work will begin with a literature review of the three variables of interest. Next, the results of four empirical studies will be presented to better understand the associations between parental distress, partner support and parent-child relationships. Finally, the results of this thesis will be discussed in the light of their contributions in the field of scientific research and clinical practice.

Remerciements

La rédaction d'une thèse est l'aboutissement de nombreux défis : le choix et l'élaboration d'un projet de recherche, la mise en place d'une certaine méthodologie, la rédaction d'articles scientifiques, la communication orale de ceux-ci, ... Ce travail de longue haleine a nécessité l'aide et la collaboration de nombreuses personnes. Il m'est donc impossible de terminer cette thèse sans remercier ces personnes qui, de près ou de loin, ont contribué à son achèvement.

Tout d'abord, je tiens à remercier ma promotrice, Isabelle Roskam. Je ne la remercierai jamais assez d'avoir accepté de reprendre la promotion de ma thèse, 1 an après le début de celle-ci. Isa, tu as su me redonner goût à la recherche, tu m'as donné l'envie d'y arriver en ayant toujours les mots justes. Merci d'avoir cru en moi depuis le début et d'avoir travaillé mon fameux sentiment de compétence personnelle, qui commence enfin à augmenter un petit peu. Merci de m'avoir poussée à dépasser mes limites et à sortir de ma zone de confort, j'en avais bien besoin. Merci également pour toutes nos conversations et réflexions passionnantes autour de la recherche, de la détresse parentale ou encore, des relations de couple. Merci pour ton encadrement sans faille et ta disponibilité. Merci aussi pour tes qualités relationnelles et humaines ainsi que pour les agréables moments passés avec toi. Quelle chance de t'avoir eue comme promotrice !

Merci également à tous les collègues du couloir E et du troisième étage : Sacha, Maria-Elena, Stéphanie, Emilie J., Marine, Alexandra, Nastasya, Emilie C., Poline, Sarah, ... Merci pour tous nos partages, nos moments agréables passés ensemble, nos pauses de midi, nos potluck, ... Merci aussi d'avoir cru en moi et d'avoir toujours été là lorsque j'avais besoin de réassurance. Merci aussi aux secrétaires, Marianne et Isabelle. Chacun et chacune avez contribué à rendre mon parcours doctoral plus agréable.

Merci à tous les membres de mon jury ainsi qu'à sa présidente. Jan De Mol et Olivier Luminet, merci pour votre accompagnement bienveillant, vos précieuses recommandations ainsi que nos échanges passionnants. Merci aussi à Moïra pour son soutien et ses conseils et merci à Nicolas Favez et Raphaëlle Miljkovitch pour l'intérêt que vous avez porté à mon travail.

Je tiens également à remercier mes proches. Tout d'abord, mes parents. Merci de m'avoir toujours donné les moyens pour réaliser mes projets professionnels et de m'avoir poussée à me lancer dans des études universitaires. Merci pour votre encadrement et votre éducation qui me permettent de mener une vie d'adulte épanouie. Merci également à mes sœurs, Caroline et Sophie, ainsi qu'à mes beaux-frères, les Mathieu, sans oublier vos petits loulous : Elisa, Lila, Charline et Jules. Merci pour votre soutien tout au long de mes recherches, vos encouragements, votre participation ainsi que l'intérêt que vous avez porté à mon travail.

Un tout grand merci à mon compagnon, Aurélien. Merci pour ton soutien tout au long de mon parcours doctoral et pour ta capacité à me rassurer quand j'en ai toujours besoin. Merci de m'avoir appris à relativiser et à essayer de voir les situations sous un angle différent. Merci d'avoir cru en moi, malgré le fait que la thèse était quelque chose de mystérieux et d'abstrait pour toi. Simplement, un énorme merci d'être à mes côtés chaque jour et ce, depuis 11 ans.

Merci aussi à tous mes ami(e)s pour leur soutien, leur écoute et leurs encouragements. Merci à mes psychopines, toujours là depuis le début. Merci aux Lasnois, à la teammarache et à la teamponey pour leur présence au quotidien et leur capacité à me divertir et à me faire décompresser.

Pour terminer, je tiens à remercier chaleureusement les couples qui ont accepté de participer à mes recherches. Sans eux, ce travail de thèse n'aurait jamais pu aboutir. Merci à eux de m'avoir accordé leur confiance et d'avoir consacré du temps à la recherche. Chacune de leur participation a contribué à une meilleure compréhension des relations entre la détresse parentale, le soutien parental et la qualité de la relation parent-enfant.

Introduction générale

Introduction générale

1. Cadre général de la thèse

« Je ne supporte plus les pleurs de mon bébé », « La première fois que votre bébé vous dit '*Maman*', c'est le plus beau jour de votre vie. Aujourd'hui, ce n'est plus un mot que je suis heureuse d'entendre, c'est devenu un mot de torture », « Encore une nouvelle journée où il faut que je tiens avec mes enfants, que je reste en vie. Et ça me semble impossible ».

Enoncés très souvent lors d'une première consultation avec un professionnel, ces propos illustrent la détresse que peut engendrer le rôle parental. Il est cependant extrêmement honteux et difficile d'oser reconnaître le manque d'épanouissement dans ce rôle. Car une vision positive voire idéalisée de la parentalité est largement véhiculée dans notre société. Quel (futur) parent ne s'est jamais entendu dire que « Le moment de l'accouchement où on fait connaissance avec son bébé, c'est merveilleux » ou encore « La parentalité va donner un nouveau sens à ta vie » ? Qui a échappé aux publicités montrant l'image d'une maman heureuse et comblée de changer la couche de son bébé ou d'un papa épanoui lorsqu'il partage le petit déjeuner de son enfant ? Or, être parent, ce n'est pas que du bonheur et de l'épanouissement ! La parentalité est parfois assimilée à un travail avec ceci de particulier qu'il s'impose à temps plein et qu'il est impossible d'en démissionner... C'est en partant de l'idée que la parentalité peut engendrer de la détresse et que celle-ci affecte en retour la qualité des relations parent-enfant, que j'ai entamé mon travail de thèse en 2015.

Outre la détresse parentale, les relations conjugales en lien avec la parentalité m'ont toujours intéressée. De nombreuses études montrent que la transition vers la parentalité modifie l'équilibre conjugal et constitue une réelle épreuve pour le couple. Par ailleurs, d'autres études mettent en évidence le rôle protecteur que joue le soutien conjugal vis-à-vis du bien-être individuel, de la satisfaction conjugale et du développement de l'enfant. J'ai

toutefois été intriguée par le fait que le rôle du soutien conjugal en lien avec la parentalité, ait été majoritairement étudié du partenaire¹ masculin vers la partenaire féminine. L'homme y est considéré comme le pourvoyeur de soutien et la femme, comme sa bénéficiaire. Cette approche repose sur l'idée que les pères et les mères vivent leur rôle parental de manière différente et que la transition vers la parentalité fragilise ou concerne essentiellement les femmes (qui enfantent). C'est à partir de ce deuxième constat que j'ai souhaité mettre en lien les concepts de détresse parentale et de soutien conjugal en adoptant une approche dyadique des mères et des pères.

Lorsque j'ai débuté ma thèse en 2015, un type de détresse parentale bien documenté m'intéressait particulièrement : la dépression du post-partum. Celle-ci se caractérise par des symptômes de mal-être généraux, provenant de l'épisode dépressif majeur, mais apparaissant à une période de vie particulière (au cours des douze premiers mois après la naissance d'un enfant). J'étais intriguée par ces femmes (et ces hommes) qui peinent à devenir parent ainsi que par cet étrange paradoxe de vouloir « mourir d'avoir donné la vie ». Cette détresse parentale était très peu étudiée chez les pères supposés être moins impactés par la transition vers la parentalité (en raison du fait qu'ils ne portent pas l'enfant et n'enfantent donc pas). De mon approche dyadique des relations entre détresse parentale et soutien conjugal, est né le premier article de la thèse. Il étudie les relations entre dépression du post-partum et soutien conjugal dans des couples primipares au moment de la transition vers la parentalité. Cette première étude empirique a confirmé l'intérêt d'une approche dyadique longitudinale. Mais il a aussi pointé deux limites. Premièrement, la dépression du post-partum est évaluée par des échelles de dépression qui ne permettent pas de savoir si les symptômes sont en lien avec le rôle parental². La détresse éprouvée peut en effet trouver son origine ailleurs. Deuxièmement, le soutien conjugal tel qu'évalué, ne mesure pas le support mutuel en lien avec la parentalité. Pour adresser ces limites, nous avons orienté la suite de la thèse vers d'une part, une autre forme de détresse

¹ Le terme « partenaire » sera volontairement utilisé dans l'ensemble de la thèse de recherche afin de désigner le/la partenaire romantique au sens large, sans forcément qu'il y ait un lien marital entre les deux membres du couple.

² Par exemple, dans l'échelle d'Edinburgh, les items se présentent sous la forme « Au cours des 7 derniers jours, j'ai pu rire et prendre les choses du bon côté » ; ils ne contextualisent pas la détresse dans la sphère privée ou le rôle parental.

spécifiquement liée au rôle parental et d'autre part, une mesure du soutien parental entre partenaires.

La détresse spécifiquement liée au rôle parental est appelée « burnout parental ». Ce terme apparu dans les années '80 (Pelsma, Roland, Tollefson, & Wigington, 1989) n'a retenu l'attention des chercheurs que bien plus tard. D'abord consacrée aux parents d'enfants très malades (Lindström, Åman, & Norberg, 2010, 2011; Norberg, 2007, 2010; Norberg, Mellgren, Winiarski, & Forinder, 2014), la littérature sur le burnout parental a véritablement explosé en 2017 sous l'impulsion du programme BParent des Profs. Mikolajczak & Roskam, consacré à la nature, aux antécédents, aux conséquences et au traitement du burnout parental. Celui-ci se décline en trois symptômes : l'épuisement dans le rôle parental, la distanciation émotionnelle d'avec les enfants et la perte de plaisir en tant que parent. Ces symptômes sont par ailleurs marqués par un contraste fort entre le parent tel qu'il était avant l'épisode de burnout et le parent tel qu'il est pendant cet épisode. Le parent en burnout ne se reconnaît plus lui-même en tant que mère ou père. Contrairement à la dépression du post-partum, le burnout est un trouble contextualisé (ici, dans la sphère privée et spécifiquement dans le rôle parental) ; l'individu fonctionne de manière adéquate dans les autres sphères de vie (par exemple dans le travail ou les loisirs). En outre, le burnout peut survenir à n'importe quel moment dans la vie d'un parent ; il n'est pas limité aux premiers mois après la naissance des enfants. Et enfin, le burnout parental a été étudié chez les pères et chez les mères ; une invariance de mesure pour le genre ayant été démontrée (Roskam, Brianda, & Mikolajczak, 2018). M'appuyant sur ce nouveau champ de recherche, je me suis dotée d'une échelle de mesure de l'épuisement parental (comme premier symptôme du burnout). Elle a été utilisée dans les articles 3 et 4 de la thèse comme mesure de la détresse parentale.

En revanche, une revue approfondie de la littérature m'a informée qu'il n'existait pas de mesure du soutien parental entre partenaires. Le développement et la validation de cette échelle a donc fait l'objet de notre deuxième étude. Les propriétés psychométriques du *Partner Parental Support Questionnaire* (PPSQ) sont présentées dans l'article 2 de la thèse. Le questionnaire y est décliné sous deux formes, le soutien perçu et le soutien

donné, pour répondre aux exigences méthodologiques d'une approche dyadique telle que nous l'avons adoptée tout au long de notre travail.

Disposant ainsi de mesures valides de la détresse et du soutien spécifiquement liés au rôle parental, j'ai mené deux études longitudinales intensives pour tester (1) les relations entre détresse parentale et soutien parental entre partenaires (2) les relations entre détresse parentale et qualité de la relation parent-enfant (3) le rôle modérateur du soutien parental entre partenaires sur la relation entre détresse parentale et qualité de la relation parent-enfant. La méthode longitudinale intensive couplée à une approche dyadique a permis de tester les variations intra individuelles, interindividuelles et entre couples, de la détresse parentale. Pour ce faire, des modèles statistiques multi niveaux (MLM) ont été utilisés dans l'article 3. La méthode longitudinale intensive et dyadique a aussi permis de tester la relation prospective entre détresse parentale et qualité de la relation parent-enfant, ainsi que le rôle modérateur du soutien parental entre partenaires. Pour ce faire, nous avons utilisé un modèle en pistes causales (SEM) dans l'article 4.

2. Objectif et questions de recherche

L'objectif de la thèse est d'étudier **les relations entre détresse parentale, soutien entre partenaires et qualité des relations parent-enfant**. Ce faisant, elle tente de répondre à plusieurs questions :

La transition vers la parentalité est-elle source de détresse pour les mères et les pères ?

Quel est l'impact de la détresse d'un parent sur la détresse de son/sa partenaire ? En d'autres termes, existe-t-il une sorte de « contamination » dans le couple ?

Existe-t-il une association négative entre le niveau de détresse d'un parent et le niveau de soutien de l'autre parent ? Ou alors, l'augmentation de la détresse d'un parent entraîne-t-elle un surplus de soutien de la part du/de la partenaire ? En d'autres termes, les partenaires s'ajustent-ils l'un à l'autre en fonction de l'état de détresse et du niveau de soutien disponible ?

La détresse parentale a-t-elle un impact immédiat sur la qualité des relations parent-enfant ?**Cet impact peut-il être modéré par le soutien du partenaire ?**

Dans la thèse, la détresse parentale est d'abord mesurée sous l'angle de la dépression du post-partum (étude 1) et ensuite, sous l'angle de l'épuisement parental (comme premier symptôme du burnout) (études 3 et 4). La détresse est évaluée au sein de couples primipares au moment de la transition vers la parentalité (étude 1) et au sein de couples ayant un enfant âgé de 10 à 36 mois (études 3 et 4). Le soutien est abordé sous un angle général (étude 1) puis sous un angle spécifique (études 3 et 4) grâce à la validation d'une échelle de soutien parental entre partenaires (étude 2). Dans toutes les études, le soutien est envisagé comme pouvant être perçu (le partenaire 1 rapporte le soutien qu'il estime recevoir du partenaire 2 et vice-versa) et donné (le partenaire 1 rapporte le soutien qu'il estime donner au partenaire 2 et vice-versa). Cette stratégie dite multi informateurs, permet d'enrichir les données, d'adopter un point de vue dyadique et le cas échéant, de contrôler la variance partagée³. Enfin, la qualité de la relation parent-enfant est évaluée pour chaque parent séparément, sachant que ces relations sont uniques. Le comportement de l'enfant en présence du père ou de la mère est évalué dans l'étude 4. L'impact de la détresse du parent sur ces comportements, et le rôle protecteur du soutien du partenaire au sein de cette relation, y sont testés.

Toutes les études ont été menées avec des parents tout-venants recrutés par le biais de gynécologues ou de milieux d'accueil. Nous avons volontairement pris le parti de ne pas étudier une population clinique (en particulier des parents diagnostiqués comme étant en dépression ou en burnout). Notre but était d'étudier les relations entre détresse, soutien et qualité du lien, dans des familles « ordinaires ». Le fait de cibler des couples de parents tout-venant nous a par ailleurs permis de mettre en œuvre des méthodologies innovantes comme les designs longitudinaux intensifs et de traiter les données au moyen de modèles statistiques ambitieux requérant de larges échantillons.

³ *Shared-method variance*, soit le fait que des relations statistiquement significatives entre variables, soient dues au fait que les données proviennent d'un seul et même informateur.

3. Aperçu des chapitres

Cette thèse est composée de trois parties. La première partie consiste en une revue de la littérature composée de trois chapitres. Le premier chapitre porte sur les concepts de détresse parentale : la dépression du post-partum et le burnout parental. Nous examinerons leurs symptômes, leur étiologie ainsi que leurs conséquences. Le deuxième chapitre porte sur la question du soutien. Il situe le concept du soutien parental entre partenaires dans une littérature plus large consacrée au soutien social et conjugal⁴. Le troisième chapitre porte sur la qualité de la relation parent-enfant. Il définit cette variable au sein d'un réseau conceptuel comprenant l'interaction parent-enfant, l'attachement et le développement de l'enfant. Ensuite, un recensement des études empiriques au sujet du lien entre détresse parentale et relation parent-enfant sera réalisé.

La deuxième partie de la thèse est consacrée aux études empiriques. Elle est composée de quatre articles scientifiques, tous publiés ou sous presse. Le premier, *Partner Support as a Protection Against Distress During the Transition to Parenthood (Published – Journal of Family Issues)* étudie l'évolution de la dépression du post-partum et du soutien conjugal chez les mères et les pères durant la période de transition vers la parentalité. Cette étude teste également le rôle protecteur du soutien conjugal pour la dépression du post-partum. Le deuxième article, *Development and Validation of the Partner Parental Support Questionnaire (In press – Couple and Family Psychology : Practice and Research)* examine la validité du concept de soutien parental du partenaire ainsi que les qualités psychométriques du PPSQ. Le troisième article, *Regulation Between Daily Distress and Support in Parenting : A Dyadic Perspective (In press – International Journal of Behavioral Development)* explore la régulation entre l'épuisement parental et le support parental au jour le jour. Le dernier article, *Daily Exhaustion and Support in Parenting : Impact on the Quality of the Parent-Child Relationship (In press – Journal of Child and Family Studies)* teste les effets de l'épuisement parental sur la qualité de la relation parent-enfant et le rôle

⁴ Ce chapitre s'inspire d'un chapitre de livre : Gillis, A., & Roskam, I. Plus de soutien social pour moins de burnout (sous presse). Dans Roskam I., Zech E., & Mikolajczak, M. (Eds.), *Comprendre et traiter le burnout dans la sphère privée et professionnelle*. Bruxelles : De Boeck.

modérateur du soutien parental du/de la partenaire au sein de cette association.

La troisième partie de la thèse consiste en une discussion générale des résultats obtenus, l'élaboration de pistes de recherches futures compte tenu des limites de notre travail et les implications cliniques de nos travaux. Cette partie sera illustrée de verbatim recueillis auprès de couples de parents avec le double objectif d'« humaniser » notre démarche et de tirer parti de l'étude qualitative menée en marge des études quantitatives présentées dans la deuxième partie de la thèse.

PARTIE I

REVUE DE LA LITTERATURE

Chapitre 1

La détresse parentale

La détresse parentale

1. Introduction

A l'heure actuelle et dans la plupart des cultures, une image positive de la maternité et de la paternité est largement véhiculée. Il suffit de prêter attention aux campagnes publicitaires, aux messages et témoignages publiés dans les magazines ou encore, aux nombreux livres au sujet de la parentalité positive. Le fait de « devenir parent » est largement considéré comme un heureux évènement. Il est toujours bon de féliciter les parents au moment de la naissance de leur enfant et de leur faire entrevoir tout le bonheur que leur enfant leur procurera. Ainsi, on ne trouve en papeterie aucune carte de naissance qui indiquerait : « Courage dans cette épreuve » ou « Nous sommes de tout cœur avec vous ». Car les aspects négatifs de la parentalité sont volontiers passés sous silence...

Mais les études scientifiques menées dans le domaine parental proposent une image plus nuancée. La parentalité y est caractérisée par un étrange paradoxe : ce rôle est à la fois l'expérience la plus enrichissante à l'âge adulte mais aussi la plus exigeante (Mikolajczak & Roskam, 2018). La parentalité est donc à la fois passionnante, stimulante (K. Nelson, Kushlev, English, Dunn, & Lyubomirsky, 2013) mais aussi difficile et astreignante (for a review, see Crnic & Low, 2002 ; Deater-Deckard, 2008). Ce rôle procure un sentiment d'accomplissement personnel tout en requérant d'importantes capacités d'adaptation (Crnic, Gaze, & Hoffman, 2005). Le rôle de parent peut dès lors engendrer de l'inquiétude, de l'épuisement ou encore du stress (Skouteris, Wertheim, Germano, Paxton, & Milgrom, 2009; Warren, 2004), en bref, de la détresse (Brannan & Heflinger, 2001).

La détresse parentale a été particulièrement investiguée chez les mères (Keizer & Schenk, 2012). La plupart des auteurs considèrent que l'homme et la femme font l'expérience de la parentalité de manière totalement différente. Les mères, considérées comme celles qui réellement enfantent et les principales dispensatrices de soins, ont longtemps été au centre de l'attention des chercheurs. La transition vers la parentalité aurait un impact plus

important sur elles, car elles feraient face à plus de bouleversements émotionnels que les pères (Perren et al., 2003). A titre d'exemple, Skreden et al. (2008) ont montré que des symptômes de détresse psychologique étaient plus fréquemment rapportés par les mères (29%) que par les pères (11%).

La détresse parentale peut être abordée sous deux angles différents. Le plus connu est celui de la dépression du post-partum. La détresse apparaît à une certaine période de vie chez le parent, soit dans les 12 premiers mois après la naissance d'un enfant. En raison de sa temporalité, elle est assimilée à une détresse parentale mais en réalité, les symptômes sont généralisés et l'origine de la souffrance est indéterminée. Le second angle est celui –moins documenté et plus récent- du burnout parental. La détresse est alors spécifiquement liée au rôle parental tandis que l'individu fonctionne bien dans d'autres sphères comme le travail.

Dans ce chapitre, nous définirons la dépression du post-partum d'une part et le burnout parental d'autre part. Les symptômes primaires (indispensables au diagnostic) et secondaires (pas indispensables au diagnostic et potentiellement communs avec d'autres troubles ; ils se confondent parfois avec les conséquences des troubles), l'étiologie et les conséquences de chaque syndrome seront décrits. Nous terminerons par un tableau comparatif permettant de mieux cerner les points communs et les spécificités de ces deux types de détresse parentale.

2. La détresse liée à une période de vie particulière : La dépression du post-partum

« Je vivais dans l'angoisse. Je me voyais tomber dans l'eau avec lui, mourir en le tenant à bout de bras, me laisser couler pour qu'il vive. J'ai connu l'indicible de la maternité parce que j'ai voulu mourir d'avoir donné la vie »
(in Maman_Blues, 2010)

2.1. Définition

La dépression du post-partum est définie comme un épisode dépressif majeur apparaissant lors de la grossesse et jusqu'à 12 mois après la naissance de l'enfant (Meltzer-Brody, 2011). Ce trouble est caractérisé par des symptômes dépressifs généraux mais il est qualifié de post-partum en raison de sa temporalité. La dépression du post-partum est à différencier du baby-blues qui apparaît quelques jours après l'accouchement et ne dure pas plus de deux semaines. Le baby-blues est donc transitoire et n'altère pas significativement le fonctionnement de l'individu (APA, 2015). Il disparaît généralement sans aucune intervention (Zozula, 2006). A l'inverse, la dépression du post-partum est un trouble sévère. Il s'agit de la complication la plus fréquente lors de la naissance d'un enfant (Meltzer-Brody, 2011; Zozula, 2006). On estime qu'entre 8 et 27% des mamans et 4,8 et 13% des papas souffriraient de symptômes dépressifs du post-partum (Knoester & Eggebeen, 2006; O'Hara & McCabe, 2013).

2.2. Symptômes

Lors d'un épisode de dépression du post-partum, les symptômes primaires nécessaires pour poser un diagnostic, sont identiques à ceux d'un épisode dépressif majeur, à savoir une humeur dépressive la majeure partie du temps et une perte d'intérêt et/ou de plaisir pour quasiment toutes les activités quotidiennes (APA, 2015; Roskam & Mikolajczak, 2018).

Les symptômes secondaires (non nécessaires pour poser un diagnostic et potentiellement communs à d'autres syndromes) sont d'ordre physique, affectif et cognitif. Physiquement, le parent déprimé souffre d'une fatigue importante, de troubles du sommeil et de l'alimentation, d'agitation ou de ralentissement psychomoteur. Sur le plan affectif, la dépression peut se traduire en tristesse intense, pleurs, désespoir, anxiété et éventuellement attaques de panique, sentiment de dévalorisation et de culpabilité excessif, irritabilité et retrait social. Cognitivement, le parent déprimé a des difficultés de concentration, des difficultés pour prendre des décisions et des pertes de mémoire (APA, 2015 ; Roskam & Mikolajczak, 2018 ; Zozula, 2006).

Chez certains parents, ces symptômes s'accompagnent de préoccupations pour le bien-être de l'enfant, dont l'intensité peut aller d'inquiétudes excessives à des idées délirantes. Les attitudes parentales envers l'enfant sont très variables allant d'un désintérêt complet à une peur d'être seul(e) avec l'enfant, en passant par des moments de stimulation inadaptée à l'enfant et à son âge de développement (sous-stimulation ou sur-stimulation) (Zozula, 2006). L'épisode de dépression du post-partum peut se présenter avec ou sans caractéristiques psychotiques (APA, 2015). Pour être diagnostiqué comme souffrant de dépression du post-partum, le parent doit présenter les symptômes primaires sur une période de minimum deux semaines (APA, 2015; Zozula, 2006). La durée des symptômes est assez variable mais, selon le DSM-V (APA, 2015), un épisode de dépression du post-partum non traité dure habituellement quatre mois ou plus.

2.3. Etiologie

L'arrivée d'un enfant peut être vécue de manière anxiogène. Le risque de développer un épisode de dépression augmente donc à cette période de la vie pour des raisons à la fois biologiques, psychologiques et sociales (Parfitt & Ayers, 2014).

Biologiquement, durant la grossesse et après la naissance de l'enfant, de profondes fluctuations hormonales ont lieu chez le parent (Bloch, Daly, & Rubinow, 2003). Par exemple, lors de la grossesse, le niveau d'estradiol est très élevé mais après l'accouchement, ce niveau baisse extrêmement rapidement (Stoffel & Craft, 2004). Certains auteurs ont suggéré qu'une exposition prolongée à un niveau élevé d'estradiol durant toute la période du post-partum pouvait protéger et prévenir l'apparition de symptômes dépressifs chez le parent (Galea, Wide, & Barr, 2001). En outre, le stress que ressentent les parents pendant la grossesse et le post-partum, engendre des niveaux élevés de cortisol, une hormone jouant un rôle important dans l'apparition des symptômes dépressifs (Nestler et al., 2002). Le cortisol a en effet un impact négatif sur l'hippocampe intervenant dans la régulation des émotions et le développement de symptômes dépressifs (Brummelte, Pawluski, & Galea, 2006).

Psychologiquement, devenir parent peut causer un épisode de dépression du post-partum en raison du changement de rôle et des remaniements de l'identité, notamment la transition de « non-parent » ou « couple » vers le statut de « parent » ayant la responsabilité de s'occuper d'un nouveau-né et le sentiment de perte de liberté qui en découle (Warren, 2004). En outre, l'arrivée d'un enfant requiert l'apprentissage de nouvelles compétences comme prodiguer des soins à l'enfant, le nourrir ou encore, se soucier de sa santé (A. M. Nelson, 2003). La période du post-partum est un moment particulier où le parent doit prendre soin de lui-même et de son nouveau-né simultanément (Warren, 2004). Le niveau de stress ressenti par le parent se retrouve encore accentué par le manque de sommeil caractéristique de cette période (Skouteris et al., 2009).

Sur le plan social, le parent est supposé vivre une expérience personnelle satisfaisante et épanouissante pendant la grossesse, l'accouchement ainsi que le post-partum. Il doit investir son rôle parental et trouver un certain équilibre entre sa vie professionnelle et familiale (H. Graham & Oakley, 2005). Cette pression sociale peut engendrer du stress et des symptômes dépressifs chez les mères et les pères qui ne réussissent pas à rencontrer ces attentes sociales (Capponi & Horbach, 2005).

Les raisons biologiques, psychologiques et sociales que nous venons d'évoquer concernent tous les parents. A ces raisons « communes », peuvent s'ajouter des facteurs de risque particuliers qui augmentent encore la probabilité de survenue d'un épisode de dépression du post-partum (Parfitt & Ayers, 2014).

Biologiquement, une prédisposition génétique, une vulnérabilité neurocomportementale ou encore, une sensibilité aux changements hormonaux augmentent le risque de développer des symptômes dépressifs lors du post-partum (Payne, Palmer, & Joffe, 2009; Schlotz & Phillips, 2009). A titre d'exemple, une étude suédoise a démontré que l'hérédité pouvait expliquer 29% de la variance des troubles de l'humeur chez les hommes et 42% chez les femmes (Kendler, Gatz, Gardner, & Pedersen, 2006).

Psychologiquement, des problèmes dans la relation d'attachement, des antécédents familiaux de troubles mentaux ou encore, un score élevé de névrosisme peuvent modérer l'impact d'un événement de vie stressant,

comme l'arrivée d'un enfant, sur le bien-être psychologique (Kumar & Robson, 1984; O'Hara & Swain, 1996; Simpson & Rholes, 2008). En outre, éprouver des symptômes anxieux lors de la grossesse et de l'accouchement augmente le risque de développer des symptômes dépressifs du post-partum chez les parents (APA, 2015). Par exemple, des complications obstétricales, un accouchement sous forceps ou encore, des difficultés d'allaitement représentent des facteurs de risque importants (Correia & Linhares, 2007; Henderson & Redshaw, 2013).

Et enfin, sur le plan social, un faible statut socio-économique, l'isolement ou encore, le manque de soutien conjugal sont des facteurs clés dans le développement de difficultés psychologiques chez les parents (Marks, Wieck, Checkley, & Kumar, 1992; O'Hara, Schlechte, Lewis, & Varner, 1991; Paykel, Emms, Fletcher, & Rassaby, 1980). Ils favorisent en effet un sentiment d'insatisfaction dans les relations sociales et conjugales et engendrent du stress additionnel (Dindar & Erdogan, 2007).

2.4. Conséquences

La dépression du post-partum peut avoir des conséquences négatives sur le parent, le/la partenaire et l'enfant. Les conséquences sur le parent et le/la partenaire sont identiques à celles de l'épisode dépressif majeur. Les conséquences sur l'enfant sont particulières en ce sens que le nouveau-né très démuné, a besoin des soins et de la disponibilité du parent pour survivre et se développer de manière harmonieuse.

Les personnes en dépression présentent des problèmes somatiques, un risque accru pour les addictions et des idées suicidaires (APA, 2015; Zozula, 2006). En ce qui concerne le couple, les symptômes de dépression du post-partum entraînent un déclin significatif du niveau de satisfaction et d'ajustement conjugal (Dehle & Weiss, 2002), un manque de consensus dyadique et l'augmentation significative des conflits (Hanington, Heron, Stein, & Ramchandani, 2012). La dépression d'un des partenaires entraîne aussi une augmentation du sentiment d'ambivalence et une diminution de l'expression des sentiments d'amour et de tendresse entre les partenaires (Belsky & Rovine, 1990). En outre, comme une forme de « contamination »,

l'apparition ou l'augmentation de symptômes dépressifs peut être observée chez le ou la partenaire sain(e) (Paulson & Bazemore, 2010).

Les conséquences négatives de la dépression du post-partum sur le développement social, cognitif et émotionnel de l'enfant ont été bien documentées sur le court ou le long terme (Hipwell, Murray, Ducournau, & Stein, 2005; Paulson, Keefe, & Leiferman, 2009; Tissot, Frascarolo, Despland, & Favez, 2011). Des études longitudinales ont par exemple mis en évidence que les enfants, dont un des parents souffraient de dépression du post-partum, montraient une plus grande vulnérabilité vis-à-vis des troubles internalisés (anxiété, dépression), des déficits neurocognitifs et des comportements sociaux inadaptés (Apter-Levy, Feldman, Vakart, Ebstein, & Feldman, 2013; Conroy et al., 2012; Kingston, Tough, & Whitfield, 2012). Ceci peut notamment s'expliquer par le comportement du parent dépressif lorsqu'il interagit avec son bébé. Le parent déprimé se montre moins sensible aux signaux envoyés par l'enfant. Et son indisponibilité affective l'empêche de répondre à ces signaux de manière prompte et adéquate. En outre, le style interactif du parent peut se révéler inapproprié à l'âge développemental de l'enfant : soit il se montre trop intrusif en sur-stimulant l'enfant, soit il se montre complètement désengagé en sous-stimulant l'enfant (Badr, 2018; Field, Diego, & Hernandez-Reif, 2006; Tissot et al., 2011).

3. La détresse liée au rôle parental : Le burnout parental

« J'étais épuisée, j'étais juste incapable de répondre aux demandes et sollicitations de mon aînée. Je pleurais de fatigue, j'étais juste épuisée, épuisée, épuisée, épuisée. [...] Je me réveillais avec zéro énergie et le moindre petit truc du quotidien était hyper difficile. Rien que d'imaginer ce qu'on allait manger le soir, c'était une montagne... La moindre chose à faire me demandait vraiment trop d'énergie et je n'en avais plus. Vraiment plus. J'étais juste en mode survie » (in Mikolajczak & Roskam, 2017).

3.1. Définition

Le burnout parental est défini comme étant une détresse intense en lien avec le rôle parental spécifiquement (Roskam et al., 2018; Roskam, Raes, & Mikolajczak, 2017). Tandis que le parent continue de bien fonctionner dans d'autres sphères comme le travail ou les loisirs par exemple, il a le sentiment d'être vidé, au bout du rouleau et saturé par son rôle de parent. Contrairement à la dépression du post-partum, le burnout parental peut survenir à n'importe quel moment de la vie du parent, l'âge de l'enfant n'est en effet pas associé au risque de présenter des symptômes de burnout (Mikolajczak, Raes, Avalosse, & Roskam, 2017).

Conceptuellement, le burnout parental peut être situé sur un continuum entre le stress parental et la dépression. Le stress parental est considéré comme faisant partie intégrante du rôle parental. N'importe quel parent fait en effet face à des stressors ordinaires, qu'ils soient quotidiens (par exemple les devoirs scolaires ou conduire les enfants à leurs activités extra scolaires), spécifiques et momentanés (par exemple les conflits dans la fratrie ou la blessure d'un enfant à la suite d'une chute), ou encore chroniques (par exemple des difficultés d'apprentissage chez un enfant ou des problèmes relationnels avec un adolescent). On estime que 66% des mamans et 52% des papas rapportent des niveaux de stress parental élevés (Bigras et al., 2009). Mais ce stress parental n'engendre de la détresse, et spécifiquement du burnout, que s'il s'intensifie et se chronicise (Legeron, 2004) en l'absence de ressources pour y faire face (Hakanen, Schaufeli, & Ahola, 2008; Mikolajczak & Roskam, 2018). On estime que 7% des mamans et 1,6% des papas souffriraient de burnout parental tandis que 12,5% des mamans et 7,6% des papas seraient à risque élevé (Roskam et al., 2018).

3.2. Symptômes

Bien qu'il ne soit pas intégré au DSM-V et reconnu comme trouble de la santé mentale, on identifie le burnout parental sur la base de trois symptômes primaires (indispensables à son diagnostic). Le premier symptôme est l'épuisement physique et émotionnel dans le rôle parental. Le parent manque d'énergie pour s'occuper des enfants. Il a le sentiment que son rôle parental lui a consommé toutes ses ressources. Il est en mode survie et réalise le strict

minimum (conduire les enfants à l'école et leur donner à manger par exemple), mais pas plus. Il fonctionne en « pilote automatique ». Rien que la perspective de se lever le matin et de devoir commencer une nouvelle journée avec son/ses enfant(s) lui est extrêmement pénible (Hubert & Aujoulat, 2018; Roskam et al., 2018). Le deuxième symptôme est la distanciation émotionnelle d'avec les enfants. Le parent ne parvient plus à s'investir dans la relation avec ses enfants. Il se met à distance et ne peut plus leur montrer qu'il les aime. Le troisième symptôme est la perte d'efficacité et de plaisir dans le rôle parental. Le parent n'accomplit plus son rôle de manière adéquate et il ne ressent plus de plaisir à interagir avec ses enfants, à jouer avec eux, à être en leur présence. Ces trois symptômes contrastent fortement avec le parent tel qu'il était avant l'épisode de burnout. Le parent ne se reconnaît plus lui-même ; il n'est plus le parent qu'il voulait être et celui qu'il a été (Mikolajczak & Roskam, 2017; Roskam & Mikolajczak, 2018). Il semblerait que les symptômes du burnout parental apparaissent dans un certain ordre : l'épuisement serait le premier à se manifester. Il entraînerait dans un deuxième temps la distanciation émotionnelle et la perte d'efficacité et de plaisir (Hansotte, Nguyen, Roskam, Stinglhamber, & Mikolajczak, under review; Le Vigouroux & Scola, 2018).

Comme la dépression du post-partum, les symptômes secondaires du burnout parental se manifestent sur le plan physique, affectif et cognitif. Physiquement, le parent en burnout présente des troubles du sommeil ainsi que des troubles somatiques. Sur le plan affectif, le parent en burnout est rongé par la culpabilité et la honte. La pression sociale vis-à-vis d'une parentalité épanouie rend très difficile l'acceptation du burnout. Cognitivement, le parent en burnout a parfois des difficultés de concentration et des pertes de mémoire (Roskam & Mikolajczak, 2018).

3.3. Etiologie

Le mécanisme permettant d'expliquer comment et pourquoi un parent tombe en burnout s'inspire d'un modèle théorique issu du burnout professionnel « *Job Demands – Resources model* » (JD-R) (Bakker & Demerouti, 2007) appliqué au domaine parental : la Balance Risques Ressources (BR²) (Mikolajczak & Roskam, 2018). Tout comme le burnout professionnel, le burnout parental résulterait d'un déséquilibre chronique des

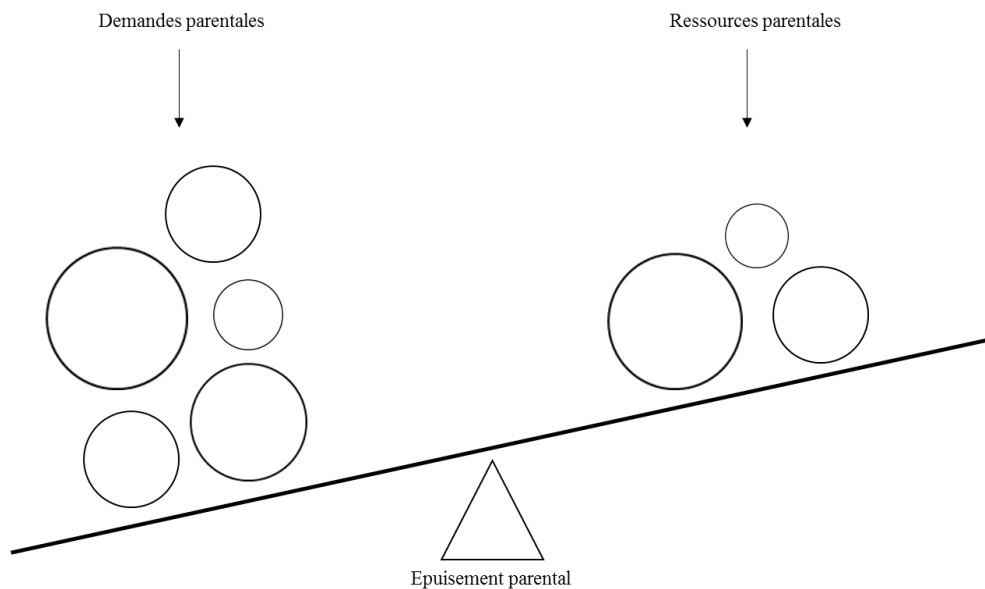
demandes parentales par rapport aux ressources parentales disponibles pour y faire face (voir Figure 1).

Cinq catégories de risques et de ressources ont été mises en évidence :

- Les facteurs socio-démographiques comme l'âge du parent, son sexe, le nombre d'enfants ou encore, son statut de travailleur (Lebert-Charron, Wendland, Dorard, & Boujut, 2018),
- Les facteurs liés à des circonstances particulières comme le décès d'un proche, la perte d'un emploi ou encore, une maladie chez l'enfant (Gérain & Zech, 2018; Lindström et al., 2010; Mikolajczak & Roskam, 2017; Norberg, 2007),
- Les facteurs personnels comme les compétences émotionnelles du parent, le névrosisme ou encore, son histoire de vie (Kawamoto, Furutani, & Alimardani, 2018; Le Vigouroux, Scola, Raes, Mikolajczak, & Roskam, 2017; Lebert-Charron et al., 2018),
- Les facteurs conjugaux comme une mauvaise coparentalité, une insatisfaction conjugale ou un faible soutien conjugal (Lindström et al., 2011; Séjourné, Sanchez-Rodriguez, Leboullenger, & Callahan, 2018)
- Les facteurs éducatifs comme l'inconsistance éducative, la coercition ou encore, l'escalade (Mikolajczak & Roskam, 2017).

Une étude ayant comparé le poids de ces catégories de facteurs vis-à-vis du burnout parental, indique que les deux premières catégories (facteurs sociodémographiques et situationnels) ont une valeur prédictive moins élevée que les trois autres (Mikolajczak & Roskam, 2018). Sur le plan clinique, ce résultat est une bonne nouvelle car contrairement aux facteurs personnels, conjugaux et éducatifs, les facteurs sociodémographiques et situationnels sont non modifiables dans le cadre d'un processus thérapeutique.

Figure 1. Représentation schématique de la balance entre les demandes et les ressources parentales du mécanisme menant au burnout parental (Mikolajczak & Roskam, 2018)



La figure 1 illustre le déséquilibre chronique de la Balance Risques Ressources qui mène au burnout parental : d'un côté, les demandes parentales sont trop nombreuses par rapport aux ressources parentales disponibles de l'autre côté. Cette modélisation met en exergue le processus étiologique commun à toutes les situations de burnout parental. Mais il permet de comprendre que « chaque burnout a son histoire » : les risques et les ressources à l'œuvre sont différents pour chaque parent (Mikolajczak & Roskam, 2017, 2018).

3.4. Conséquences

Comme la dépression du post-partum, le burnout parental a des conséquences négatives sur le parent, son ou sa partenaire et sur l'enfant.

Certaines conséquences sont comparables à celles de la dépression. Le burnout parental augmente les troubles du sommeil, le risque d'addiction, les problèmes somatiques, les idées suicidaires et l'envie de fuir (Mikolajczak, Brianda, Avalosse, & Roskam, 2018; Mikolajczak & Roskam, 2017). Dans

une étude prenant en compte les symptômes dépressifs et de burnout parental et leurs conséquences 4 mois plus tard, Mikolajczak, Gross, Stinglhamber, Norberg, and Roskam (under review) ont montré que la consommation d'alcool, les troubles du sommeil et les plaintes somatiques étaient mieux expliquées par les symptômes dépressifs, mais que les idées suicidaires étaient en revanche mieux expliquées par le burnout parental. En d'autres termes, il s'agit de conséquences partiellement communes mais dont la probabilité d'occurrence est plus grande soit pour la dépression (consommation d'alcool, troubles du sommeil et plaintes somatiques) soit pour le burnout parental (idées suicidaires).

Au niveau du couple, le/la partenaire perçoit le contraste chez le parent en burnout sans réellement en comprendre les raisons. Parfois, le parent en burnout a tendance à diriger son irritabilité et son agacement vers son/sa partenaire pour tenter d'épargner les enfants. Cela engendrerait une augmentation des tensions, des conflits conjugaux, des idées adultères et/ou de la violence conjugale. Mais les conséquences du burnout parental sur le couple ont été peu étudiées (Mikolajczak et al., 2018; Mikolajczak & Roskam, 2017).

Les conséquences du burnout parental sur les enfants ont été récemment explorées. Une première étude transversale a montré que le burnout parental avait des conséquences spécifiques par rapport au burnout professionnel sur les comportements de négligence et de violence à l'égard des enfants (Mikolajczak et al., 2018). Ces conséquences ont été confirmées dans une autre étude transversale cette fois avec des analyses centrées sur la personne. L'objectif de cette étude est d'examiner si tous les parents en burnout sont négligents et/ou violents envers leur(s) enfant(s) et quelle forme de négligence ou de violence prend place (par exemple négligence physique, négligence émotionnelle, violence physique et/ou violence verbale). Les résultats montrent que la négligence et la violence envers l'enfant sont plus prononcées chez les parents qui sont extrêmement distants en plus d'être intensément épuisés et modérément inefficaces. En outre, la violence physique reste inférieure par rapport aux formes de violence et de négligence (Hansotte et al., under review). Ces deux études transversales ne permettent toutefois pas de démontrer de lien de causalité entre burnout et négligence/violence à l'égard des enfants. C'est pourquoi deux études

longitudinales comprenant trois temps de mesure à 5 mois d'intervalle, ont testé les relations croisées entre le burnout et ses conséquences sur l'enfant (Mikolajczak, Gross, & Roskam, 2019). De manière très claire, c'est le burnout qui génère des comportements de négligence et de violence parentale et non l'inverse. Pour certains, les études longitudinales ne suffisent cependant pas à démontrer le lien de causalité. Démontrer la causalité requiert de manipuler une variable pour observer les effets de la manipulation sur une autre variable. C'est ce qui a été fait dans une étude d'intervention randomisée. En réduisant les symptômes de burnout, les comportements de négligence et de violence à l'égard des enfants ont été réduits dans des proportions identiques (Brianda et al., in preparation). On sait par ailleurs que les comportements parentaux de négligence et de violence envers les enfants, entraînent des conséquences extrêmement néfastes pour leur développement notamment un risque élevé d'apparition de symptômes internalisés et/ou externalisés (Augusti, Baugerud, Sulutvedt, & Melinder, 2017; Spinazzola et al., 2014; Teicher & Samson, 2016). Enfin, une étude qualitative menée auprès d'enfants de parents en burnout, fournit un éclairage complémentaire (du Pouget de Nadaillac, 2018). Les cinq enfants de 7, 8 et 10 ans auprès desquels des entretiens approfondis ont été menés ont tous perçu le contraste chez leur mère en burnout, peuvent dater ce contraste et perçoivent la distanciation émotionnelle et la vulnérabilité de leur mère. Tous présentent des troubles dont la temporalité correspond à l'épisode de burnout maternel, notamment des difficultés d'endormissement, des problèmes de comportement, de l'énurésie ou de l'encoprésie et des difficultés scolaires.

4. Synthèse

La dépression du post-partum et le burnout parental sont deux types de détresse parentale. Elles ont des points communs (un recouvrement partiel existe entre les deux détresses avec une corrélation de $r=.48$, $p < .001$; Roskam & Mikolajczak, 2018) mais aussi leurs propres spécificités. Ainsi, la dépression du post-partum est un trouble généralisé apparaissant chez le parent dans les 12 mois qui suivent la naissance d'un enfant (APA, 2015). Le burnout parental est un trouble contextualisé qui survient à n'importe quel moment dans la vie du parent (il n'est pas lié à l'âge de l'enfant) (Roskam & Mikolajczak, 2018). Au niveau de leurs antécédents, la dépression du post-

partum survient en raison de facteurs de risque biologiques, psychologiques et sociaux tandis que le burnout est le résultat d'un déséquilibre entre des demandes et des ressources liées au rôle parental. Certains facteurs de risque sont communs aux deux troubles (en particulier les facteurs personnels comme le névrosisme ou le manque de compétences émotionnelles) mais d'autres facteurs sont spécifiques (comme les variations hormonales dans le cas de la dépression du post-partum ou les pratiques éducatives dans le cas du burnout parental). Au niveau des conséquences, les deux types de détresse ont des conséquences négatives sur le parent, le partenaire et les enfants. Mais la dépression explique mieux les conséquences comme les troubles du sommeil, la consommation d'alcool (addictions) et les plaintes somatiques, tandis que le burnout parental explique mieux les idées suicidaires et a des conséquences très spécifiques sur la négligence et la violence à l'égard des enfants.

Afin de faciliter la compréhension et la comparaison de ces deux types de détresse parentale, les informations quant aux symptômes, à l'étiologie et aux conséquences, ont été regroupées dans un tableau de synthèse.

Tableau 1. Synthèse comparant la dépression du post-partum et le burnout parental

	Détresse parentale	
	Détresse parentale liée à une période de vie	Détresse parentale liée au rôle parental
	Dépression du post-partum	Burnout parental
<u>Temporalité</u>	Dès l'accouchement et jusqu'à 12 mois après la naissance de l'enfant	Tout au long de la vie du parent, pas de relation avec l'âge de l'enfant
<u>Symptômes primaires</u>	Humeur dépressive la majeure partie du temps et perte d'intérêt et/ou de plaisir pour presque toutes les activités quotidiennes	Epuisement physique et émotionnel en lien avec le rôle parental, distanciation émotionnelle d'avec les enfants, perte d'efficacité/de plaisir dans le rôle parental, et contraste par rapport au « parent d'avant l'épisode de burnout »
<u>Symptômes secondaires</u>	Fatigue, troubles du sommeil et de l'alimentation, d'agitation ou de ralentissement psychomoteur, tristesse intense, pleurs, désespoir, anxiété et	Troubles du sommeil, troubles somatiques, honte et culpabilité, irritabilité, difficultés de concentration et pertes de mémoire

	attaques de panique, sentiment de dévalorisation et de culpabilité excessif, irritabilité et retrait social ; difficultés de concentration, difficultés pour prendre des décisions et pertes de mémoire	
<u>Etiologie</u>	Facteurs biologiques (hormonales, génétique), psychologiques (névrosisme, adaptation au changement), sociaux (pression sociale)	Equilibre risques/ressources : facteurs socio-démographiques, situationnels, personnels, conjugaux, éducatifs
<u>Conséquences</u>	Sur le parent : problèmes somatiques, addictions, troubles du sommeil, idées suicidaires Sur le partenaire : déclin de la satisfaction et de l'ajustement conjugal, manque de consensus dyadique et augmentation significative des conflits, sentiment d'ambivalence et diminution de l'expression des sentiments d'amour et de tendresse apparition ou augmentation de	Sur le parent : problèmes somatiques, addictions, troubles du sommeil, idées suicidaires et de fugue Sur le partenaire : augmentation des conflits, pensées adultères, violence conjugale

	symptômes dépressifs chez le ou la partenaire sain(e) Sur l'enfant : troubles internalisés, déficits neurocognitifs, comportements sociaux inadaptés	Sur l'enfant : négligence et violence, difficultés scolaires, comportementales, troubles du sommeil, énurésie, encoprésie
<u>Instruments de mesure</u> <i>(Liste non-exhaustive)</i>	- Edinburgh Postnatal Depression Scale (Cox, Holden, & Sagovsky, 1987) - Depression Anxiety Stress Scale (Lovibond & Lovibond, 1995) - Beck Depression Inventory (Beck, Steer, & Carbin, 1988) - Hamilton Depression Rating Scale (Hamilton, 1967)	- Parental Burnout Inventory (Roskam et al., 2017) - Parental Burnout Assessment (Roskam et al., 2018)

Chapitre 2

Le soutien parental du/de la partenaire

Le soutien parental du/de la partenaire⁵

1. Introduction

Aristote a déclaré : « L'Homme est un être sociable ; la nature l'a fait pour vivre avec ses semblables » (in Pellegrin, 1993). De tout temps, les hommes se sont rassemblés en société, allant de la plus petite tribu jusqu'aux états les plus peuplés. Leur sociabilité et leurs capacités à interagir ont permis aux hommes de faire face à un grand nombre de dangers et, ainsi, d'assurer la continuité de l'espèce.

La psychologie s'est elle aussi saisie du concept de soutien social et conjugal comme objet de recherche. Il se trouve au centre de nombreux programmes d'intervention ciblant les difficultés relationnelles et sociales (Vangelisti, 2009). Si le soutien social et conjugal attirent autant l'intérêt des psychologues, c'est parce qu'ils sont efficaces. Ces moyens seraient en effet parmi les plus puissants pour aider les individus à faire face aux événements de vie anxiogènes. Ils permettraient de protéger les individus contre les effets délétères du stress sur leur santé mentale et physique (Seeman, 1996). C'est là que notre intérêt pour le soutien parental prend tout son sens ! Comme nous l'avons souligné dans le premier chapitre, le rôle parental est un des plus exigeants à l'âge adulte (Janisse, Barnett, & Nies, 2009). Il peut entraîner de la détresse, en particulier la dépression du post-partum ou le burnout parental (Mikolajczak et al., 2017; Parfitt & Ayers, 2014). Pour de nombreux parents, un soutien s'avère nécessaire pour faire face aux coûts et aux stressors associés au rôle parental. Dans les familles biparentales par exemple, le soutien conjugal joue un rôle protecteur vis-à-vis du stress et des difficultés émotionnelles en lien avec la parentalité (Parfitt & Ayers, 2014; Séjourné, Vaslot, Beaumé, Goutaudier, & Chabrol, 2012).

⁵ Ce chapitre fait l'objet d'une publication : Gillis, A., & Roskam, I. Plus de soutien social pour moins de burnout. Dans Roskam I., Zech E., & Mikolajczak, M. (Eds.), *Comprendre et traiter le burnout dans la sphère privée et professionnelle*. Bruxelles : De Boeck.

Dans la littérature scientifique existante, les concepts de soutien social, soutien conjugal ou encore, coparentalité et alliance parentale sont bien documentés. Des outils de mesure validés existent et les effets positifs du soutien (surtout de l'homme envers la femme) ont été testés (Belsky, 1984; Gleason, Iida, Bolger, & Shrout, 2003; Gleason, Iida, Shrout, & Bolger, 2008; Schoppe-Sullivan, Mangelsdorf, Brown, & Sokolowski, 2007). En revanche, le concept de soutien parental du/de la partenaire est inexistant. Etant donné l'importance qu'il pourrait avoir vis-à-vis de la détresse parentale, nous y consacrerons ce chapitre.

Dans ce chapitre, nous définirons le concept de soutien parental du/de la partenaire à partir d'une approche en réseau conceptuel. Celle-ci considère les définitions et les modèles théoriques de concepts proches du soutien parental mais qui s'en distinguent également. Dans ce cadre, les concepts de soutien social, soutien conjugal, coparentalité et alliance parentale seront abordés. Ensuite, une revue de littérature des effets du soutien conjugal et coparental (comme variables proxy du soutien parental du partenaire) sur les symptômes de dépression du post-partum et de burnout parental sera présentée. Les études présentées seront classées en trois catégories : les études cross-sectionnelles, les études longitudinales à court terme et les études longitudinales à long terme. Enfin, nous terminerons le chapitre en présentant nos hypothèses de recherche.

2. Approche conceptuelle du soutien parental du/de la partenaire

2.1. Le soutien social

Le soutien (ou support) social se définit comme un échange de ressources émotionnelles, instrumentales et/ou informationnelles par des non-professionnels. Ces ressources sont fournies dans des contextes soit de groupes formels de soutien, comme une association de parents par exemple, soit de relations d'aide informelles comme la famille, les amis ou le/la partenaire romantique (Cohen, Underwood, & Gottlieb, 2000). Le soutien

social est un concept bidirectionnel car les individus sont tantôt les bénéficiaires et tantôt les pourvoyeurs de soutien social. Au sein du couple par exemple, chaque partenaire reçoit du soutien de l'autre mais il en donne à son tour. En outre, le soutien social n'implique pas un principe de réciprocité ou d'égalité sans faille, ni sur le plan de la quantité ni sur le plan de la qualité : chaque individu peut avoir des besoins différents en terme de soutien à recevoir et de soutien à dispenser (Gottlieb & Bergen, 2010).

Dans une société telle que la nôtre, où les identités parentale, conjugale et professionnelle comptent beaucoup, le soutien social provient de différentes sources dont les principales sont la sphère privée, la sphère professionnelle et la société de manière générale (Whitehead & Lindquist, 1986). Selon les sphères, le soutien s'organise de manière formelle et informelle. Dans la sphère privée (soutien conjugal et/ou parental par exemple), les échanges sont le plus souvent informels mais ils se formalisent dans des cas de séparation, quand un individu est chargé de verser une pension alimentaire à un autre. Dans la sphère sociale, le soutien peut provenir d'un organisme comme un centre public d'aide social (formel) ou d'un rassemblement populaire spontané lors d'un décès (informel). Dans la sphère professionnelle, le soutien peut provenir des réunions officielles avec les supérieurs (formel) ou des relations amicales avec les collègues pendant les pauses café (informel).

Concrètement, le soutien social est composé de quatre dimensions, correspondant à la classification de House (1981). Premièrement, le soutien émotionnel consiste à exprimer des affects positifs à l'égard d'une personne, lui exprimer des sentiments de réassurance, de réconfort et lui prêter une oreille attentive. Ce type de soutien serait principalement recherché lorsque l'individu doit faire face à des événements incontrôlables ou des chocs émotionnels intenses comme le décès d'un proche ou l'annonce d'un diagnostic chez l'enfant. Deuxièmement, le soutien informatif consiste à échanger des conseils, des suggestions ou à apporter des connaissances. Ce type de soutien est particulièrement utile lorsque l'individu fait face à des situations nouvelles qu'il ne maîtrise pas comme devenir parent pour la première fois. Troisièmement, le soutien d'estime consiste à rassurer l'autre sur ses compétences, sa valeur et à renforcer son estime de lui-même. Ce soutien est utile chaque fois que la valeur d'un individu est mise en question, spécifiquement dans les situations d'évaluation, comme lorsque l'on se sent

jugé dans son rôle parental. Enfin, le soutien instrumental est une aide effective et concrète telle que le prêt d'argent ou de matériel. Ce type de soutien est approprié lorsque l'individu fait face à des événements contrôlables et pour lesquels il a besoin de plans d'action et d'aide concrète. Le prêt de matériel de puériculture ou de vêtements d'enfants entre parents au moment de la naissance d'un bébé est un exemple typique (Caron & Guay, 2005).

La définition et les dimensions du concept de soutien social sont particulièrement importantes pour l'élaboration du concept de soutien parental du/de la partenaire. Mais, tandis que le soutien social porte sur diverses sources de soutien (privée, professionnelle, communauté) et l'ensemble des domaines de la vie de l'individu (hobby, amitié, travail, conjugalité,...), le soutien parental du/de la partenaire se limite au soutien provenant du/de la partenaire romantique dans le domaine précis de la parentalité.

2.2. Le soutien conjugal

Le soutien conjugal est un type particulier de soutien social. Parmi les différentes sources de soutien, l'aide échangée au sein d'une relation romantique est considérée comme étant la plus importante (Beach, Fincham, Katz, & Bradbury, 1996). Un(e) partenaire soutenant(e) écoute l'autre, lui fournit de l'aide, des encouragements et des conseils lorsque ce(tte) dernier(ère) est en détresse (Aycan & Eskin, 2005). Tout comme le soutien parental du/de la partenaire, le soutien conjugal est donné et reçu dans le contexte d'une relation conjugale et, par conséquent, prend fin en cas de séparation (J. E. Wallace & Jovanovic, 2011). Comme pour le soutien social, le soutien conjugal n'implique pas un principe de réciprocité ou d'égalité : chaque partenaire peut différer dans leurs besoins de recevoir du soutien et dans leur propension à apporter du soutien à l'autre.

Le soutien conjugal repose sur des dimensions impliquant un échange d'aide dans une large gamme de domaines de la vie quotidienne tels que l'amitié, le travail ou les loisirs. La première dimension est le soutien instrumental qui consiste à fournir de l'aide concrète et matérielle à l'autre comme, par exemple, un prêt d'argent ou fournir un moyen de transport. La seconde dimension est le soutien émotionnel qui comprend le fait d'écouter l'autre, de valider ses sentiments et émotions ainsi que la réassurance de

l'autre. La troisième dimension est le soutien informationnel qui consiste à offrir des conseils ou donner des suggestions à l'autre. Enfin, la quatrième dimension est le soutien évaluatif c'est-à-dire le fait de fournir des feedbacks à l'autre (Brassard, Houde, & Lussier, 2011; Brock et al., 2014; House, 1981).

A nouveau, la définition et les dimensions du concept de soutien conjugal sont particulièrement importantes pour l'élaboration du concept de soutien parental du/de la partenaire. En effet, tous deux concernent le support échangé spécifiquement au sein de la relation conjugale. Toutefois, à l'inverse du soutien parental qui implique la relation à un ou plusieurs enfants, le soutien conjugal ne requiert pas la présence d'enfant(s) ou de désir d'enfant. Et tandis que le soutien conjugal concerne l'ensemble des domaines de la vie quotidienne (amis, loisirs, finances, etc.), le soutien parental ne concerne que les devoirs et les responsabilités directement en lien avec le rôle parental.

2.3. La coparentalité

La coparentalité est définie comme étant la coordination entre adultes responsables des soins et du développement d'un enfant (Feinberg, 2003). Une relation coparentale existe lorsqu'au moins deux individus sont censés avoir des responsabilités communes envers le bien-être d'un ou plusieurs enfants. La coparentalité débute au cours de la grossesse entre les deux parents biologiques ou plus tard, entre des parents légalement responsables de l'enfant dans le cas d'une adoption par exemple. Contrairement au soutien parental du/de la partenaire, la relation coparentale est indépendante de la relation conjugale et peut avoir lieu ou non dans ce contexte. Cette relation coparentale persiste donc au-delà de la séparation du couple conjugal (Van Egeren & Hawkins, 2004). La coparentalité existe même si les parents ne vivent pas sous le même toit que l'enfant car ils partagent des responsabilités légales vis-à-vis de l'éducation et de la santé de l'enfant (Ahrons, 1981).

La coparentalité est sous-tendue par plusieurs dimensions dont le nombre et la définition varient en fonction des auteurs. Van Egeren and Hawkins (2004) identifient quatre dimensions tandis que Feinberg, Brown, and Kan (2012) en identifient sept. Quatre dimensions sont communes entre les auteurs. Premièrement, le degré d'accord coparental est défini comme la manière dont les deux parents partagent des valeurs communes pour

l'éducation de l'enfant. Deuxièmement, le soutien coparental est décrit comme étant la solidarité, la coopération, la cohésion et la chaleur échangées entre les parents. La troisième dimension est la division des tâches entre les parents. La quatrième dimension, l'affaiblissement coparental, est caractérisée par des conflits et de la compétition entre les parents. Feinberg et al. (2012) énumèrent trois dimensions supplémentaires. Tout d'abord, l'approbation parentale est définie comme la manière dont un parent exprime une attitude positive et bienveillante à l'égard de l'autre parent. Deuxièmement, l'exposition aux conflits fait référence au fait que les parents exposent ouvertement ou non leurs conflits à leur(s) enfant(s). Et, troisièmement, la proximité coparentale représente le degré avec lequel la coparentalité renforce l'intimité entre les deux parents et améliore la qualité de leur relation conjugale.

Tout comme le soutien social et conjugal, la définition et les dimensions du concept de coparentalité sont particulièrement intéressantes pour appréhender le concept de soutien parental du/de la partenaire. En effet, tous deux font référence au soutien et à la relation qui existe en deux adultes lors de la présence d'un enfant. Par exemple, la dimension de soutien coparental est particulièrement intéressante pour le soutien parental du/de la partenaire car elle concerne la manière dont les parents (ou partenaires) se soutiennent dans le domaine précis de la parentalité. Ou encore, la dimension de la division des tâches fait référence au soutien concret et matériel échangé entre les partenaires. La dimension d'affaiblissement coparental est également pertinente pour le soutien parental car elle concerne la manière dont les parents (ou partenaires) appuient les décisions et respectent leur identité parentale respective. Toutefois, la relation coparentale persiste au-delà de la relation conjugale alors que le soutien parental du/de la partenaire prend fin lorsque la relation conjugale se termine (Van Egeren & Hawkins, 2004)

2.4. L'alliance parentale

L'alliance parentale est considérée comme un indicateur de l'ajustement parental au sein du couple et comme un facteur essentiel de la qualité de la relation coparentale (Delvecchio, Sciandra, Finos, Mazzeschi, & Di Riso, 2015; McHale, 2007). Ce concept d'alliance parentale fait référence à la

manière dont les coparents se respectent mutuellement dans leur rôle parental (Abidin & Brunner, 1995) et comment ils fonctionnent ensemble comme équipe parentale (Gable, Belsky, & Crnic, 1992). Cette alliance parentale est caractérisée par de l'investissement mutuel envers l'enfant, la valorisation de l'engagement réciproque auprès de ce dernier ainsi que l'encouragement pour la mise en place d'une communication positive sur des questions relatives à l'enfant (Weissman & Cohen, 1985). L'alliance parentale est considérée comme une sous-catégorie de la coparentalité. A cet égard, ces deux concepts partagent les mêmes caractéristiques : ils commencent pendant la grossesse (ou plus tard en cas d'adoption par exemple), ils concernent des parents qui sont légalement responsables d'au moins un enfant et ils persistent au-delà de la rupture conjugale.

L'alliance parentale est composée de deux dimensions principales. Premièrement, le respect envers l'autre parent fait référence au degré selon lequel un parent respecte l'engagement, le jugement et les décisions de l'autre parent à l'égard de l'enfant (Abidin & Brunner, 1995; Konold & Abidin, 2001). Deuxièmement, la communication et le travail en équipe se définissent comme le degré de coopération entre les parents ainsi que leur degré d'accord vis-à-vis de la discipline et des valeurs à transmettre à l'enfant (Konold & Abidin, 2001).

A nouveau, le concept d'alliance parentale est intéressant pour la conception du soutien parental du/de la partenaire. Tout comme la coparentalité, l'alliance parentale s'intéresse au niveau de coordination et de coopération échangé entre les deux parents. Toutefois, à l'inverse du soutien parental, l'alliance parentale persiste au-delà de la relation conjugale et ne concerne pas toutes les dimensions du soutien échangé entre les parents.

2.5. Le soutien parental du/de la partenaire

Sur base de notre approche en réseau conceptuel, nous pouvons maintenant proposer une définition claire du soutien parental du/de la partenaire ainsi que dégager ses principales dimensions.

Le soutien parental du/de la partenaire se définit comme le soutien que les partenaires s'offrent mutuellement dans le domaine précis de la parentalité. Il

s'agit de situations dans lesquelles un parent demande l'aide de son/sa partenaire lorsqu'il/elle rencontre des difficultés en lien avec son rôle parental (par exemple, le parent ne sait pas comment réagir quand son enfant fait des colères, le parent ne sait pas où se procurer les informations concernant les stages d'été). Ce soutien parental est présent au sein des couples dont au moins un des deux partenaires est parent. Il est donné ou reçu uniquement dans le cadre d'une relation romantique. Il peut être reçu d'un partenaire qui est soit l'autre parent biologique ou adoptif de l'enfant, soit un partenaire du même sexe ou tout simplement, un partenaire romantique. Le soutien parental commence dès la grossesse, dans le cas de parents biologiques ou adoptifs, mais il peut aussi commencer plus tard, dans le cas d'un beau-parent par exemple. En outre, le soutien parental du/de la partenaire n'implique pas un principe de réciprocité ou d'égalité : chaque partenaire peut avoir des besoins différents en termes de soutien à recevoir et/ou de soutien à donner.

En nous appuyant sur les dimensions du soutien social, du soutien conjugal, de la coparentalité et de l'alliance parentale, nous faisons le postulat que le soutien parental du/de la partenaire est composé de trois dimensions principales. Premièrement, le soutien parental émotionnel est caractérisé par de l'empathie, de l'amour, de la confiance mais aussi des encouragements, une écoute active et réflexive ainsi que du réconfort. Le parent légitime les sentiments de l'autre et explore activement ses émotions. Dans le domaine de la parentalité, cela revient à écouter, valider, explorer ou se montrer empathique envers les sentiments et les difficultés rencontrés par l'autre parent. Deuxièmement, le soutien parental concret consiste à aider l'autre parent dans la résolution de problèmes avec une aide concrète et/ou l'apport d'informations. Il s'agit donc d'agir concrètement lorsque l'autre parent rencontre une difficulté comme, par exemple, s'occuper de l'enfant à la place de l'autre ou lui fournir des informations dont il a besoin sur son rôle parental. Troisièmement, la dimension de l'approbation de rôle consiste à valoriser les compétences parentales de l'autre parent, en respectant et en soutenant son autorité et ses décisions parentales. Chaque partenaire valide l'autre dans son rôle de parent et renforce son identité parentale. Le/la partenaire n'hésite pas à fournir un feedback constructif à l'autre sur sa façon d'être parent.

Afin de faciliter la compréhension et la comparaison entre les concepts de soutien social, soutien conjugal, coparentalité, alliance parentale et soutien parental du/de la partenaire, les informations et caractéristiques de chacun des concepts ont été regroupées dans un tableau de synthèse.

Tableau 2. Caractéristiques de chaque concept au sein du réseau conceptuel du soutien parental du/de la partenaire

Concept	Acteurs	Qui est impliqué?	Individuel ou partagé?	Relation conjugale	L'/les enfant(s)
<u>Soutien social</u>	i1 → i2 i2 → i1	Sphère privée, professionnelle et la communauté	Individuel: besoins différents dans le soutien à recevoir et à donner	Ne concerne pas la relation conjugale	Ne concerne pas spécifiquement l'enfant
<u>Soutien conjugal</u>	p1 → p2 p2 → p1	Les deux membres du couple conjugal	Individuel : besoins différents dans le soutien à recevoir et à donner	Echangé au sein de la relation conjugale	Ne concerne pas spécifiquement l'enfant
<u>Coparentalité</u>	P1/P2 → E	Parents responsables légalement d'au moins un enfant	Partagé et réciproque (par exemple, le partage des valeurs éducatives)	Présente au sein de la relation conjugale mais également au-delà (persiste après la séparation)	Concerne les enfants biologiques ou adoptés et débute lors de la grossesse ou plus tard
<u>Alliance parentale</u>	P1/P2 → E	Parents responsables légalement d'au moins un enfant	Partagé et réciproque (par exemple, l'investissement	Présente au sein de la relation conjugale mais également au-delà	Concerne les enfants biologiques ou adoptés et débute lors de la grossesse ou plus tard

			mutuel envers l'enfant)	(persiste après la séparation)	
<u>Soutien parental</u>	p1 → p2 → E p2 → p1 → E	Les deux membres du couple conjugal et au moins un des deux partenaires est parent	Individuel : besoins différents dans le soutien à recevoir et à donner	Echangé au sein de la relation conjugale	Concerne des enfants biologiques, adoptés ou des beaux-enfants

Note : i1 = individu 1 ; i2 = individu 2 ; p1 = partenaire 1 ; p2 = partenaire 2 ; P1 = Parent 1 ; P2 = Parent 2 ; E = Enfant

3. Le soutien conjugal et la détresse parentale

Comme nous l'a montré la littérature, le concept de soutien parental du/de la partenaire était inexistant. Avant notre travail de thèse, ce concept n'avait jamais été défini et aucun instrument d'évaluation n'avait été développé. Dès lors, notre revue de littérature des liens entre soutien parental d'une part et détresse parentale d'autre part, s'appuie sur le soutien conjugal et coparental (comme variables proxy du soutien parental du partenaire).

3.1. Le soutien conjugal et la dépression du post-partum

« Je devais être une mère parfaite et m'occuper de tout à la maison ainsi que du bébé et ce, jour et nuit. De plus, je me disais que mon compagnon était déjà bien assez fatigué par son travail, que la nuit il devait se reposer afin d'être performant le lendemain. Je me souviens me réveiller dès les premiers bruits du bébé et me dépêcher pour ne pas réveiller mon compagnon » (in Maman_Blues, 2010)

3.1.1. Les études cross-sectionnelles

Dans le domaine parental, le manque de soutien conjugal est un facteur de risque vis-à-vis de la dépression du post-partum (Xie, He, Koszycki, Walker, & Wen, 2009). La majorité des études transversales mettent en évidence une relation négative entre le niveau de soutien conjugal (auto-reporté dans la plupart des recherches) et l'intensité des symptômes de dépression du post-partum. A titre d'illustration, voici quelques exemples d'études cross-sectionnelles.

Iles, Slade, and Spiby (2011) ont démontré que les symptômes de dépression postnatale sont plus élevés chez les pères et chez les mères qui ont des niveaux élevés d'insatisfaction vis-à-vis du soutien conjugal perçu. Chez les femmes primipares, un haut niveau de soutien émotionnel du partenaire est négativement corrélé avec l'intensité et la fréquence des symptômes de dépression du post-partum (Pilkington, Whelan, & Milne, 2016). D'autres auteurs ont comparé des mères ayant un faible niveau de dépression du post-partum et des mères ayant un niveau élevé de dépression du post-partum, 6

semaines après la naissance de l'enfant. Le résultat met en évidence une différence significative entre les deux groupes de mères : celles ayant un niveau élevé de dépression perçoivent moins de soutien conjugal par rapport à celles ayant un niveau faible de dépression (Page & Wilhelm, 2007). Une autre étude souligne un effet significatif de la disponibilité du soutien conjugal et du niveau de satisfaction vis-à-vis de ce soutien conjugal sur l'intensité des symptômes de dépression du post-partum chez la femme (McVey & Tuohy, 2007). Ces mêmes relations ont été mises en évidence également durant la grossesse : un soutien conjugal faible durant la grossesse est associé à un niveau plus élevé de dépression anténatale (Cheng et al., 2016).

3.1.2. Les études longitudinales à court terme

A nouveau, les études utilisant un design longitudinal à court terme (limité aux 12 mois après la naissance de l'enfant) démontrent un effet négatif du niveau de soutien conjugal sur la fréquence et l'intensité des symptômes de dépression du post-partum. Xie et al. (2009) ont mis en évidence que les femmes ayant un faible niveau de soutien conjugal pendant leur grossesse, sont plus à risque d'être déprimées pendant la période du post-partum comparativement aux femmes ayant un niveau de soutien conjugal plus élevé. Le soutien conjugal, mesuré à 4 semaines du post-partum, prédit l'intensité des symptômes de dépression post-natale chez les mères à 8 semaines du post-partum. En outre, les encouragements du partenaire à chercher de l'aide et de l'information ainsi que la validation du partenaire vis-à-vis de l'identité maternelle, expliquent 13% de la variance des symptômes de dépression du post-partum (Dennis & Ross, 2006). A 38 semaines de grossesse, les attentes maternelles envers le support conjugal lors de la période du post-partum, prédisent l'intensité des symptômes dépressifs postnataux trois mois après la naissance de l'enfant. Les attentes maternelles expliqueraient 11% de la variance de la dépression du post-partum (Gremigni, Mariani, Marracino, Tranquilli, & Turi, 2011).

D'autres études ont démontré l'importance du niveau de soutien conjugal lors de la grossesse (dès les premiers mois jusqu'au troisième trimestre) comme facteur de protection contre les symptômes de dépression du post-partum chez les mères (jusqu'à 9 mois après la naissance de l'enfant) (Don &

Mickelson, 2012; Lara, Navarrete, & Nieto, 2016; Y. Li, Long, Cao, & Cao, 2017; Whisman, Davila, & Goodman, 2011; Xie et al., 2009). Certains auteurs ont également comparé l'efficacité d'une thérapie classique et d'une thérapie axée sur le soutien conjugal pour le traitement de la dépression du post-partum chez la femme. Sur une période de 6 semaines, la thérapie axée sur le support conjugal engendre une plus grande diminution des symptômes dépressifs par rapport à la thérapie classique. Ces mêmes résultats sont rapportés lors du follow-up, un mois plus tard (Misri, Kostaras, Fox, & Kostaras, 2000). De même, Carter, Grigoriadis, Ravitz, and Ross (2010) ont montré que les thérapies, incluant le partenaire dans le traitement de la dépression du post-partum, étaient beaucoup plus efficaces par rapport aux thérapies individuelles classiques.

3.1.3. Les études longitudinales à long terme

Les études longitudinales à long terme (au-delà de 12 mois après la naissance de l'enfant) portant sur l'impact du soutien conjugal sur les symptômes dépressifs du parent sont nettement plus rares. Ceci peut s'expliquer par la temporalité de la dépression du post-partum : pour rappel, les symptômes dépressifs peuvent apparaître lors de la grossesse et jusqu'à 12 mois après l'accouchement (Meltzer-Brody, 2011). Néanmoins, certains auteurs ont continué à évaluer les symptômes de dépression post-natale au-delà de cette période de 12 mois. Brock et al. (2014) ont démontré que le soutien conjugal lors de la grossesse permettait de réduire l'intensité et la fréquence des symptômes de dépression maternelle jusqu'à 30 mois après la naissance de l'enfant. D'autres auteurs ont suivi des couples à partir de la naissance de l'enfant et jusqu'à ce que ce dernier soit âgé de 14 ans. A chaque temps de mesure, le soutien conjugal ainsi que la qualité de la relation conjugale étaient négativement associés à l'intensité des symptômes de dépression maternelle (Mamun et al., 2009).

Nous pouvons donc conclure que l'intensité des symptômes de dépression du post-partum est plus importante chez les individus (généralement les mères considérées comme la cible du soutien procuré par le partenaire) percevant peu de soutien conjugal (Grav, Hellzèn, Romild, & Stordal, 2012). Le soutien conjugal (et social) permettrait à celui qui en bénéficie d'augmenter son sentiment d'auto-efficacité et l'estime de soi, deux éléments considérés

comme essentiels dans le décours des syndromes dépressifs majeur et du post-partum (Wang, Cai, Qian, & Peng, 2014).

3.2. Le soutien conjugal et le burnout parental

« J'étais exaspérée, oui, exaspérée par mon aînée qui me sollicitait, sollicitait, sollicitait, alors que j'avais juste besoin d'un moment avec mon nouveau bébé et que j'étais fatiguée. Et donc, oui, j'étais exaspérée, énervée par cet enfant qui... qui me gênait. J'essayais de gérer, gérer, gérer, puis du coup, quand mon mari arrivait, j'explosais parce que je n'en pouvais plus et j'essayais de me décharger sur lui plutôt que sur les enfants. Mais du coup, je l'injuriais ... c'était vraiment horrible » (in Mikolajczak & Roskam, 2017) .

Le soutien conjugal fait partie des ressources qui permettent de réduire les coûts psychologiques/émotionnels et/ou physiques de la parentalité. Néanmoins, les recherches dans le domaine du burnout parental sont récentes et encore peu nombreuses. A ce jour, seulement deux études ont mis en relation des variables de soutien conjugal et de coparentalité avec le niveau de burnout parental. Mikolajczak et al. (2017) ont testé les corrélations entre le burnout parental d'une part, et le soutien coparental ainsi que la satisfaction conjugale d'autre part. Les corrélations sont modérées suggérant qu'il s'agit d'antécédents importants : au plus les individus bénéficient du soutien de leur partenaire, au moins ils sont susceptibles de rapporter des symptômes de burnout parental. Par ailleurs, la relation entre burnout parental et soutien conjugal chez des parents d'enfants souffrant de diabète de type 1, montre qu'au plus le parent perçoit recevoir du soutien conjugal concret et émotionnel, au moins il est à risque de souffrir de burnout parental (Lindström et al., 2011).

Étant donné le peu de littérature au sujet de l'impact du soutien conjugal sur les symptômes de burnout parental, nous avons décidé de considérer les études testant la relation entre le soutien conjugal et le stress parental (comme proxy du burnout parental). En effet, comme nous l'avons vu dans le premier chapitre, un stress parental répété et intense est un facteur déclencheur du

burnout parental (Legeron, 2004). Il peut donc être considéré comme une prémisse du burnout.

3.2.1. Les études cross-sectionnelles

Les études transversales démontrent une relation négative entre soutien conjugal et stress parental. A titre d'illustration, voici quelques exemples de recherches.

Thorp, Krause, Cukrowicz, and Lynch (2004) ont mis en évidence une corrélation positive entre le niveau d'insatisfaction par rapport au soutien conjugal et le niveau de stress maternel 8 semaines après l'accouchement. D'autres auteurs ont démontré que trois formes de soutien conjugal (émotionnel, évaluatif et concret) étaient associées à un plus faible niveau de stress maternel un an après la naissance de l'enfant (Sampson, Villarreal, & Padilla, 2015). De nombreuses études ont encore souligné l'association négative entre le soutien conjugal et le niveau de stress maternel (Lavenda & Kestler-Peleg, 2017; Tanaka & Lowry, 2013). On retrouve les mêmes résultats chez les parents d'un enfant souffrant d'une maladie chronique. Button, Pianta, and Marvin (2001) ont montré que le soutien conjugal et l'implication paternelle expliquent 24% de la variance du stress parental chez les mères dont l'enfant souffre de paralysie cérébrale. Chez les parents d'enfants souffrant d'un trouble du spectre de l'autisme, un niveau plus important de stress parental est rapporté lorsque le niveau de soutien conjugal est faible (Thullen & Bonsall, 2017).

Le soutien conjugal émotionnel joue parfois un rôle modérateur dans la relation entre les pleurs maternels et l'intensité des symptômes de dépression du post-partum. En revanche, le soutien émotionnel ne permet pas de modérer la relation entre les pleurs maternels et le niveau de stress chez la mère (Pilkington et al., 2016). Une explication possible serait que le partenaire est capable de modifier les symptômes dépressifs de sa compagne en fournissant du support émotionnel car la dépression est un trouble qualifié d'interpersonnel et de social. A l'inverse, les symptômes de stress sont moins facilement modifiables par le biais du soutien émotionnel car ceux-ci impliquent des réponses physiologiques et personnelles. D'autres types de

soutien (comme du soutien concret par exemple) seraient plus pertinents et efficaces vis-à-vis du stress maternel pendant la période du post-partum.

3.2.2. *Les études longitudinales à court terme*

Les études utilisant un design longitudinal à court terme (limité aux 12 mois après la naissance de l'enfant) démontrent une association négative entre le soutien conjugal et l'intensité du stress parental. Par exemple, le soutien conjugal lors de la grossesse est négativement lié au niveau de stress maternel 6 semaines après l'accouchement (Aktan, 2012; Luecken et al., 2013; Stapleton et al., 2012). Les mamans, qui ont reçu du soutien émotionnel de la part de leur partenaire 24 heures après la naissance de leur enfant, présentent un niveau de stress parental moins élevé 12 mois plus tard comparativement aux mamans qui n'ont pas reçu de soutien émotionnel (Driver & Amin, 2019). Ce même résultat a été obtenu lorsque le stress parental était évalué à 6 semaines post-partum et à 5 mois post-partum (Lemola, Stadlmayr, & Grob, 2007). Une seule étude a évalué l'association entre le stress parental chez le père et le soutien conjugal provenant de sa partenaire. Dans cette recherche, les auteurs ont évalué le stress parental et le soutien coparental chez les pères lors de la naissance de leur enfant et 12 mois plus tard. Comme pour les mères, les résultats confirment une association négative entre le soutien coparental lors de la naissance de l'enfant et le niveau de stress paternel 12 mois plus tard (Bronte-Tinkew, Horowitz, & Carrano, 2010).

3.2.3. *Les études longitudinales à long terme*

Les études longitudinales à long terme (au-delà de 12 mois après la naissance de l'enfant) démontrent elles aussi un lien entre le niveau de stress parental et le soutien conjugal. À titre d'exemple, les études de Nomaguchi, Brown, and Leyman (2017) et de Durtschi, Soloski, and Kimmes (2017) ont montré un lien négatif entre soutien conjugal, soutien coparental et implication paternelle d'une part, et le niveau de stress maternel d'autre part lorsque l'enfant était âgé de 1, 3 et 5 ans. De même, le soutien conjugal, provenant du père biologique de l'enfant, est inversement lié au niveau de stress parental chez la mère lors de la naissance de l'enfant et 3 ans plus tard (Gonzalez & Barnett, 2014). Une étude récente a analysé la relation entre le soutien conjugal émotionnel et le stress maternel lorsque l'enfant était âgé de

1, 3, 5 et 9 ans. Lorsque l'enfant est âgé d'1 an, le niveau de soutien conjugal émotionnel prédit une augmentation du niveau de stress maternel. À l'inverse, lorsque l'enfant est plus âgé (entre 3 et 5 ans), le niveau de soutien conjugal émotionnel prédit une diminution du niveau de stress maternel. Ce résultat s'expliquerait par le fait que plus l'enfant est jeune, plus le niveau de stress parental ressenti est important. Le soutien conjugal émotionnel ne constituerait pas une ressource assez efficace pour diminuer significativement le niveau de stress. D'autres types de soutien (concret et instrumental par exemple) pourraient être plus efficaces pour diminuer le niveau de stress parental durant les premiers mois de vie de l'enfant (Kanter & Proulx, 2019). Une autre recherche a testé le lien entre soutien conjugal et stress parental chez les hommes lorsque l'enfant était âgé de 24 et 48 mois. Comme les mères, les pères qui perçoivent un niveau de soutien conjugal faible et un haut niveau de conflits conjugaux à 24 mois, étaient plus à risque de rapporter un niveau élevé de stress parental à 48 mois (Fagan & Lee, 2014).

4. Conclusion

Ce deuxième chapitre de thèse était consacré au concept novateur du soutien parental du/de la partenaire. Dans un premier temps, nous avons défini ce nouveau concept grâce à une approche en réseau conceptuel avec le soutien social, le soutien conjugal, la coparentalité et l'alliance parentale. Nous avons défini chacun des concepts et analysé leurs sous-dimensions. Les recouvrements et limites conceptuelles ont été mis en évidence entre le soutien parental, le soutien social, le soutien conjugal, la coparentalité et l'alliance parentale, en fonction notamment des acteurs impliqués et de leur temporalité. Ensuite, nous avons recensé les études empiriques analysant le lien entre soutien conjugal et coparental (comme proxys du soutien parental du partenaire) et détresse parentale (dépression du post-partum, burnout parental et stress parental comme variables proxy du burnout parental). Sur base de cette revue de littérature, nous faisons l'hypothèse d'une relation négative entre le niveau de soutien parental et le niveau de détresse parentale et ce, chez les mères et chez les pères. Le soutien parental constituerait une ressource essentielle pour diminuer la détresse parentale (hypothèse 1).

Les études sur lesquelles se base notre revue de littérature présentent certaines limites que nous essayerons de dépasser dans le cadre de la thèse. Premièrement, les recherches précédentes ne prennent en compte que le niveau inter-individuel (comparaison des individus entre eux). Le niveau intra-individuel (comparaison de l'individu par rapport à lui-même) n'est au meilleur de nos connaissances, pas pris en considération (sinon dans des études longitudinales prospectives mais qui adoptent un point de vue inter-individuel dans l'analyse des relations entre support et détresse parentale). Deuxièmement, la dimension dyadique est très peu présente dans les études existantes. La détresse d'une part et le soutien de l'autre sont abordés soit chez les mères, soit chez les pères. Aucune étude à notre connaissance ne porte sur l'éventuel ajustement dyadique entre les deux membres du couple conjugal (soit l'analyse de la relation entre support et détresse au sein de couples). Troisièmement, le support a généralement été évalué au niveau conjugal et pas spécifiquement au niveau de la parentalité. Enfin, la majorité des études ont analysé l'effet du support provenant du père sur le niveau de détresse chez la mère. L'effet du support provenant de la mère sur le niveau de détresse parental chez le père a été très peu documenté. Cette revue de littérature démontre à quel point l'homme est considéré comme le pilier du couple parental et le pourvoyeur de soutien, tandis que la femme est considérée comme le « maillon faible » du couple parental, celle susceptible de se trouver en détresse par rapport à son rôle parental.

Chapitre 3

La relation parent-enfant

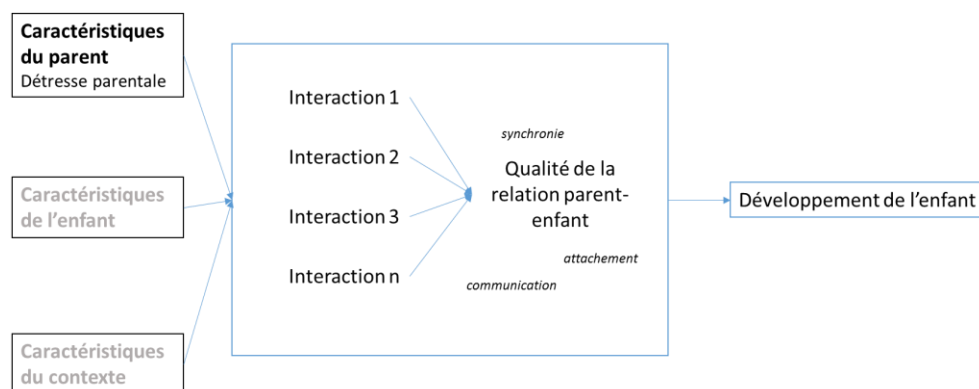
La relation parent-enfant

1. Introduction

« Le besoin de lien est un instinct conduisant tout au long de la vie à avoir le besoin d'être écouté, entendu, compris et soutenu par une ou plusieurs personnes considérées comme proches » (in Bowlby, 2008). La relation entre le parent, ou toute autre personne de soin, et l'enfant représente une nécessité vitale. Il a été démontré que les bébés peuvent dépérir s'ils ne bénéficient ni d'attention, de contact ou de relation au même titre que de nourriture et de soins corporels (Bowlby, 1988).

Comme le montre la Figure 2, la relation parent-enfant résulte d'une succession d'interactions, positives ou négatives, entre le parent et l'enfant (Hinde, 1987). De multiples expériences d'interactions positives et chaleureuses entre le parent et son enfant donnent lieu à une qualité de relation parent-enfant élevée. À l'inverse, des expériences répétées d'interactions négatives et hostiles débouchent sur une qualité de relation parent-enfant plus faible. De nombreux facteurs influencent les interactions et la qualité de la relation parent-enfant (Bronte-Tinkew, Moore, & Carrano, 2006; Duncan, Coatsworth, & Greenberg, 2009; Russell, Pettit, & Mize, 1998; Scaramella & Leve, 2004; Volling & Belsky, 1991) : les caractéristiques individuelles du parent (ex. sa personnalité ou son niveau de détresse psychologique), les caractéristiques de l'enfant (ex. son tempérament ou son âge) et les caractéristiques de l'environnement (ex. la fratrie ou le soutien social). Dans le cadre de cette thèse, nous nous limiterons à l'influence de la détresse psychologique du parent sur la qualité de la relation parent-enfant.

Figure 2. Représentation schématique du concept de la relation parent-enfant



A son tour, la qualité de la relation parent-enfant influence le développement de l'enfant (Bowlby, 2012). C'est sur cette base notamment que se développe l'estime de soi et les représentations cognitives du monde social (Bowlby, 2012; Roskam, Meunier, & Stievenart, 2015; Zhang, 2011). Les relations précoces parent-enfant agiraient comme des prototypes des relations ultérieures puisque l'enfant y conçoit des représentations internes de lui-même et des autres qui organiseront ses comportements interpersonnels futurs (George & West, 2001). De ce point de vue, la qualité de la relation avec le parent influence les compétences et l'adaptation sociales ultérieures de l'enfant dans ses différents milieux de vie.

Dans ce chapitre, nous définirons le concept de relation parent-enfant à la lumière de la littérature existante. Ensuite, une revue de littérature des effets de la détresse parentale, avec la dépression du post-partum, le burnout parental et le stress parental (comme variables proxy de la détresse parentale), sur la qualité de la relation parent-enfant sera présentée. A nouveau, les études présentées seront classées en trois catégories : les études cross-sectionnelles, les études longitudinales à court terme et les études longitudinales à long terme. Enfin, nous terminerons le chapitre en présentant nos hypothèses de recherche.

2. Définition

La relation parent-enfant est définie comme étant composée d'une série d'interactions, séparées ou multiples, avec continuité et cohérence. Une relation est donc plus globale et stable qu'une interaction (Sroufe, Egeland, Carlson, & Collins, 2009). Toutefois, la relation parent-enfant englobe des facteurs qui vont au-delà des interactions comme, par exemple, les attentes concernant le développement futur de la relation, l'importance accordée à cette relation ou encore, les qualités affectives de celle-ci telles que les représentations sociocognitives ou le sentiment de proximité (Russell et al., 1998).

La relation parent-enfant est caractérisée par une succession d'interactions verticales et/ou horizontales basées sur des comportements asymétriques et complémentaires de chaque membre de la dyade (Branje, 2018). Lors d'interactions verticales, le parent influence le développement de son enfant grâce à ses connaissances et son autorité en utilisant diverses stratégies pour enseigner, instruire, soutenir ou conseiller l'enfant (Boldt, Kochanska, Grekin, & Brock, 2016). Lors d'interactions horizontales, le parent crée des opportunités pour que l'enfant puisse exprimer librement ses envies et désirs afin qu'il y ait une influence mutuelle entre les deux (Hay, Payne, & Chadwick, 2004). Une relation parent-enfant qualifiée de saine est caractérisée par une alternance d'interactions horizontales, dans lesquelles chaque protagoniste respecte le rôle et l'autorité de l'autre, et d'interactions verticales positives (McLeod, Wood, & Weisz, 2007).

Une caractéristique supplémentaire de la relation parent-enfant est la réciprocité. Une interaction réciproque est une interaction dans laquelle les participants montrent des comportements similaires et ce, de manière simultanée ou alternée (Hinde, 1979). Lorsqu'une relation est qualifiée de réciproque, le parent et l'enfant montrent des niveaux élevés d'affection et de respect l'un envers l'autre et la relation entraîne alors des obligations mutuelles (Gleason et al., 2008). Dans ce sens, la réciprocité implique le retour des qualités comportementales ou relationnelles reçues de l'autre. Par exemple, lorsque le parent et l'enfant s'échangent mutuellement de l'affection, ils sont dans une relation dite réciproque (Russell et al., 1998).

La relation parent-enfant peut également être définie via la notion de « pouvoir partagé ». Lorsque le pouvoir est partagé dans une relation, chacun apporte sa contribution pour initier et maintenir des interactions. Les protagonistes s'influencent mutuellement, s'accordent et coopèrent autour d'objectifs partagés. Ils prennent des décisions ensemble et la négociation permet d'aboutir à un compromis (Russell et al., 1998). Les situations de jeu entre le parent et l'enfant illustrent bien la notion de pouvoir partagé. Dans le jeu, le parent et l'enfant négocient le thème du jeu, initient des idées, partagent des affects réciproques et coopèrent pour atteindre des objectifs communs (Cote & Bornstein, 2009).

Des outils validés permettent d'évaluer la qualité de la relation parent-enfant à partir de l'observation de la réciprocité et du pouvoir partagé, par exemple le CARE-Index (Crittenden, Der, & Früherkennung, 2005). Définie ainsi, la relation parent-enfant est un construit large et complexe. Il a été opérationnalisé et mesuré à partir de différents concepts comme par exemple l'attachement (Kerns, Tomich, Aspelmeier, & Contreras, 2000), la synchronie parent-enfant (Crandell, Fitzgerald, & Whipple, 1997; Feldman, 2007) et la communication (Keijsers & Poulin, 2013; Laursen & Collins, 2004). Dans le cadre de la thèse, nous avons cependant limité la revue de littérature en orientant notre recherche bibliographique sur les mots-clés « parent-child relationships », « parent-toddler relationships », « infant-mother relationships », « infant-father relationships » et « parent-baby relationships ».

3. La détresse parentale et la relation parent-enfant

3.1. La dépression du post-partum et la qualité de la relation parent-enfant

« J'ai l'impression que ma fille ne m'aime pas. Il me semble que ma fille est tendue avec moi, qu'elle détourne le regard. Et si au contraire, elle me regarde dans les yeux, j'ai l'impression d'être transpercée d'un rayon laser, elle sait tout, que je suis une mère nulle, que je me sens dépassée, que parfois je regrette qu'elle soit là, qu'elle me fatigue... » IN (Maman_Blues, 2010).

3.1.1. Les études cross-sectionnelles

Les travaux consacrés à la dépression du post-partum montrent un impact négatif de cette dépression sur la qualité des relations entre la mère et son enfant. Le syndrome dépressif entrave certaines capacités de la mère qui lui sont nécessaires pour entrer en relation avec son bébé (Tissot et al., 2011). Par exemple, une non disponibilité affective l'empêche de reconnaître les signaux de son enfant et d'y répondre adéquatement (Goodman & Brumley, 1990). A titre d'illustration, voici quelques exemples de recherches.

Field, Morrow, and Adlestein (1993) ont montré que les mamans dépressives perçoivent les comportements de leur enfant envers elle plus négativement qu'un observateur extérieur. En outre, une mère souffrant de dépression met, en moyenne, deux fois plus de temps qu'une mère non dépressive à répondre aux vocalisations de son enfant (Tissot et al., 2011). En outre, les mamans dépressives ont un mode relationnel plus intrusif (sur-stimulant) ou désengagé (sous-stimulant) (Beebe et al., 2008; Guedeney, 2007). Douze semaines après l'accouchement, la qualité de relation avec leur enfant est plus faible par rapport aux mamans non dépressives (Badr, 2018). La dépression postnatale aurait aussi un effet direct sur la perception maternelle de la qualité de la relation avec l'enfant. Ainsi, lorsque l'enfant est âgé de 12 mois, les symptômes dépressifs tels que la diminution de la réactivité, les affects négatifs et l'apathie affectent la qualité de la relation parent-enfant et influencent la perception maternelle (Williams, Patricia Taylor, & Schwannauer, 2016). Egmoose, Cordes, Smith-Nielsen, Væver, and Køppe (2018) ont comparé des dyades mère-bébé dépressives avec des dyades mère-bébé non dépressives 4 mois après la naissance de l'enfant. Il ressort de cette comparaison que les mamans dépressives touchent moins souvent leur enfant et le font d'une manière plus négative que les mamans non dépressives. Elles utilisent moins souvent un toucher stimulant et réconfortant que les mamans non dépressives. Dans une autre étude, la dépression du post-partum est associée à une augmentation des affects négatifs et à une diminution des affects positifs dans la relation mère-enfant (O'Hara & McCabe, 2013).

Ces impacts négatifs de la dépression du post-partum sur la relation mère-enfant sont déjà visibles dès les premières interactions mère-bébé, pendant l'allaitement. Ces interactions sont empruntées de plus d'hostilité, de non-réponse et d'absence de synchronie comparativement aux interactions lors de

l'allaitement chez des mamans non dépressives (Dennis & McQueen, 2007). Les conséquences négatives du syndrome de dépression du post-partum sur la qualité de la relation parent-enfant s'explique par le « phénomène de préoccupation » (attention focalisée sur soi et pensées négatives intrusives récurrentes) (Egmore et al., 2018). Ce phénomène est considéré comme un des signes principaux de la dépression du post-partum qui compromet la capacité de la mère à capter et à répondre de manière sensible et adéquate aux signaux de son enfant (Beebe et al., 2008; Stein, Lehtonen, Harvey, Nicol-Harper, & Craske, 2009).

Afin d'objectiver l'impact de la préoccupation maternelle sur la qualité de la relation mère-enfant, des chercheurs ont développé la « Still-Face Experiment » (Tronick, Als, Adamson, Wise, & Brazelton, 1978). Dans un premier temps, le parent interagit comme il le fait d'habitude avec son enfant. Puis, le parent adopte une attitude totalement passive, il ne manifeste plus de signes émotionnels et ne répond plus aux sollicitations de l'enfant (situation proche de l'attitude de la mère souffrant de dépression du post-partum). Enfin, le parent recommence à interagir normalement avec son enfant. Cette expérience permet d'observer les ruptures relationnelles qui se produisent en cas de dépression du post-partum et l'impact de celles-ci sur le comportement de l'enfant et la qualité de la relation (K. A. Graham, Blissett, Antoniou, Zeegers, & McCleery, 2018).

3.1.2. Les études longitudinales à court terme

Les recherches avec un design longitudinal à court terme (jusqu'à 12 mois après la naissance de l'enfant) soulignent également un impact négatif de la dépression du post-partum maternelle sur la qualité de la relation mère-enfant. A nouveau, voici quelques exemples de ces travaux à titre d'illustration.

L. J. Hayes, Goodman, and Carlson (2013) ont évalué l'impact de la dépression périnatale durant la grossesse sur la relation parent-enfant 12 mois plus tard. Les mamans dépressives avaient des relations mère-enfant moins optimales par rapport aux mamans non dépressives. D'autres auteurs ont évalué cette même association entre les symptômes dépressifs maternels 5 jours après l'accouchement et la relation mère-enfant 1 mois plus tard. Plus le niveau de dépression est élevé, plus la mère rapporte avoir des difficultés relationnelles avec son bébé (Ohoka et al., 2014). Une autre étude a mesuré le niveau de dépression du post-partum à la maternité et la qualité de la

relation mère-enfant 6 semaines plus tard. Chez les mamans dépressives, la relation avec l'enfant est caractérisée par des difficultés d'investissement maternel, un manque de plaisir dans les soins prodigués à l'enfant et une diminution de l'expressivité des affects du bébé en miroir. Les auteurs remarquent également une pauvreté des dialogues, une rareté de paroles dites à l'enfant, un portage inadapté et peu d'affect positif exprimé envers l'enfant. Les mamans déprimées ont aussi moins de relations ludiques avec leur bébé par rapport aux mamans non déprimées. Toujours selon cette étude, plus la maman est déprimée tôt après son accouchement (2 à 4 mois post-partum), plus les dégâts sur la relation mère-enfant sont importants (Poinso et al., 2001). Selon Beebe et al. (2008) également, les symptômes dépressifs maternels évalués 6 semaines après l'accouchement, ont un impact négatif sur la qualité de la relation mère-enfant 4 mois plus tard. Par exemple, les mamans déprimées montrent moins d'expressions faciales d'empathie lorsque l'enfant est en détresse.

Toutefois, deux études longitudinales à court terme n'ont pas pu démontrer cette association entre dépression du post-partum et qualité de la relation mère-enfant. La première a été réalisée auprès de mamans d'enfant prématuré (McManus & Poehlmann, 2012) et la seconde auprès de mamans ayant un faible statut socio-économique (Boyd, Zayas, & McKee, 2006). Dans ces deux études, une faible association entre les symptômes dépressifs maternels, évalués 4 mois après l'accouchement, et la relation mère-enfant, évaluée 9 mois après l'accouchement, a été mise en évidence. Pour ces auteurs, des événements de vie, positifs ou négatifs (par exemple, un déménagement, la perte d'un emploi, une maladie physique ou encore, des nouvelles rencontres sociales), auraient plus d'impact sur la qualité de la relation parent-enfant que la dépression postnatale.

3.1.3. Les études longitudinales à long terme

Comme dans le chapitre précédent, les études longitudinales à long terme (au-delà de 12 mois après la naissance de l'enfant) portant sur l'impact de la dépression du post-partum sur la relation parent-enfant sont nettement plus rares. Pour rappel, ceci s'explique par la temporalité de la dépression du post-partum pour laquelle les symptômes dépressifs peuvent apparaître lors de la grossesse et jusqu'à 12 mois après l'accouchement (Meltzer-Brody, 2011). Néanmoins, certains auteurs ont continué à évaluer l'impact des symptômes de dépression post-natale au-delà de cette période de 12 mois. Milgrom,

Ericksen, McCarthy, and Gemmill (2006) ont mis en évidence que les mamans dépressives sont 8 fois plus à risque d'avoir une relation dysfonctionnelle avec leur enfant 42 mois après la naissance de ce dernier, par rapport aux mamans non dépressives. D'autres auteurs ont étudié et comparé l'efficacité thérapeutique de trois types de prise en charge (non directive, cognitivo- comportementale et psychodynamique) pour la dépression du post-partum et son impact sur la relation mère-enfant. L'étude comportait également un groupe contrôle. A court terme (4 mois après la naissance de l'enfant), les trois traitements montrent une efficacité supérieure par rapport au groupe contrôle : ils permettent d'augmenter le niveau de sensibilité maternelle et de diminuer les difficultés relationnelles entre la mère et son bébé. En revanche, à long terme (60 mois après la naissance de l'enfant), aucune différence significative entre le groupe contrôle et les groupes d'intervention n'a été trouvée. Les auteurs expliquent ce résultat par le fait que les difficultés relationnelles entre la mère et l'enfant diminuent spontanément avec le temps : les pleurs et les problèmes alimentaires du bébé diminuent, une routine entre la mère et l'enfant se met en place et le rythme du bébé se stabilise. L'absence de résultats à plus long terme s'expliquerait aussi par le fait que les prises en charges étaient brèves et fournies très rapidement après l'arrivée de l'enfant (Murray, Cooper, Wilson, & Romaniuk, 2003).

3.2. Le burnout parental et la qualité de la relation parent-enfant

« Je tape les jouets par terre, c'est le début ! Après ça, je lui dis : « je fais quoi ? Je balance tout par la fenêtre ? ». Il pleure, il est tétanisé, il me regarde, plus je m'énerve, plus il est tétanisé, plus ça m'énerve qu'il ne bouge pas... Je sais qu'il est tétanisé, qu'il ne sait plus bouger... » (in Mikolajczak & Roskam, 2017).

Comme expliqué dans le chapitre précédent, les recherches dans le domaine du burnout parental sont récentes et peu nombreuses. A ce jour, seulement une étude a mis en relation des variables liées à l'enfant et,

indirectement à la qualité de la relation parent-enfant, avec le niveau de burnout parental. Mikolajczak et al. (2018) ont mis en évidence une association forte entre le niveau de burnout parental et le risque de comportements négligents et/ou violents (sur le plan verbal ou physique) envers l'enfant.

Étant donné le peu de littérature au sujet de l'impact du burnout parental sur la relation parent-enfant, nous allons considérer les études testant la relation entre le stress parental (comme proxy du burnout parental) et la relation parent-enfant.

3.2.1. Les études cross-sectionnelles

Les recherches consacrées à l'étude du stress parental montrent un impact négatif de ce dernier sur la qualité de la relation parent-enfant. Comme pour la dépression du post-partum, le stress parental diminue la capacité du parent à s'engager et à s'investir pleinement dans la relation avec son enfant ainsi qu'à répondre adéquatement aux signaux qu'il envoie (Lalonde, Bernier, Beaudoin, Gravel, & Beauchamp, 2019). A titre d'illustration, voici quelques exemples de recherches cross-sectionnelles.

Dans une revue de littérature, Deater-Deckard (1998) souligne que les parents, ayant un niveau de stress élevé, ont tendance à être moins impliqués dans la relation avec leur enfant et à montrer plus de comportements négatifs, autoritaires et punitifs comparativement aux parents ayant un faible niveau de stress. Le stress parental influence négativement la qualité de la relation parent-enfant chez des enfants d'âge préscolaire (Guajardo, Snyder, & Petersen, 2009; Theule, Wiener, Tannock, & Jenkins, 2013) et d'âge scolaire (Rodenburg, Meijer, Deković, & Aldenkamp, 2007). Les mères avec un niveau élevé de stress perçoivent leur enfant comme plus difficile. Elles manquent de chaleur et de réactivité dans la relation avec leur enfant par rapport aux mères avec un niveau de stress plus faible. Elles ont également tendance à se montrer soit complètement désengagées de la relation avec leur enfant soit, excessivement impliquées (Crawford & Manassis, 2001; Karrass, VanDeventer, & Braungart-Rieker, 2003; McLoyd, 1990; Sanner & Neece, 2018). Le niveau de stress maternel est également négativement lié à la présence d'empathie, de proximité, de chaleur émotionnelle et d'affection au

sein de la relation mère-enfant chez des enfants d'âge préscolaire (Willinger, Diendorfer-Radner, Willnauer, Jörgl, & Hager, 2005). J. A. Nelson, O'Brien, Blankson, Calkins, and Keane (2009) affirment que le stress parental a un effet *spillover* sur la qualité de la relation parent-enfant. Au plus le parent est stressé, au moins il se montre soutenant face aux émotions négatives de son enfant. Dans une autre étude encore, les mères avec un haut niveau de stress, sont plus négatives, moins énergiques et moins patientes avec leur enfant. En retour, l'enfant perçoit son parent comme étant peu sensible et soutenant (Stelter & Halberstadt, 2011). Enfin, une association positive a été trouvée entre le stress parental et le niveau d'hostilité chez des mères de jeunes enfants atteints de paralysie cérébrale (Barfoot, Meredith, Ziviani, & Whittingham, 2015).

3.2.2. *Les études longitudinales à court terme*

Les études longitudinales au sujet de l'impact du stress parental sur la qualité de la relation parent-enfant sont rares. Toutefois, les quelques travaux utilisant un design longitudinal à court terme (sur une durée de 12 mois maximum) montrent un effet négatif du niveau de stress parental sur la qualité de la relation parent-enfant. A titre d'illustration, voici quelques exemples de recherches.

Grâce à l'utilisation d'un design longitudinal intensif, J. J. Li and Lansford (2018) ont montré que le stress parental est associé à une moindre qualité de relation parent-enfant ainsi qu'un style parental inconsistant et sévère dans un échantillon composé d'enfants d'âge préscolaire et souffrant d'un trouble de l'attention avec hyperactivité. Dans un échantillon de mères célibataires afro-américaines, des auteurs ont souligné une association positive entre le niveau de stress maternel et l'utilisation des cris, des comportements menaçants et de la violence par la mère (Ceballo & McLoyd, 2002). Une autre étude a évalué l'efficacité d'une intervention cognitivo-comportementale, basée sur un entraînement des habiletés parentales, en vue de diminuer le niveau de stress parental chez les mères d'un enfant souffrant d'un trouble de l'attention avec hyperactivité. Quatre mois après l'intervention, le niveau de stress parental du groupe ayant reçu l'intervention est plus faible par rapport au groupe contrôle. En outre, la qualité de la relation

mère-enfant augmente significativement dans le groupe ayant reçu l'intervention comparé au groupe contrôle (Verreault, Verret, Massé, Lageix, & Guay, 2011).

3.2.3. *Les études longitudinales à long terme*

A nouveau, les quelques recherches longitudinales à long terme (sur une durée supérieure à 12 mois) montrent un impact négatif du niveau de stress parental sur la qualité de la relation parent-enfant. Voici quelques exemples d'études à titre d'illustration.

Crnic et al. (2005) ont analysé l'association entre le niveau de stress parental et la qualité de la relation parent-enfant sur une période de 2 ans : lorsque l'enfant était âgé de 3 ans et deux ans plus tard. Durant la petite enfance, le stress parental et les inquiétudes parentales du quotidien (par exemple, la gestion des tâches ménagères, des horaires ou encore, des activités extra-scolaires) sont associés à moins de plaisir partagé, tant chez le parent que chez l'enfant, lorsqu'ils sont en relation. D'autres auteurs ont évalué le stress parental et la relation parent-enfant sur une période de 6 ans : lorsque l'enfant avait 4 ans, 5 ans, 7 ans et 10 ans. Pour les quatre temps de mesure, le niveau de stress parental est positivement associé à des réactions parentales négatives et à une qualité moindre de relation parent-enfant. En outre, le niveau de stress parental prédit l'utilisation de la punition physique, l'expression d'affect négatif envers l'enfant ainsi que des attitudes peu chaleureuses dans la relation parent-enfant (Mackler et al., 2015).

4. Conclusion

Ce troisième chapitre était consacré à la relation parent-enfant. Dans un premier temps, nous avons défini ce concept et l'avons situé dans un réseau conceptuel comprenant l'interaction parent-enfant, l'attachement ou encore, le développement de l'enfant. Ensuite, nous avons recensé les études empiriques analysant le lien entre détresse parentale (dépression du post-partum, burnout parental et stress parental comme variables proxy du burnout parental) et la relation parent-enfant. Sur base de cette revue de littérature, nous faisons l'hypothèse d'une relation négative entre le niveau de détresse parentale et la qualité de la relation parent-enfant et ce, chez les mères et chez les pères (hypothèse 2).

Comme dans le chapitre précédent, les études sur lesquelles se base notre revue de littérature présentent certaines limites que nous tenterons de dépasser dans le cadre de la thèse. Premièrement, l'effet du niveau de détresse parentale sur la qualité de la relation parent-enfant a principalement été étudié dans des échantillons cliniques (avec des mamans souffrant de dépression du post-partum et/ou un enfant souffrant de difficultés telles qu'une paralysie cérébrale, un trouble de l'attention ou encore, des difficultés comportementales). Cette association est plus rarement analysée dans des échantillons composés de parents et d'enfants tout-venants. Deuxièmement, la majorité des études se sont penchées sur l'impact de la détresse parentale des mères sur la qualité de la relation mère-enfant. A nouveau, les conséquences de la détresse paternelle sur la qualité de la relation père-enfant sont encore très peu documentées. Enfin, la dimension dyadique, comprenant la détresse du partenaire et l'importance du soutien parental, est à notre connaissance inexistante. Nous savons que le soutien conjugal joue un rôle protecteur vis-à-vis du stress et des difficultés émotionnelles en lien avec le rôle parental (Parfitt & Ayers, 2014). Au sein de la littérature, il est donc bien établi que le soutien conjugal améliore la sensation de bien-être et diminue le niveau de détresse psychologique (Sampson et al., 2015). Mais le rôle protecteur du soutien parental du/de la partenaire vis-à-vis des effets néfastes de la détresse parentale sur la qualité de la relation parent-enfant n'a pas encore été étudié.

PARTIE II

CONTRIBUTIONS EMPIRIQUES

Chapitre 4

Partner support as a protection against distress during the transition to parenthood

Partner support as a protection against distress during the transition to parenthood

The majority of previous studies focused on mothers' distress and considered partner support from the father to the mother. The current research studies the level and the course of distress and partner support in new mothers and fathers during the transition to parenthood, and tests the protective role of partner support against distress. Data were collected in a two-wave longitudinal design from 53 heterosexual couples. Mothers and fathers completed questionnaires at two measurement occasions, i.e. in the third trimester of pregnancy and three months after childbirth. The results provided arguments in favor of a dyadic perspective on distress during the transition to parenthood. No difference was displayed between mothers and fathers before and after childbirth. The level of distress decreased in mothers and also in fathers, but only for those whose partner's distress also decreased. The importance of partner support against postpartum distress was highlighted for mothers and fathers.

Référence

Gillis, A., Gabriel, B., Galdiolo, S., & Roskam, I. (2019). Partner Support as a Protection Against Distress During the Transition to Parenthood. *Journal of Family Issues*, 0(0), <https://doi.org/10.1177/0192513x19832933>.

1. Introduction

The negative association between maternal postpartum distress and partner support has been documented previously (Séjourné, Vaslot, Beaumé, Goutaudier, et al., 2012), as well as the positive association between such support and mothers' mental well-being during the transition to parenthood (A. M. Nelson, 2003). The vast majority of studies about the transition to parenthood and its consequences have been carried out with mothers and with a cross-sectional design (Henderson & Redshaw, 2013). Less is known about fathers' distress during the transition to parenthood and the support they receive from their partner. This study overcame the shortcomings of previous research by using a two-wave longitudinal method and taking a dyadic perspective on distress and partner support during the transition to parenthood.

The transition to parenthood starts during pregnancy as soon as the parents establish an emotional link with the fetus. This transition continues for some time after the baby's birth and it is difficult to precisely determine when it definitively ends (Perren et al., 2003). Different authors claim that the transition period lasts until between 3 months after childbirth (Deave, Johnson, & Ingram, 2008) and as much as 12 months after childbirth (Kuersten-Hogan, 2017). The pregnancy and the birth of a first child have a mainly positive connotation for future parents and their family (Favez, 2013). However, since the eighties, the transition to parenthood has been conceptualized as a real crisis (e.g. P. M. Wallace & Gotlib, 1990). The transition to parenthood is indeed considered as a stressful lifetime period in itself (Parfitt & Ayers, 2014). Caring for a newborn may have negative consequences for parents such as worry, sadness, exhaustion, and stress which have been described as indicators of parental distress (Brannan & Heflinger, 2001). In particular, distress after childbirth is characterized by deep sadness and frequent crying, sleep disorder, lack of interest in any activity, suicidal thoughts, high levels of stress and anxiety, and lack of interest towards the child (Zozula, 2006). It has been estimated that 8 to 27% of mothers display depressive symptoms after delivery and 4.8 to 13% of fathers suffer from depressive symptoms after childbirth (Knoester & Eggebeen, 2006).

The distress which appears during the transition to parenthood has particularly been investigated among new mothers (Keizer & Schenk, 2012). The authors of most previous studies have considered that mothers and fathers experience the period of transition to parenthood in different way. Mothers, being regarded as the primary caregivers of the child, have been the center of attention of these studies, and the transition to parenthood has been viewed as having greater impact on mothers, who experience greater emotional difficulties than fathers (Perren et al., 2003). For example, Skreden et al. (2008) studied mothers' and fathers' psychological health during a five-year period and showed that mothers were significantly more anxious than fathers, especially immediately after childbirth. Psychological distress at a clinical level was also reported more frequently by mothers (29%) than fathers (11%) (Skreden et al., 2008).

However, recent evidence suggests that mothers' and fathers' experiences during the transition to parenthood are neither different nor separate. Parental couples have been shown to function as a dyad when facing childbirth (Galdiolo & Roskam, 2014, 2017). Moreover, positive correlations have been reported between mothers' and fathers' depressive symptoms, suggesting that distress affects both parents as well (Kerstis, Engström, Edlund, & Aarts, 2013). The reason why mothers and fathers may experience similar distress during the transition to parenthood may be that the reasons for feeling distress (except for biological issues such as hormone fluctuations) concern both mothers and fathers. For example, becoming a parent, either a mother or a father, can cause distress because of the change of role from being a non-parent to having responsibilities for caring for a new baby, the feeling of loss of freedom (Warren, 2004), sleep deprivation (Skouteris et al., 2009), and the imbalance between professional and private life (H. Graham & Oakley, 2005).

Hopefully, these risk factors are compensated by protective factors. Among these, it is noteworthy that couple satisfaction, partner's involvement with the child, and partner's support may play a protective role with regard to parental distress (e.g. Parfitt & Ayers, 2014). In the current study, the protective role of partner support against distress during the transition to parenthood was studied. Partner support is mainly based on three dimensions, i.e. instrumental support (e.g., help with childcare and housework), emotional

support (e.g., listening, validating feelings, reassurance), and informational support (e.g., offering advice, giving suggestions) (Brock et al., 2014). General partner support from the female and/or male partner has been related in correlational studies to psychological and physical well-being (e.g. Lindorff, 2000), more enjoyable and less tense couple interactions, better relationship quality and greater relationship intimacy (e.g. Gleason et al., 2008) and better co-parenting practices and parenting styles (e.g. Belsky, 1984). But the protective role of partner support against distress specifically in the transition to parenthood has mainly been considered in terms of support from the father to the mother but not in the reverse direction, as if the father was just a support provider who does not himself need his partner's support.

Since the nineties, a large number of studies have tested the relation between partner (i.e. paternal) support and mothers' well-being in heterosexual couples. Most of them are cross-sectional and have reported a positive correlation between paternal support and psychological well-being in new mothers (e.g. Twamley, Brunton, Sutcliffe, Hinds, & Thomas, 2013). This positive relation has been explained by the fact that paternal support allows the mother to be reassured, listened to and loved, and to feel relaxed. The father's support helps decrease both the pressure and the amount of work for the mother. Consequently, her levels of distress and depressive symptoms fall (Laxman et al., 2015). A small number of longitudinal studies have also focused on the relations between paternal support and the mother's psychological well-being. For example, Salmela-Aro, Nurmi, Saisto, and Halmesmaki (2010) found that partner support during pregnancy predicted a higher rate of couple satisfaction and better mental well-being in mothers during the postpartum period. Other authors (Delicate, Ayers, & McMullen, 2018) have reported that emotional support from the partner, i.e. fondness, admiration, expansiveness and awareness, acts as a buffer and makes the transition to parenthood smoother for the mother.

The current study overcomes the shortcomings of previous research by using a two-wave longitudinal design and taking a dyadic perspective on distress and partner support during the transition to parenthood. The importance of taking such a dyadic perspective has been suggested in recent research showing that childbirth tends to cause mothers and fathers to

function as a dyad because it requires shared responsibilities and a greater attention to the other partner (Galdiolo & Roskam, 2017). The three aims of the current study were (1) to compare the level of distress and partner support in both new mothers and fathers during pregnancy and after childbirth using a two-wave longitudinal design, (2) to test the effect of partner support for the other parent on the level of distress after childbirth, and (3) to estimate the course of distress during the transition to parenthood in both new mothers and fathers and to test whether a change in distress was predicted by a change in partner's distress and support. Based on the literature review, we proposed that distress would be higher among mothers than fathers. In addition, we hypothesized that partner support would be related to lower distress symptoms after childbirth. Also, we anticipated that distress would be found to increase during the transition to parenthood. Finally, we supposed that a positive change in partner support would be negatively associated with the course of distress.

2. Method

2.1. Participants

Fifty-three heterosexual couples consisting of first-time mothers and fathers from a community sample participated in the study. They were recruited when the mothers were in the third trimester of pregnancy ($M_{\text{pregnancy}} = 30$ weeks; $SD = .96$). Socio-demographic data are shown in Table 1.

Table 1. Sample Demographics

	Mothers N = 53		Fathers N = 53		Total sample N = 106	
	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>
Mean age	27.6	3.62	29.06	4.3	28.31	4
Duration of the relationship years	-	-	-	-	6.38	2.9
	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%	<i>n</i>	%
Country						
Belgium	44	83	42	84	86	82.7
France	7	13.3	5	10	12	11.5
Colombia	1	1.9	1	2	2	2
Italy	1	1.9	1	2	2	2

Parental distress, partner parental support and parent-child relationships

Germany	0	0	1	2	1	1
Education						
High school or University	45	84.9	33	66	78	75.7
Secondary school	8	15.1	17	34	25	24.3
Primary school	0	0	0	0	0	0
Personal net monthly income						
No income	4	7.5	3	6.1	7	6.9
€1-1500	18	34	9	18.4	27	26.5
€1500-2500	29	54.7	28	57.1	57	55.9
€2500-3500	2	3.8	6	12.2	8	7.8
€3500-4500	0	0	2	4.1	2	2
> €4500	0	0	1	2	1	1
Marital status						
Married	-	-	-	-	46	45.1
Unmarried	-	-	-	-	56	54.9
Pregnancy intentions						
Planned	-	-	-	-	84	81.6
Unplanned	-	-	-	-	19	18.5
Pregnancy health status						
Risk	-	-	-	-	7	6.7
No risk	-	-	-	-	96	92.3
Sex of the child						
Female	-	-	-	-	36	35
Male	-	-	-	-	56	54.4
Unknown	-	-	-	-	11	10.7
Distress Wave 1						
Normally distressed	47	88.7	39	78	86	83.5
Mildly distressed	3	5.7	5	10	8	7.8
Moderately distressed	2	3.8	4	8	6	5.8
Severely distressed	0	0	2	4	2	1.9
Extremely distressed	1	1.9	0	0	1	1
Distress Wave 2						
Normally distressed	39	83	33	78.6	73	81.1
Mildly distressed	3	6.4	5	11.9	8	8.9
Moderately distressed	2	4.3	1	2.4	3	3.3
Severely distressed	3	6.4	2	4.8	5	5.6
Extremely distressed	0	0	1	2.4	1	1.1

2.2. Sampling procedure

The study was approved by the Institutional Review Board. Couples were recruited from a Belgian community sample with flyers posted in gynecology

services, maternity centers, pregnancy support services, and on social networks. They took part in the study on a voluntary basis. Those who were willing to participate were invited to complete questionnaires, either online on the Qualtrics platform (78.8% of the participants) or in paper and pencil form (21.2% of the participants), twice, i.e. first when the woman was in the third trimester of pregnancy and second when the baby was 3 months old and maternity leave ended. Mothers and fathers completed the same set of questionnaires and were asked to complete the questionnaires separately. They also signed an informed consent document in which they were informed about the longitudinal design of the study. They were assured that the data would remain confidential and that they were free to drop out at any moment without giving any reason. The four inclusion criteria were as follows: the mother should be in the third trimester of pregnancy, the couple must have been together for at least a year, both partners should be at least 21 years old, and they should both be parents for the first time. Parents did not receive any compensation for their participation in the research.

As it is usual in longitudinal research, attrition occurred. In the first wave of assessment, three fathers (2.8%) stopped their participation. In the second wave of assessment, four mothers (3.7%) and seven fathers (6.6%) stopped their participation. One-way ANOVAs were conducted to test whether there were significant differences between the participants who dropped out and the others with regard to socio-demographic data, distress, and partner support in Wave 1. The drop-out subjects were only found to be older ($M_{\text{age}} = 30.33$, $SD = 5.31$) than the other participants ($M_{\text{age}} = 27.97$, $SD = 3.67$) ($F_{(1, 101)} = 4.63$; $p < .05$). Complete case analysis was performed as the level of missing data was low, i.e. around or less than 5%. There was unlikely to be much gain from multiple imputation as there was very limited information to recover (Lee, Roberts, Doyle, Anderson, & Carlin, 2016). To make sure there was enough statistical power to detect any effect, statistical power was calculated with the GPower 3.1.9.2 program (Erdfeider, Faul, & Buchner, 1996). For each statistical analysis, the sample size was sufficient (minimum sample size $N = 45$, $N = 49$ and $N = 36$ respectively for t -test analysis, linear regression and the repeated-measure analyses of variances).

2.3. Materials

Distress was assessed with the Depression Anxiety and Stress Scale (DASS, (Lovibond & Lovibond, 1995) in Waves 1 and 2. The DASS is a 42-item questionnaire including three self-report scales: depression (“I couldn’t seem to experience any positive feelings at all”), anxiety (“I was scared for no good reason”), and stress (“I tended to react exaggeratedly”). The respondent indicates the extent to which he/she has experienced each symptom over the past week using a 4-point severity/frequency scale ranging from 0 (“*does not apply at all to me*”) to 3 (“*applies entirely to me, or the vast majority of the time*”). Cronbach’s alphas were calculated in the current sample for each scale (.96 for Depression, .92 for Anxiety and .94 for Stress in Wave 1; .95, .91 and .95 in Wave 2). The reliability of the DASS total score was high, $\alpha = .96$. In order to limit the number of variables in the current sample, we computed a single score for distress by averaging the 42 items. The DASS can be evaluated with a severity-rating index defined according to cut-off scores (e.g. normally distressed between 0-14, mildly distressed between 15-18, moderately distressed between 19-25, severely distressed between 26-33 and extremely distressed 34 or higher). On this basis, the majority of participants in the current sample were in the normal range of distress, i.e. assessed as “normally distressed”. The distribution of distress in mothers and fathers in the current sample is given in Table 1.

Partner support was assessed in Waves 1 and 2 through self-reports, i.e. perceived support, and through partner-reports, i.e. given support. We used a cross-rater strategy for the partner support variables, allowing us to reduce measurement error and avoid shared method variance (Cole & Maxwell, 2003). The Dyadic Coping Inventory (DCI, (Gmelch et al., 2008), a questionnaire assessing dyadic coping in intimate relationships, was used. It is composed of 7 items on the positive partner support subscale, i.e. perceived support (“My partner shows empathy and understanding to me”), and 7 items on the positive subject support subscale, i.e. given support (“I listen to my partner and give him/her space and time to communicate what really bothers him/her”). Each item of the positive support scale of the DCI uses a Likert-type scale ranging from 1 (“*Never*”) to 6 (“*Always*”). Coefficient alphas were

good, with .88 for perceived partner support and .86 for given partner support in Wave 1, and .85 and .85 respectively in Wave 2.

2.4. Analysis strategy

The assessment of normality was based on skewness and kurtosis values. Values indicated that partner support variables were normally distributed, with values of asymmetry (between -2 and +2) considered sufficient to prove normal univariate distribution (Georgy & Mallery, 2001). For distress, skewness and kurtosis indicated deviations from normality (DASS_{wave 1} between 1.39 and 2.40; DASS_{wave2} between 2.05 and 5.33). Conceptually, these deviations from normality made sense. Like most mental health indicators, distress is expected to present an asymmetric distribution (i.e., to be positively skewed like most psychological disorders). Log transformations of the variables were computed and ensured a normal distribution (DASS_{wave 1} between -0.8 and .66; DASS_{wave 2} between -.28 and -.51). The transformed scores were used in the main statistical analyses.

Preliminary analyses consisted of correlations between the main constructs, i.e. distress, perceived support, and given support in Waves 1 and 2, among mothers and fathers. Using correlations and paired sample *t*-tests, we also compared the level of support that one parent perceived from the other parent (perceived support) with the level of support that the other parent reported giving to him/her (given support) at both Wave 1 and Wave 2. The first main analysis compared the level of distress and partner support in new mothers and fathers during pregnancy (Wave 1) and after childbirth (Wave 2) through *t*-tests on paired samples (mothers and fathers). The second main analysis tested the effect of the mean level of partner support (i.e. partner support either perceived or given, averaged across the two waves) on the level of distress after childbirth (Wave 2). It consisted of a regression model with the level of distress of one parent after childbirth (Wave 2) as the dependent variable and the mean level of perceived and given support (i.e. averaged across the two waves) as the predictors. The regression models also controlled for the parent's level of distress in Wave 1 (residuals) and for the mean level of the other partner's distress (i.e. other parent's distress averaged across the two waves). The third main analysis estimated the course of distress during

the transition to parenthood among new mothers and fathers. We conducted repeated-measures analyses of variances (ANOVAs), with time (Waves 1 and 2) as the two-level within-subjects factor. We tested if change in distress was predicted by change in partner's distress as well as by change in perceived or given support. Therefore, we computed difference scores for partner's distress and support by subtracting scores in Wave 1 from scores in Wave 2. All statistical analyses were conducted with the computer program SPSS23 (IBM, 2015).

3. Results

3.1. Preliminary analysis

Correlations between distress and partner support for fathers and mothers separately are reported in Table 2. With regard to the stability of the constructs, the results showed that there was a positive relation between distress in Waves 1 and 2 as well as between perceived support and given support in Waves 1 and 2. They suggested a moderate to high stability in both distress and support during the transition to parenthood. With regard to the bivariate relation between distress and support, there was only one significant negative association between distress and given support in Wave 2 for both mothers and fathers.

Table 2. Correlations between distress and partner support

	D Wave	D Wave	GS Wave	GS Wave	PS Wave	PS
	1	2	1	2	1	Wave 2
D Wave 1	-	.70**	.00	-.20	.04	.02
D Wave 2	.65**	-	-.06	-.30*	.07	.01
GS Wave	-.20	-.24	-	.64**	.65**	.53**
1						

GS Wave	2	-.25	-.36*	.76**	-	.37*	.53**
PS Wave	1	-.03	-.15	.23	.32*	-	.78**
PS Wave	2	.06	-.03	.36*	.36*	.50**	-

Note: D = Distress; PS = Perceived Support; GS = Given Support; Coefficients above the diagonal are for mothers; coefficients below the diagonal are for fathers. * $p < .05$. ** $p < 0.01$.

With regard to the relations between the level of support that one parent perceived from the other parent (perceived support) with the level of support that the other parent reported giving to him/her (given support), the bivariate correlations ranged between .23 and .36 among fathers and between .37 and .65 among mothers, suggesting a limited overlap between cross-informant ratings of support. T-tests on paired samples comparing perceived and given support showed that only fathers perceived lower support from their partner than the partner, i.e. the mothers, reported giving them ($t(42) = 2.05$, $p < .05$, $d = 0.35$).

3.2. Distress and support in new mothers and fathers

T-tests on paired samples (mothers and fathers) were conducted to compare the level of distress and given and perceived support between mothers and fathers separately in Waves 1 and 2. The results showed no significant difference between mothers and fathers for the three variables, suggesting that mothers and fathers experience similar levels of distress during the transition to parenthood as well as reporting that they give and perceive similar levels of support. Descriptive statistics are reported in Table 3.

Table 3. Descriptive statistics for distress and support in Wave 1 and Wave 2 for mothers and fathers

	Mothers Wave 1 N = 53		Mothers Wave 2 N = 49		Fathers Wave 1 N = 50		Fathers Wave 2 N = 43	
	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>
Distress	21.50	17.38	18.19	19.32	20.96	18.88	21.30	24.08
Given	4.55	.74	4.49	.68	4.43	.80	4.36	.80
support								
Perceived	4.30	.99	4.34	.92	4.33	.81	4.24	.73
support								

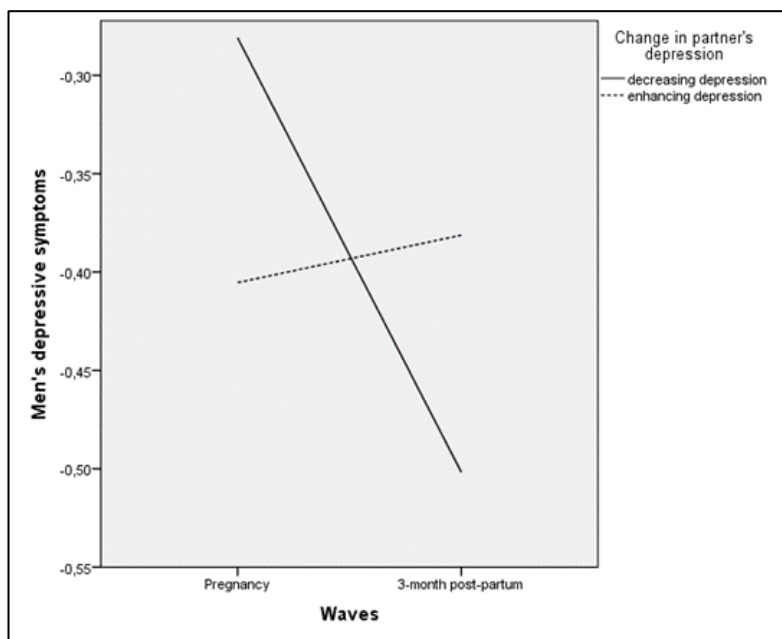
3.3. Effect of support on distress

The linear regression analyses enabled us to test the effect of partner support for the other parent on the level of distress after childbirth for mothers and fathers separately, controlling for the level of distress in Wave 1 and for the mean level of the partner's distress. For mothers, a significant effect of the mean level of the partner's distress ($\beta = .6, p < .01$) and a significant effect of the mean level of given support ($\beta = .30, p < .05$) were found. In other words, the mother's level of distress after childbirth was predicted by the father's mean level of distress (averaging across Wave 1 and Wave 2) as well as by the mean level of support (averaging across Wave 1 and Wave 2) that the fathers reported giving to the mother. Overall, the model fitted well with the data and predicted 25% of the variance of distress in new mothers after childbirth ($F(4, 39) = 3.31$). For fathers, a significant effect of the mean level of the partner's distress ($\beta = .48, p < .01$) and a significant effect of the mean level of perceived support ($\beta = -.02, p = .05$) were found. In other words, the father's level of distress after childbirth was predicted by the mother's mean level of distress (averaging across Wave 1 and Wave 2) as well as by the mean level of support (averaging across Wave 1 and Wave 2) that the father perceived from the mother. Overall, the model fitted well with the data and predicted 27.8% of the variance of distress in new fathers after childbirth ($F(4, 32) = 3.08$).

3.4. The course of distress

The repeated-measures analyses of variances (ANOVAs) enabled us to test whether change in distress was predicted by change in the partner's distress as well as by change in perceived or given support for mothers and fathers separately. Descriptive statistics are presented in Table 3. For mothers, a significant main effect only appeared for time ($F(1,32) = 6.23, p < .05$), showing that contrary to our expectations, mothers became less distressed during the transition to parenthood. For fathers, a tendency appeared for the interaction term between time and change in the partner's distress ($F(1, 33) = 3.5, p = .07$). The interaction is presented in Figure 1. It showed that distress after childbirth only decreased for those fathers whose partner's distress also decreased. Conversely, distress remained quite stable for fathers whose partner's distress increased. However, no effect of change in perceived or given support was displayed either for mothers or for fathers.

Figure 1. Interaction effect between time and change in partner's distress for father's distress.



4. Discussion

The main purposes of the current research were (1) to compare the level of distress and partner support, either perceived or given, in both new mothers and fathers during pregnancy and after childbirth, (2) to test the effect of partner support on the level of distress after childbirth, and (3) to estimate the course of distress during the transition to parenthood among new mothers and fathers and to test whether change in distress was predicted by change in the partner's distress and support. The results gave a nuanced picture of the effects of partner support on distress, but also led us to recognize, in line with Galdiolo and Roskam (2014), that taking a dyadic perspective on distress and partner support during the transition to parenthood is essential.

4.1. Towards a dyadic perspective

With regard to the dyadic perspective, we accumulated several pieces of evidence. First, contrary to our expectations based on the literature review, mothers and fathers displayed similar level of distress before as well as after childbirth. Second, mothers were significantly less distressed after childbirth than before, and fathers were significantly less distressed, but only when their partner's distress decreased. Our results suggest that in a community sample, the transition to parenthood can mainly be considered as a positive event for primiparous mothers, as well as for first-time fathers provided that the distress of their partner decreases after the birth of the child. The presence of a main effect of time for mothers and its absence for fathers can be explained by the fact that in prior studies, fathers have reported receiving less social support after childbirth than their spouses: during the postpartum period, women are regarded as vulnerable and receive a lot of attention and support from health care providers and their social network (Mao, Zhu, & Su, 2011). Also, fathers return to work more quickly than mothers and may find it difficult and stressful to reconcile private and professional life in the first weeks of life of their first child (Séjourné, Vaslot, Beaumé, & Chabrol, 2012). The way their partner (i.e. the mother) manages the transition to parenthood may be of some importance for fathers, affecting how they can manage the transition in their turn. This moderation effect found for fathers suggests that they tend to follow the same developmental trajectory as their partner and to function in a dyad.

Similarly, the mean level of the partner's distress was found to be related to the level of distress after childbirth in both mothers and fathers, suggesting that they face childbirth as a team rather than as independent individuals.

Taken together, these pieces of evidence address some of the omissions in previous literature, which has focused on maternal distress after childbirth and shed light on maternal depressive symptoms during the transition to parenthood. Fathers' psychological well-being during the transition to parenthood has often been disregarded. Our results stress the importance of considering fathers and mothers as facing the transition to parenthood as a dyad and not as independent new parents.

4.2. The role of partner support in protecting against distress

With regard to the effect of support on distress, the results displayed a nuanced picture. It was first shown that support was highly stable from pregnancy to 3 months post-partum. It may be that couples continue to function at the same level of support irrespective of the baby's birth. However, based on the time points of this study, the possibility cannot be excluded that partner support changes earlier in pregnancy. Second, the results showed that, as expected, partner support was related to distress after childbirth. This was the case for both new mothers and fathers, but the associations depended on whether perceived or given support was considered. Contrary to our expectations, mothers' distress was not related to perceived support, suggesting that the way they feel supported by their partner does not affect their distress. However, mothers' distress was positively related to the support their partner reported giving them. The higher the support given by the partner, the higher the mothers' distress. It may be that higher support was given by fathers to mothers with higher distress. Fathers may be aware of their partner's distress and they may try to provide higher support in couple relationships.

With regard to the absence of association between mothers' perceived support and distress, it is possible that mothers need specific support related to parenthood, such as emotional support (the partner listens to the mother's emotions as a parent) or concrete support (the partner gives advice about parenthood to the mother), rather than general couple support of the kind

considered in the current study with the DCI (Gmelch et al., 2008). Support specific to parenthood may be necessary to sustain mothers' sense of self-fulfillment, and this sense of self-fulfillment may be essential for their psychological well-being (Martin, 2008). Conversely, general couple support may be unrelated to new mothers' needs to cope with postpartum distress. Just because a woman receives couple support, she does necessarily receive support in the specific area of parenting and mother-newborn relationships.

In line with our expectations, fathers' distress was negatively related to the support that they perceived from their partner. The higher the support perceived by the fathers, the lower the fathers' distress. In other words, fathers were impacted by the support they considered that they received from their partner, illustrating again the importance of taking fathers into account in postpartum intervention. Fathers do not seem to be only support-providers for distressed mothers after childbirth. They appear to be affected by the transition to parenthood and to need partner support as well. However, the comparisons between perceived and given support showed that fathers perceived less support than their partner reported offering them. It may be that fathers were not aware of their partner's support or that they underestimated their partner's ability to support them during the transition to parenthood. Fathers may experience a causal attribution bias leading them to consider the mother to be too preoccupied with her newborn to be able to provide much support. They may assume that the mother lacks the resources to support them during this particular period and, consequently, underestimate their partner's ability to support them. Another possible explanation is that mothers thought they were offering more support than was actually the case. However, in the absence of a real benchmark, it cannot be decided whether the perceived (self-report) or given (partner-report) support rating was the more realistic assessment of partner support. Correlations were moderate, suggesting a limited overlap between the two partners' appraisals of support, or in other words, different interpretations of a complex dyadic reality. The current results therefore suggest the need for a cross-informant strategy for assessing partner support and providing a nuanced picture of results.

4.3. Limitations and recommendations for future studies

While interesting in many ways, this study is by no means definitive. Several limitations have to be recognized. First, the sample participating in the current study was not representative of the entire population of first-time parents, as the majority of the participants in the sample were not severely distressed. Furthermore, the majority of participants were Caucasian with a high socio-economic status. The number of participants was also limited. Consequently, the results cannot be considered as generalizable and they need to be replicated.

Second, the current research documents relations between the constructs under consideration. It does not test causal pathways. Future studies should consider additional measurement time points and study intra-individual change in the longer run, for example in an intensive longitudinal study (e.g. Raudenbush & Chan, 1992). Future studies should also investigate the role of partner support in quasi-experimental designs to causally test the influence of support on distress. Moreover, it would be interesting to include factors of moderation such as the security of attachment of the mother and the father.

Third, it would have been interesting to use the Actor-Partner Interdependence Model (APIM) (Kashy & Kenny, 1999) to analyze data. The APIM is a model of dyadic relationships that includes a conceptual view of interdependence in a two-person relationship (Cook & Kenny, 2005). However, in order to carry out this analysis, a high statistical power is required and, consequently, a sample size greater than 50 couples. Moreover, it would be interesting to have more than two measurement time points. For the future, it would be useful to carry out APIM analyses with a larger sample size and with a third measurement taken in the first trimester of pregnancy or at the end of the first year of life, for example.

Finally, the study lacks a specific measurement of partner support in parenthood. The use of a general dyadic coping questionnaire may be questionable because the specific needs of new parents are ignored. Future attempts should be made to validate a questionnaire assessing partner support in the specific context of parenthood. Most existing questionnaires measure partner support in the general marital relationship, social support or the

quality of the co-parenting alliance, and there is a serious lack of any tool measuring partner support in the specific context of parenthood.

5. Conclusion

The current study provides arguments in favor of a dyadic perspective on distress during the transition to parenthood. It also shows that partner support plays a protective role against distress. In particular, fathers report providing higher support to distressed mothers, and the support from their partner that fathers perceive is negatively related to their postpartum distress. Given that fathers and mothers face the transition to parenthood as a dyad and not as independent new parents, it is recommended that professional intervention should consider both mothers and fathers rather than focusing solely on the mother-child dyad. Fathers need to be supported and not just viewed as a support provider for mothers. Professional caregivers should pay particular attention to the bidirectional exchange of support in the parental couple as well as to each parent's expectations of support from his/her partner.

Chapitre 5

Development and validation of the Partner Parental Support Questionnaire

Development and validation of the Partner Parental Support Questionnaire

Parenting is generally considered one of the most rewarding roles in adult life. But parenting is also recognized as one of the most demanding role in adulthood. For many parents, support is necessary to cope with costs and stressors associated with parenting, in particular the support that partners provide each other in the field of parenthood. The aim of the current study was to examine the construct validity of the concept of partner parental support and to provide researchers with an instrument to measure it. We conducted a questionnaire-based online study with a community sample of 442 parents using confirmatory factor analyses. We tested and supported a tridimensional structure of partner parental support (i.e., emotional support, concrete support, and role approval). The final version of the Partner Parental Support Questionnaire (PPSQ) contains 15 items and displays strong support for the validity of the questionnaire. We also examined the external validity of the concept of partner parental support. Moderate positive correlations confirm that significant relations exist between partner parental support, marital satisfaction and parental sense of competence. The results are discussed for their theoretical and clinical implications.

Référence

Gillis, A., & Roskam, I. (2019). Development and Validation of the Partner Parental Support Questionnaire. *Couple and Family Psychology: Research and Practice*.

1. Introduction

Parenting is generally considered one of the most rewarding roles in adult life. Parenthood provides individuals personal satisfaction as well as a sense of purpose and meaning in life. These feelings promote emotional and mental well-being (Menaghan, 1989; Sieber, 1974; Thoits, 1983). Parenting is also recognized as one of the most demanding roles in adulthood. Meeting a child's health and education needs requires profound involvement and many skills on the part of parents (Janisse et al., 2009). Sometimes, the emotional benefits gained from parenting are cancelled out or exceeded by the emotional costs associated with the parental role. Emotional rewards derived from parenthood may be diminished by the numerous demands and stressors associated with the parental role (Umberson & Gove, 1989), leading mothers and fathers to experience emotional difficulties in their parental role. Negative consequences of parenting on health, i.e. depressive symptoms or emotional exhaustion, have been widely studied in parental stress research (Abidin, 1990; Deater-Deckard, 1998) and more recently in parental burnout research (Roskam, Raes, & Mikolajczak, 2017).

For many parents, support is necessary to cope with the costs and stressors associated with parenting. In particular, in two-parent families, couple support has been shown to play a protective role with regard to stress and emotional difficulties related to parenting (Parfitt & Ayers, 2014; Séjourné, Vaslot, Beaumé, Goutaudier, et al., 2012). The deleterious consequences of the absence of couple support have been documented in studies on single parenthood (Hughes, 1989). For example, single people living with dependent children displayed greater emotional difficulties than their married peers (Andrews & Withey, 2012; McLanahan & Adams, 1985). Conversely, the benefits of couple support have been widely documented in the literature (Brock et al., 2014; Don & Mickelson, 2012; Lemola et al., 2007). For example, couple support has been related to psychological and physical well-being (Lindorff, 2000; Sarason, Sarason, & Gurung, 2001), to more enjoyable and less tense marital interactions, to better relationship quality and greater relationship intimacy (Gleason et al., 2003; Gleason et al., 2008), to better co-parenting practices and parenting styles (Belsky, 1984;

Schoppe-Sullivan et al., 2007) as well as to lower depressive symptoms during the transition to parenthood (Gillis, Gabriel, Galdiolo, & Roskam).

In previous research, couple support was conceptualized and measured as the help and endorsement that partners offer each other in a large range of everyday concerns like work, friendship, sexuality or leisure. However, given the importance of support in the particular area of parenthood, the development and validation of a questionnaire specifically assessing both perceived and given partner parental support, is an important issue and the main goal of the current study. To achieve this goal, we first need to define partner parental support alongside proximal constructs, i.e. coparenting, parenting alliance, and couple support. We then need to determine the extent to which partner parental support shares certain dimensions with the other concepts.

1.1. Partner parental support in a conceptual network

We used a conceptual network approach to define the concept of partner parental support. This approach consisted of reviewing definitions and theoretical models of other concepts that were both close to and distinct from partner parental support. For this purpose, we reviewed the concepts of coparenting, parenting alliance and couple support.

Coparenting is defined as coordination between adults responsible for the care and the development of the child (Feinberg, 2003). A coparental relationship exists when at least two individuals are expected to have joint responsibilities for the well-being of a child. It starts with the birth of a child between biological parents or between legally responsible parents in the case of adoption, for example. Unlike partner parental support, the coparental relationship is independent of the romantic relationship and it may or may not occur in that context. It exists even if the parents do not live with the child, because they share legal responsibilities for the child's health or education (Ahrons, 1981). And it persists beyond the couple's separation (Van Egeren & Hawkins, 2004).

Parenting alliance can be seen as an indicator of parenting adjustment in couples and the most important factor of coparenting (Delvecchio et al., 2015; McHale, 2007). This concept refers to the manner in which coparents show

respect for each other in parental roles (Abidin & Brunner, 1995) and how they function together as a coparenting team (Gable et al., 1992). Parenting alliance is characterized by mutual child investment, valuing reciprocal involvement with the child, valuing the partner's judgment regarding the child and positive communication about child-related matters (Weissman & Cohen, 1985). It has to be considered as a subset of coparenting. In this respect, parenting alliance and coparenting share the same characteristics: they start with childbirth or adoption, they concern parents who are legally responsible for at least one child and they extend beyond the romantic relationship.

Couple support is a particular type of social support. Among the sources of support surrounding the individual, the help exchanged within the romantic relationship has been considered the most important (Beach et al., 1996). A supportive partner listens to his/her partner and provides him/her with help, encouragement and advice when he/she is in distress (Aycan & Eskin, 2005). Like partner parental support, couple support is given and received in the context of a romantic relationship and consequently ceases in the event of separation (J. E. Wallace & Jovanovic, 2011). Also, couple support does not imply reciprocity or equality, since partners may differ in the extent to which they need support and to which they are prompt to give support. However, unlike coparenting and parenting alliance, couple support does not imply the presence of children.

Partner parental support can be defined as support that partners offer each other in the specific area of parenthood. It concerns situations where a parent seeks help from his/her partner when he/she encounters problems or difficulties related to parenting (e.g. a need for information about parenting, a need to assert parental identity or a need for help with daily childcare). Partner parental support is present in couples where at least one partner is a parent. It is given or received solely in the context of a romantic relationship. It can be received from a partner who is the other biological or adoptive parent, a step-parent, a same-sex partner or simply a romantic partner. As far as it concerns the other biological or adoptive parent, partner parental support starts with the birth of a child but it can also start later on for a step-parent for example. In addition, partner parental support does not imply reciprocity or

equality: partners may differ in the extent to which they need support and to which they are prompt to give it.

1.2. Dimensions of partner parental support

Starting from our conceptual approach, we reviewed the core components of coparenting, parenting alliance and couple support. We then selected the dimensions corresponding to the definition of partner parental support and finally selected three main dimensions that made sense conceptually.

Coparenting is composed of a number of dimensions, defined variously by different authors. Van Egeren and Hawkins (2004) identify four components of coparenting, while Feinberg et al. (2012) list seven. Four components are mentioned in common by both sets of authors: (a) coparenting agreement (e.g. the way in which the two parents share a common perspective about childrearing), (b) coparenting support (e.g. solidarity, cooperation, cohesion and warmth exchanged between parents), (c) division of labor (e.g. the division of childrearing tasks) and (d) coparenting undermining (e.g. conflicts and competition between parents). Feinberg et al. (2012) list three additional components: (a) endorsement of partner's parenting (e.g. the way in which the individual expresses a positive attitude toward his or her partner's parenting), (b) exposure to conflict (e.g. whether the parents expose the child to their conflicts) and (c) coparenting closeness (e.g. the degree to which coparenting reinforces intimacy and improves the quality of the marital relationship). Among these dimensions, coparenting support is of particular interest for partner parental support because it concerns the way in which parents or partners support each other in the field of parenthood, and the division of labor in coparenting addresses the provision of concrete support between romantic partners. The dimensions of coparenting undermining and endorsement are also important because they address role approval in partner parental support. They concern the way in which parents or partners support parenting decisions and the parental identity of the other parent.

In parenting alliance, respect for the other parent relates to the degree to which the parent respects the commitment and judgment of the other parent with regard to the child (Abidin & Brunner, 1995; Konold & Abidin, 2001). Like coparenting undermining and endorsement, this dimension addresses role approval in partner parental support. The second dimension of parenting alliance, namely communication and teamwork, is the sense of cooperation between parents and agreement concerning discipline and values for the child. This is conceptually close to the coparenting dimension of agreement but lies outside the scope of the definition of partner parental support.

Couple support relies on dimensions involving help in a wide range of everyday situations such as friendships, work, or leisure: instrumental support, such as lending money or providing transport, emotional support such as listening, validating feelings or reassurance, informational support such as offering advice or giving suggestions and appraisal support such as providing feedback (Brassard et al., 2011; Brock et al., 2014; House, 1981). These dimensions are relevant to the definition of partner parental support, but specifically dedicated to duties and responsibilities in parenthood.

Based on this literature review, we posit that partner parental support conceptually encompasses three dimensions. The first dimension is an emotional component defined as empathy, love and trust but also encouragement, active listening, reflection and comfort (Dale, Williams, & Bowyer, 2012). In emotional support, the individual legitimizes the feelings of another person and explores actively his/her emotions (Cutrona & Russell, 1990). In the field of parenthood, it may consist of listening, validating, exploring or showing empathy toward the feelings and difficulties encountered as a parent. Second, the component of concrete support consists of assisting the parent in problem-solving with concrete help and/or information (Cohen & Wills, 1985). It involves acting concretely when the parent encounters a problem, for example looking after the child in place of the parent in order to relieve him/her, or giving him/her information about parenthood. Finally, the component of role approval consists of affirming the parent's parenting skills, respecting his or her contribution and supporting his or her authority and parenting decisions (Belsky, Woodworth, & Crnic, 1996). Each partner validates the other partner in his/her role as parent and

enhances his/her parental identity. He/she does not hesitate to provide feedback to his/her partner on his/her way of being a parent.

1.3. The current study

We developed an instrument specifically measuring partner parental support. To date, no scale measuring help that partners offer each other in the specific area of parenthood, is available. Scales assessing coparenting and parenting alliance exist but they are limited to individuals sharing joint responsibilities for a child, and scales assessing couple support exist but they are extended to various areas of the couple relationship. Given both the diversity of contemporary families and the importance of support in the specific area of parenthood, the development and validation of a scale focusing on partner parental support is highly relevant. Since partner parental support does not imply reciprocity, i.e. partners differ in the extent to which they need support and to which they are prompt to give it, two versions of the partner scale were developed, the one focusing on perceived support and the other on given support.

Based on our conceptual network approach, a tridimensional structure encompassing emotional support, concrete support and role approval was hypothesized. Following APA guidelines (JAERA, 1999), the psychometric properties of this instrument were tested, in particular its internal structure and reliability. Next, we examined external validity by assessing whether parental support was associated with related variables in a manner consistent with theory and research. For example, marital satisfaction was expected to be related to partner parental support. For example, Katz, Beach, and Anderson (1996) found a positive relation in a correlational study between couple support and the level of marital satisfaction. Parental sense of competence was also expected to relate to partner parental support because it was associated with the quality of the coparenting relationship. For example, Hughes, Gordon, and Gaertner (2004) showed that a high parental sense of competence was predictive of a better and more satisfying parenting alliance.

2. Method

2.1. Participants

Data were collected in Belgium from a community sample of 442 parents, including 394 women (89.1%). The parents' mean age was 37.95 years ($SD = 8.60$), ranging from 23 to 78. The mean number of children per parent was 2.11 ($SD = .95$), ranging from 1 to 5. 272 parents in the sample (61.5%) were married. The others ($n = 170$; 38.4%) lived with a partner without being married. In terms of educational level, 80 (18.1%) had high school education, and 362 parents (81.9%) had a higher education degree. The net monthly income of the couple to which each parent belonged was established: for 26 parents (5.9%) it was between €1/1.15\$ and €1500/1723\$, for 76 (17.2%) it was between €1500/1723\$ and €2500/2872\$, for 121 (27.4%) it was between €2500/2872\$ and €3500/4017\$, for 125 (28.3%) it was between €3500/4017\$ and €4500/5164\$ and for 94 (21.3%) it was higher than €4500/5164\$.

2.2. Sampling procedure

The study was approved by the Ethics Committee of the Research Institute in Psychological Sciences at the UCLouvain in Belgium. Participants were informed about this study through social networks and websites and by word of mouth. The inclusion criteria were that participants must be a parent, have at least one child still living at home and be in a partner relationship. Participants were informed that the study was about partner parental support, and took part in the study on a voluntary basis. They were asked to answer the questions considering the “partner” as the person with whom they were in couple at the moment of their participation to the survey, being the other parent of the child(ren) or not. They were invited to complete an online questionnaire on the Qualtrics platform after giving informed consent. The inform consent assured them that the data would remain confidential and that they were free to drop out at any moment without giving any reason. The questionnaire was completed online with the forced choice option, ensuring a dataset without missing data.

2.3. Materials

A preliminary version of the Partner Parental Support Questionnaire (PPSQ) was created for the purpose of this study. A list of items was inspired by nine different questionnaires that have been selected from a systematic literature review of prior measures of coparenting, parenting alliance, couple support, and social support: the Quality of Relationship Inventory (Pierce, Sarason, & Sarason, 1991), the Significant Others Scale (Power, Champion, & Aris, 1988), the Support in Intimate Relationships Rating Scale-Revised (Barry, Bunde, Brock, & Lawrence, 2009), the Postpartum Support Scale (Dennis & Ross, 2006), the Personal Assessment of Intimacy in Relationships (Schaefer & Olson, 1981), the Dyadic Coping Inventory (Gmelch et al., 2008), the Coparenting Relationship Scale (Feinberg et al., 2012), the Parenting Alliance Inventory (Abidin & Brunner, 1995) and finally, the Network of Relationships Inventory (Furman & Buhrmester, 2010). Two preliminary versions of the PPSQ were created: the perceived and the given support versions. The PPSQ was composed of three subscales: emotional support (“My partner comforts me as a parent” or “I comfort my partner as a mother/father”), concrete support (“My partner helps me solve the problems I encounter with my/our child” or “I help my partner to solve the problems she/he encounters with her/his/our child”) and role approval (“My partner says positive things about my way of being a parent” or “I say positive things to my partner about her/his way of being a parent...”).

The initial versions of the questionnaire consisted of 54 items. This pool of items was presented to a one-hour convenience focus group ($n = 12$) that we set up with colleagues who were all experts on parenting issues and more than 50% of whom were also parents, to discuss the questionnaire and the items that best represented the tri-dimensional conceptualization of partner parental support. Each item was presented and three questions had been prepared by the facilitators: (1) Do you think this item is representative of partner parental support? (2) Can you explain your answer? (3) Do you think the formulation of the item is correct? Fifteen items were rated as best unanimously. Consequently, the questionnaire was then refined with three colleagues who had participated in this group, leading to a final 15-item version assessing emotional support (5 items), concrete support (5 items) and

role approval (5 items). PPSQ items were scored on a 6-point Likert scale: never (1), rarely (2), sometimes (3), often (4), very often (5) and always (6).

Marital satisfaction was assessed with the short form of the Dyadic Adjustment Scale (DAS). The DAS is a 16-item, self-report questionnaire measuring marital satisfaction (Antoine, Christophe, & Nandrino, 2008) (e.g. “I sometimes think about divorce, separation or ending our relationship”). Items are scored on a Likert-type scale from 1 (“Never”) to 6 (“Always”). The marital satisfaction score is obtained by summing the 16 item scores. Coefficient alpha in the initial validation study was .89 (Antoine et al., 2008). Coefficient alpha found in the current sample was .91.

Parental sense of competence was assessed with the Parenting Sense of Competence Scale (PSOC). The PSOC is a 17-item, self-report questionnaire measuring the parental sense of competence on two dimensions: satisfaction and efficacy (Gibaud-Wallston & Wandersman, 1978) (e.g. “Being a parent is manageable, and any problems are easily solved”). Items are scored on a Likert-type scale from 1 (“Strongly disagree”) to 6 (“Strongly agree”). The parental sense of competence score is obtained by summing the 17 item scores. Coefficient alpha in the initial validation study was .82 for the satisfaction subscale, .70 for the efficacy subscale and .80 for the total questionnaire (Gibaud-Wallston & Wandersman, 1978). Coefficients alpha found in the current sample were respectively .76 for the satisfaction subscale, .70 for the efficacy subscale and .81 for the total questionnaire.

2.4. Analysis strategy

The validation of the PPSQ was conducted according to the standards and guidelines of the American Psychological Association (JAERA, 1999). In this paper, we provide evidence to support the internal structure of the PPSQ and its relations to other variables.

With regard to the internal structure of the PPSQ, assessment of normality, reliability estimates and confirmatory factor analyses (CFAs) were performed using Stata 14 software (StataCorp., 2015). First, CFA was performed to validate the internal structure of the questionnaire and the three subscales, i.e. emotional support, concrete support, and role approval. Analyses were conducted based on the covariance matrix and using maximum

likelihood estimation. Several goodness-of-fit indices were used to determine the acceptability of the models: χ^2 , the comparative fit index (CFI) and the standardized root mean squared residual (SRMR). Chi-square compares the observed variance-covariance matrix with the predicted covariance matrix. Theoretically, it ranges from 0 (perfect fit) to infinity (poor fit). It is considered as satisfactory when it is non-significant (Byrne, 2001). Values close to or greater than .90 are desirable on the CFI (Hu & Bentler, 1999). For SRMR, values close to .08 or smaller are generally considered a good fit. Because the SRMR is an absolute value of fit, a value of zero indicates perfect fit (Hu & Bentler, 1999). Second, assessment of normality for the items of the questionnaire was based on skewness and kurtosis values. Values of asymmetry and kurtosis between -2 and +2 were considered sufficient to prove normal univariate distribution (Georgy & Mallery, 2001). Factor loading of the items and Cronbach alphas were also calculated. Third, with regard to the relations between the PPSQ and other variables, the specificity of parental support was investigated by examining its correlations with marital satisfaction and parental sense of competence. CFA and analyses testing the relations between parental support and other variables were conducted on the entire sample ($N = 442$). All statistical analyses were conducted separately for the perceived support version and the given support version.

3. Results

3.1. Factor structure and reliability

First, CFA was conducted on the perceived support version of the questionnaire. With regard to fit indices, χ^2 was significant, $\chi^2_{(102)} = 520.09$, $p < .001$, suggesting that a significant proportion of the variance was unexplained by the model. However, this should not necessarily lead to model rejection. “The use of χ^2 in a large sample is not adequate since excessive test power (because of the large N) may prompt the rejection of acceptable models” (Hayduk, 1996, pp.197). Other fit measures demonstrated a good fit to the data: CFI = .95 and SRMR = .04. The completely standardized factor loadings ranged between .71 and .91. There are displayed in Table 1. The 15 items of the questionnaire were normally distributed according the

asymmetry and kurtosis values. Correlations between the three factors were .80, .71 and .91. Cronbach alphas were .93 for the emotional subscale, .92 for the concrete subscale, .94 for the approval role subscale and .96 for the total perceived support version of the questionnaire. These results provide strong support for the validity of the perceived support version of the PPSQ.

Second, CFA was conducted on the given support version of the questionnaire. With regard to fit indices, χ^2 was significant, $\chi^2_{(102)} = 694.67$, $p < .001$, as in the perceived support version of the questionnaire. However, other fit measures also demonstrated an acceptable to good fit to the data: CFI = .91 and SRMR = .06. The completely standardized factor loadings ranged between .73 and .90. There are displayed in Table 2. The 15 items of this version of the questionnaire were normally distributed according to the asymmetry and kurtosis values. Correlations between the three factors were .82, .78 and .62. Cronbach alphas were .88 for the emotional subscale, .85 for the concrete subscale, .93 for the approval role subscale and .95 for the total given support version of the questionnaire. Again, these results provide strong support for the validity of the given support version of the PPSQ.

Table 1. Standardized regression weights from CFA and reliability estimates for the final 15-item perceived support version of the PPSQ

		ES	CS	AR
ES1	My partner comforts me as a parent	.891		
ES2	My partner encourages me when I am stressed with all the requirements of being a mother/father	.891		
ES3	My partner listens to the concerns I have as a mother/father	.883		
ES4	My partner gives me the feeling of understanding the stress I can feel as a mother/father	.878		
ES5	My partner helps me clarify the thoughts and feelings I feel as a mother/father	.878		
CS1	My partner helps me solve the problems I encounter with my/our child		.892	
CS2	My partner makes useful suggestions to help me when I am concerned as a mother/father		.878	
CS3	My partner helps me to find answers to the questions I ask myself as a mother/father		.874	
CS4	My partner helps me cope with the slightest difficulty I encounter as a mother/father		.847	
CS5	I can count on my partner to give me advice when I encounter difficulties as a mother/father		.879	
AR1	My partner says positive things about my way of being a parent			.915
AR2	My partner expresses confidence in my ability to handle a difficult situation with my/our child			.852
AR3	My partner tells me that I am a good mother/father			.913
AR4	My partner shows me how proud she/he is of me and how I am as a mother/father			.878

AR5	My partner tells me when she/he finds that I have managed a situation well with my/our child	.823
<i>ES, Emotional Support; CS, Concrete Support; AR, Approval Role</i>		

Table 2. Standardized regression weights from CFA and reliability estimates for the final 15-item given support version of the PPSQ

		ES	CS	AR
ES1	I comfort my partner as a mother/father	.868		
ES2	I encourage my partner when she/he is stressed with all the requirements of being a mother/father	.810		
ES3	I listen to the concerns my partner has as a mother/father	.796		
ES4	I give my partner the feeling of understanding the stress she/he can feel as a mother/father	.844		
ES5	I help my partner clarify her/his thoughts and feelings she/he may feel as a mother/father	.837		
CS1	I help my partner to solve the problems she/he encounters with her/his/our child		.826	
CS2	I make useful suggestions to help my partner when she/he is concerned as a mother/father		.833	
CS3	I help my partner to find answers to the questions she/he asks herself/himself as a mother/father		.817	
CS4	I help my partner cope with the slightest difficulty she/he encounters as a mother/father		.778	
CS5	My partner can count on me to give her/him advice when she/he has difficulties as a mother/father		.732	
AR1	I say positive things to my partner about her/his way of being a parent			.902
AR2	I express my confidence to my partner in her/his ability to handle a difficult situation with her/his/our child			.837
AR3	I tell to my partner that she/he is a good mother/father			.912

AR4	I show my partner how proud I am of her/him and her/his way of being a mother/father	.896
AR5	I tell my partner when I think she/he has managed a situation well with her/his/our child	.793

ES, Emotional Support; CS, Concrete Support; AR, Approval Role

Because of the strong correlations between the three subscales of the questionnaire, we tested an alternative model with a single factor of parental support. For the perceived support version of the questionnaire, the fit measures did not demonstrate a good fit to the data: χ^2 was significant, $\chi^2_{(90)} = 1076.88$, $p < .001$, CFI = .85 and SRMR = .06. For the given support version of the questionnaire, the fit measures also failed to demonstrate a good fit to the data: χ^2 was significant, $\chi^2_{(90)} = 1119.36$, $p < .001$, CFI = .80 and SRMR = .08. The fit indices support the tridimensional model rather than the single factor model.

3.2. Relationship with other variables

Descriptive statistics of the Partner Parental Support Questionnaire subscales for the perceived and given support versions are presented in Table 3.

Table 3. Descriptive statistics of mean score of the PPSQ subscales for the perceived and the given support versions

	<i>N</i> = 442		
	<i>M</i>	<i>SD</i>	Range
Perceived support_Emotional support	19.53	5.70	5-30
Perceived support_Concrete support	20.09	5.53	5-30
Perceived support_Approval role	19.96	6.29	5-30
Given support_Emotional support	21.46	4.87	6-30
Given support_Concrete support	22.55	4.34	11-30
Given support_Approval role	21.24	5.54	6-30

Pearson correlations between the perceived support version, the given support version, marital satisfaction and parental sense of competence are presented in Table 4. Moderate coefficients suggest that, as expected, significant relations exist between partner parental support, marital satisfaction and parental sense of competence. Hence, as marital satisfaction and parental sense of competence rises, partner parental support also increases. However, the relation is stronger between partner parental support

and marital satisfaction than between partner parental support and parental sense of competence. This result is not surprising since partner parental support and marital satisfaction are close variables, both of which evaluate conjugal factors. Conversely, parental sense of competence concerns an individual factor.

Table 4. Correlations between perceived and given support versions of the PPSQ subscales, marital satisfaction and parental sense of competence.

	ES_P	CS_P	AR_P	ES_G	CS_G	AR_G	Marital satisfaction	Parental sense of competence
ES_P	-	.91**	.80**	.69**	.57**	.68**	.70**	.21**
CS_P		-	.71**	.67**	.54**	.65**	.70**	.20**
AR_P			-	.63**	.54**	.70**	.59**	.30**
ES_G				-	.82**	.78**	.58**	.30**
CS_G					-	.62**	.51**	.33**
AR_G						-	.59**	.27**
Marital satisfaction							-	.27**
Parental sense of competence								-

** $p < .01$; ES_P, Emotional Support Perceived; CS_P, Concrete Support Perceived; AR_P, Approval Role Perceived; ES_G, Emotional Support Given; CS_G, Concrete Support Given; AR_G, Approval Role Given

4. Discussion

The main purpose of the current research was to overcome shortcomings from previous research by (1) conceptualizing partner parental support alongside three proximal and interrelated concepts, (2) developing and studying the psychometric properties of a questionnaire assessing perceived and given partner parental support. The results highlight the particularity of the concept of partner parental support and shed light on the three-dimensional nature of this concept. Two final versions of the questionnaire each consisting of 15 self-reported items were created, one for the perceived support version and one for the given support version. The validation of these two versions of the PPSQ is an important strength of the current study. Conceptually, partner parental support does not imply reciprocity or equality. Partners may differ in the extent to which they need support and to which they are prompt to give it. To date, this scale is the only one to provide two validated versions to measure both perceived and given partner parental support. In this respect, it is particularly relevant and useful for future research looking at actor-partner aspects, for dyadic studies, and for researchers interested in cross-informant ratings, discrepancies and bias (i.e. it makes it possible to control for shared method variance).

First, we defined partner parental support within a conceptual network alongside coparenting, parenting alliance, and couple support. In a first step, we defined each concept within the network and compared their definitions. In a second step, we analyzed and compared the sub-dimensions of each concept. In this first section, we highlighted the conceptual links between partner parental support, coparenting, parenting alliance, and couple support, but also the specificity and the originality of the concept of partner parental support. This concept shares common theoretical characteristics with the others, but also differs from them with respect to its dimensions, the actors involved, and its schedule.

Second, our study supported the three-dimensional structure of partner parental support both for the perceived support version and for the given support version. Consequently, partner parental support contains an emotional component which consists of listening, validating, exploring and showing empathy towards the feelings and difficulties encountered as a parent

(Dale et al., 2012). It contains a concrete component which consists of assisting the parent in problem-solving with concrete help and/or information (Cohen & Wills, 1985). And, finally, it contains a role approval component which consists of affirming the parent's parenting skills, respecting his or her contribution and supporting his or her authority and parenting decisions (Belsky et al., 1996). This view was empirically supported by confirmatory factor analyses. Consequently, partner parental support takes the form of a tridimensional concept. While the high correlations between the three dimensions could suggest the existence of a single underlying dimension, our analyses showed that a three-dimensional model was preferable to a one-dimensional model. They suggest that the three dimensions should be considered as relatively independent constructs. For example, a parent who receives/gives emotional parental support does not necessarily receive/give concrete support.

Third, our study highlighted positive and significant relations between partner parental support, marital satisfaction and parental sense of competence. Moderate correlations suggest that significant relations exist between the three constructs. The higher the parental sense of competence and the higher the level of marital satisfaction, the higher the level of perceived and given partner parental support. This result is not surprising since previous research has shown that an individual is more satisfied with his or her partner relationship when he or she receives more couple support (Cutrona, Suhr, & MacFarlane, 1990; Kurdek, 2005). Thus, partners who are satisfied with their marital relationship are more likely to support each other, especially in the parental field. Moreover, the relation between partner parental support and parental sense of competence is also in line with our hypothesis. As pointed out, for example, by the study of Knauth (2000), greater satisfaction with the family's functioning and with the partner relationship is associated with greater parental sense of competence. Thus, partners who are satisfied with their marital relationship and who support each other in the parental field will be more likely to have a high parental sense of competence. However, the relation is stronger between partner parental support and marital satisfaction than between partner parental support and parental sense of competence. This result can be explained by the fact that partner parental support and marital satisfaction assess similar

characteristics, in particular couple features. Consequently, the common variance between partner parental support and marital satisfaction is higher than the common variance between partner parental support and parental sense of competence.

4.1. Limitations and recommendations for future studies

While innovative in many ways, the current study is by no means definitive. Several limitations have to be recognized that lead to recommendations for future research. First, the sample participating in the current study was not representative of the entire population of parents: the majority of participants were Caucasian with a high socio-economic status, and the number of men in the study was limited ($n = 48$). Consequently, we were unable to evaluate the measurement invariance of the questionnaire and verify whether the tridimensional factor structure was the same for mothers and fathers. Moreover, we did not collect precise information about the family type and the type of partners. We do not know how many partners were the other biological or adoptive parent of the child(ren), or a step parent, a same-sex parent, or simply a romantic partner. Future studies should replicate our results in a heterogeneous and representative sample.

Second, it would be interesting to study the intercultural variations that influence parental representations and the support exchanged between the partners. For example, there are cultural contexts in which the care of children is exclusively reserved for the mother. In this case, she does not receive parental support from her partner and does not expect to receive it.

Third, there may be some disadvantages of starting from existing scales for a new tool. Moreover, with a self-report questionnaire, social desirability may lead parents to over-report the frequency with which they feel they are supporting their partner in the parental context. Another method would have been to start from parental support experience. In this way, the construct validity of the PPSQ would gain from a mix-method approach including qualitative data collection.

Finally, it would be interesting to study the consequences that partner parental support could have on the individual, the couple and the child(ren). Moreover, it would be interesting to highlight the factors facilitating partner

parental support, as such support could be an important aspect to consider in therapeutic solutions. Until now, no precise concept or instrument has taken account of the partner parental support that can be provided between partners. We hope that the present study and the development and validation of a tool measuring perceived and given partner parental support will stimulate research and clinic in this field.

Chapitre 6

Regulation between daily exhaustion and support in parenting: A dyadic perspective

Regulation between daily exhaustion and support in parenting: A dyadic perspective

The current paper serves a dual purpose: to highlight the overlooked and recent concept of parenting-related exhaustion and to propose a specific methodology to test concurrent variations of the parent's exhaustion with the partner's exhaustion and her or his perceived and given support. Questionnaire data were collected from 97 mother-father couples over the course of five consecutive days. Results from multi-level model analyses revealed day-to-day dyadic variations as well as day-to-day regulation occurring in parental couples. The dyadic variations were shown by the fact that over the week, on the days when one parent felt more exhausted, the other parent's exhaustion was also high. Dyadic regulation meant that greater exhaustion felt by one parent was associated with greater support from her or his partner. Partner's extra support was both perceived by the exhausted parent and reported by the support provider (i.e., the partner).

Référence:

Gillis, A., & Roskam, I. (2019). The Regulation between Daily Exhaustion and Support in Parenting: A Dyadic Perspective. *International Journal of Behavioral Development*.

1. Introduction

Parenting is considered one of the most rewarding roles in adult life. Parenthood provides individuals with personal satisfaction as well as a sense of purpose and meaning in life. These feelings promote emotional and mental well-being (Menaghan, 1989; Sieber, 1974; Thoits, 1983). Yet parenting is not just about happiness and fulfillment. Adequately meeting the child's needs (Salonen et al., 2011) and one's own expectations about parenting (Mikolajczak et al., 2017) is also a challenge. Parenting has been shown to be a both complex and stressful activity (Abidin, 1990 ; Crnic & Low, 2002 ; Deater-Deckard, 2008). Parents may even suffer from exhaustion when stress related to parenting lasts too long and is not compensated by enough resources (Mikolajczak et al., 2017). In the range of resources, partner parental support (i.e., support that partners offer each other in the specific area of parenthood) is of particular importance (Parfitt & Ayers, 2014). The current study tested the variations between daily exhaustion and daily support in parenting, using an intra-individual, inter-individual and dyadic approach to the relations between the two variables.

1.1. Parenting-Related Exhaustion

Emotional exhaustion is the first and main symptom of the parental burnout syndrome (Roskam et al., 2018; Roskam et al., 2017). Parenting-related exhaustion is defined as extreme fatigue related to the parental role. Parents feel that parenting requires too much involvement and energy and they feel tired when they get up in the morning and have to begin a new day with their family. Being a parent, every day requires a great deal of effort and children represent an important source of stress.

Stress related to parenting can be defined as experience of discomfort that results from demands associated with the role of parenting (S. A. Hayes & Watson, 2013). Parenting stress can be either subjective (i.e., the intensity of stress perceived, felt and evaluated by the parent) or objective (i.e., the evaluation of stressful events experienced by the parent) (Leung, Skitmore, & Chan, 2007). Parenting-related exhaustion arises when parents undergo too much stress over an excessively long period with a lack of compensating resources. In other words, parenting-related exhaustion develops when

parental resources are insufficient to meet parental demands (whatever they are) over a long period of time. Parenting-related exhaustion can thus be situated on a continuum between parenting stress and depression (Hakanen et al., 2008; Mikolajczak & Roskam, 2018). A recent study highlighted that factors that could increase parenting stress and/or diminish parenting resources are numerous and can be categorized into five types: socio-demographic factors (e.g., having a higher number of children multiplies tasks and responsibilities and reduces the amount of time the parent can devote to personal leisure or to the couple), specific characteristics of the child (e.g., a child who has difficulty falling asleep increases parental demands and reduces the parent's leisure time or sleep hours), stable traits of the parent (e.g., perfectionism increases the difficulty for the parent of meeting her or his own expectations about parenting and reduces her or his willingness to seek support), and family functioning (e.g., lack of partner parental support increases the parent's workload and reduces the possibility of delegating certain tasks or responsibilities) (Mikolajczak et al., 2017).

1.2. Partner Parental Support

Resources to compensate for parenting stress are essential to prevent parenting-related exhaustion and to favor the parent's well-being and fulfillment in her or his role. Among common resources, partner parental support (i.e., the support that partners offer each other in the specific area of parenthood) (Gillis & Roskam, 2019) seems to be an important factor in maintaining a parent's equilibrium (Parfitt & Ayers, 2014; Séjourné, Vaslot, Beaumé, Goutaudier, et al., 2012). The importance of this support can be explained by the fact that it is an immediate resource in the sense that the partner is the person whose physical presence is likely to be the most frequent and close at hand within the family home. Partner parental support is also a subjectively important resource because of strong expectations about parenting within the couple's relationship (e.g., egalitarian sharing of parental tasks or similar parental involvement is expected in most contemporary families). A third reason why the partner's parental support is an important resource is that it is reciprocal in nature, as parents tend to function as a dyadic team (Galdiolo & Roskam, 2017), with each offering the other parental support as and when they experience parenting stress. Partner parental

support can then be considered as either perceived or given. Perceived parental support is the support that the parent perceives from her or his partner while given parental support is the support that the partner reports giving to the other parent (Gillis & Roskam, 2019).

Partner parental support encompasses three dimensions (Gillis & Roskam, 2019). First, an emotional dimension defined as empathy, love and trust but also encouragement, active listening, reflection and comfort in the context of parenthood (Dale et al., 2012). Second, the dimension of concrete support, consisting of assisting the other parent in problem-solving with concrete help and/or information (Cohen & Wills, 1985). Third, the dimension of role approval, consisting of affirming the other parent's parenting skills, respecting her or his contribution and supporting her or his authority and parenting decisions (Belsky et al., 1996).

1.3. Parenting-Related Exhaustion and Partner Parental Support

The literature about parenting-related exhaustion is recent and still sparse, and the relations between partner parental support and parenting-related exhaustion have not been yet investigated. A recent study of 2017 is the only one so far to address the links between parental burnout and couple variables (Mikolajczak et al., 2017). The authors highlighted a significant and negative association between parenting-related exhaustion and the level of marital satisfaction and the quality of the coparenting relationship. The lower the level of marital satisfaction and the quality of the coparenting relationship, the higher the level of parental burnout (Mikolajczak et al., 2017). More studies have tested the relations between parenting stress and partner support. For example, a positive association was found between dissatisfaction with partner support and perceived parenting stress in mothers during the postpartum period (Thorp et al., 2004). Other authors have shed light on a negative relation between emotional, appraisal and concrete support from the partner and parenting stress in mothers at one year postpartum (Sampson et al., 2015). A recent study reported greater parenting stress in mothers and fathers when partner support was low (Thullen & Bonsall, 2017). Apart these cross-sectional studies, a small number of studies have reported longitudinal associations between partner support and parenting stress. For example, a

negative association was found between supportive coparenting, which is a form of support between partners, and paternal stress at child's birth and 12 months later (Bronte-Tinkew et al., 2010). Another study highlighted that fathers' cooperative coparenting was negatively related to parenting stress in mothers when the child was 1, 3 and 5 years old (Nomaguchi et al., 2017).

1.4. The Current Study

Previous research studying the association between parenting-related exhaustion and support in parenting has adopted an inter-individual and/or a cross-sectional approach. Less is known about the relations between these two variables at the intra-individual and dyadic levels. Moreover, very little research has taken into account the support exchanged by the two partners in the specific context of parenthood. Most often, partner support has been appraised as general couple or marital support. Actually, parents may need specific support related to parenthood, such as emotional support (the partner listens to the parent's emotions as a parent) or concrete support (the partner gives advice about parenthood to the parent), rather than general couple support of the kind considered in previous studies. For example, just because a woman receives couple support, she does not necessarily receive support in the specific area of parenting and the parent-child relationship. Support specific to parenthood may be necessary to sustain the parent's sense of self-fulfillment, and this sense of self-fulfillment may be essential for her or his psychological well-being.

The current study highlights the overlooked and recent concept of parenting-related exhaustion and proposes a specific methodology to test the concurrent variations of the parent's exhaustion with the partner's exhaustion and her or his perceived and given support. In other words, we investigated if the level of a parent's exhaustion is related to the level of her or his partner's exhaustion and support day by day. To do this, it was necessary (i) to estimate within-day variations, (ii) to disentangle intra- from inter-individual variations, and (iii) to consider couples by adding a dyadic level in the model. Based on the literature review, day-to-day variations and regulation between the two partners were hypothesized. In particular, over a week, on the days when the partner felt more exhausted, it was expected that the parent's exhaustion would also be high, because mothers and fathers have been found

to exert an influence on each other and tend to function as a dyad (Galdiolo & Roskam, 2014; Paulson & Bazemore, 2010). Also, over a week, on the days when one parent felt more exhausted, it was expected that he/she would get higher parental support from her or his partner. For the inter-individual level, the change in a parent's exhaustion over five consecutive days was hypothesized to be related to the average level of her or his partner's exhaustion. Change in a parent's exhaustion was also expected to be related to the average level of partner parental support he/she got. Finally, at a dyadic level, we tested the effect of the couple's characteristics (i.e., number of children) on the rate of change in parenting-related exhaustion over a week.

2. Method

2.1. Participants

Ninety-seven heterosexual couples ($N = 194$) consisting of the biological mother and the biological father of a child aged between 10 and 36 months participated in the study. These parents came from a community sample in the French-speaking part of Belgium. The data were collected between June 2017 and June 2018. The parents' mean age was 33.47 years ($SD = 4.82$), ranging from 21 to 49. The mean number of children per parent was 1.97 ($SD = 2.33$), ranging from 1 to 5. Ninety-four parents in the sample (48.45%) were married. The others ($n = 90$; 46.40%) lived with their partner without being married. Information about the marital status was missing for 10 parents (5.15%). In terms of educational level, 133 parents (72.3%) had a higher education qualification (university or other tertiary degree) and 51 (27.7%) had a secondary school diploma. The net monthly income of the couple to which each parent belonged was established: for 5 parents (2.7%) it was between €1 and €1500, for 31 (16.8%) it was between €1500 and €2500, for 84 (45.7%) it was between €2500 and €3500, for 50 (27.2%) it was between €3500 and €4500 and for 14 (7.6%) it was higher than €4500. One hundred and twenty-four parents (67.4%) worked full-time, 44 (24%) worked part-time, and 16 (8.7%) did not work (unemployment, work incapacity, parental leave or stay-at-home parent).

2.2. Procedure

Intensive Longitudinal Methods (ILMs) involve collecting repeated measurements from an individual over a short period of time. Other longitudinal methods collect data once a month or once a quarter, whereas ILMs collect data every hour or day during a shorter time frame. This method is particularly interesting for measuring individual states such as mood, which vary and fluctuate hugely compared to other factors like socio-economic status or personality (Henrie, Bodily, Manwaring, & Graham, 2015). Parenting-related exhaustion and support, like mood, are sensitive to daily variations. Consequently, ILMs appear useful for studying the intra-individual and inter-individual variations of daily exhaustion and support in parenting.

The study was approved by the ethics committee of the Research Institute in Psychological Sciences at the UCLouvain in Belgium. Couples were recruited with flyers and announcements posted on social networks, in nurseries and at childminders' premises. The parents took part in the study on a voluntary basis and they were compensated for their participation with a gift voucher worth €10. Participants who were willing to engage were invited to complete questionnaires online. Inclusion criteria were as follows: being at least 21 years old, having a child aged between 10 and 36 months, and living with a partner whether or not that partner was the biological parent of the child(ren). The participants of the study were selected with the following question: "Please select the proposal that corresponds to your family situation: (a) I am in a romantic relationship and we are raising one or more children together (b) I am raising my child(ren) alone or (c) I am in a romantic relationship and we have no children". Only those who selected answer (a) were included in the study, so that blended families (i.e., families consisting of a couple and their children from the present and all previous relationships) were included but single parents were excluded.

Selected participants completed the survey on the Qualtrics platform over five successive evenings from Monday to Friday. Every day at 17.00, an email was sent to the participants with the URL of the survey and the following instructions: "Here is the URL of the survey we invite you to complete today. You should complete it by midnight." We did not ask the

parents to report the exact time at which they completed the survey, but the timing of the email and the instructions given were designed to ensure completion in the evening. The Qualtrics platform allowed us to check that this was the case. The questionnaire was completed online with the forced choice option, ensuring a dataset without missing data. Mothers and fathers completed the same set of questionnaires, including parenting-related exhaustion and partner parental support. Participants were asked to complete the questionnaires separately. They also signed a written informed consent document in which they were informed about the intensive longitudinal design of the study. Mothers and fathers were assured that the data would remain confidential and that they were free to drop out at any moment without giving any reason.

Of the 97 mothers who agreed to participate in the study, 62 (63.9 %) returned the diary questionnaires fully completed from Monday to Friday, 17 (17.5%) fully completed the diary questionnaires four times, 10 (10.3%) fully completed them three times, 5 (5.2%) fully completed them twice and 3 (3.1%) fully completed them only once. Of the 97 fathers who agreed to participate in the study, 59 (60.8 %) returned the diary questionnaires fully completed from Monday to Friday, 17 (17.5%) fully completed the diary questionnaires four times, 9 (9.3%) fully completed them three times, 7 (7.2%) fully completed them twice and 5 (5.2%) fully completed them only once. The major reasons for not completing the diary questionnaires were that the parent did not have time or forgot to do so. Binary logistic regression analyses were performed to explore the predictors of missingness. Predictors of missingness (i.e., age, number of children, educational level, incomes, work arrangement, parenting-related exhaustion and partner parental support on Monday) were entered in logistic regressions with the dropout binary (i.e., complete vs. incomplete data over the five-day period) as the dependent variable. We found only one differential attrition effect among subgroups for fathers. The fathers who dropped out were more exhausted than those who completed the survey fully ($M_{\text{complete data}} = 5.15$; $M_{\text{incomplete data}} = 6.40$), $\beta(1) = 2.01$, $p < .05$. The pattern of missingness cannot be considered as completely at random, $\chi^2(12) = 21.19$, $p = .048$.

2.3. Materials

Parenting-related exhaustion was assessed with four items of the emotional exhaustion subscale of the Parental Burnout Inventory (Roskam et al., 2017). The PBI⁶ is a 22-item questionnaire including three self-report scales: emotional distancing, emotional exhaustion, and personal accomplishment. To prevent the questionnaire from being too long, 4 of the 8 items from the emotional exhaustion subscale most strongly related to the total PBI score and relevant for daily assessment purposes were selected. The respondent indicated the extent to which he/she had experienced each symptom of parenting-related exhaustion (e.g., “Today I felt emotionally drained by my parental role”) during the day using a 6-point frequency scale as follows: 1 (“not at all”), 2 (“once during the day”), 3 (“twice during the day”), 4 (“three times during the day”), 5 (“four times during the day”) or 6 (“more than four times during the day”). In the initial validation study, the PBI displayed strong psychometric properties with good fit measures in the confirmatory factor analysis (CFI = 0.95, RMSEA = 0.06) and a good coefficient alpha of .95 for the emotional exhaustion subscale (Roskam et al., 2017). Cronbach’s alphas in the sample were satisfactory, with average values of .84 (range .70-.90) for fathers and .89 (range .84-.95) for mothers on the between-person level.

Partner parental support was assessed with six items of the Partner Parental Support Questionnaire (Gillis & Roskam, 2019). The two versions of the PPSQ were used: the perceived support (i.e., the support that the parent perceives from her or his partner) and the given support (i.e., the support that the partner reports giving to the parent) versions. Thus the PPSQ is sensitive to the fact that one partner in the parental couple may give a lot of support but the other may not perceive it, and conversely that one partner may feel that he or she has received sufficient support even if the other partner has not given much support. The PPSQ is a 15-item questionnaire consisting of three 5-item scales: emotional support (“My partner comforts me as a parent” or “I comfort

⁶ Copyright © 1981 Christina Maslach & Susan E. Jackson. All rights reserved in all media. Published by Mind Garden, Inc., www.mindgarden.com

my partner as a mother/father”), concrete support (“My partner helps me solve the problems I encounter with our child” or “I help my partner to solve the problems she/he encounters with our child”), and role approval (“My partner says positive things about my way of being a parent” or “I say positive things to my partner about her/his way of being a parent”). On each day, the respondent indicated the extent to which he/she had supported her or his spouse during the day (i.e., given support) (e.g., “Today I comforted my partner as a parent”) and the extent to which her or his spouse had supported him/her during the day (i.e., perceived support) (e.g., “Today my partner comforted me as a parent”) using a 6-point frequency scale as follows: 1 (“at no time during the day”), 2 (“once during the day”), 3 (“twice during the day”), 4 (“three times during the day”), 5 (“four times during the day”) or 6 (“more than four times during the day”). To prevent the questionnaire from being too long, the 6 items most strongly related to the total score for PPSQ perceived and given support versions and relevant for daily assessment were selected (Gillis & Roskam, 2019). In the initial validation study, the PPSQ displayed strong psychometric properties, with good fit measures in the confirmatory factor analysis (CFI = 0.95, SRMR = 0.04 for the perceived support version; CFI = 0.91, SRMR = 0.06 for the given support version) and good coefficients alpha of .96 for the perceived support version and .95 for the given support version (Gillis & Roskam, 2019). For the perceived support version, Cronbach’s alphas in the sample were on average .86 (range .79-.95) for fathers and .90 (range .83-.93) for mothers on the between-person level. For the given support version, Cronbach’s alphas in the sample were on average .88 (range .82-.93) for fathers and .91 (range .84-.95) for mothers on the between-person level.

2.4. Analysis Strategy

Prior to analyzing change in parenting-related exhaustion and partner parental support, several preliminary analyses were conducted. First, descriptive statistics were calculated concerning parenting-related exhaustion, perceived partner parental support and given partner parental support. Second, three sets of Pearson correlation coefficients and the corresponding confidence intervals were calculated to (1) examine the stability of parenting-related exhaustion and partner parental support over

time among mothers and fathers separately, (2) examine the bivariate associations between the three constructs (i.e., parenting-related exhaustion, the parents' perceived parental support from their partner, and the parental support the partner reported giving to the parent) among mothers and fathers separately, and (3) test the association between parenting-related exhaustion and perceived and given partner parental support between mothers and fathers.

The main analyses examined the association between parenting-related exhaustion and partner parental support over five consecutive days. These analyses were conducted using a multilevel modeling (MLM) framework with HLM 7 software (Raudenbush, Bryk, Cheong, Congdon Jr, & Toit, 2011). Our model included three levels of analysis: a couple level (level 3), an inter-individual level (level 2) and an intra-individual level (level 1), with parenting-related exhaustion slope as the outcome. Because attrition is common in longitudinal design, MLM estimates are based on all the available data at level 1 but without imputing data (McCartney, Bub, & Burchinal, 2006). HLM uses maximum likelihood estimation, which does not require the assumption of missingness completely at random (R. J. Little, 1988). This method was chosen because it allowed parents to be included who did not participate at each measurement point in the study.

MLM allows both time-varying and time-invariant predictors to be included in the models. As a result, we were able to predict changes in parenting-related exhaustion over the five days from changes in the partner's exhaustion, changes in perceived partner parental support, and changes in given partner parental support over the five days. We were also able to predict changes in parenting-related exhaustion over the five days from time-invariant predictors (e.g., gender, number of children). The time-varying predictors were added to the level 1 equation, and the time-invariant predictors to the level 2 and level 3 equations.

One recommended method for taking full account of the pure effect of change in time-varying predictors at level 1 (for example, the extent to which a parent's exhaustion is related to or predicted by a change in her or his partner's exhaustion) is to compute the average level of each time-varying predictor (i.e. over the five days in the current study), and to enter it at level

2. In this way, the interindividual variations of the time-varying predictors are controlled for (at level 2), and the results at level 1 can be interpreted as the pure effect of change (intra-individual variations) (Hoffman & Stawski, 2009). At level 1, the time-varying predictors were within-person-centered and were constrained to have fixed effects (Raudenbush & Bryk, 2002). Their average levels over the five days were calculated and added as time-invariant predictors of the slope coefficient at level 2. Note that the average levels of partner's exhaustion and parental support at level 2 were computed with the MEAN function in SPSS 23 (IBM, 2015), which returns the arithmetic mean of its arguments that have valid, nonmissing values, allowing us to work on all available data. Information at both levels 2 and 3 was thus completed for all the participants in our sample.

As well as the conditional model, the unconditional model where time is the only predictor was also computed in order to estimate the pseudo R^2 , the analog of the R-square change in OLS regression, allowing us to calculate the proportion of explained variance in the random effect by the predictors entered in the conditional model (Kwok et al., 2008). Pseudo R^2 provides an easy to use and understandable measure of effect size. It was computed based on the following equations for τ_{00} and τ_{11} respectively:

$$Pseudo_R^2_{\tau_{00}} = \frac{\tau_{00_Unconditional} - \tau_{00_Conditional}}{\tau_{00_Unconditional}} \quad \text{and}$$

$$Pseudo_R^2_{\tau_{11}} = \frac{\tau_{11_Unconditional} - \tau_{11_Conditional}}{\tau_{11_Unconditional}}, \quad \text{where } \tau_{00_Unconditional} \text{ and } \tau_{11_Unconditional} \text{ are the variances of the random effects for the model without the predictors, whereas } \tau_{00_Conditional} \text{ and } \tau_{11_Conditional} \text{ are the variances of the random effects for the model with the predictors.}$$

In order to ensure comparability between the variables entered in the model and the readability of the MLM coefficients, proportion of maximum score (POM) was applied (T. D. Little, 2013). This method consists of dividing individuals' scores on each day by the maximum score. Given the widely different distributions of the variables (see Table 1), we used the observed maximum score rather than the total possible maximum score as the denominator (Velásquez, 2010). For example, parental exhaustion at time 1 (i.e., Monday) had an observed maximum score of 18 for fathers. Fathers'

Monday exhaustion scores were divided by 18, and finally multiplied by 100 for interpretability so that all POM scores had the same range (0-100). MLM coefficients could then be understood as follows: “when a predictor increases by one percent, the dependent variable increases by X percent”.

3. Results

3.1. Preliminary Analyses

The mean, standard deviation, and range for all variables are presented in Table 1.

Table 2 displays the correlation coefficients for the stability over time of the repeated measures for mothers and fathers separately over the five days. As expected, the stability of the constructs was mainly higher between consecutive days and lower between more distal ones.

The average levels of mothers’ and fathers’ exhaustion over the five days were positively associated with the average levels of perceived partner support ($r = .36$ and $r = .29$ respectively). The correlation coefficients examining the daily associations between the three constructs, namely parenting-related exhaustion, perceived partner parental support (i.e., support perceived by the parent) and given partner parental support (i.e., support the partner reported giving to the parent), are presented in Table 3 separately for mothers and fathers. As expected, the associations between exhaustion and perceived support were higher than between exhaustion and given support, and the associations for concurrent correlations were higher than for prospective ones.

A last set of correlations was computed to examine the bivariate associations between the mothers’ and fathers’ scores in the main constructs. Mothers’ and fathers’ mean levels of parenting-related exhaustion over the five days were positively associated ($r = .36$). The mean levels of perceived support reported by mothers and fathers over the five days were also positively associated ($r = .29$), as were the mean levels of support that mothers and fathers reported giving to their partner over the five days ($r = .36$). Interestingly, from a cross-informant perspective, the level of support that the

mothers perceived from their partner (i.e., the father) was positively associated with the level of support that the partners (i.e., the fathers) reported giving to the mothers ($r = .36$), and the level of support that the fathers perceived from their partner (i.e., the mothers) was also positively associated with the level of support that the partners (i.e., the mothers) reported giving to the fathers ($r = .34$). These two last correlations suggest that the two informants agree to some extent about the level of support which is provided, but at the same time, they leave room for discrepancies in the way that the level of support is evaluated. One partner in the parental couple may give a lot of support that the other does not fully perceive, or conversely may feel that he or she has received enough support even if the other partner has given little support.

Table 1. Descriptive statistics

Variables	Mothers			Fathers		
	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>Range</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>Range</i>
Parenting Exhaustion at T1	6.00	2.67	4.00 to 16.00	5.15	2.77	4.00 to 18.00
Parenting Exhaustion at T2	5.71	2.40	4.00 to 15.00	4.72	1.51	4.00 to 14.00
Parenting Exhaustion at T3	5.87	3.09	4.00 to 20.00	4.98	2.44	4.00 to 18.00
Parenting Exhaustion at T4	5.56	2.70	4.00 to 20.00	4.94	1.78	4.00 to 12.00
Parenting Exhaustion at T5	6.85	4.44	4.00 to 24.00	5.22	3.02	4.00 to 24.00
Perceived Partner Parental Support at T1	12.51	5.73	6.00 to 32.00	10.61	4.66	6.00 to 26.00
Perceived Partner Parental Support at T2	10.40	5.53	6.00 to 36.00	9.67	5.53	6.00 to 36.00
Perceived Partner Parental Support at T3	9.85	5.83	6.00 to 36.00	9.05	3.92	6.00 to 28.00
Perceived Partner Parental Support at T4	9.11	4.77	6.00 to 36.00	8.74	4.04	6.00 to 29.00
Perceived Partner Parental Support at T5	9.96	6.08	6.00 to 36.00	9.74	5.57	6.00 to 35.00
Given Partner Parental Support at T1	10.81	5.03	6.00 to 31.00	10.25	4.62	6.00 to 34.00
Given Partner Parental Support at T2	10.03	6.03	6.00 to 36.00	9.01	3.46	6.00 to 20.00
Given Partner Parental Support at T3	9.59	6.11	6.00 to 36.00	8.93	3.17	6.00 to 19.00

Given Partner Parental Support at T4	8.90	4.78	6.00 to 36.00	8.67	4.43	6.00 to 32.00
Given Partner Parental Support at T5	10.04	6.65	6.00 to 36.00	9.20	4.83	6.00 to 36.00

Table 2. Correlation coefficients and effect sizes for the stability of parenting exhaustion, perceived parental support and given parental support over time

	Parenting Exhaustion					Perceived Partner Parental Support					Given Partner Parental Support				
	T1	T2	T3	T4	T5	T1	T2	T3	T4	T5	T1	T2	T3	T4	T5
T1		.19 (-.01 to .41)	.24* (.02 to .46)	.15 (-.08 to .39)	.30* (.06 to .53)		.66** (.51 to .82)	.53** (.36 to .73)	.51** (.33 to .73)	.48** (.28 to .73)		.62** (.45 to .79)	.60** (.44 to .79)	.53** (.35 to .76)	.45** (.25 to .71)
T2	.51** (.33 to .71)		.09 (-.12 to .31)	.12 (-.11 to .36)	.07 (-.18 to .33)	.52** (.34 to .70)		.81** (.69 to .95)	.68** (.53 to .89)	.60** (.44 to .87)	.53** (.36 to .73)		.88** (.79 to .99)	.81** (.71 to .99)	.69** (.55 to .95)
T3	.31** (.09 to .51)	.23* (.01 to .43)		.41** (.20 to .63)	.36** (.13 to .57)	.22 (.33 to .69)	.79** (.66 to .93)		.78** (.66 to .96)	.67** (.52 to .92)	.55** (.37 to .76)	.71** (.54 to .85)		.83** (.73 to .99)	.73** (.61 to .97)
T4	.22 (-.01 to .51)	.08 (-.21 to .41)	.27* (.04 to .48)		.41** (.16 to .55)	.22 (-.006 to .44)	.32** (.09 to .57)	.47** (.26 to .69)		.65** (.46 to .86)	.24* (.01 to .47)	.37** (.14 to .56)	.63** (.40 to .73)		.66** (.49 to .88)
T5	.06 (-.21 to .36)	.06 (-.23 to .39)	.03 (-.20 to .26)	.51** (.28 to .71)		.20 (-.04 to .45)	.24* (.004 to .52)	.29* (.05 to .55)	.27* (.02 to .53)		.30* (.06 to .55)	.24* (.003 to .48)	.26* (.02 to .50)	.18 (-.07 to .45)	

Note. Coefficients above the diagonal are for mothers; coefficients below the diagonal are for fathers. * $p < .05$. ** $p < .01$. 95% confidence intervals are in parentheses.

Table 3. Pearson correlation coefficients and effect sizes (Cohen's d) examining bivariate associations between parenting exhaustion, the parents' perceived parental support from their partner, and the parental support the partner reported giving to the parent, among mothers and fathers separately

	Mothers					Fathers				
	EX T1	EX T2	EX T3	EX T4	EX T5	EX T1	EX T2	EX T3	EX T4	EX T5
PS T1	.07 (-.13 to .27)	.03 (-.18 to .24)	.12 (-.09 to .33)	.13 (-.09 to .34)	.27* (.03 to .48)	.14 (-.06 to .34)	-.006 (-.21 to .20)	.05 (-.18 to .28)	.07 (-.16 to .32)	.03 (-.22 to .28)
PS T2	.04 (-.16 to .26)	.11 (-.09 to .32)	.15 (-.06 to .37)	.20 (-.02 to .41)	.25* (.007 to .44)	.17 (-.04 to .38)	.30** (.10 to .50)	.04 (-.17 to .27)	.01 (-.22 to .23)	.01 (-.22 to .25)
PS T3	-.01 (-.23 to .21)	-.02 (-.23 to .20)	.24* (.03 to .44)	.29** (.07 to .50)	.20 (-.03 to .41)	.08 (-.14 to .30)	.19 (-.02 to .43)	.06 (-.16 to .27)	-.01 (-.24 to .22)	-.001 (-.24 to .23)
PS T4	.21 (-.02 to .45)	.07 (-.16 to .31)	.40** (.17 to .57)	.44** (.23 to .65)	.38** (.14 to .58)	.01 (-.19 to .22)	.12 (-.09 to .27)	-.03 (-.27 to .21)	.21 (-.01 to .44)	-.01 (-.26 to .23)
PS T5	.09 (-.14 to .33)	.05 (-.20 to .30)	.30* (.06 to .52)	.39** (.14 to .54)	.61** (.42 to .80)	-.12 (-.32 to .10)	-.06 (-.24 to .15)	-.09 (-.36 to .16)	.27* (.02 to .53)	.51** (.30 to .72)
GS T1	.12 (-.08 to .32)	.10 (-.10 to .31)	.15 (-.06 to .35)	.02 (-.21 to .26)	-.01 (-.25 to .22)	.02 (-.19 to .22)	.07 (-.14 to .28)	-.04 (-.26 to .17)	.04 (-.18 to .26)	.08 (-.15 to .31)
GS T2	.08 (-.10 to .32)	.12 (-.08 to .33)	.21 (.02 to .44)	.12 (-.11 to .35)	.03 (-.21 to .27)	-.07 (-.29 to .13)	.03 (-.18 to .24)	-.08 (-.30 to .13)	-.01 (-.24 to .21)	.02 (-.20 to .25)
GS T3	.17 (-.13 to .31)	.10 (-.09 to .34)	.26* (.10 to .51)	.09 (-.15 to .34)	.08 (-.16 to .33)	-.05 (-.27 to .17)	.001 (-.22 to .22)	.004 (-.21 to .22)	.04 (-.18 to .26)	.003 (-.22 to .23)
GS T4	.19 (-.11 to .36)	.09 (-.15 to .33)	.08 (-.15 to .31)	-.13 (-.32 to .09)	-.14 (-.37 to .11)	-.002 (-.23 to .22)	.09 (-.12 to .28)	-.04 (-.28 to .19)	.05 (-.17 to .29)	.02 (-.22 to .27)
GS T5	-.01 (-.20 to .28)	-.08 (-.18 to .33)	.02 (-.25 to .29)	-.03 (-.26 to .20)	.37** (.13 to .61)	-.07 (-.28 to .15)	.01 (-.18 to .19)	-.09 (-.35 to .16)	.21 (-.04 to .47)	.48** (.25 to .70)

Note. * $p < .05$. ** $p < .01$. EX = Exhaustion; PS = Perceived Support (support perceived by the parent); GS = Given Support (support the partner reported giving to the parent). 95% confidence intervals are in parentheses.

3.2. Main Analysis

Table 4 depicts the results of the unconditional model where time is the only predictor. Negative slope (i.e. association with linear time) shows that parent's exhaustion decreased by .65 units (i.e. .65%) per day. Table 4 also depicts the conditional models of parenting-related exhaustion as a dependent variable, with partner's exhaustion, perceived (i.e., the support that the parent perceives from her or his partner) and given support (i.e., the support that the partner reports giving to the parent) as independent variables. The results at level 1 indicated that changes in the partner's exhaustion, as well as in perceived partner parental support and in given partner parental support, were related to changes in the parent's parenting-related exhaustion (i.e. the strength of the linear association between time and exhaustion). For every unit (i.e., percentage) increase in the partner's exhaustion over a day, there was an increase of .21 units in the parent's exhaustion within the same day. For every unit (i.e., percentage) increase in perceived partner parental support over a day, there was an increase of .18 units in parenting-related exhaustion within the same day, and for every unit (i.e., percentage) increase in given partner parental support over a day, there was an increase of .15 units in parenting-related exhaustion within the same day. In other words, day by day, the more the parent perceived the receipt of support from the partner and the more the partner reported giving him/her more support, the more the parent reported exhaustion.

The results for the level 2 predictors showed that the average level of perceived partner parental support was related to changes in parenting-related exhaustion. For every unit above the average level of perceived partner parental support, an increase of 0.04 units of parenting-related exhaustion was evident over a day. In other words, the more one parent perceived the receipt of parental support from the other parent, the greater the exhaustion he/she reported. No significant effect was found for the other parent's average level of exhaustion and the average level of given partner parental support. Moreover, no gender effect was observed, meaning that intra-individual change in parenting-related exhaustion did not differ between mothers and fathers. Finally, the results for the level 3 predictors showed no significant effect of the number of children.

Pseudo R^2 for τ_{00} indicated that the predictors introduced in the conditional model explained 73% of the variations in the parenting-related exhaustion score across the 97 parents at the first time point (i.e., on Monday). Pseudo R^2 for τ_{11} also indicated that the predictors introduced in the conditional model explained 58% of the variations in the daily changes in parenting-related exhaustion score across the parents.

Table 4. Results of the HLM unconditional and conditional models of the partner's exhaustion, partner support, gender and number of children predicting change in the parent's exhaustion

	Unconditional Model		Conditional Model	
	Estimate	CI 95%	Estimate	CI 95%
Fixed effects				
Intercept	23.03**	20.23 to 25.83	22.26**	19.74 to 24.78
Time	-.65	-1.47 to .17	-.65	-1.47 to .17
Level 1				
Partner's exhaustion (slope)			.21**	.14 to .28
Perceived partner parental support (slope)			.17**	.08 to .26
Given partner parental support (slope)			.15*	.04 to .26
Level 2				
Gender			2.81	-5.2 to 10.82
Partner's exhaustion (mean)			.02	-.17 to .21

Perceived partner parental support (mean)	.04*	.00 to .08
Given partner parental support (mean)	-.01	-.03 to .01
Level 3		
Number of children	0.35	-.02 to .72
Random effects (variance components)		
τ_{00}	60.77	16.45
τ_{01}	4.61	1.92
σ^2	54.42	46.47
u_{00}	65.72	80.49
u_{10}	5.12	3.83
Deviance	2967.36	2889.24

4. Discussion

The current study served a dual purpose: to highlight the overlooked and recent concept of parenting-related exhaustion and to propose a specific methodology using an intensive longitudinal method. We wanted to study the concurrent variations of the parent's exhaustion with the partner's exhaustion, perceived and given support. In other words, we wanted to know if day by day, the level of the parent's exhaustion is related to the level of her or his partner's exhaustion and support. The results shed light on the fact that mothers and fathers work as a team rather than as independent individuals. They revealed day-to-day (i.e. within days) variations as well as day-to-day (i.e. within days) regulation occurring in parental couples.

4.1. Dyadic Day-To-Day Variations

With regard to the dyadic variations in parenting-related exhaustion, we accumulated several pieces of evidence. First, in line with the expectations arising from the literature review, at an intra-individual level, concurrent variations between the two parents were found. On the days when one parent felt more exhausted, the other parent's exhaustion also increased. Since the parents tend to follow the same developmental trajectory, our findings provide evidence that there is daily tuning between the mother and the father. The way that the two partners covary is in line with previous research reporting a positive association between fathers' and mothers' depressive symptoms (Gillis et al., 2019). Other authors have shed light on the fact that couples experience similar levels of parenting stress (Seah & Morawska, 2016).

However, at an inter-individual level, change in a parent's exhaustion over five consecutive days was not related to the average level of the other parent's exhaustion. This result confirms the importance of the daily tuning between the mother and the father. Hence it emphasizes that what explains intra-individual change in a parent's exhaustion is not whether the other parent is on average more or less exhausted (compared to other parents in the sample), but the day-by-day variations that he/she displays around her or his own mean level of exhaustion. On a daily basis, when a parent has a higher level of exhaustion than usual, the other one must adapt quickly, manage daily life and support her or his partner. Such requirements may lead to an increase in the other parent's exhaustion symptoms. Conversely, living with a partner who is on average more exhausted than other parents (which reflects her or his usual state) does not necessarily require high flexibility in the absence of a surprise effect. As suggested in previous longitudinal studies (e.g. Deater-Deckard & Scarr, 1996; Hildingsson & Thomas, 2014), daily routines in the parental couple are at work that limit the dyadic contagion of exhaustion.

4.2. Dyadic Day-To-Day Regulation

In line with the expectation set out at the end of the literature review, dyadic regulation whereby higher support was associated with higher exhaustion was found especially at an intra-individual level, and to some

extent at an inter-individual level. Over a week, on the days when a parent perceived the receipt of higher parental support from the other parent and the other parent also reported having given him/her higher parental support, the parent reported higher exhaustion. Similarly, at an inter-individual level, the more one parent perceived the receipt of higher parental support from the other parent, the more he/she reported exhaustion feelings. Taken together, the two analytic levels suggest a dyadic regulation whereby higher support from one parent tends to compensate for higher exhaustion in the other parent. Each parent seems to be attentive to the other's variations in exhaustion and tries to immediately restore the balance by providing emotional, instrumental or role approval support. Rather than talking about a mother and a father, we should really talk about the parental team facing parental tasks and day-by-day challenges together.

However, at the inter-individual level of analysis, we also found that change in parenting-related exhaustion was not related to the mean level of given partner parental support. This result may be considered paradoxical. However, it may illustrate the fact that, again, what is essential is the day-by-day variations in each partner's given support. The result suggests that there is a daily regulation within the couple and, every day, each partner adapts the amount of support he or she gives depending on the other partner's state of exhaustion. Consequently, giving a higher or lower average level of support (compared to the mean level that other parents in the sample give) does not relate to the intra-individual change in the other parent's exhaustion. What really explains daily increases in parenting-related exhaustion in one parent is the level of support that the other parent gives on that day.

The congruence found in particular at the intra-individual level in cross-informant ratings of partner parental support (i.e., between a parent's perception of parental support (self-report) and what the other parent reported having given as parental support (partner-report)), provides good evidence of daily dyadic regulation. The results found for the relations between exhaustion and support cannot be attributed to shared method variance. Cross-informant ratings offer additional insight into dyadic regulation, since the correlations between perceived (self-report) and given support (partner-report) suggest that to some extent, the support that parents provide each other is adequate. What one parent reports having given to the other one is in fact

perceived as emotional, instrumental and role approval support by the other parent.

In sum, it was already established for both parenting stress and parental burnout that parents report lower stress if they receive/perceive higher support from their partner. Thanks to the dyadic daily approach used in the current study, we were able to show that a day-by-day dyadic regulation occurred in parental couples. Higher exhaustion felt by one parent was associated with higher support from the partner. Such higher support was both perceived by the exhausted parent and reported by the support provider (i.e., the partner).

4.3. Couple's Characteristics: Number of Children

Our results show no significant effect of the couple's characteristics (i.e., number of children) on the rate of change in parenting-related exhaustion in the couple over a week. Change in parenting-related exhaustion was found to be the same regardless of the number of children. This result seems to be in contradiction with previous literature, in which significant differences between parents of a single child and parents of several children have been found. For example, previous studies have shown that primiparous parents (i.e., first-time parents) have higher levels of parenting stress than multiparous parents (i.e., those with more than one child) (Donate-Bartfield & Passman, 1985). This contradiction can be explained by the fact that the children in our study were aged between 10 and 36 months old. The parents had thus had plenty of time to adapt and make the necessary changes in response to the arrival of a new child. Most previous studies have focused on primiparous parents during the period of transition to parenthood until a few months after the child's birth. Consequently, it may be that after the adjustment period necessary for parents to cope with the arrival of a new child, the differences between primiparous and multiparous couples disappear.

4.4. Practical Implications

Our results have practical implications. Professional caregivers should pay particular attention to the bidirectional exchange of support between the parents and the interrelation of their parenting-related exhaustion. Fathers should also be a target for prevention and intervention for parenting-related

exhaustion rather than focusing exclusively on the mother-child dyad. As pointed out in a previous study, fathers need to be supported and not just viewed as a source of support for mothers (Gillis et al., 2019). Early parenting interventions will need to normalize the ambiguity, frustration, and exhaustion experienced by fathers and to build on their motivation to be a good parent while they cope with the adjustment in their relationship with their partner (Seah & Morawska, 2016). The interrelation of parenting-related exhaustion between the two parents highlights the need for and value of therapy for couples for the treatment of exhaustion symptoms. As shown in a recent meta-analysis, couple-based interventions are as effective as individual-based treatments, but have a more significant positive effect on the quality of the relationship and the family life as a whole (Barbato & D'Avanzo, 2008).

4.5. Limitations and Recommendations for Future Studies

While interesting in many ways, this study is by no means definitive. Several limitations have to be recognized. First, the sample in the current study was homogenous. The majority of participants were Caucasian, with a high level of education and a high socio-economic status. Homogeneity is a strength in the current study given its sample size, but it limits our ability to generalize the results. Furthermore, the participants in the study were from a community sample and, in addition, the fathers who dropped out were more exhausted than those who completed the survey fully. Consequently, the current data and results could be biased towards lower levels of exhaustion. Replicating the results in a clinical sample with severely exhausted parents would be interesting.

Also, although an intensive longitudinal method was used, the research design did not permit direct inferences of causation. We cannot be excluded that the same pattern would occur if the position of the variables was reversed. To test the causal direction between parenting-related exhaustion and partner parental support, another design in which support was manipulated to test its influence on subsequent exhaustion would be needed. It is also possible that the frequency of assessments triggered some measurement reactivity in behavioral self-reports. Moreover, the intensive procedure made it necessary

to limit the number of items to be completed at each measurement occasion. The possibility cannot be excluded that the results might have been different if the questionnaires had been administered in their entirety. Another limitation of the study is the absence of data on time spent at work and time spent at home with children. Introducing the time spent variable as a control variable within the multi-level model, would be interesting.

Finally, we tested the assumption that missing data were completely at random and found a p-value of .048, just below the threshold point. We also computed significance tests of missingness showing that it was only predicted by fathers' exhaustion. Based on these tests, we could neither fully assert that missing data were completely at random (if MCAR was evident, missingness would be assumed not to matter for the analysis) nor that missingness could be well predicted from observed variables (it was only associated to one independent variable, i.e. fathers' exhaustion) and that multiple imputation (MI) would be appropriate. For these reasons, we used an estimation procedure in HLM that did not require missingness completely at random but allow the inclusion of parents who did not participate at each measurement point in the study. We trust it was a relevant way to handle missing data and to test our hypotheses. But we cannot exclude that the results would have been different with another analysis strategy.

Chapitre 7

Daily exhaustion and support in parenting:

Impact on the quality of the parent-child

relationship

Daily exhaustion and support in parenting: Impact on the quality of the parent-child relationship

The current study aimed to analyze the effect of parenting-related exhaustion on the quality of the parent-child relationship and to explore the moderating role of partner parental support within this association. The method was based on longitudinal data collection and a multi-informant design in which 157 mothers and 157 fathers completed questionnaires once a day during one week. Our statistical model used structural equation modeling. Analyses revealed that parenting-related exhaustion had a negative impact on the quality of the parent-child relationship both for mothers ($\beta = -.17, p < .05$) and fathers ($\beta = -.22, p < .05$). Our results also provide evidence that partner parental support plays a role in compensating for deleterious consequences of parenting-related exhaustion among mothers as long as such exhaustion remains at a low level ($\beta = -.26, p < .05$). Our results provide support for ongoing research into this topic in relation to both mothers and fathers not only in clinically-referred families but also in ordinary ones, to allow preventive measures to be developed and implemented.

Référence :

Gillis, A., & Roskam, I. (2019). Daily Exhaustion and Support in Parenting: Impact on the Quality of the Parent-Child Relationship. *Journal of Child and Family Studies*, 0(0). doi: 10.1007/s10826-019-01428-2

1. Introduction

Parenthood is characterized by the strange paradox that this role is both one of the most fulfilling experiences in adult life and one of the most stressful and energy-consuming (Mikolajczak & Roskam, 2018). Parenting is both an exciting and a challenging role. It provides a sense of accomplishment and personal satisfaction (K. Nelson et al., 2013) while at the same time requiring adjustment to new experiences (for a review, see Crnic & Low, 2002; Deater-Deckard, 2008). Parenting can also be experienced as a stressful or exhausting role (Crnic et al., 2005; Mikolajczak et al., 2017). Parenting-related exhaustion appears when stress and pressure related to one's parental role last too long and are not compensated for sufficiently by available resources (Roskam et al., 2017). But what happens to the quality of the parent-child relationship when exhaustion increases in mothers or fathers? Does parenting-related exhaustion have negative consequences on the parent-child relationship? Is partner parental support (shown to be an important resource for parenting-related exhaustion) efficient to limit the deleterious consequences of parenting-related exhaustion on the parent-child relationship?

Parenting-related exhaustion is the main dimension of parental burnout syndrome. It is characterized by feelings of being empty and overwhelmed by one's parental role (Roskam et al., 2017). Parents who are suffering from parenting-related exhaustion feel extreme fatigue related to their parental role. They have no energy for looking after their child(ren) and feel that parenting uses up all their resources. They are in survival mode and looking after their child(ren) on autopilot. They feel exhausted when they get up in the morning and have to begin a new day with their child(ren) (Hubert & Aujoulat, 2018; Roskam et al., 2018).

Parenting-related exhaustion results from an imbalance between demands and resources related to the parental role. In other words, parents suffer from parenting-related exhaustion when they are exposed to parenting stress with a lack of compensating resources (Mikolajczak & Roskam, 2018). The factors known to increase parenting stress and diminish resources fall into five categories: sociodemographics, child's individual characteristics, stable traits of the parent, parenting factors and family-functioning factors (Gérain &

Zech, 2018; Kawamoto et al., 2018; Lindström et al., 2010; Mikolajczak et al., 2017). For example, perfectionism as a personality trait of the parent, difficult temperament as a child's characteristic or ineffective coparenting as a family-functioning feature are all factors which increase parenting stress and diminish available resources. The reason why parenting-related exhaustion matters is that it can have dramatic consequences on the parent him- or herself (e.g. suicidal thoughts), on the partner and their conjugal relationship (e.g. increased conflicts) and more specifically, on the child and the quality of the parent-child relationship, since it can result in neglectful and violent behavior on the part of the parent towards the child (Mikolajczak et al., 2018).

The parent-child relationship is characterized by vertical interactions based on asymmetrical and complementary behaviors from each member of the dyad (Sameroff, 1975). As the interactions unfold, parents influence children's development through their knowledge and authority by using various strategies to teach, instruct, support, or advise their children (Boldt et al., 2016). It is now well-established that children develop their own self-esteem and their cognitive representations of the social world within the parent-child relationship (Bowlby, 2012; Roskam et al., 2015; Zhang, 2011). Positive representations of both self and others arise in secure-based parent-child relationships. These are characterized by high levels of parental availability, responsiveness and sensitivity (Zhang, 2011), three features that are negatively impacted by parenting-related exhaustion.

The literature about parenting-related exhaustion is recent and its consequences on the quality of the parent-child relationship have not been fully investigated yet. At present, the study of Mikolajczak et al. (2018) is the only one to report on the impact of parenting-related exhaustion on children. The authors highlighted a significant and positive association between parenting-related exhaustion and neglectful and violent behavior towards children. They also analyzed qualitative data from exhausted parents and found references to neglectful behavior (e.g. leaving a young child unsupervised), verbal violence (e.g. insults) and even physical violence (e.g. slapping) in the exhausted parents' testimonies.

Other studies, mostly conducted with mothers, have tested the correlations between parenting stress and the quality of parent-child relationships. Mackler et al. (2015) showed that parenting stress predicted negative parenting behaviors such as physical punishment and negative parenting attitudes which, in turn, negatively affected the quality of parent-child relationships. Positive associations between parenting stress and child maltreatment were also found (Crouch & Behl, 2001; Nair, Schuler, Black, Kettinger, & Harrington, 2003). Mothers reporting parenting stress were also seen to rate themselves as less competent, less involved in the relationship with their child and having a poorer quality of parent-child interactions compared to mothers without parenting stress (Crnic et al., 2005; Johansson, Svensson, Stenström, & Massoudi, 2017). Possible associations between parenting stress and the quality of parent-child relationships have also been reported in longitudinal research. Crnic et al. (2005) highlighted a significant and negative association between parenting stress in mothers of three-year-old children and maternal positivity and dyadic pleasure in the relationship two years later. Besemer and Dennison (2018) similarly found that mothers with high parenting stress had poorer relationships with their children a year later compared to mothers with low parenting stress. In sum, parenting stress and exhaustion can be considered as a threat to the welfare of children and the quality of parent-child relationships.

Partner parental support was considered as an important resource to compensate for parenting stress and to prevent parenting-related exhaustion since it helps to maintain or restore the parent's equilibrium between demands and resources in the specific area of parenthood (Parfitt & Ayers, 2014; Séjourné, Vaslot, Beaumé, Goutaudier, et al., 2012). Partner parental support is defined as the support that partners offer each other in the specific area of parenting. It concerns situations where a parent seeks help from his/her partner when he/she encounters problems or difficulties related to his/her parenting role (e.g. a need to be listened to or a need for help with parenting tasks) (Gillis & Roskam, 2019). Partner parental support encompasses three dimensions: an emotional dimension (i.e. listening, validating, exploring or showing empathy toward the feelings and difficulties encountered by the other parent) (Dale et al., 2012), a concrete dimension (i.e. acting concretely when the other parent encounters a problem) (Cohen & Wills, 1985) and a

role approval dimension (i.e. validating the other partner in his/her role as parent) (Belsky et al., 1996).

In a recent study, we found a significant and positive association between partner parental support and parenting-related exhaustion. Higher partner parental support compensated for higher parenting-related exhaustion. Supportive partners were seen to be attentive to the other parent's variations in parenting-related exhaustion and tried to immediately restore his or her balance by providing higher parental support (Gillis & Roskam, 2019). As partner parental support and parenting-related exhaustion (i.e. parental burnout) are recent concepts, previous studies rather considered general couple or spousal support in relation to parenting stress. Couple support has been shown to play a protective role with regard to stress and emotional difficulties related to parenting (Parfitt & Ayers, 2014; Séjourné, Vaslot, Beaumé, Goutaudier, et al., 2012). For example, Sampson et al. (2015) highlighted a negative association between emotional and concrete support and parenting stress in mothers at one year postpartum, and we reported a negative relation between spousal support and distress symptoms in new fathers at three months after childbirth (Gillis et al., 2019). It is well established that partner parental support promotes parents' well-being and fulfillment in their role as well as decreasing parenting stress and exhaustion. However, the buffering effect of partner parental support against the negative consequences of parenting-related exhaustion on the quality of parent-child relationships remains unstudied.

We designed the current study to address two issues: (1) to analyze the direct effect of parenting-related exhaustion on the quality of the parent-child relationship in both mothers and fathers and (2) to study the moderating role of partner parental support within the relation between parenting-related exhaustion and the quality of the parent-child relationship in mothers and fathers. Based on the literature review, we expected to find that parenting-related exhaustion had a deleterious effect on the quality of parent-child relationships in mothers and fathers: the more parents were exhausted, the lower the quality of the relationship. In addition, we hypothesized that partner parental support played a protective and moderating role. Higher support from the father would offset the negative consequences of exhaustion on the mother-child relationship quality and higher support from the mother would

offset the negative consequences of exhaustion on the father-child relationship quality.

2. Method

2.1. Participants

One hundred fifty-seven heterosexual couples ($N = 314$) consisting of mothers and fathers from a community sample participated in the study. Each couple had at least one child aged between 10 and 36 months. The mothers' mean age was 32.83 years ($SD = 4.10$), ranging from 25 to 43. The fathers' mean age was 35.29 years ($SD = 5.62$), ranging from 26 to 58. The mean number of children per parent was 1.84 ($SD = 0.89$), ranging from 1 to 5. One hundred forty-two parents in the sample were married (48 %). The others ($n = 154$; 52 %) lived with a partner without being married. In terms of educational level, 212 parents (67.3%) had a higher education qualification and 84 (26.7%) had a secondary school diploma. The net monthly income of the couple to which each parent belonged was established: for 7 parents (2.4%) it was between €1 and €1500, for 50 (15.9%) it was between €1500 and €2500, for 121 (38.4%) it was between €2500 and 3500, for 80 (25.4%) it was between €3500 and €4500 and for 38 (12.1%) it was higher than €4500. Two hundred thirteen parents (67.6%) worked full-time, 64 (20.3%) worked part-time and 19 (6.2%) did not work (unemployment, work incapacity, parental leave or stay-at-home parent).

2.2. Procedure

The study was approved by the ethics committee of the Psychological Sciences Research Institute at the UCLouvain in Belgium. Couples were recruited with flyers and announcements posted on social networks, in nurseries and at childminders' premises. The parents took part in the study on a voluntary basis. Those who were willing to participate were invited to complete questionnaires online on the Qualtrics platform over seven successive days. First, a sociodemographic data questionnaire was administered during the first weekend. Second, participants completed parenting-related exhaustion and partner parental support questionnaires every evening from Monday to Friday. At the end, the quality of the parent-

child relationship questionnaire was administered during the second weekend. Every day at 5:00 pm, an e-mail was sent to the participants containing the URL of the survey and the following instructions: “Here is the URL of the survey we invite you to complete today. You should complete it before midnight.” The questionnaires were completed online with the forced choice option, ensuring a dataset without missing data. Mothers and fathers completed the same set of questionnaires, but separately.

Participants also signed a written informed consent document describing the longitudinal design of the study. They were assured that the data would remain confidential and that they were free to drop out at any moment without giving any reason. Inclusion criteria were as follows: being at least 21 years old, having a child aged between 10 and 36 months, and living with a partner whether or not that partner was the biological parent of the child(ren). Single parents were excluded because the study focus was on the role of partner parental support. The participants in the study were selected with the following question: “Please select the proposal that corresponds to your family situation: (a) I am in a romantic relationship and we are raising one or more children together (b) I am raising my child(ren) alone or (c) I am in a romantic relationship and we have no children”. Only those who selected answer (a) were included in the study.

Of the 157 mothers asked to participate in the study, 109 (69.4 %) returned the diary questionnaires fully completed from Monday to Friday, 25 (15.9%) fully completed the diary questionnaires four times, 12 (7.6%) fully completed them three times, 7 (4.5%) fully completed them twice, 2 (1.3%) fully completed them only once and 2 (1.3%) did not fully complete them at all. One hundred thirty mothers (89.8%) completed the parent-child relationship questionnaire on the second weekend. Of the 157 fathers asked to participate in the study, 101 (63.9 %) returned the diary questionnaires fully completed from Monday to Friday, 29 (18.4%) fully completed the diary questionnaires four times, 12 (7.6%) fully completed them three times, 10 (6.3%) fully completed them twice, 3 (1.9%) fully completed them only once and 2 (1.9%) did not fully complete them at all. One hundred nineteen fathers (75.3%) completed the parent-child relationship questionnaire on the second weekend. The main reasons for not completing the questionnaires were that the parent did not have time or forgot to do so.

2.3. Measures

Parenting-related exhaustion was assessed with four items of the emotional exhaustion subscale of the Parental Burnout Inventory (PBI) (Roskam et al., 2017). The PBI (Copyright © 1981 Christina Maslach & Susan E. Jackson. All rights reserved in all media. Published by Mind Garden, Inc., www.mindgarden.com) is a 22-item questionnaire including three self-report scales: emotional distancing, emotional exhaustion, and personal accomplishment. To prevent the questionnaire from being too long, we selected 4 of the 8 items from the emotional exhaustion subscale most strongly related to the total PBI score and relevant for daily assessment purposes. The respondent indicated the extent to which he/she had experienced each symptom of parenting-related exhaustion (e.g., “Today I felt exhausted having spent the day with my children”) during the day using a 6-point frequency scale as follows: 1 (“not at all”), 2 (“once during the day”), 3 (“twice during the day”), 4 (“three times during the day”), 5 (“four times during the day”) or 6 (“more than four times during the day”). Coefficient alpha in the initial validation study was .95 for the emotional exhaustion subscale (Roskam et al., 2017). Cronbach’s alphas in the current sample were satisfactory, with average values of .87 (range .85-.91) for fathers and .88 (range .80-.95) for mothers. Mean scores were computed to figure out the average level of the parenting-related exhaustion score over a week. The MEAN function in SPSS 23 (IBM, 2015), which returns the arithmetic mean of its arguments that have valid, nonmissing values, was used to work on all available data.

Quality of the parent-child relationship was assessed with a selection of 10 items of the Attachment Q-Sort (AQS) (Waters & Deane, 1985). The original version of the AQS consists of 90 cards describing child attachment behaviors in a wide range of situations. The observer (i.e. a researcher or a parent) must sort the cards in a rectangular forced nine-category distribution varying from least (category 1) to most (category 9) characteristic of the target child. In the current study, we adapted the AQS into a questionnaire with Likert-type scales. The selection of 10 items was made not only to prevent the questionnaire from being too long but also to focus on the quality of the parent-child relationship rather than on attachment security (e.g. “My child

gets angry with me easily”, “My child is impatient and demanding with me. He gets ideas in his head and pesters me until I do what he wants”, “When I ask, my child willingly agrees to share or give me an object”). The parent indicated the extent to which the items corresponded to the behaviors of his/her own child while interacting with him/her, using a 5-point frequency scale as follows: 1 (“Never”), 2 (“Not much”), 3 (“Sometimes”), 4 (“Often”) and 5 (“Always”). Coefficient alpha in the initial validation study ranged from .70 to .95 (Waters & Deane, 1985). Cronbach’s alphas in the current study were satisfactory, with values of .77 for fathers and .73 for mothers. A mean score based on the 10 items was computed using the MEAN function in SPSS 23 (IBM, 2015).

Partner parental support was assessed with six items of the Partner Parental Support Questionnaire (PPSQ) (Gillis & Roskam, 2019). We used the two versions of the PPSQ: the perceived and the given support versions. The PPSQ is a 15-item questionnaire including three self-report 5-item scales: emotional support (“My partner listens to the concerns I have as a mother/father” or “I listen to the concerns my partner has as a mother/father”), concrete support (“When I am exhausted as a parent, my partner gives me the extra support I need” or “When my partner is exhausted as a parent, I give him the extra support he/she needs”), and role approval (“My partner tells me that I am a good mother/father” or “I tell my partner that she/he is a good mother/father”). On each day during the week, the respondent indicated the extent to which he/she had supported his/her spouse during the day (i.e. given support) (e.g. “Today I showed my partner that I understand the stress that she/he can feel as a mother/father”) and the extent to which his/her spouse had supported him/her during the day (i.e. perceived support) (e.g. “Today my partner showed me that he/she understands the stress that I can feel as a mother/father”) using a 6-point frequency scale as follows: 1 (“at no time during the day”), 2 (“once during the day”), 3 (“twice during the day”), 4 (“three times during the day”), 5 (“four times during the day”) or 6 (“more than four times during the day”).

To prevent the questionnaire from being too long, we selected the 6 items most strongly related to the total score for PPSQ perceived and given support versions and relevant for daily assessment (Gillis & Roskam, 2019). Coefficient alpha in the initial validation study was .96 for the perceived

support version and .95 for the given support version. For the perceived support version, Cronbach's alphas in the current sample were on average .82 (range .74-.90) for fathers and .88 (range .83-.92) for mothers. For the given support version, Cronbach's alphas in the current sample were on average .88 (range .85-.92) for fathers and .90 (range .86-.94) for mothers.

Whereas parenting-related exhaustion and the quality of the parent-child relationship were measured for the two parents separately through self-reports, the rating of partner parental support was based on a cross-rater strategy. In particular, partner parental support for the mothers was computed from the mean of both the parental support that they perceived from their partner (i.e. the fathers) and the parental support that their partner (i.e. the fathers) reported giving to them, $r(155) = .48, p < .01$. For the fathers, partner parental support was computed from the mean of the parental support that they perceived from their partner (i.e. the mothers) and the parental support that their partner (i.e. the mothers) reported giving to them, $r(155) = .46, p < .01$. As a result, the present study partially controlled for shared-method variance between the variables in the moderation analysis.

2.4. Data analysis

Prior to analyzing the effect of parenting-related exhaustion on the quality of the parent-child relationship and the moderating role of partner parental support in this association, we conducted several preliminary analyses with the computer program SPSS 23 (IBM, 2015). First, we performed binary logistic regression analyses to explore the predictors of missingness. Second, we calculated descriptive statistics concerning parenting-related exhaustion, partner parental support and the quality of the parent-child relationship. Third, we calculated Pearson correlation coefficients to analyze the bivariate relations between parenting-related exhaustion, partner parental support and the quality of the parent-child relationship of mothers and fathers.

We conducted the main analyses using a structural equation modeling (SEM) framework with Stata 15 software (StataCorp., 2015). The SEM model considered mothers' and fathers' data to take the couple level into account. It was tested on the basis of observed variables encompassing the direct effects of parenting-related exhaustion and partner parental support on

the quality of the parent-child relationship, the moderating effect of partner parental support within the relations between parenting-related exhaustion and the quality of the parent-child relationships, and the covariations between mothers' and fathers' variables. We conducted analyses based on the covariance matrix using the robust maximum likelihood estimation. Several goodness-of-fit indices were used to determine the acceptability of the models: χ^2 , the comparative fit index (CFI) and the root mean square of approximation (SRMR). Chi-square compares the observed variance-covariance matrix with the predicted covariance matrix. Theoretically, it ranges from 0 (perfect fit) to infinity (poor fit). It is considered as satisfactory when it is non-significant (Byrne, 2001). Values close to or greater than .90 are desirable on the CFI (Hu & Bentler, 1999). For SRMR, values close to .08 or smaller are generally considered a good fit. Because the RMSEA is an absolute value of fit, a value of zero indicates perfect fit (Hu & Bentler, 1999).

3. Results

We entered predictors of missingness (i.e., age, number of children, educational level, incomes, work arrangement, parenting-related exhaustion on Monday, partner parental support on Monday and the quality of the parent-child relationship) in logistic regressions with the dropout binary (i.e. complete vs. incomplete data over the seven-day period) as the dependent variable. For mothers, no factor was a significant predictor of attrition. For fathers, only the level of perceived parental support at Wave 1 was a significant predictor of attrition ($\beta = -0.28$, $p < .05$). The drop-out fathers perceived less partner parental support than the other participants. The pattern of missingness cannot be considered as random, but is unlikely to alter the interpretation of the results.

We present the mean, standard deviation, and range for all variables in Table 1.

Table 2 displays the correlation coefficients (and Cohen's d) between parenting-related exhaustion, parental support and the quality of the parent-child relationship of mothers and fathers separately. As expected, there was a significant and negative association between parenting-related exhaustion and the quality of the parent-child relationship in mothers and fathers. These

moderate correlations suggest that the more exhausted the parent is, the less satisfactory the quality of the parent-child relationship becomes. Moreover, an expected significant and positive association was found between parental support and parenting-related exhaustion in mothers and fathers. The result suggests that the more exhausted the parent is, the more he/she gets partner parental support.

Table 1. Descriptive statistics

Variables	Mothers			Fathers		
	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>Range</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>Range</i>
Parenting-Related Exhaustion at T1	6.07	2.52	4.00 to 16.00	5.47	2.50	4.00 to 19.00
Parenting-Related Exhaustion at T2	5.44	2.24	4.00 to 15.00	4.92	1.90	4.00 to 14.00
Parenting-Related Exhaustion at T3	5.77	3.09	4.00 to 20.00	4.97	1.98	4.00 to 18.00
Parenting-Related Exhaustion at T4	5.56	2.91	4.00 to 21.00	5.03	2.19	4.00 to 16.00
Parenting-Related Exhaustion at T5	6.18	3.74	4.00 to 28.00	4.99	2.69	4.00 to 28.00
Parenting-Related Exhaustion_Mean	5.78	1.79	4.00 to 15.00	5.11	1.54	4.00 to 11.67
Perceived Partner Parental Support at T1	10.93	4.84	6.00 to 32.00	10.31	4.35	6.00 to 26.00
Perceived Partner Parental Support at T2	9.80	4.41	6.00 to 36.00	9.37	4.50	6.00 to 36.00
Perceived Partner Parental Support at T3	9.17	4.52	6.00 to 36.00	8.97	3.77	6.00 to 28.00
Perceived Partner Parental Support at T4	8.79	3.89	6.00 to 36.00	8.66	3.84	6.00 to 29.00
Perceived Partner Parental Support at T5	9.45	5.25	6.00 to 36.00	9.43	4.96	6.00 to 35.00
Given Partner Parental Support at T1	10.08	4.48	6.00 to 31.00	9.76	3.99	6.00 to 34.00

Given Partner Parental Support at T2	9.43	4.45	6.00 to 36.00	8.95	3.53	6.00 to 24.00
Given Partner Parental Support at T3	8.70	4.42	6.00 to 36.00	8.97	3.36	6.00 to 24.00
Given Partner Parental Support at T4	8.36	3.59	6.00 to 36.00	8.64	3.88	6.00 to 32.00
Given Partner Parental Support at T5	9.26	5.30	6.00 to 36.00	9.00	4.22	6.00 to 36.00
Partner Parental Support_Mean	18.64	5.73	7.00 to 45.80	18.43	5.87	7.00 to 47.60
Quality of the Parent-Child Relationship	34.75	4.56	24.00 to 46.00	34.76	4.65	22.00 to 47.00

Table 2. Correlation coefficients and effect sizes between parenting exhaustion, parental support and the quality of the parent-child relationship in mothers and fathers

	Parenting-Related Exhaustion	Parental Support	Quality of the Parent-Child Relationship
Parenting-Related Exhaustion	-	.30** (0.63)	-.19* (0.38)
Parental Support	.26** (0.54)	-	.02 (0.04)
Quality of the Parent-Child Relationship	-.22* (0.45)	-.02 (0.04)	-

Note. Coefficients above the diagonal are for mothers; coefficients below the diagonal are for fathers. * $p < .05$. ** $p < .01$.

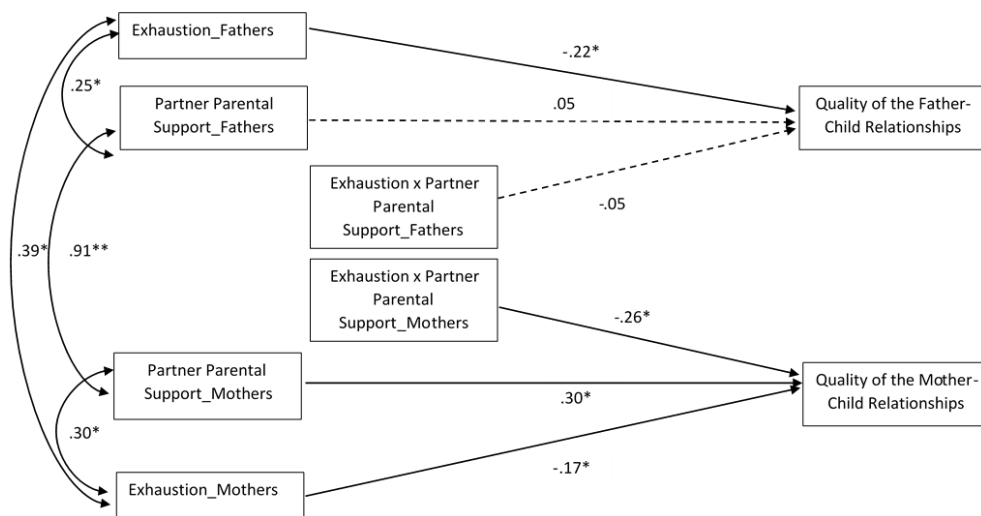
For the main analyses, as shown in Figure 1, we found a significant and direct effect of parenting-related exhaustion on the quality of the parent-child relationship for both mothers and fathers. In other words, parenting-related exhaustion has a negative impact on the quality of the parent-child relationship: the higher the level of exhaustion, the lower the quality of the parent-child relationship for both parents. We also found a significant and direct effect of partner parental support on the quality of the parent-child relationship for mothers with the partner's parental support to the mother seeming to increase the quality of the mother-child relationship.

With regard to the interaction terms, the moderating role of partner parental support in the relation between parenting-related exhaustion and the quality of the parent-child relationship was significant only for mothers, not for fathers. This suggests that the partner's parental support can compensate for the deleterious effect of the mother's parenting-related exhaustion on the quality of the mother-child relationship, but not for the deleterious effect of the father's parenting-related exhaustion on the quality of the father-child relationship. The interaction, which is presented in Figure 2, also shows that this compensating effect is limited to a low level of parenting-related exhaustion. When the mother is very exhausted, her partner's parental support

is no longer sufficient and cannot prevent the deleterious effects of parenting-related exhaustion on the quality of the mother-child relationship.

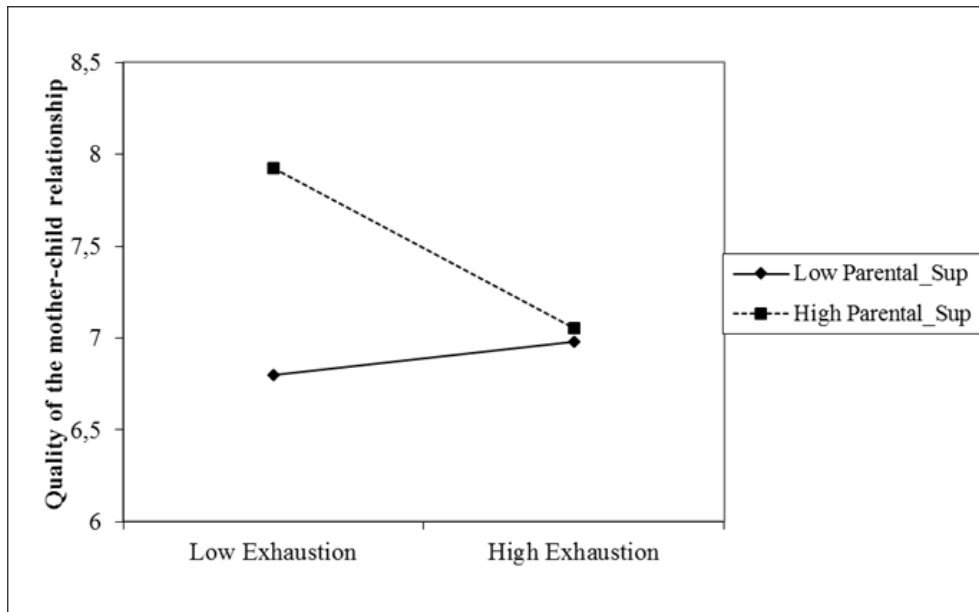
With regard to the fit indices, χ^2 was significant, $\chi^2_{(13)} = 49.40$, $p < .001$, suggesting that a significant proportion of the variance was unexplained by the model. However, this should not necessarily lead to the model's rejection. Other fit measures demonstrated a very good fit to the data: CFI = 1.00 and SRMR = .03.

Figure 1. Structural equation modeling testing direct effect of parenting exhaustion and partner parental support on the quality of the parent-child relationship, and the moderating role of partner parental support. For the readability of the figure, covariances implying interaction terms have been omitted.



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

Figure 2. The moderating role of parental support from the father within the relation between parenting-related exhaustion and the quality of the mother-child relationship



4. Discussion

Our main purpose in this current research was to address two issues: (1) to analyze the direct effect of parenting-related exhaustion on the quality of the parent-child relationship in both mothers and fathers and (2) to study the moderating role of partner parental support within the relation between parenting-related exhaustion and the quality of the parent-child relationship in mothers and fathers. The results highlight that parenting-related exhaustion has immediate deleterious consequences on the quality of the parent-child relationship for both mothers and fathers. Also, the current study provides evidence that partner parental support plays a role in compensating for these deleterious consequences in mothers, as long as parenting-related exhaustion remains low.

In line with our expectations arising from the literature review, we found a direct and negative effect of parenting-related exhaustion on the quality of the parent-child relationship for both mothers and fathers. Over a week, the average level of parenting-related exhaustion had a significant impact on the quality of the parent-child relationship during the weekend. In particular, when parents are more exhausted, they also perceive their child as more difficult when they interact together. A vicious circle is then likely to arise, in which the exhausted parent negatively evaluates the behaviors of his/her child while interacting with him/her and, in turn, this negative evaluation exacerbates the symptoms of parenting-related exhaustion. It has been suggested in previous studies that when the parent's level of well-being decreases, the quality of the parent-child relationship is directly impacted (Johansson et al., 2017). However, most previous studies have tested the links between parenting stress and the quality of the parent-child relationship in mothers, and very rarely in fathers (Crnic et al., 2005; Mackler et al., 2015). In the current study, we show that when fathers are exhausted, the quality of their relationship with their child(ren) is also directly and negatively impacted. Our results stress the importance of considering exhaustion in the entire family system both in research on parenting and in clinical interventions.

Our current results also highlight that exhaustion does not have to be at a critically high level for having immediate (i.e. in the following days) deleterious consequences on the parent-child relationship. The participants in the current study were mothers and fathers from a community sample and parenting-related exhaustion was measured over an ordinary week; moreover, as reported in Table 1, the average level of parenting-related exhaustion was low in the current sample. This suggests that even "ordinary" parenting-related exhaustion represents an immediate threat to the quality of the parent-child relationship, thus providing support for ongoing research into parental exhaustion and its consequences, which must be prevented.

In line with our expectation set out at the end of the literature review, we showed the role of partner parental support in preserving the quality of the parent-child relationship at times of parenting-related exhaustion. We found both a direct and a moderating effect of partner parental support on the quality of the mother-child relationship. Over a week, the more mothers received

parental support from their partner, the higher the quality of the relationship with her child(ren) was during the next weekend. This was consistent with previous studies, in which parental support from the father was found to be an essential resource (Parfitt & Ayers, 2014; Sampson et al., 2015; Séjourné, Vaslot, Beaumé, Goutaudier, et al., 2012). In addition, for mothers who were slightly exhausted, partner parental support played a moderating role within the association between parenting-related exhaustion and the quality of the mother-child relationship. For mothers suffering from higher levels of parenting-related exhaustion, however, additional resources seem to be needed. This is also consistent with the current view about the antecedent mechanism of parenting-related exhaustion as the first main dimension of parental burnout. Parental burnout is considered as the result of an imbalance between demands and resources (Mikolajczak & Roskam, 2018). A high level of exhaustion therefore supposes an accumulation of demands that will probably require several corresponding resources. In such cases, the mother's receipt of parental support from her partner will not be enough on its own.

For fathers, the results show neither a significant direct nor a significant indirect effect of partner parental support on the quality of the father-child relationship. This suggests that fathers need resources other than parental support from their partner (e.g. some other type of partner support or support from outside the family system) to prevent parenting-related exhaustion from having a deleterious effect on the quality of the father-child relationship. Another explanation may be that fathers do not consider parental support from their partner as true support. Parenthood still remains the most gender-typed social role in adulthood, and mothers are mainly in charge of household and childcare labor (Newkirk, Perry-Jenkins, & Sayer, 2017). Fathers may consider parental support from the mother (e.g. changing the diapers or making the meal) as "just normal" in the division of household chores rather than considering it as special support. If fathers do not view their partner's support as a specific resource, then this support cannot help them to restore the balance between demands and resources. Again, these interesting results call for greater consideration about fathers' beliefs, values and needs related to their parenting role.

To conclude, parenting-related exhaustion as a concept appeared recently in the literature. Our results provide support for ongoing research into this topic in relation to both mothers and fathers, in particular in terms of the consequences of exhaustion on children, not only in clinically-referred families but also in ordinary ones, to allow preventive measures to be developed and implemented. As we saw, partner parental support can be viewed as a resource in that it protects the quality of the parent-child relationship when mothers are slightly exhausted by their parental role. However, partner parental support is not relevant as a resource either for highly exhausted mothers, or for fathers whatever their exhaustion level. For them, the protective quality of this resource is somewhat limited and complementary resources need to be found.

4.1. Limitations and future research directions

While interesting in many ways, this study is by no means definitive. Several limitations have to be recognized. First, the sample in the current study was homogenous. The majority of participants were Caucasian, with a high level of education and a high socio-economic status. Also, they were from a community sample. Homogeneity can be considered as a strength in the current study given its sample size, but it limits our ability to generalize the results. It would be interesting to replicate the results with a more heterogeneous sample (e.g. with different levels of education, different levels of socio-economic status and different levels of parenting-related exhaustion).

Second, the intensive procedure (i.e. daily measurement) made it necessary to limit the number of items to be completed at each measurement occasion. The possibility cannot be excluded that the results might have been different if the questionnaires had been administered in their entirety. Moreover, it is also possible that the frequency of assessments triggered some measurement reactivity in behavioral self-reports.

Third, we could have used the repeated measures of parenting-related exhaustion and partner parental support for mothers and fathers during the week to test a model involving an intercept and a slope for each variable. However, given the number of couples who participated in the research, we

did not have the necessary statistical power to compute the model. We therefore chose to consider an average score for both exhaustion and support over the week.

Finally, although a longitudinal method was used, the research design did not permit direct inferences of causation. The possibility cannot be excluded that the same pattern would occur if the position of the variables was reversed. Thus, the quality of the parent-child relationship may impact the level of parenting-related exhaustion. For example, poor parent-child relationships may increase the level of parenting-related exhaustion. To test the causal direction between parenting-related exhaustion and the quality of the parent-child relationship, another experimental design would be needed.

PARTIE III

DISCUSSION GENERALE

Discussion générale

1. Introduction

Mon travail de thèse, débuté en 2015, s'est appuyé sur deux constats principaux. Le premier constat est que la parentalité peut engendrer de la détresse et cette détresse affecte en retour la qualité des relations parent-enfant. Or, il est extrêmement difficile d'oser reconnaître, à l'heure actuelle, le manque d'épanouissement dans son rôle parental. Car une vision positive, voire même idéalisée, de la parentalité est largement véhiculée dans notre société. Et pourtant, être parent, ce n'est pas que du bonheur et de l'épanouissement. C'est aussi du stress, de la fatigue, de la charge mentale,... Bref, un véritable challenge !

Le deuxième constat est que les pères et les mères sont considérés comme vivant leur rôle parental de manière différente. La transition vers la parentalité concernerait essentiellement les femmes (qui portent l'enfant et lui donnent naissance). Partant de ce point de vue, la littérature s'est principalement intéressée à l'effet du soutien conjugal, provenant du partenaire masculin, sur le bien-être de sa partenaire féminine. L'homme est donc considéré comme le pourvoyeur de soutien et la femme, comme sa bénéficiaire. Mettre en lien les concepts de détresse parentale et de soutien conjugal en adoptant une approche dyadique des mères et des pères nous est alors apparue comme une évidence.

De nombreuses recherches ont été consacrées à l'étude d'un type de détresse parentale en particulier : la dépression du post-partum. Celle-ci se caractérise par des symptômes de mal-être généraux, issus de l'épisode dépressif majeur, mais apparaissant à une période de vie particulière (pour rappel, au cours des douze premiers mois après la naissance de l'enfant). Son étiologie, ses symptômes, ses conséquences et sa prise en charge sont bien connus et documentés. Cependant, cette détresse parentale reste très peu étudiée chez les hommes car ils sont supposés être moins impactés par la transition vers la parentalité. En outre, la dépression du post-partum est évaluée par des échelles de dépression qui ne permettent pas de savoir si les symptômes sont réellement en lien avec le rôle parental. Par exemple, dans l'échelle d'Edinburgh (Cox et al., 1987), utilisée très souvent dans la

recherche et la clinique, les items sont généraux et ne permettent pas de contextualiser la détresse dans la sphère privée, professionnelle ou encore, parentale. A aucun moment, les items ne font référence à l'enfant, au rôle parental ou la relation entre le parent et son enfant. Par exemple, « au cours des sept derniers jours, j'ai pu rire et prendre les choses du bon côté » ou encore, « je me suis senti(e) triste ou malheureux(se) ».

Pour adresser cette limite, nous avons orienté la suite de la thèse exclusivement vers la sphère parentale, que ce soit au niveau de la détresse ou du soutien échangé entre les partenaires. La détresse spécifiquement liée au rôle parental est appelée « burnout parental ». La littérature à son sujet a littéralement explosé depuis l'année 2017, sous l'impulsion du programme de recherche BParent des professeures Mikolajczak et Roskam. Grâce à leurs études, la nature, les antécédents, les conséquences et le traitement du burnout parental sont désormais mieux connus et documentés. Contrairement à la dépression du post-partum, le burnout est un trouble contextualisé : il concerne uniquement la sphère privée et, spécifiquement, le rôle parental. Le burnout peut survenir à n'importe quel moment dans la vie d'un parent ; il n'est pas limité aux premiers mois après la naissance de l'enfant. Cependant, étant apparu récemment au sein de la littérature, l'association entre burnout parental et soutien parental ainsi que l'effet du burnout parental sur la qualité de la relation parent-enfant, sont encore méconnus. En outre, une vision dyadique du burnout n'a jamais été envisagée. S'appuyant sur ce nouveau champ de recherche, notre thèse s'est reposée sur l'utilisation d'une échelle de mesure de l'épuisement parental, comme premier symptôme du burnout.

Le concept de soutien parental du/de la partenaire était inexistant au sein de la littérature. En revanche, les concepts de soutien social, soutien conjugal ou encore, coparentalité et alliance parentale étaient bien documentés. Des outils de mesure validés existent et les effets positifs du soutien (surtout de l'homme envers la femme) ont été testés (Belsky, 1984; Gleason et al., 2003; Gleason et al., 2008; Schoppe-Sullivan et al., 2007). Par exemple, de nombreuses études ont mis en évidence le rôle protecteur du soutien conjugal vis-à-vis du bien-être individuel, de la satisfaction conjugale ou encore, du développement de l'enfant (Don & Mickelson, 2012; Kanter & Proulx, 2019; Salmela-Aro et al., 2010). L'éventuel rôle protecteur du soutien parental vis-à-vis de la détresse parentale et de la relation parent-enfant n'avait encore jamais été étudié. Notre thèse s'est appuyée sur la conceptualisation théorique

de la variable du soutien parental des partenaires et sur la validation d'une échelle permettant de la mesurer tout en adoptant une approche dyadique.

Ensuite, il nous paraissait indispensable d'étudier l'impact de la détresse parentale et l'éventuel rôle protecteur du soutien parental, sur la qualité de la relation parent-enfant. Comme expliqué dans le chapitre 3, la relation parent-enfant résulte d'une succession d'interactions, positives ou négatives, entre le parent et l'enfant (Hinde, 1987). De nombreux facteurs influencent les interactions et la qualité de la relation parent-enfant (Bronte-Tinkew et al., 2006; Duncan et al., 2009; Russell et al., 1998; Scaramella & Leve, 2004; Volling & Belsky, 1991) : les caractéristiques individuelles du parent (ex. sa personnalité ou son niveau de détresse psychologique), les caractéristiques de l'enfant (ex. son tempérament ou son âge) et les caractéristiques de l'environnement (ex. la fratrie ou le soutien social). Dans le cadre de cette thèse, nous nous sommes limités à l'influence de la détresse psychologique du parent sur la qualité de la relation parent-enfant. La majorité des études ont souligné une association négative entre la détresse parentale (dépression du post-partum et stress parental) et la qualité de la relation parent-enfant (Duncan et al., 2009). Cependant, l'impact direct de l'épuisement parental sur cette relation n'avait pas encore été étudié, tout comme le rôle éventuellement protecteur du soutien parental du/de la partenaire.

Dans le cadre de la thèse, nous avons par ailleurs tenté de dépasser les limites de la littérature consacrée à la détresse parentale, au soutien entre partenaires et à la relation parent-enfant. Premièrement, seul le niveau inter-individuel (comparaison des individus entre eux) avait été pris en considération. Le niveau intra-individuel (comparaison de l'individu par rapport à lui-même) n'a, au meilleur de nos connaissances, pas été étudié. Deuxièmement, la dimension dyadique était très peu présente. La détresse d'une part et le soutien de l'autre ont été abordés soit chez les mères, soit chez les pères. A notre connaissance, aucune étude ne porte sur l'éventuel ajustement dyadique entre les deux membres du couple conjugal ou parental. Troisièmement, les études concernant la détresse parentale se sont principalement centrées sur les mères. Les conséquences de la détresse paternelle sur la qualité de la relation père-enfant sont encore peu connues. En outre, la majorité des études ont analysé l'effet du support provenant du père sur le niveau de détresse de la mère. L'effet du support provenant de la

mère sur le niveau de détresse parentale du père a été très peu documenté. Quatrièmement, la majorité des recherches précédentes ont utilisé des échantillons cliniques (avec des mamans souffrant de dépression du post-partum et/ou un enfant souffrant de difficultés telles qu'une paralysie cérébrale, un trouble de l'attention ou encore, des difficultés comportementales). L'association entre détresse parentale, soutien parental et qualité de la relation parent-enfant a été plus rarement envisagée chez les parents tout-venants.

Notre thèse s'est donc fixée pour objectif de dépasser les limites de la littérature en étudiant les relations entre détresse parentale, soutien parental entre les partenaires et qualité des relations parent-enfant au sein d'un échantillon tout-venant. Ce faisant, nous voulions aborder plusieurs questions de recherche. Premièrement, *la transition vers la parentalité est-elle source de détresse pour les mères et les pères ?* L'objectif de cette première question de recherche était de comprendre ce qui se passe chez les mères et les pères lorsqu'ils deviennent parents pour la première fois et s'ils font l'expérience de cette transition de manière différente ou non. Deuxièmement, *quel est l'impact de la détresse d'un parent sur la détresse de son/sa partenaire ?* L'objectif de cette deuxième question de recherche était de mettre en évidence une éventuelle « contagion » ou « contamination » de la détresse parentale au sein des couples. Troisièmement, *existe-t-il une association négative entre le niveau de détresse d'un parent et le niveau de soutien de l'autre parent ? Ou alors, l'augmentation de la détresse d'un parent entraîne-t-elle un surplus de soutien de la part de l'autre partenaire ?* L'objectif de cette troisième question de recherche était de tester l'existence d'un éventuel ajustement entre les partenaires en fonction de l'état de détresse et du niveau de soutien disponible ou au contraire, d'une association négative entre détresse parentale et soutien entre les partenaires. Quatrièmement, *la détresse parentale a-t-elle un impact immédiat sur la qualité des relations parent-enfant ?* L'objectif de cette quatrième question de recherche était d'analyser l'effet direct de la détresse parentale sur la qualité des relations mère-enfant et père-enfant. Et enfin, cinquièmement, *cet impact peut-il être modéré par le soutien du partenaire ?* L'objectif de cette dernière question de recherche était de tester l'effet modérateur du soutien parental du/de la partenaire au

sein de l'association entre détresse parentale et qualité de la relation parent-enfant.

Pour répondre à ces différentes questions, nous avons mené quatre études empiriques. La première étude abordait la détresse parentale sous l'angle de la dépression du post-partum et le soutien entre les partenaires sous un angle général. Cette étude s'est intéressée à l'association prospective entre dépression du post-partum et soutien conjugal au sein de couples primipares au moment de la transition vers la parentalité. La deuxième étude a permis de conceptualiser la variable du soutien parental du/de la partenaire et la création d'un questionnaire permettant de la mesurer. Cette étude a été réalisée auprès de parents tout-venants étant en couple et ayant au moins un enfant vivant sous le toit familial. La troisième étude abordait la détresse parentale sous l'angle de l'épuisement parental (comme premier symptôme du burnout) et le soutien entre partenaires sous l'angle du soutien parental. Cette étude s'intéressait à l'association entre la détresse parentale et le soutien parental au sein de couples ayant un enfant âgé de 10 à 36 mois. Pour terminer, la quatrième étude s'intéressait à l'association prospective entre la détresse parentale et la qualité de la relation parent-enfant. Cette dernière étude testait également le rôle modérateur du soutien parental entre partenaires sur la relation entre détresse parentale et qualité de la relation parent-enfant.

Pour rappel, au sein de nos études, le soutien a été envisagé comme pouvant être perçu (le/la partenaire reporte ce qu'il perçoit recevoir de l'autre) et donné (le/la partenaire reporte ce qu'il estime donner à l'autre). Cette stratégie multi-informateurs a permis d'enrichir les données et d'adopter un point de vue dyadique. En outre, la qualité de la relation parent-enfant a été évaluée pour chaque parent séparément, sachant que ces relations sont uniques. Toutes nos études ont été menées avec des parents tout-venants, recrutés par le biais de gynécologues ou de milieux d'accueil. Nous avons donc volontairement pris le parti de ne pas étudier une population clinique, notre objectif étant d'étudier les relations entre détresse, soutien et relation parent-enfant dans des familles dites « ordinaires ». Pour terminer, la méthode longitudinale intensive utilisée dans les études 3 et 4, couplée à une approche dyadique nous a permis de tester les variations intra-individuelles, inter-individuelles et dyadiques de la détresse parentale et du soutien parental.

2. Synthèse et interprétation des résultats obtenus dans nos recherches expérimentales

Afin d'éviter une certaine redondance avec les articles présentés dans ce travail, seuls les résultats majeurs de nos études seront repris dans la partie ci-dessous. L'objectif principal de celle-ci est de répondre à nos cinq questions de recherche. Un tableau récapitulatif vient faciliter la compréhension des lecteurs : il résume les différentes variables prises en compte dans nos études (Tableau 3). Nos résultats, présentés ci-dessous, seront illustrés par des extraits de témoignages de parents. Dans le cadre d'une recherche qualitative, nous avons en effet récolté le témoignage de 4 couples de parents d'un enfant âgé entre 10 et 36 mois au moyen d'entretiens semi-directifs. L'objectif de cette recherche était d'adopter une approche méthodologique mixte afin de comprendre le concept de soutien parental en profondeur. Cette étude n'a pas fait l'objet d'un manuscrit scientifique mais nous avons choisi de l'utiliser afin d'illustrer qualitativement nos résultats obtenus de manière quantitative.

Tableau 3. Tableau récapitulatif des variables prises en compte dans nos études expérimentales

CONTRIBUTIONS EMPIRIQUES						
<i>Etude</i>	<i>Echantillon</i>	<i>Design expérimental</i>	<i>Analyses statistiques</i>	<i>Variables indépendantes</i>	<i>Variables dépendantes</i>	<i>Variable modératrice</i>
Chapitre 1: Partner support as a protection against distress during the transition to parenthood	53 couples hétérosexuels se préparant à la parentalité pour la première fois	Longitudinal avec deux temps de mesure : troisième trimestre de la grossesse et trois mois après la naissance de l'enfant	T-test sur échantillons pairés Analyses de régression Analyses de variances sur mesures répétées (ANOVAs)	Soutien conjugal : DCI (Gmelch & al., 2008)	Dépression du post-partum : DASS (Lovibond & Lovibond, 1995)	/
Chapitre 2 : Development and validation of the Partner Parental	442 parents étant en couple et ayant minimum un enfant sous le toit familial	Transversal	Analyses confirmatoires (CFA)	Satisfaction conjugale : DAS (Antoine, Christophe & Nandrino, 2008)	Soutien parental du/de la partenaire donné et perçu : PPSQ	/

Support Questionnaire				Sentiment de compétence parentale : PSOC (Gibaud-Wallston & Wandersman, 1978)	(Gillis & Roskam, in press)	
Chapitre 3 : The regulation between daily exhaustion and support in parenting: A dyadic perspective	97 couples hétérosexuels ayant un enfant âgé entre 10 et 36 mois	Longitudinal intensif avec cinq temps de mesures (du lundi au vendredi)	Analyses en multi-niveaux (HLM)	/	Soutien parental du/de la partenaire donné et perçu : PPSQ (Gillis & Roskam, in press) Epuisement parental : PBI (Roskam, Raes & Mikolajczak, 2017)	/
Chapitre 4: Daily exhaustion and support in parenting: Impact on the quality of the parent-child relationship	157 couples hétérosexuels ayant un enfant âgé entre 10 et 36 mois	Longitudinal intensif avec sept temps de mesures (du samedi au samedi)	Analyses en équations structurales (Stata)	Epuisement parental : PBI (Roskam, Raes & Mikolajczak, 2017)	Qualité de la relation parent-enfant : AQS (Waters & Deane, 1985)	Soutien parental du/de la partenaire donné et perçu : PPSQ (Gillis & Roskam, in press)

2.1. La transition vers la parentalité et la détresse parentale

Notre première question de recherche avait pour objectif de déterminer si la période de transition vers la parentalité pouvait représenter une source de détresse pour les mères et les pères. Les résultats obtenus dans le cadre de cette thèse suggèrent que, dans un échantillon tout-venant, la période de transition vers la parentalité peut être principalement considérée comme un événement positif pour les mères primipares mais aussi les nouveaux pères. En effet, nos résultats ont démontré que les mères étaient significativement moins en détresse après la naissance de leur enfant que durant la grossesse. Chez les pères, le niveau de détresse psychologique est resté généralement stable durant cette période excepté pour ceux dont la partenaire démontrait une baisse du niveau de détresse. Chez ces derniers, le niveau de détresse durant la période de transition a diminué significativement.

La présence d'un effet principal du temps chez la femme et non chez l'homme peut être expliqué par le fait que, durant la période de transition vers la parentalité, la femme reçoit énormément d'attention et de soutien (de la part de son réseau social et des professionnels de la santé) car elle est considérée par l'entourage, comme plus vulnérable (Mao et al., 2011). En outre, les papas retournent au travail beaucoup plus tôt que les mamans. Ils peuvent donc rencontrer plus de difficultés pour concilier vie professionnelle et vie familiale dès les premières semaines de vie de leur enfant (Séjourné, Vaslot, Beaumé, & Chabrol, 2012).

Ce premier résultat souligne que la période de transition vers la parentalité peut être considérée comme un événement heureux et positif au sein d'une population tout-venante et ne présentant aucun facteur de risque. Toutefois, il est important de garder à l'esprit que les futurs parents doivent être accompagnés et soutenus lors de cette période qui représente, malgré tout, un véritable challenge pour le couple. Ce résultat souligne également l'importance de prendre en considération les pères, à la fois dans la recherche et dans la clinique relatives à la parentalité. Nous pouvons mettre en évidence que ceux-ci sont autant impactés que les mères par l'arrivée d'un nouvel enfant. Ils ont donc besoin d'être soutenus et de ne pas être considérés uniquement comme des pourvoyeurs de soutien pour leur partenaire.

2.2. Impact de la détresse parentale d'un partenaire sur la détresse parentale de l'autre

Notre deuxième question de recherche avait pour objectif de déterminer l'impact du niveau de détresse parentale d'un partenaire sur le niveau de détresse parentale de l'autre partenaire. En d'autres termes, nous voulions tester s'il existait une sorte de « contagion » ou « contamination » des symptômes de détresse parentale au sein du couple. Les résultats obtenus dans le cadre de cette thèse ont mis en évidence cet effet de contamination des symptômes de détresse parentale. Lors de la période de transition vers la parentalité, les mères et les pères affichaient le même niveau de détresse parentale avant et après la naissance de l'enfant. Ils avaient tendance à suivre la même trajectoire développementale et à fonctionner comme une dyade. Ils faisaient face à la naissance de leur enfant ensemble, en équipe, et non pas comme deux individus indépendants l'un de l'autre.

Ce même résultat a été démontré à un niveau intra-individuel et grâce à l'approche dyadique. Sur une semaine, les jours où un partenaire présentait un niveau plus élevé de détresse parentale, le niveau de détresse parentale de l'autre partenaire augmentait également. A nouveau, nous pouvons confirmer qu'il y a un effet de contagion des symptômes de détresse parentale d'un partenaire sur les symptômes de détresse parentale de l'autre partenaire.

Toutefois, nos résultats ont démontré qu'à un niveau inter-individuel, ce phénomène de contagion n'existait pas. En effet, sur une semaine, les variations de détresse d'un jour à l'autre chez un partenaire n'étaient pas associées au niveau moyen de détresse parentale de l'autre partenaire (par comparaison aux autres sujets de l'échantillon). Ce résultat est extrêmement important car il met en évidence que, ce qui explique le phénomène de contagion n'est pas le fait d'être, en moyenne, plus ou moins en détresse parentale (comparé aux autres parents de l'échantillon) mais bien la variation quotidienne que le parent affiche autour de son propre niveau moyen de détresse. Sur cette base quotidienne, si un parent affiche un niveau de détresse plus important que d'habitude, l'autre parent va devoir s'adapter rapidement, gérer plus de tâches que d'habitude tout en soutenant l'autre parent. Ces changements rapides et inattendus débouchent alors sur une augmentation des symptômes de détresse parentale chez l'autre. A l'inverse, vivre avec un/une

partenaire qui est, en moyenne, plus en détresse parentale que les autres parents n'apporte pas d'effet de surprise et ne requiert donc pas cette flexibilité.

Ce deuxième résultat innovant souligne qu'il existe un effet de contamination des symptômes de détresse parentale au sein du couple. Les deux partenaires conjugaux suivent la même trajectoire développementale et fonctionnent comme une réelle équipe parentale. Une nouvelle fois, il est essentiel de prendre en compte à la fois les mères mais aussi les pères tant dans la recherche que dans la clinique. En outre, la particularité de notre thèse est de mettre l'accent sur le niveau intra-individuel dans une perspective dyadique, ce qui a très rarement été envisagé dans la littérature. Ce qui semble donc réellement essentiel au sein du couple, c'est la manière dont chaque partenaire se situe par rapport à sa propre moyenne (de détresse) et non pas par rapport à la moyenne de l'échantillon. Cet accordage entre partenaires et l'effet de contamination se jouent au quotidien dans les dyades père-mère.

2.3. Association entre détresse parentale d'un partenaire et soutien parental de l'autre partenaire

Notre troisième question de recherche avait pour objectif de déterminer s'il y avait une association négative entre les symptômes de détresse parentale d'un partenaire et le niveau de soutien parental de l'autre partenaire ou si, à l'inverse, une augmentation de détresse parentale chez un des partenaires entraînait une augmentation du niveau de soutien chez l'autre partenaire. Sur base de notre revue de littérature, nous tenions pour hypothèse une association négative entre la détresse parentale et le soutien : au plus le parent recevait du soutien, au moins il présenterait un niveau élevé de détresse parentale. Toutefois, cette hypothèse n'a pas été confirmée et nos résultats ont montré une association inverse : au plus le parent était en détresse, au plus le niveau de soutien de la part de son/sa partenaire était élevé. Cette même association a été trouvée lorsque les parents se préparaient à la parentalité pour la première fois.

Ce résultat met en évidence un phénomène de régulation au sein des couples (indétectable lorsqu'on adopte un point de vue strictement interindividuel) : les jours où le parent rapporte un niveau plus élevé de

détresse parentale, il perçoit aussi plus de soutien de la part de son/sa partenaire. Le support provenant du partenaire aurait pour objectif de compenser l'augmentation des symptômes de détresse parentale chez l'autre partenaire. Chaque parent semble attentif à l'état de détresse et aux variations intra-individuelles de cet état chez l'autre parent. Il tente dès lors de restaurer immédiatement la détresse de l'autre en fournissant du soutien émotionnel, instrumental ou en approuvant l'autre dans son rôle parental. Une fois encore, ce phénomène de régulation dyadique souligne que la mère et le père fonctionnent comme une réelle équipe parentale et qu'ils font face ensemble aux challenges quotidiens de la parentalité. Ce résultat a été retrouvé au sein des discours qualitatifs des parents. Lorsque le parent rencontre une difficulté, il explique que son/sa partenaire lui apporte du soutien afin de lui venir en aide. A titre d'illustration, voici quelques extraits de témoignage :

« Il y a des jours où il n'y a rien qui va... et parfois, je pourrais me regarder et me dire : Mais qu'est-ce qu'il t'a pris de faire des enfants ? Dans les pires moments où le pic est vers le bas, Vladimir est toujours là pour me dire : Mais non, Lola, t'es une maman super ! Tu fais tout pour les enfants ».

« Elle ne va jamais me laisser désemparé, ça c'est clair. Elle me soutient, elle est toujours là ».

« C'est vrai que quand j'ai besoin de lui, il est là ».

Ce résultat peut également être considéré à la lumière de l'approche systémique et d'un angle plus clinique. La systémique permet une vision synthétique des relations interpersonnelles et recompose l'ensemble des relations significatives qui relient les éléments en interaction (Pinel-Jacquemin, 2012). Sous cette perspective, nous pourrions voir les effets délétères d'un comportement positif, comme le soutien parental, sur l'autre membre du couple conjugal. Par exemple, lorsqu'un partenaire procure du soutien parental, il soulage l'autre mais il lui renvoie également l'image de réussite dans son rôle parental, là où l'autre est en échec. Dans ce cas, le

soutien parental du partenaire viendrait alimenter la détresse parentale de l'autre. Il s'agit d'un phénomène fréquemment reporté par les patients lors de leur processus thérapeutique. A titre d'illustration, voici un extrait d'un témoignage clinique d'une maman souffrant de burnout parental :

« Il me soutient énormément dans ma parentalité. Il prend beaucoup de choses en charge à la maison, à tel point que j'ai peur que lui-même finisse par tomber en burnout. Je devrais être soulagée mais je ressens beaucoup de culpabilité, de tristesse et de honte. Lui, il arrive à tout gérer : son boulot, la maison, les enfants,... Et moi, en fait, je ne gère rien du tout ».

Il peut aussi y avoir un phénomène de soulagement et de transfert : le fait de recevoir plus de soutien parental « autorise » l'autre parent à exprimer sa détresse. Effectivement, comme le partenaire prend en charge les différentes tâches de la maison et apporte du soutien émotionnel à l'autre, ce dernier peut se permettre de « craquer » et d'exprimer son mal-être. Ce phénomène est d'ailleurs observable au sein des thérapies individuelles. Lorsqu'un patient, souffrant de détresse parentale, termine son processus thérapeutique, il n'est pas rare de recevoir en séance, quelques mois plus tard, son/sa partenaire pour le même type de problématique. Ceci illustre le fait que, lorsque le parent va mieux et est à nouveau capable d'offrir du soutien à l'autre, ce dernier peut se laisser aller et exprimer à son tour son mal-être.

Ce troisième résultat totalement innovant montre une nouvelle fois que le niveau intra-individuel dyadique dans les analyses statistiques est pertinent. Ce qui est essentiel dans la compréhension de ces phénomènes dyadiques est la manière avec laquelle les individus évoluent/varient autour de leur propre moyenne d'un jour à l'autre. L'augmentation du niveau de soutien chez un parent un jour donné est ainsi liée au niveau de détresse parentale de l'autre parent le même jour. Chaque jour, le partenaire semble adapter la quantité de soutien qu'il fournit en fonction de l'état de détresse de l'autre partenaire. Les jours où le parent rapporte plus de détresse (par rapport à son propre niveau de détresse moyen), le partenaire offre plus de support (par rapport à ce qu'il donne d'habitude/sa propre moyenne). Ce n'est donc pas tant le niveau de soutien ou de détresse parentale par rapport à la moyenne de l'échantillon qui importe, mais bien le niveau de soutien ou de détresse parental par rapport à la moyenne propre à l'individu.

2.4. Impact de la détresse parentale sur la qualité de la relation parent-enfant

Notre quatrième question de recherche avait pour objectif de déterminer si le niveau de détresse parentale avait un impact immédiat sur la qualité des relations parent-enfant. Plus particulièrement, nous souhaitions analyser l'effet direct du niveau d'épuisement parental au cours de la semaine sur la qualité des relations mère-enfant et père-enfant durant le week-end suivant. Sur base de notre revue de littérature, nous avons émis l'hypothèse d'une association négative entre le niveau de détresse parentale et la qualité des relations parent-enfant. Cette hypothèse a été confirmée et nos résultats ont mis en évidence que les symptômes de détresse parentale avaient des conséquences néfastes immédiates sur la qualité de la relation parent-enfant, à la fois chez les mères et chez les pères. Ainsi, au cours de la semaine, le niveau moyen d'épuisement parental a eu un impact direct sur la qualité des relations parent-enfant durant le week-end. Nos résultats suggèrent par ailleurs qu'un cercle vicieux puisse être à l'œuvre (mais que nous n'avons pas évalué formellement dans notre étude) : le parent épuisé aurait tendance à évaluer négativement les comportements de son enfant lorsqu'ils interagissent ensemble et, à son tour, cette évaluation négative contribuerait à l'intensification des symptômes d'épuisement parental.

Ce quatrième résultat souligne l'importance d'ouvrir et d'étoffer le nouveau champ de la littérature consacré au burnout parental. Nos travaux contribuent à montrer qu'il peut avoir des conséquences désastreuses sur l'ensemble du système familial alors même que le niveau d'épuisement est « ordinaire ». En effet, il n'est pas nécessaire que le niveau de détresse parentale soit à un niveau clinique pour avoir des conséquences négatives immédiates sur les relations parent-enfant. Pour rappel, nous avons volontairement mené nos études sur une population non clinique, avec l'objectif d'étudier les relations entre détresse, soutien et qualité du lien au sein de familles dites « ordinaires ». Ainsi, le niveau moyen de détresse parentale au sein de notre échantillon était faible. Et pourtant, la détresse parentale qualifiée d'« ordinaire » a déjà des effets délétères sur la qualité des relations parent-enfant. Nos résultats soulignent aussi à nouveau l'importance de considérer les pères dans le phénomène de détresse parentale : lorsque les

pères étaient épuisés, la qualité de leur relation avec leur enfant était directement et négativement impactée. Il est donc essentiel de prendre en considération le phénomène de détresse parentale dans la totalité du système familial non seulement dans les recherches sur la parentalité mais aussi dans les interventions cliniques.

2.5. Impact de la détresse parentale sur la qualité de la relation parent-enfant modéré par le soutien parental

Notre cinquième question de recherche avait pour objectif d'identifier si l'impact de la détresse parentale sur la qualité de la relation parent-enfant pouvait être modéré par le support parental du/de la partenaire. En d'autres termes, nous souhaitions déterminer si le support parental du/de la partenaire était une ressource suffisante pour restaurer l'équilibre des parents épuisés et, ainsi, modérer l'impact négatif de l'épuisement sur la qualité des relations parent-enfant. Les résultats obtenus dans le cadre de cette thèse supportent partiellement l'effet modérateur du soutien parental du/de la partenaire. Nous avons trouvé un effet modérateur du soutien parental du/de la partenaire sur la qualité de la relation mère-enfant. Ainsi, durant la semaine, au plus la maman a reçu du soutien parental de la part de son partenaire, meilleure était la qualité de la relation avec son enfant lors du week-end suivant. Ce résultat a été retrouvé dans les discours qualitatifs des mamans. Lorsque leur partenaire leur offre du soutien parental concret, elles expliquent pouvoir prendre du temps pour elles-mêmes, être moins tendues à la maison. A titre d'illustration, voici quelques extraits de témoignage :

« Il prend les enfants et moi, je fais autre chose ou j'ai plus de temps de prendre un bain, de me détendre un peu ».

« Si j'ai plus de temps, que je peux faire plus de choses parce qu'il prend le relais, c'est clair que je serai plus zen et je serai une meilleure mère. C'est la patience avec les enfants... Si on est tout le temps tendu, sur les nerfs parce qu'on a 1000 choses à faire, ça ne va pas le faire. Même si on veut bien faire, quand tu as la fatigue qui est là, que tu sais que tu as encore plein de choses à faire, ça ne te rend pas les choses faciles ».

Toutefois, cet effet modérateur a été trouvé exclusivement chez les mamans faiblement épuisées. Pour les mères souffrant d'un niveau d'épuisement plus élevé, il semblerait que des ressources supplémentaires soient nécessaires. Ce résultat est totalement cohérent avec le modèle Balance Risques Ressources (Mikolajczak & Roskam, 2018), expliquant le mécanisme du burnout parental. Pour rappel, l'épuisement parental est considéré comme le symptôme principal du syndrome de burnout parental. Ce syndrome résulte d'un déséquilibre entre les demandes parentales et les ressources parentales (Roskam & Mikolajczak, 2018). Dès lors, un niveau élevé d'épuisement parental suppose une accumulation de demandes d'un côté de la balance, nécessitant une accumulation de ressources de l'autre côté. Dans ce cas, le support parental du partenaire ne peut suffire à lui seul à rééquilibrer la balance et d'autres ressources supplémentaires sont alors nécessaires.

Concernant les pères, nos résultats n'ont pas réussi à démontrer un effet modérateur du soutien parental de la partenaire sur la qualité de la relation père-enfant. Ce résultat suggère que les pères ont besoin d'autres types de ressources afin de préserver la qualité de la relation avec leur enfant en cas d'épuisement parental. Par exemple, un autre type de soutien de la part de leur partenaire ou du soutien provenant de l'extérieur du système familial. Une autre explication possible a émané de l'analyse de nos entretiens qualitatifs. Il se peut que les pères ne considèrent pas le soutien parental de leur partenaire comme tel. A l'heure actuelle, la parentalité est toujours considérée comme étant le rôle social le plus genré à l'âge adulte. Les mères sont principalement en charge des tâches ménagères et des tâches liées aux enfants (Newkirk et al., 2017). Par conséquent, les pères pourraient considérer le support parental de leur partenaire (par exemple, préparer le repas ou donner le bain aux enfants) comme quelque chose de « normal » dans la

division des tâches quotidiennes. De cette façon, les pères ne considèreraient pas ce type de soutien comme une ressource et donc, ce soutien n'aurait aucun poids dans la balance entre les demandes et les ressources parentales. A titre d'illustration, voici quelques extraits de témoignages dans lesquels les pères expliquent que leur partenaire assume la majorité des tâches quotidiennes sans jamais énoncer qu'ils considèrent cela comme du soutien à leur égard :

« Une journée type... C'est sûr que Sylvianne s'occupe beaucoup plus des enfants que moi. Que ce soit la préparation, donner à manger, les habiller,... ».

« Une journée type avec le travail... Moi, je me lève et je ne vois pas la petite. Je lui fais un petit bisou et puis Julie prend en charge le reste. Je ne rentre que vers 18h30 ».

« Niveau de l'organisation avec les enfants, je ne suis pas beaucoup présent mais j'aime passer du temps avec eux. Et je ne me prends pas la tête à devoir aspirer, je m'en fou. Je préfère passer du temps avec la petite que de passer l'aspirateur pour que ça soit propre ».

Ce cinquième résultat souligne à nouveau l'importance de prendre en considération les croyances, les valeurs et les besoins des hommes dans leur rôle de père tant au niveau de la recherche que de la clinique. En outre, le soutien parental du partenaire peut être considéré comme une ressource intéressante, principalement pour les mamans. Ce résultat souligne qu'il est essentiel de continuer à étudier et à développer le modèle de Balance Risques Ressources (Mikolajczak & Roskam, 2018) en lien avec le burnout parental.

3. Limites et considérations méthodologiques

La discussion de cette thèse nous permet d'aborder la question des limites, inhérentes à tout travail de recherche et de proposer, pour les recherches futures, des pistes pour tenter de les dépasser. Cette partie s'intéressera aux limites méthodologiques auxquelles nous avons été confrontées.

3.1. Recrutement des participants et échantillon

De manière générale, les échantillons de chacune de nos études expérimentales ne sont pas représentatifs de l'ensemble de la population. En effet, la majorité de nos participants étaient d'origine caucasienne avec un niveau de statut socio-économique et d'éducation élevés. Bien que l'homogénéité puisse être considérée comme une force au sein d'échantillons de taille restreinte, elle limite la généralisabilité de nos résultats à l'ensemble de la population. En outre, nous avons volontairement fait le choix de récolter un échantillon composé de participants issus de la population tout-venant. Il serait donc intéressant de répliquer ces résultats au sein d'un échantillon hétérogène et/ou clinique, composé de parents ayant un niveau de détresse parentale élevé et/ou des enfants avec des troubles variés (comportementaux, émotionnels, d'apprentissage, besoins spécifiques,...).

En outre, concernant la validation de notre questionnaire évaluant le soutien parental du/de la partenaire, le nombre d'hommes au sein de notre échantillon était faible ($n = 48$). Par conséquent, nous n'avons pas pu évaluer l'invariance de mesure de notre questionnaire ni vérifier si la structure tridimensionnelle de l'outil était la même pour les mères et pour les pères.

Concernant le recrutement de nos échantillons, nous n'avons pas collecté d'informations précises au sujet de la configuration du système familial et du couple conjugal. Nous ne savons donc pas la proportion de participants qui est le parent biologique ou adoptif de l'enfant, un beau-parent ou simplement, un/une partenaire romantique. Dès lors, il serait intéressant de répliquer ces résultats dans des constellations familiales variées.

3.2. Limites liées aux outils de mesure

3.2.1. *La détresse parentale*

Dans le cadre de cette thèse, la détresse parentale a été appréhendée via le syndrome de dépression du post-partum et de burnout parental.

La dépression du post-partum a été évaluée au moyen d'un questionnaire auto-reporté, le Depression Anxiety Stress Scale (Lovibond & Lovibond, 1995). Cette échelle présente de nombreux avantages comme le fait qu'elle existe en version courte (21 items) et donc, facile à utiliser dans le cadre de la recherche. L'outil est complet car il mesure à la fois les symptômes de dépression, d'anxiété et de stress. Le questionnaire est destiné à la fois aux femmes et aux hommes. Néanmoins, il présente certaines limites. Premièrement, il ne permet pas de distinguer les symptômes de dépression du post-partum et les symptômes du trouble dépressif majeur. A aucun moment, le questionnaire ne fait référence au rôle parental ou à l'arrivée de l'enfant. Deuxièmement, il s'agit d'une échelle auto-reportée et donc, soumise au biais de désirabilité sociale. Il est facile, pour le participant, de dissimuler volontairement ses symptômes ou, à l'inverse, de les exagérer. Et l'échelle ne permet pas de dépister de tels biais. Une possibilité de réduire, voire même de supprimer ces biais est l'utilisation de l'entretien semi-structuré afin d'évaluer les symptômes de dépression du post-partum. Le « Structured Clinical Interview for the DSM » (First, 2014) est une interview semi-structurée permettant d'évaluer divers troubles, dont l'épisode dépressif majeur et la dépression du post-partum. Toutefois, sa mise en place est nettement plus complexe comparativement à la passation du DASS et son temps de passation beaucoup plus long (jusqu'à deux heures d'interview).

Le burnout parental a été appréhendé via le symptôme d'épuisement parental (manifestation première du syndrome de burnout). Cet épuisement parental a été évalué au moyen d'un questionnaire auto-reporté, le Parental Burnout Inventory (Roskam et al., 2017). Afin de nous centrer uniquement sur le symptôme d'épuisement et de limiter le nombre d'items à compléter chaque jour par les participants (design longitudinal intensif), nous avons seulement utilisé la sous-échelle d'épuisement physique et émotionnel du questionnaire. Comme pour le DASS, le PBI présente de nombreux avantages

d'utilisation comme sa rapidité de passation et sa précision concernant l'évaluation des symptômes d'épuisement parental. En outre, l'outil possède de très bonnes qualités psychométriques. Toutefois, comme pour le DASS, il s'agit d'une échelle auto-reportée et donc, soumise au biais de désirabilité sociale. A nouveau, il est possible pour le participant de dissimuler volontairement ses symptômes d'épuisement parental. Ce biais est d'autant plus inquiétant que nous savons toute la difficulté qui réside à l'heure actuelle d'avouer ses échecs et son manque d'épanouissement dans son rôle parental. Une limite supplémentaire du PBI est qu'il a été construit à partir du questionnaire évaluant le burnout professionnel (le Maslach Burnout Inventory (MBI), Maslach, Jackson, Leiter, Schaufeli, & Schwab, 1986). Les auteurs ont adapté les items, initialement dédiés au monde professionnel, à la sphère parentale. Cette approche déductive a ses limites car elle ne permet pas de pointer d'éventuelles dimensions spécifiques à la sphère privée (et donc absentes dans le MBI). Afin de dépasser cette limite, Roskam et al. (2018) ont créé un nouveau questionnaire, via l'utilisation d'une approche inductive : le Parental Burnout Assessment. Nous n'avons malheureusement pas pu utiliser ce questionnaire dans nos études expérimentales, celui-ci ayant été créé après la mise en place de notre méthodologie de recherche.

3.2.2. Le soutien du partenaire

Dans le cadre de cette thèse, le soutien du partenaire a été appréhendé via le concept de soutien conjugal et de soutien parental.

Le soutien conjugal a été évalué au moyen d'un questionnaire auto-rapporté, le Dyadic Coping Inventory (Gmelch et al., 2008). Cette échelle permet de mesurer la manière avec laquelle les partenaires conjugaux se soutiennent lorsqu'ils font face à des situations stressantes. Ce questionnaire présente de nombreux avantages comme sa facilité d'utilisation, à la fois pour la recherche et pour la clinique, mais aussi parce qu'il reflète de manière assez complète le fonctionnement du couple conjugal. A titre d'exemple, le DCI permet d'expliquer 40% de la variance du niveau de satisfaction conjugale (Bodenmann, 2005). En outre, il permet de mesurer le soutien conjugal lorsqu'un des partenaires (ou les deux) fait face à une situation stressante. Cet aspect est particulièrement pertinent dans notre travail puisque nous cherchions à évaluer le soutien conjugal lors de la transition vers la

parentalité, période caractérisée par un niveau de stress important. Néanmoins, il présente certaines limites. Premièrement, comme nos deux échelles précédentes, il s'agit qu'un questionnaire auto-reporté et donc, soumis au biais de désirabilité sociale. En outre, dans sa version longue, l'échelle contient 68 items. Son temps de passation est donc conséquent. Afin de dépasser ces limites, l'auteur a adapté le questionnaire pour qu'il puisse être administré sous forme d'entretien semi-structuré d'une quinzaine de minutes (Bodenmann, 2008). Cependant, la mise en place d'un entretien semi-structuré est plus complexe, particulièrement lors d'un design longitudinal, comparativement à l'utilisation d'un questionnaire auto-reporté.

Le soutien parental du/de la partenaire a été évalué au moyen d'un questionnaire auto et hétéro-reporté, le Partner Parental Support Questionnaire (Gillis & Roskam, 2019). Ce questionnaire présente de nombreux avantages d'utilisation comme sa rapidité de passation et sa précision concernant l'évaluation du soutien parental des partenaires. En outre, il permet de mesurer à la fois le soutien parental perçu par le/la partenaire mais aussi le soutien parental que le/la partenaire dit donner à l'autre. Ainsi, cette échelle est particulièrement pertinente et utile pour les recherches adoptant une approche dyadique ainsi que pour contrôler le niveau de variance partagée (grâce aux deux versions permettant une approche multi informateurs). Néanmoins, cet outil présente certaines limites méthodologiques. Par exemple, il a été validé auprès d'un échantillon composé majoritairement de mères. Il est donc possible qu'il ne reflète pas la réalité de l'expérience des pères. Ensuite, le questionnaire a été créé à partir d'échelles existantes (échelle de soutien social, conjugal ou encore, de satisfaction conjugale). Il aurait été intéressant d'utiliser une approche méthodologique mixte en partant de données qualitatives afin de générer les items du questionnaire. Des recherches supplémentaires sont nécessaires pour préciser le concept de soutien parental du/de la partenaire et tester l'invariance de mesure pour le genre notamment.

3.2.3. *La relation parent-enfant*

La qualité de la relation parent-enfant a été évaluée à partir d'une sélection d'items issus de l'Attachment Q-Sort (Waters & Deane, 1985). Cette méthode, largement utilisée, permet d'évaluer l'attachement. L'AQS a comme avantage principal sa facilité d'utilisation pour la recherche : il se réfère à la description du comportement de l'enfant, dans son milieu naturel, par ses parents ou par un observateur extérieur à l'aide d'une série d'items à classer et à trier. Il permet donc d'évaluer la relation parent-enfant sans devoir mettre en place un dispositif d'observation expérimentale au sein d'un laboratoire, comme le nécessite la Strange Situation par exemple (Pierrehumbert, Mühlemann, Antonietti, Sieye, & Halfon, 1995). Toutefois, l'évaluation de la relation parent-enfant via l'AQS présente certaines limites. Notamment, un biais lié à la désirabilité sociale et au participant. En effet, cet outil pose la question de savoir si les parents sont réellement compétents et objectifs pour décrire une relation dans laquelle ils sont partie prenante. Selon Pierrehumbert et al. (1995), lorsque l'AQS est complété par le parent, il fait davantage référence au tempérament de l'enfant qu'à la qualité stricte de la relation entre le parent et son enfant. Pour remédier à cette limite, l'AQS peut être complétée par un observateur extérieur. Dans le cadre de notre thèse, l'AQS a été remplie par la mère, le père mais aussi l'accueillante de l'enfant. Il s'est avéré que les accueillantes d'enfants ont éprouvé beaucoup de difficultés à évaluer les items de l'AQS sur base des moments d'observation dont elles disposent. Pour beaucoup, ces moments sont brefs et rares. Certains parents déposent leur enfant et repartent immédiatement pour se rendre au travail. Au retour, ils ne prennent pas davantage de temps. L'accueillante dispose donc de quelques minutes quotidiennes pour tenter d'évaluer la qualité de la relation avec chaque parent. En outre, les accueillantes (à qui nous demandions d'évaluer la qualité de la relation parent-enfant séparément pour la mère et le père) ne voient pas régulièrement les deux parents. Certains enfants sont systématiquement déposés et repris par leur mère et jamais par le père. Pour d'autres, c'est l'inverse. Pour d'autres encore, c'est un grand-parent qui assure les trajets. La validité des données produites par les accueillantes posait donc réellement question. Nous avons finalement fait le choix de ne pas exploiter ces données dans le cadre de notre thèse.

3.3. Limites liées à l'analyse des résultats

Notre thèse de recherche s'est intéressée à la relation entre la détresse parentale, le soutien des partenaires et la qualité de la relation parent-enfant. Toutefois, elle ne permet pas de tester la relation entre ces trois variables en pistes causales. En effet, la méthodologie de recherche utilisée ne nous permet pas d'inférer des liens de causalité entre les variables. Dans notre recherche, nous avons voulu étudier si, au sein des couples, les jours où un partenaire est plus en détresse que d'habitude, l'autre partenaire lui offre plus de soutien que d'habitude (hypothèse d'adaptation dyadique au quotidien). Mais, nous aurions pu étudier la relation inverse entre détresse parentale et niveau de soutien : est-ce que les jours où un partenaire se montre plus soutenant que d'habitude, le niveau de détresse de l'autre partenaire diminue ? Toutefois, cette relation inverse nous semble contre-intuitive car, à priori, il n'y a pas de raison qu'un partenaire se montre plus soutenant (sur le plan conjugal et/ou parental) alors que l'autre ne montre aucun signe de détresse psychologique. Une manière de tester la direction causale entre détresse parentale et soutien des partenaires est d'utiliser un design quasi-expérimental dans lequel la variable du soutien serait manipulée afin de tester son influence sur le niveau de détresse parentale ultérieur.

Une limite supplémentaire liée à l'analyse des résultats concerne la variable du soutien parental. En effet, dans nos analyses statistiques, nous nous sommes uniquement référés au score global de soutien parental. Or, afin d'obtenir une analyse plus fine de nos résultats, il aurait été intéressant de distinguer les trois sous-dimensions du soutien parental au sein de nos études empiriques.

Pour terminer, il aurait été pertinent d'utiliser l'*Actor-Partner Interdependence Model* (APIM; Kashy & Kenny, 1999) au sein de nos analyses. En effet, cette méthodologie permet de tester un modèle de relations dyadiques en incluant une vue conceptuelle de l'interdépendance existante au sein des dyades (Cook & Kenny, 2005).

4. Implications cliniques

Premièrement, notre thèse s'inscrit dans le champ de la littérature émergente au sujet du burnout parental. L'apparition de ce nouveau concept dans la littérature scientifique pose la question de la multiplication des diagnostics cliniques. En effet, l'émergence de ce nouveau syndrome peut comporter des pièges, comme le fait de présenter toute une série de troubles qui se ressemblent et qui possèdent un certain degré de recouvrement (*overlap*) entre eux. Il est inutile de proposer différents syndromes qui, au final, représentent la même souffrance. A contrario, lorsqu'on fait le choix de limiter les diagnostics, certaines personnes peuvent se sentir non reconnues dans leur souffrance, cette dernière n'étant pas précisément nommée.

Un argument empirique récent fait pencher notre préférence pour une position en faveur du diagnostic de burnout parental. Les études des professeures Mikolajczak et Roskam ont démontré la spécificité du burnout parental par rapport au burnout professionnel, au syndrome dépressif majeur et à la dépression du post-partum. Les corrélations de Pearson que les auteurs ont obtenues suggèrent l'existence d'un certain overlap entre burnout parental et syndrome dépressif majeur ($r = .43$), entre burnout parental et dépression du post-partum ($r = .48$) et entre burnout parental et burnout professionnel ($r = .42$). Cependant, les analyses en équations structurales montrent très clairement que le meilleur modèle est celui qui présente les trois troubles comme distincts les uns des autres. A l'inverse, un modèle alternatif considérant qu'ils participent à un facteur « psychopathologie » commun, ne s'ajuste pas aux données (Mikolajczak et al., under review). Nous avons donc volontairement fait le choix de contribuer à la littérature émergente au sujet du burnout parental et d'ouvrir un nouveau champ de recherche. Notons que dans le cadre de notre thèse, aucun diagnostic formel n'a été posé et que notre échantillon était composé de parents tout-venants. Nos mesures concernaient donc des symptômes qui étaient peu intenses et peu fréquents chez l'ensemble des parents.

Deuxièmement, nos résultats fournissent des arguments solides en faveur d'une approche familiale/systémique de la détresse parentale. Pendant de nombreuses années, les recherches sur la parentalité ont ignoré le rôle du père envers sa famille mais aussi l'expérience et les besoins de ce dernier dans son

rôle parental. Dans leur revue de littérature, Tissot et al. (2011) ont démontré que le père pouvait jouer un rôle modérateur au sein de la relation entre dépression maternelle et développement de l'enfant de manière indirecte. Ainsi, le père pourrait influencer l'évolution du trouble dépressif chez sa compagne en lui offrant du soutien adéquat (amélioration du trouble) ou, à l'inverse, en la péjorant (intensification du trouble). A son tour, ce phénomène pourrait influencer l'impact de la dépression maternelle sur la relation mère-enfant et le développement de ce dernier. Nos résultats apportent une preuve supplémentaire en faveur de cette hypothèse : le père joue un rôle d'effet « tampon » au sein de la relation entre détresse maternelle et relation mère-enfant. En se montrant soutenant sur le plan parental, il permet de diminuer l'impact négatif de la détresse maternelle sur la qualité de la relation mère-enfant.

En consultation individuelle et/ou de groupe, il est donc important de se focaliser sur ce soutien parental en tant que possible facteur de risque ou de ressource dans le modèle de la balance du burnout parental. Dans un premier temps, il est nécessaire de rappeler au parent qu'il n'est pas seul dans son rôle et que son/sa partenaire peut constituer une ressource précieuse pour lui. La psychoéducation au sujet du soutien parental et de ses dimensions est essentielle pour permettre au patient de bien comprendre ce concept. Ensuite, guider le parent pour qu'il puisse identifier les points forts et les points faibles de son couple parental afin de cibler le travail thérapeutique. Il est important de rappeler au patient la distinction entre le couple conjugal et le couple parental, deux systèmes au fonctionnement différents. Il est parfois utile de susciter une prise de conscience chez le parent de la nécessité de prendre soin de sa relation de couple. Ceci a pour objectif d'augmenter le soutien émotionnel au sein du couple. Des exercices demandant un effort de décentration peuvent être proposés : il est essentiel que le patient puisse se mettre à la place de son/sa partenaire et évaluer si le soutien qu'il/elle reçoit est adéquat. Il est également important de rappeler au patient qu'il n'est pas en train d'échouer dans son rôle parental, malgré la détresse qu'il ressent. Être parent à deux ne veut pas forcément dire que la tâche parentale est facile et que les échanges sont toujours constructifs. Il est normal d'avoir des conflits et leur résolution est essentielle. Enfin, il est primordial de travailler sur la

communication au sein du couple et sur l'expression de ses besoins afin de recevoir le soutien parental désiré.

En outre, nos résultats démontrent de manière inédite que la détresse paternelle a aussi un impact négatif sur la qualité de la relation père-enfant. Les pères ont également besoin de soutien dans leur parentalité mais leur expérience et leurs besoins semblent différents de ceux des mères. Il est donc essentiel de les prendre en compte, à la fois dans la recherche mais aussi dans la pratique clinique. L'approche familiale de la détresse parentale nous semble donc nécessaire et offrir des perspectives uniques. Cette approche se justifie d'autant plus par le fait que, dans les couples, la détresse parentale d'un des partenaires s'accompagne d'une augmentation des symptômes de détresse parentale chez l'autre. Nous avons documenté l'impact négatif de la détresse parentale sur les relations parent-enfant ; cet impact pourrait être aggravé si les deux parents sont en souffrance. En outre, quelques recherches ont mis en évidence l'efficacité d'une prise en charge clinique interpersonnelle des mères souffrant de dépression du post-partum. L'efficacité des thérapies interpersonnelles de la dépression par rapport aux thérapies individuelles a souvent été démontrée (Fletcher, 2009; Gotlib & Beach, 1995; Grube, 2005; Teichman & Teichman, 1990). Sur le plan clinique, comme souligné par nos résultats et la revue de littérature de Tissot et al. (2011), une approche familiale de la détresse parentale, à la fois pour les mères mais aussi pour les pères, semble donc judicieuse et nécessaire.

Troisièmement, notre thèse met en évidence toute la complexité de l'espace interpersonnel avec la différence qui existe entre l'intention de donner du soutien et l'effet que ce soutien aura sur l'autre. Ce phénomène porte le nom de « *perceived responsiveness* ». Il se définit comme la perception que le partenaire conjugal comprend et valorise les états internes ainsi que les points de vue de l'individu, et qu'il agira avec soutien et empathie envers les désirs, besoins, objectifs, valeurs et préférences de ce dernier (Reis, Clark, & Holmes, 2004). De ce point de vue, il est possible qu'un partenaire se considère comme soutenant sur le plan parental mais que ce soutien ne soit pas perçu comme tel par l'autre. Le partenaire a donc l'intention de soutenir l'autre mais ce soutien n'a pas l'effet escompté sur ce dernier. Ces situations peuvent alors créer des tensions au sein du couple et

mener à de l'insatisfaction conjugale. Par conséquent, il est essentiel de prendre en compte ce phénomène de « *perceived responsiveness* » lors de thérapies de couple.

Pour terminer, nos résultats soulignent l'importance de distinguer le couple conjugal du couple parental. Comme nous l'avons montré, le soutien parental se distingue du soutien conjugal et concerne deux identités différentes. Lors d'une thérapie de couple, il est essentiel de déterminer si les deux partenaires viennent consulter en tant que couple ou en tant que parent. Il sera alors nécessaire d'orienter et d'adapter le travail thérapeutique en fonction de la sphère qui est à travailler. En effet, il est fréquent de rencontrer des couples qui fonctionnent très bien au sein de leur relation conjugale mais qui rencontrent des difficultés au sein de leur relation parentale, et inversement. Ceci est d'autant plus important que, bien souvent, la parentalité et la conjugalité se confondent et se mélangent. La parentalité deviendrait même plus importante que le couple. Prenons l'exemple de deux partenaires conjugaux ne désirant pas devenir parents ; il sera fréquent pour eux de devoir justifier leur choix aux yeux des autres. Comme si, la finalité d'un couple conjugal était la parentalité. Dans le processus thérapeutique, il est donc primordial de faire la distinction entre ces deux sphères dès le départ et d'orienter le travail thérapeutique en fonction de cette distinction.

5. Perspectives futures et conclusion

Ce travail a pu mettre en lumière des résultats de recherche attestant de l'importance de la relation entre trois variables : la détresse parentale, le soutien des partenaires et la relation parent-enfant. Les études futures devront s'atteler à approfondir davantage les résultats obtenus dans cette thèse et à les répliquer au sein d'échantillons hétérogènes et/ou cliniques.

Sur base des résultats obtenus, il semble particulièrement pertinent de mettre en place une étude quasi-expérimentale dans laquelle la variable du soutien parental serait manipulée. Nous pourrions imaginer mettre en place une intervention qui permettrait d'améliorer et/ou d'augmenter la quantité et la qualité du soutien parental. Cette intervention pourrait révéler des résultats intéressants car elle permettrait d'étudier la relation causale entre détresse parentale et soutien parental et d'apporter des réponses concrètes pour la

pratique clinique. En outre, il serait intéressant de répliquer ces résultats en utilisant un design longitudinal différent : espacer l'intervalle entre les temps de mesure, par exemple, une semaine ou un mois, afin de récolter les données sur un laps de temps plus long et d'investiguer les relations croisées et les effets réciproques entre soutien et épuisement.

Nos résultats ont mis en évidence l'importance de s'intéresser au burnout parental ainsi qu'à son étiologie. Continuer les recherches dans ce domaine et affiner le modèle de la Balance Risques-Ressources (BR²) est essentiel. Il est nécessaire de continuer à l'améliorer en fonction du sexe du parent, de sa situation ou encore, des caractéristiques de son enfant. Nous avons souligné les particularités existantes entre les pères et les mères mais il n'existe pas encore de modèle de BR² spécifique à chacun. Nous devons également garder à l'esprit que l'enfant joue un rôle au sein de ce modèle. Par exemple, le parent d'un enfant à besoins spécifiques est soumis à des stressseurs particuliers et non communs. L'élaboration d'un modèle de BR² spécifiquement adapté à ces parents fait défaut à l'heure actuelle.

En outre, étant donné l'évolution du système familial à l'heure actuelle, il serait pertinent d'analyser les relations entre détresse parentale, soutien des partenaires et relations parent-enfant au sein de configurations familiales diverses. Par exemple, chez des couples homosexuels ou au sein de familles recomposées dans lesquelles un des parents n'est pas le parent biologique de l'enfant. Ce facteur pourrait influencer le degré d'implication parentale et donc, de soutien parental ainsi que les effets sur la qualité de la relation parent-enfant.

Dans le même ordre d'idées, il serait aussi intéressant d'analyser le rôle de la culture sur nos trois variables d'intérêt. La culture influence les représentations parentales ainsi que la quantité et la nature du soutien échangé entre les partenaires. Prenons l'exemple de cultures orientales dans lesquelles les soins prodigués à l'enfant et la gestion du quotidien sont exclusivement réservés à la femme. Dans ce cas, elle ne reçoit pas de soutien parental de son partenaire et ne s'attend pas à en recevoir.

Pour terminer, il serait pertinent de s'interroger sur les éventuels médiateurs et/ou modérateurs supplémentaires de la relation entre détresse parentale et relations parent-enfant. Par exemple, des variables individuelles telles que le niveau de sentiment de compétence parentale, le niveau d'empathie ou encore, la sensibilité parentale pourraient influencer l'impact de la détresse parentale sur la qualité des relations parent-enfant. Des variables dyadiques, comme le niveau d'accord entre les parents par rapport aux attitudes et croyances vis-à-vis du rôle parental, pourraient également jouer un rôle au sein de cette association. Au vu de nos résultats, continuer à s'interroger sur le modèle de la Balance Risques Ressources (Mikolajczak & Roskam, 2018) spécifique aux hommes paraît évident. Il est essentiel de pouvoir identifier quelles sont les ressources qui permettront aux hommes de pouvoir rééquilibrer leur balance. Tout comme il serait pertinent d'identifier des ressources supplémentaires efficaces pour les mamans ayant un niveau élevé d'épuisement.

Ces différentes pistes attestent du travail considérable qu'il reste à accomplir afin de mieux comprendre les relations entre détresse parentale, soutien des partenaires et relations parent-enfant. Cependant, elles nous invitent à développer des études expérimentales rigoureuses et désireuses de pouvoir dégager des conclusions plus claires concernant l'association entre détresse parentale et relations parent-enfant ainsi que le rôle modérateur du soutien des partenaires. Il est donc essentiel de continuer à mener des études prenant en compte la triade père/mère/enfant afin de repérer au mieux les situations à risque d'aggravation en cas de détresse parentale, mais également de mieux connaître les facteurs de protection sur lesquels s'appuyer.

En guise de conclusion, voici un extrait du témoignage de Sylvianne dans lequel elle partage sa vision du couple et de la parentalité. Ce témoignage est illustratif des résultats de notre thèse et souligne l'importance du rôle de chacun des partenaires dans la parentalité ainsi que le soutien échangé entre eux.

« C'est important pour moi, que je lui apporte des choses et que lui apporte des choses. On est deux êtres différents et ça va construire un enfant. Moi, je n'ai pas la science infuse et lui non plus. C'est nos différences aussi qui nous permettent de nous construire et d'évoluer. C'est important que lui mette sa touche et qu'on trouve un équilibre. C'est important que lui s'impose et que je lui laisse de la place aussi. C'est important qu'il trouve sa place. Le fait qu'il me soutienne, c'est dans le sens : Tu n'es pas toute seule. On l'a fait ensemble. On est tous les deux parents et on s'occupe de notre enfant ensemble. Pour moi, c'est la définition de la famille et de la construction d'un être humain ».

Références bibliographiques

- Abidin, R. R. (1990). Introduction to the special issue: The stresses of parenting. *Journal of Clinical Child Psychology*, 19(4), 298-301.
- Abidin, R. R., & Brunner, J. F. (1995). Development of a parenting alliance inventory. *Journal of Clinical Child Psychology*, 24(1), 31-40.
- Ahrons, C. R. (1981). The continuing coparental relationship between divorced spouses. *American Journal of Orthopsychiatry*, 51(3), 415.
- Aktan, N. M. (2012). Social support and anxiety in pregnant and postpartum women: A secondary analysis. *Clinical Nursing Research*, 21(2), 183-194.
- Andrews, F. M., & Withey, S. B. (2012). *Social indicators of well-being: Americans' perceptions of life quality*: Springer Science & Business Media.
- Antoine, P., Christophe, V., & Nandrino, J. (2008). Dyadic Adjustment Scale: Clinical interest of a revision and validation of an abbreviated form. *L'Encephale*, 34(1), 38-46.
- APA. (2015). *DSM-5-Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux*: Elsevier Masson.
- Apter-Levy, Y., Feldman, M., Vakart, A., Ebstein, R. P., & Feldman, R. (2013). Impact of maternal depression across the first 6 years of life on the child's mental health, social engagement, and empathy: the moderating role of oxytocin. *American Journal of Psychiatry*, 170(10), 1161-1168.
- Augusti, E.-M., Baugerud, G. A., Sulutvedt, U., & Melinder, A. (2017). Maltreatment and trauma symptoms: does type of maltreatment matter?
- Aycan, Z., & Eskin, M. (2005). Relative contributions of childcare, spousal support, and organizational support in reducing work-family conflict for men and women: The case of Turkey. *Sex Roles*, 53(7-8), 453-471.
- Badr, L. K. (2018). Is the effect of postpartum depression on mother-infant bonding universal? *Infant Behavior and Development*, 51, 15-23.

- Bakker, A. B., & Demerouti, E. (2007). The job demands-resources model: State of the art. *Journal of Managerial Psychology*, 22(3), 309-328.
- Barbato, A., & D'Avanzo, B. (2008). Efficacy of couple therapy as a treatment for depression: A meta-analysis. *Psychiatric Quarterly*, 79(2), 121-132.
- Barfoot, J., Meredith, P., Ziviani, J., & Whittingham, K. (2015). Relationship-focused parenting intervention to support developmental outcomes for a young child with cerebral palsy: A practice application. *British Journal of Occupational Therapy*, 78(10), 640-643.
- Barry, R. A., Bunde, M., Brock, R. L., & Lawrence, E. (2009). Validity and utility of a multidimensional model of received support in intimate relationships. *Journal of Family Psychology*, 23(1), 48.
- Beach, S. R., Fincham, F. D., Katz, J., & Bradbury, T. N. (1996). Social support in marriage *Handbook of Social Support and the Family* (pp. 43-65): Springer.
- Beck, A. T., Steer, R. A., & Carbin, M. G. (1988). Psychometric properties of the Beck Depression Inventory: Twenty-five years of evaluation. *Clinical Psychology Review*, 8(1), 77-100.
- Beebe, B., Jaffe, J., Buck, K., Chen, H., Cohen, P., Feldstein, S., & Andrews, H. (2008). Six-week postpartum maternal depressive symptoms and 4-month mother-infant self-and interactive contingency. *Infant Mental Health Journal: Official Publication of The World Association for Infant Mental Health*, 29(5), 442-471.
- Belsky, J. (1984). The determinants of parenting: A process model. *Child Development*, 83-96.
- Belsky, J., & Rovine, M. (1990). Patterns of marital change across the transition to parenthood: Pregnancy to three years postpartum. *Journal of Marriage and the Family*, 5-19.
- Belsky, J., Woodworth, S., & Crnic, K. A. (1996). Trouble in the second year: Three questions about family interaction. *Child Development*, 556-578.
- Besemer, K. L., & Dennison, S. M. (2018). Family Imprisonment, Maternal Parenting Stress and Its Impact on Mother-Child Relationship Satisfaction. *Journal of Child and Family Studies*, 1-12.

- Bigras, N., Blanchard, D., Bouchard, C., Lemay, L., Tremblay, M., Cantin, G., . . . Guay, M.-C. (2009). Stress parental, soutien social, comportements de l'enfant et fréquentation des services de garde. *Enfances, Familles, Générations*(10), 0-0.
- Bloch, M., Daly, R. C., & Rubinow, D. R. (2003). Endocrine factors in the etiology of postpartum depression. *Comprehensive Psychiatry*, 44(3), 234-246. doi:[http://dx.doi.org/10.1016/S0010-440X\(03\)00034-8](http://dx.doi.org/10.1016/S0010-440X(03)00034-8)
- Bodenmann, G. (2005). Dyadic coping and its significance for marital functioning. *Couples Coping with Stress: Emerging Perspectives on Dyadic Coping*, 1(1), 33-50.
- Bodenmann, G. (2008). Dyadic coping and the significance of this concept for prevention and therapy. *Zeitschrift für Gesundheitspsychologie*, 16(3), 108-111.
- Boldt, L. J., Kochanska, G., Grekin, R., & Brock, R. L. (2016). Attachment in middle childhood: predictors, correlates, and implications for adaptation. *Attachment & Human Development*, 18(2), 115-140.
- Bowlby, J. (1988). Attachment, communication, and the therapeutic process. *A secure base: Parent-child attachment and healthy human development*, 137-157.
- Bowlby, J. (2008). *A secure base: Parent-child attachment and healthy human development*: Basic books.
- Bowlby, J. (2012). *A secure base*: Routledge.
- Boyd, R. C., Zayas, L. H., & McKee, M. D. (2006). Mother-infant interaction, life events and prenatal and postpartum depressive symptoms among urban minority women in primary care. *Maternal and Child Health Journal*, 10(2), 139.
- Branje, S. (2018). Development of parent–adolescent relationships: Conflict interactions as a mechanism of change. *Child Development Perspectives*.
- Brannan, A. M., & Heflinger, C. A. (2001). Distinguishing caregiver strain from psychological distress: Modeling the relationships among child, family, and caregiver variables. *Journal of Child and Family Studies*, 10(4), 405-418.

- Brassard, A., Houde, F., & Lussier, Y. (2011). Élaboration et validation du Questionnaire de Soutien Conjugal (QSC). *Canadian Journal of Behavioural Science*, 43(2), 69.
- Brianda, M. E., Roskam, I., Franssen, A., Kappala, F., Gérard, F., & Mikolajczak, M. (in preparation). Effectiveness of two group interventions for the treatment of parental burnout: A randomized control trial.
- Brock, R. L., O'Hara, M. W., Hart, K. J., McCabe, J. E., Williamson, J. A., Laplante, D. P., . . . King, S. (2014). Partner support and maternal depression in the context of the Iowa floods. *Journal of Family Psychology*, 28(6), 832-843. doi:<http://dx.doi.org/10.1037/fam0000027>
- Bronte-Tinkew, J., Horowitz, A., & Carrano, J. (2010). Aggravation and stress in parenting: Associations with coparenting and father engagement among resident fathers. *Journal of Family Issues*, 31(4), 525-555.
- Bronte-Tinkew, J., Moore, K. A., & Carrano, J. (2006). The father-child relationship, parenting styles, and adolescent risk behaviors in intact families. *Journal of Family Issues*, 27(6), 850-881.
- Brummelte, S., Pawluski, J. L., & Galea, L. A. (2006). High post-partum levels of corticosterone given to dams influence postnatal hippocampal cell proliferation and behavior of offspring: a model of post-partum stress and possible depression. *Hormones and Behavior*, 50(3), 370-382.
- Button, S., Pianta, R. C., & Marvin, R. S. (2001). Mothers' representations of relationships with their children: Relations with parenting behavior, mother characteristics, and child disability status. *Social Development*, 10(4), 455-472. doi:10.1111/1467-9507.00175
- Byrne, B. (2001). Structural equation modeling with AMOS. Rahwah. J.: Lawrence Erlbaum Associates. Chapman, KJ, Davis, R., Toy, D., & Wright, L.(2004). Academic integrity in the business school environment: I'll get by with a little help from my friends. *Journal of Marketing Education*, 26(3), 236-249.
- Capponi, I., & Horbach, C. (2005). Evolution et déterminants éventuels de l'anxiété périnatale de primipares: Du huitième mois de grossesse au

- troisième mois post-partum. [Evolution and possible determinants of perinatal anxiety among primiparous mothers: From the eighth month of pregnancy to the third month post partum.]. *Devenir*, 17(3), 211-231. doi:<http://dx.doi.org/10.3917/dev.053.0211>
- Caron, J., & Guay, S. (2005). Soutien social et santé mentale: concept, mesures, recherches récentes et implications pour les cliniciens. *Santé Mentale au Québec*, 30(2), 15-41.
- Carter, W., Grigoriadis, S., Ravitz, P., & Ross, L. E. (2010). Conjoint IPT for postpartum depression: literature review and overview of a treatment manual. *American Journal of Psychotherapy*, 64(4), 373-392.
- Ceballo, R., & McLoyd, V. C. (2002). Social support and parenting in poor, dangerous neighborhoods. *Child Development*, 73(4), 1310-1321.
- Cheng, E. R., Rifas-Shiman, S. L., Perkins, M. E., Rich-Edwards, J. W., Gillman, M. W., Wright, R., & Taveras, E. M. (2016). The influence of antenatal partner support on pregnancy outcomes. *Journal of Women's Health*, 25(7), 672-679.
- Cohen, S., Underwood, L. G., & Gottlieb, B. H. (2000). *Social support measurement and intervention: A guide for health and social scientists*: Oxford University Press.
- Cohen, S., & Wills, T. A. (1985). Stress, social support, and the buffering hypothesis. *Psychological bulletin*, 98(2), 310.
- Cole, D. A., & Maxwell, S. E. (2003). Testing mediational models with longitudinal data: questions and tips in the use of structural equation modeling. *Journal of Abnormal Psychology*, 112(4), 558.
- Conroy, S., Pariente, C. M., Marks, M. N., Davies, H. A., Farrelly, S., Schacht, R., & Moran, P. (2012). Maternal psychopathology and infant development at 18 months: the impact of maternal personality disorder and depression. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 51(1), 51-61.
- Cook, W. L., & Kenny, D. A. (2005). The actor-partner interdependence model: A model of bidirectional effects in developmental studies. *International Journal of Behavioral Development*, 29(2), 101-109.
- Correia, L. L., & Linhares, M. B. M. (2007). Maternal anxiety in the pre-and postnatal period: a literature review. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 15(4), 677-683.

- Cote, L. R., & Bornstein, M. H. (2009). Child and mother play in three US cultural groups: Comparisons and associations. *Journal of Family Psychology*, 23(3), 355.
- Cox, J. L., Holden, J. M., & Sagovsky, R. (1987). Detection of postnatal depression. Development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale. *The British Journal of Psychiatry*, 150(6), 782-786.
- Crandell, L. E., Fitzgerald, H. E., & Whipple, E. E. (1997). Dyadic synchrony in parent-child interactions: A link with maternal representations of attachment relationships. *Infant Mental Health Journal: Official Publication of The World Association for Infant Mental Health*, 18(3), 247-264.
- Crawford, A. M., & Manassis, K. (2001). Familial predictors of treatment outcome in childhood anxiety disorders. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 40(10), 1182-1189.
- Crittenden, P., Der, C., & Früherkennung, I. (2005). Using the CARE-Index for screening, intervention, and research. *Online verfügbar unter: <http://www.patcrittenden.com/images/CARE-Index.pdf>, zuletzt aktualisiert am, 3, 2009.*
- Crnic, K. A., Gaze, C., & Hoffman, C. (2005). Cumulative parenting stress across the preschool period: Relations to maternal parenting and child behaviour at age 5. *Infant and Child Development: An International Journal of Research and Practice*, 14(2), 117-132.
- Crnic, K. A., & Low, C. (2002). Everyday stresses and parenting. *Handbook of parenting volume 5 practical issues in parenting*, 242.
- Crouch, J. L., & Behl, L. E. (2001). Relationships among parental beliefs in corporal punishment, reported stress, and physical child abuse potential. *Child Abuse & Neglect*, 25(3), 413-419.
- Cutrona, C. E., & Russell, D. W. (1990). Type of social support and specific stress: Toward a theory of optimal matching.
- Cutrona, C. E., Suhr, J. A., & MacFarlane, R. (1990). Interpersonal transactions and the psychological sense of support. *Personal Relationships and Social Support*, 30-45.
- Dale, J., Williams, S., & Bowyer, V. (2012). What is the effect of peer support on diabetes outcomes in adults? A systematic review. *Diabetic Medicine*, 29(11), 1361-1377.

- Deater-Deckard, K. (1998). Parenting stress and child adjustment: Some old hypotheses and new questions. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 5(3), 314-332.
- Deater-Deckard, K. (2008). *Parenting stress*: Yale University Press.
- Deater-Deckard, K., & Scarr, S. (1996). Parenting stress among dual-earner mothers and fathers: Are there gender differences? *Journal of Family Psychology*, 10(1), 45.
- Deave, T., Johnson, D., & Ingram, J. (2008). Transition to parenthood: the needs of parents in pregnancy and early parenthood. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 8(1), 30.
- Dehle, C., & Weiss, R. L. (2002). Associations between anxiety and marital adjustment. *The Journal of Psychology*, 136(3), 328-338.
- Delicate, A., Ayers, S., & McMullen, S. (2018). A systematic review and meta-synthesis of the impact of becoming parents on the couple relationship. *Midwifery*, 61, 88-96.
- Delvecchio, E., Sciandra, A., Finos, L., Mazzeschi, C., & Di Riso, D. (2015). The role of co-parenting alliance as a mediator between trait anxiety, family system maladjustment, and parenting stress in a sample of non-clinical Italian parents. *Frontiers in Psychology*, 6.
- Dennis, C. L., & McQueen, K. (2007). Does maternal postpartum depressive symptomatology influence infant feeding outcomes? *Acta Paediatrica*, 96(4), 590-594.
- Dennis, C. L., & Ross, L. (2006). Women's perceptions of partner support and conflict in the development of postpartum depressive symptoms. *Journal of Advanced Nursing*, 56(6), 588-599.
- Dindar, I., & Erdogan, S. (2007). Screening of Turkish women for postpartum depression within the first postpartum year: the risk profile of a community sample. *Public Health Nursing*, 24(2), 176-183.
- Don, B. P., & Mickelson, K. D. (2012). Paternal postpartum depression: The role of maternal postpartum depression, spousal support, and relationship satisfaction. *Couple and Family Psychology: Research and Practice*, 1(4), 323.
- Donate-Bartfield, E., & Passman, R. H. (1985). Attentiveness of mothers and fathers to their baby's cries. *Infant Behavior and Development*, 8(4), 385-393.

- Driver, N., & Amin, N. S. (2019). Acculturation, Social Support, and Maternal Parenting Stress among US Hispanic Mothers. *Journal of Child and Family Studies*, 1-9.
- du Pouget de Nadaillac, L. (2018). *Les effets du burnout parental sur les enfants, recherche qualitative auprès d'enfants de 6-12 ans*. UCLouvain, Louvain-la-Neuve.
- 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.
- Durtschi, J. A., Soloski, K. L., & Kimmes, J. (2017). The dyadic effects of supportive coparenting and parental stress on relationship quality across the transition to parenthood. *Journal of Marital and Family Therapy*, 43(2), 308-321.
- Egmoose, I., Cordes, K., Smith-Nielsen, J., Væver, M. S., & Køppe, S. (2018). Mutual regulation between infant facial affect and maternal touch in depressed and nondepressed dyads. *Infant Behavior and Development*, 50, 274-283.
- Erdfelder, E., Faul, F., & Buchner, A. (1996). GPOWER: A general power analysis program. *Behavior Research Methods, Instruments, & Computers*, 28(1), 1-11.
- Fagan, J., & Lee, Y. (2014). Longitudinal associations among fathers' perception of coparenting, partner relationship quality, and paternal stress during early childhood. *Family Process*, 53(1), 80-96.
- Favez, N. (2013). La transition à la parentalité et les réaménagements de la relation de couple. [Transition to parenthood and reorganization of the relationship within the couple.]. *Dialogue: Recherches sur le Couple et la Famille*, 199, 73-83. doi:<http://dx.doi.org/10.3917/dia.199.0073>
- Feinberg, M. E. (2003). The internal structure and ecological context of coparenting: A framework for research and intervention. *Parenting: Science and Practice*, 3(2), 95-131.
- Feinberg, M. E., Brown, L. D., & Kan, M. L. (2012). A multi-domain self-report measure of coparenting. *Parenting*, 12(1), 1-21.

- Feldman, R. (2007). Parent–infant synchrony: Biological foundations and developmental outcomes. *Current Directions in Psychological Science*, 16(6), 340-345.
- Field, T., Diego, M., & Hernandez-Reif, M. (2006). Prenatal depression effects on the fetus and newborn: a review. *Infant Behavior and Development*, 29(3), 445-455.
- Field, T., Morrow, C., & Adlestein, D. (1993). Depressed mothers' perceptions of infant behavior. *Infant Behavior and Development*, 16(1), 99-108.
- First, M. B. (2014). Structured clinical interview for the DSM (SCID). *The encyclopedia of clinical psychology*, 1-6.
- Fletcher, R. (2009). Promoting infant well-being in the context of maternal depression by supporting the father. *Infant Mental Health Journal*, 30(1), 95-102.
- Furman, W., & Buhrmester, D. (2010). Network of relationships questionnaire manual. *Unpublished manuscript, University of Denver, Denver, CO, and the University of Texas at Dallas*.
- Gable, S., Belsky, J., & Crnic, K. A. (1992). Marriage, parenting, and child development: Progress and prospects. *Journal of Family Psychology*, 5(3-4), 276.
- Galdiolo, S., & Roskam, I. (2014). Development of personality traits in response to childbirth: A longitudinal dyadic perspective. *Personality and Individual Differences*, 69, 223-230.
- Galdiolo, S., & Roskam, I. (2017). Development of attachment orientations in response to childbirth: A longitudinal dyadic perspective. *Personality and Individual Differences*, 108, 136-143.
- Galea, L. A., Wide, J. K., & Barr, A. M. (2001). Estradiol alleviates depressive-like symptoms in a novel animal model of post-partum depression. *Behavioural Brain Research*, 122(1), 1-9.
- George, C., & West, M. (2001). The development and preliminary validation of a new measure of adult attachment: The Adult Attachment Projective. *Attachment & Human Development*, 3(1), 30-61.
- Georgy, D., & Mallery, P. (2001). SPSS for windows, step by step: A simple guide and reference. *Boston, MA: Allyn and Bacon*.

- Gérain, P., & Zech, E. (2018). Does informal caregiving lead to parental burnout? Comparing parents having (or not) children with mental and physical issues. *Frontiers in Psychology*, 9.
- Gibaud-Wallston, J., & Wandersman, L. P. (1978). *Parenting sense of competence scale*: Lawrence Erlbaum Associates.
- Gillis, A., Gabriel, B., Galdiolo, S., & Roskam, I. (2019). Partner Support as a Protection Against Distress During the Transition to Parenthood. *Journal of Family Issues*, 0(0), 0192513X19832933. doi:10.1177/0192513x19832933
- Gillis, A., & Roskam, I. (2019). Development and Validation of the Partner Parental Support Questionnaire. *Couple and Family Psychology: Research and Practice*.
- Gillis, A., & Roskam, I. (2019). Regulation between Daily Exhaustion and Support in Parenting: A Dyadic Perspective. *International Journal of Behavioral Development*.
- Gleason, M. E. J., Iida, M., Bolger, N., & Shrout, P. E. (2003). Daily supportive equity in close relationships. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 29(8), 1036-1045. doi:<http://dx.doi.org/10.1177/0146167203253473>
- Gleason, M. E. J., Iida, M., Shrout, P. E., & Bolger, N. (2008). Receiving support as a mixed blessing: Evidence for dual effects of support on psychological outcomes. *Journal of Personality and Social Psychology*, 94(5), 824-838. doi:<http://dx.doi.org/10.1037/0022-3514.94.5.824>
- Gmelch, S., Bodenmann, G., Meuwly, N., Ledermann, T., Steffen-Sozinova, O., & Striegl, K. (2008). Dyadisches Coping Inventar (DCI): Ein Fragebogen zur Erfassung des partnerschaftlichen Umgangs mit Stress. *Zeitschrift für Familienforschung-Journal of Family Research*, 20(2).
- Gonzalez, H., & Barnett, M. A. (2014). Romantic partner and biological father support: Associations with maternal distress in low-income Mexican-origin families. *Family Relations*, 63(3), 371-383.
- Goodman, S. H., & Brumley, H. E. (1990). Schizophrenic and depressed mothers: Relational deficits in parenting. *Developmental Psychology*, 26(1), 31.

- Gotlib, I. H., & Beach, S. R. (1995). A marital/family discord model of depression: Implications for therapeutic intervention.
- Gottlieb, B. H., & Bergen, A. E. (2010). Social support concepts and measures. *Journal of Psychosomatic Research*, 69(5), 511-520.
- Graham, H., & Oakley, A. (2005). Medical and maternal perspectives on pregnancy. *Medical Sociology: Coping with illness*, 3, 110.
- Graham, K. A., Blissett, J., Antoniou, E. E., Zeegers, M. P., & McCleery, J. P. (2018). Effects of maternal depression in the Still-Face Paradigm: A meta-analysis. *Infant Behavior and Development*, 50, 154-164.
- Grav, S., Hellzèn, O., Romild, U., & Stordal, E. (2012). Association between social support and depression in the general population: the HUNT study, a cross-sectional survey. *Journal of Clinical Nursing*, 21(1-2), 111-120.
- Gremigni, P., Mariani, L., Marracino, V., Tranquilli, A. L., & Turi, A. (2011). Partner support and postpartum depressive symptoms. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, 32(3), 135-140.
- Grube, M. (2005). Inpatient treatment of women with postpartum psychiatric disorders—the role of the male partners. *Archives of Women's Mental Health*, 8(3), 163-170.
- Guajardo, N. R., Snyder, G., & Petersen, R. (2009). Relationships among parenting practices, parental stress, child behaviour, and children's social-cognitive development. *Infant and Child Development: An International Journal of Research and Practice*, 18(1), 37-60.
- Guedeney, A. (2007). Withdrawal behavior and depression in infancy. *Infant Mental Health Journal*, 28(4), 393-408.
- Hakanen, J. J., Schaufeli, W. B., & Ahola, K. (2008). The Job Demands-Resources model: A three-year cross-lagged study of burnout, depression, commitment, and work engagement. *Work & Stress*, 22(3), 224-241.
- Hamilton, M. (1967). Development of a rating scale for primary depressive illness. *British Journal of Social and Clinical Psychology*, 6(4), 278-296.
- Hanington, L., Heron, J., Stein, A., & Ramchandani, P. (2012). Parental depression and child outcomes—is marital conflict the missing link? *Child: Care, Health and Development*, 38(4), 520-529.

- Hansotte, L., Nguyen, N., Roskam, I., Stinglhamber, F., & Mikolajczak, M. (under review). Are all burned out parents neglectful and violent? A latent profile analysis. *Child Abuse & Neglect*.
- Hay, D. F., Payne, A., & Chadwick, A. (2004). Peer relations in childhood. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 45(1), 84-108.
- Hayduk, L. (1996). *LISREL Issues, debates, and strategies*. Baltimore: Johns Hopkins University Press.
- Hayes, L. J., Goodman, S. H., & Carlson, E. (2013). Maternal antenatal depression and infant disorganized attachment at 12 months. *Attachment & Human Development*, 15(2), 133-153.
- Hayes, S. A., & Watson, S. L. (2013). The impact of parenting stress: A meta-analysis of studies comparing the experience of parenting stress in parents of children with and without autism spectrum disorder. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 43(3), 629-642.
- Henderson, J., & Redshaw, M. (2013). Anxiety in the perinatal period: Antenatal and postnatal influences and women's experience of care. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 31(5), 465-478. doi:<http://dx.doi.org/10.1080/02646838.2013.835037>
- Henrie, C. R., Bodily, R., Manwaring, K. C., & Graham, C. R. (2015). Exploring intensive longitudinal measures of student engagement in blended learning. *The International Review of Research in Open and Distributed Learning*, 16(3).
- Hildingsson, I., & Thomas, J. (2014). Parental stress in mothers and fathers one year after birth. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 32(1), 41-56.
- Hinde, R. A. (1979). *Towards understanding relationships* (Vol. 18): Academic press.
- Hinde, R. A. (1987). *Individuals, relationships and culture: Links between ethology and the social sciences*: CUP Archive.
- Hipwell, A. E., Murray, L., Ducournau, P., & Stein, A. (2005). The effects of maternal depression and parental conflict on children's peer play. *Child: Care, Health and Development*, 31(1), 11-23.
- Hoffman, L., & Stawski, R. S. (2009). Persons as contexts: Evaluating between-person and within-person effects in longitudinal analysis. *Research in Human Development*, 6(2-3), 97-120.

- House, J. S. (1981). *Work stress and social support*.
- Hu, L. t., & Bentler, P. M. (1999). Cutoff criteria for fit indexes in covariance structure analysis: Conventional criteria versus new alternatives. *Structural equation modeling: a multidisciplinary journal*, 6(1), 1-55.
- Hubert, S., & Aujoulat, I. (2018). Parental burnout: When exhausted mothers open up. *Frontiers in Psychology*, 9, 1021.
- Hughes, M. (1989). Parenthood and Psychological Well-Being Among the Formerly Married Are Children the Primary Source of Psychological Distress? *Journal of Family Issues*, 10(4), 463-481.
- Hughes, M., Gordon, K. C., & Gaertner, L. (2004). Predicting spouses' perceptions of their parenting alliance. *Journal of Marriage and Family*, 66(2), 506-514.
- IBM. (2015). IBM SPSS Statistics for Windows (Version Version 23.0). Armonk, NY: IBM Corp.
- Iles, J., Slade, P., & Spiby, H. (2011). Posttraumatic stress symptoms and postpartum depression in couples after childbirth: the role of partner support and attachment. *Journal of Anxiety Disorders*, 25(4), 520-530.
- JAERA. (1999). The standards for educational and psychological testing. *American Educational Research Association, Washington, DC*.
- Janisse, H. C., Barnett, D., & Nies, M. A. (2009). Perceived energy for parenting: A new conceptualization and scale. *Journal of Child and Family Studies*, 18(3), 312.
- Johansson, M., Svensson, I., Stenström, U., & Massoudi, P. (2017). Depressive symptoms and parental stress in mothers and fathers 25 months after birth. *Journal of Child Health Care*, 21(1), 65-73.
- Kanter, J. B., & Proulx, C. M. (2019). The longitudinal association between maternal parenting stress and spousal supportiveness. *Journal of Family Psychology*, 33(1), 121.
- Karrass, J., VanDeventer, M. C., & Braungart-Rieker, J. M. (2003). Predicting shared parent-child book reading in infancy. *Journal of Family Psychology*, 17(1), 134.
- Kashy, D., & Kenny, D. (1999). The analysis of data from dyads and groups. *Handbook of research methods in social psychology*: Cambridge University Press, New York.

- Katz, J., Beach, S. R., & Anderson, P. (1996). Self-enhancement versus self-verification: Does spousal support always help? *Cognitive Therapy and Research*, 20(4), 345-360.
- Kawamoto, T., Furutani, K., & Alimardani, M. (2018). Preliminary validation of Japanese version of the Parental Burnout Inventory and its relationship with perfectionism. *Frontiers in Psychology*, 9.
- Keijsers, L., & Poulin, F. (2013). Developmental changes in parent-child communication throughout adolescence. *Developmental Psychology*, 49(12), 2301.
- Keizer, R., & Schenk, N. (2012). Becoming a parent and relationship satisfaction: A longitudinal dyadic perspective. *Journal of Marriage and Family*, 74(4), 759-773. doi:<http://dx.doi.org/10.1111/j.1741-3737.2012.00991.x>
- Kendler, K. S., Gatz, M., Gardner, C. O., & Pedersen, N. L. (2006). A Swedish national twin study of lifetime major depression. *American Journal of Psychiatry*, 163(1), 109-114.
- Kerns, K. A., Tomich, P. L., Aspelmeier, J. E., & Contreras, J. M. (2000). Attachment-based assessments of parent-child relationships in middle childhood. *Developmental Psychology*, 36(5), 614.
- Kerstis, B., Engström, G., Edlund, B., & Aarts, C. (2013). Association between mothers' and fathers' depressive symptoms, sense of coherence and perception of their child's temperament in early parenthood in Sweden. *Scandinavian Journal of Public Health*, 1403494812472006.
- Kingston, D., Tough, S., & Whitfield, H. (2012). Prenatal and postpartum maternal psychological distress and infant development: a systematic review. *Child Psychiatry & Human Development*, 43(5), 683-714.
- Knauth, D. G. (2000). Predictors of parental sense of competence for the couple during the transition to parenthood. *Research in Nursing and Health*, 23(6), 496-509. doi:[http://dx.doi.org/10.1002/1098-240X\(200012\)23:6<496::AID-NUR8>3.0.CO;2-1](http://dx.doi.org/10.1002/1098-240X(200012)23:6<496::AID-NUR8>3.0.CO;2-1)
- Knoester, C., & Eggebeen, D. J. (2006). The Effects of the Transition to Parenthood and Subsequent Children on Men's Well-Being and Social Participation. *Journal of Family Issues*, 27(11), 1532-1560. doi:<http://dx.doi.org/10.1177/0192513X06290802>

- Konold, T. R., & Abidin, R. R. (2001). Parenting alliance: A multifactor perspective. *Assessment*, 8(1), 47-65.
- Kuersten-Hogan, R. (2017). Bridging the Gap across the Transition to Coparenthood: Triadic Interactions and Coparenting Representations from Pregnancy through 12 Months Postpartum. *Frontiers in Psychology*, 8, 475.
- Kumar, R., & Robson, K. M. (1984). A prospective study of emotional disorders in childbearing women. *The British Journal of Psychiatry*, 144, 35-47. doi:<http://dx.doi.org/10.1192/bjp.144.1.35>
- Kurdek, L. A. (2005). Gender and marital satisfaction early in marriage: A growth curve approach. *Journal of Marriage and Family*, 67(1), 68-84.
- Kwok, O.-M., Underhill, A. T., Berry, J. W., Luo, W., Elliott, T. R., & Yoon, M. (2008). Analyzing longitudinal data with multilevel models: An example with individuals living with lower extremity intra-articular fractures. *Rehabilitation Psychology*, 53(3), 370.
- Lalonde, G., Bernier, A., Beaudoin, C., Gravel, J., & Beauchamp, M. H. (2019). Factors contributing to parent–child interaction quality following mild traumatic brain injury in early childhood. *Journal of Neuropsychology*.
- Lara, M. A., Navarrete, L., & Nieto, L. (2016). Prenatal predictors of postpartum depression and postpartum depressive symptoms in Mexican mothers: a longitudinal study. *Archives of Women's Mental Health*, 19(5), 825-834.
- Laursen, B., & Collins, W. A. (2004). Parent-child communication during adolescence. *The Routledge handbook of family communication*, 2, 333-348.
- Lavenda, O., & Kestler-Peleg, M. (2017). Parental self-efficacy mitigates the association between low spousal support and stress. *Psychiatry Research*, 256, 228-230.
- Laxman, D. J., McBride, B. A., Jeans, L. M., Dyer, W. J., Santos, R. M., Kern, J. L., . . . Weglarz-Ward, J. M. (2015). Father involvement and maternal depressive symptoms in families of children with disabilities or delays. *Maternal and Child Health Journal*, 19(5), 1078-1086. doi:<http://dx.doi.org/10.1007/s10995-014-1608-7>

- Le Vigouroux, S., & Scola, C. (2018). Differences in parental burnout: Influence of demographic factors and personality of parents and children. *Frontiers in Psychology*, 9.
- Le Vigouroux, S., Scola, C., Raes, M.-E., Mikolajczak, M., & Roskam, I. (2017). The big five personality traits and parental burnout: protective and risk factors. *Personality and Individual Differences*, 119, 216-219.
- Lebert-Charron, A., Wendland, J., Dorard, G., & Boujut, É. (2018). Maternal burnout/exhaustion syndrome: A critical review. *La psychiatrie de l'Enfant*, 61(2), 421-441.
- Lee, K. J., Roberts, G., Doyle, L. W., Anderson, P. J., & Carlin, J. B. (2016). Multiple imputation for missing data in a longitudinal cohort study: a tutorial based on a detailed case study involving imputation of missing outcome data. *International Journal of Social Research Methodology*, 19(5), 575-591.
- Legeron, P. (2004). Le stress au travail: de la performance à la souffrance. *Droit Social*(12), 1086-1090.
- Lemola, S., Stadlmayr, W., & Grob, A. (2007). Maternal adjustment five months after birth: the impact of the subjective experience of childbirth and emotional support from the partner. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 25(3), 190-202.
- Leung, M. Y., Skitmore, M., & Chan, Y. S. (2007). Subjective and objective stress in construction cost estimation. *Construction Management and Economics*, 25(10), 1063-1075.
- Li, J. J., & Lansford, J. E. (2018). A smartphone-based ecological momentary assessment of parental behavioral consistency: Associations with parental stress and child ADHD symptoms. *Developmental Psychology*.
- Li, Y., Long, Z., Cao, D., & Cao, F. (2017). Maternal history of child maltreatment and maternal depression risk in the perinatal period: a longitudinal study. *Child Abuse & Neglect*, 63, 192-201.
- Lindorff, M. (2000). Is it better to perceive than receive? Social support, stress and strain for managers. *Psychology, Health & Medicine*, 5(3), 271-286. doi:<http://dx.doi.org/10.1080/713690199>

- Lindström, C., Åman, J., & Norberg, A. L. (2010). Increased prevalence of burnout symptoms in parents of chronically ill children. *Acta Paediatrica*, 99(3), 427-432.
- Lindström, C., Åman, J., & Norberg, A. L. (2011). Parental burnout in relation to sociodemographic, psychosocial and personality factors as well as disease duration and glycaemic control in children with Type 1 diabetes mellitus. *Acta Paediatrica*, 100(7), 1011-1017.
- Little, R. J. (1988). A test of missing completely at random for multivariate data with missing values. *Journal of the American Statistical Association*, 83(404), 1198-1202.
- Little, T. D. (2013). *Longitudinal structural equation modeling*: Guilford press.
- Lovibond, P. F., & Lovibond, S. H. (1995). The structure of negative emotional states: Comparison of the Depression Anxiety Stress Scales (DASS) with the Beck Depression and Anxiety Inventories. *Behaviour Research and Therapy*, 33(3), 335-343.
- Luecken, L. J., Lin, B., Coburn, S. S., MacKinnon, D. P., Gonzales, N. A., & Crnic, K. A. (2013). Prenatal stress, partner support, and infant cortisol reactivity in low-income Mexican American families. *Psychoneuroendocrinology*, 38(12), 3092-3101.
- Mackler, J. S., Kelleher, R. T., Shanahan, L., Calkins, S. D., Keane, S. P., & O'Brien, M. (2015). Parenting stress, parental reactions, and externalizing behavior from ages 4 to 10. *Journal of Marriage and Family*, 77(2), 388-406.
- Maman_Blues. (2010). *Tremblements de mères:[le visage caché de la maternité]*: Ed. L'Instant présent.
- Mamun, A. A., Clavarino, A. M., Najman, J. M., Williams, G. M., O'Callaghan, M. J., & Bor, W. (2009). Maternal depression and the quality of marital relationship: A 14-year prospective study. *Journal of Women's Health*, 18(12), 223-231.
- Mao, Q., Zhu, L. x., & Su, X. y. (2011). A comparison of postnatal depression and related factors between Chinese new mothers and fathers. *Journal of Clinical Nursing*, 20(5-6), 645-652.
- Marks, M. N., Wieck, A., Checkley, S. A., & Kumar, R. (1992). Contribution of psychological and social factors to psychotic and non-psychotic

- relapse after childbirth in women with previous histories of affective disorder. *Journal of Affective Disorders*, 24(4), 253-263.
doi:[http://dx.doi.org/10.1016/0165-0327\(92\)90110-R](http://dx.doi.org/10.1016/0165-0327(92)90110-R)
- Martin, M. W. (2008). Paradoxes of happiness. *Journal of happiness studies*, 9(2), 171-184.
- Maslach, C., Jackson, S. E., Leiter, M. P., Schaufeli, W. B., & Schwab, R. L. (1986). *Maslach burnout inventory* (Vol. 21): Consulting Psychologists Press Palo Alto, CA.
- McCartney, K., Bub, K. L., & Burchinal, M. R. (2006). VI. Selection, detection, and reflection. *Monographs of the Society for Research in Child Development*, 71(3), 105-126.
- McHale, J. P. (2007). When infants grow up in multiperson relationship systems. *Infant Mental Health Journal*, 28(4), 370-392.
- McLanahan, S., & Adams, J. (1985). *Explaining the Decline in Parents' Psychological Well-Being: The Role of Employment, Marital Disruption and Social Integration*: University of Wisconsin. Center for Demography and Ecology.
- McLeod, B. D., Wood, J. J., & Weisz, J. R. (2007). Examining the association between parenting and childhood anxiety: A meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 27(2), 155-172.
- McLoyd, V. C. (1990). The impact of economic hardship on Black families and children: Psychological distress, parenting, and socioemotional development. *Child Development*, 61(2), 311-346.
- McManus, B. M., & Poehlmann, J. (2012). Parent-child interaction, maternal depressive symptoms and preterm infant cognitive function. *Infant Behavior and Development*, 35(3), 489-498.
- McVey, C., & Tuohy, A. (2007). Differential effects of marital relationship and social support on three subscales identified within the Edinburgh Postnatal Depression Scale. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 25(3), 203-209.
- Meltzer-Brody, S. (2011). A cautionary note against 'one size fits all'. *Neuropsychopharmacology*, 36(10), 1959-1960.
doi:<http://dx.doi.org/10.1038/npp.2011.101>

- Menaghan, E. G. (1989). Role Changes and Psychological Well-Being: Variations in Effects by Gender and Role Repertoire. *Social Forces*, 67(3), 693-714.
- Mikolajczak, M., Brianda, M. E., Avalosse, H., & Roskam, I. (2018). Consequences of parental burnout: Its specific effect on child neglect and violence. *Child Abuse & Neglect*, 80, 134-145.
- Mikolajczak, M., Gross, J., & Roskam, I. (2019). Parental Burnout: What is it and why does it matter? *Clinical Psychological Science*, 0(0).
- Mikolajczak, M., Gross, J., Stinglhamber, F., Norberg, A. L., & Roskam, I. (under review). Is parental burnout distinct from job burnout and depressive symptomatology? *Clinical Psychological Science*.
- Mikolajczak, M., Raes, M.-E., Avalosse, H., & Roskam, I. (2017). Exhausted Parents: Sociodemographic, Child-Related, Parent-Related, Parenting and Family-Functioning Correlates of Parental Burnout. *Journal of Child and Family Studies*, 1-13.
- Mikolajczak, M., & Roskam, I. (2017). *Le burnout parental: l'éviter et s'en sortir*. Paris: Odile Jacob.
- Mikolajczak, M., & Roskam, I. (2018). A theoretical and clinical framework for parental burnout: The Balance between Risks and Resources (BR²). *Frontiers in Psychology*, 9, 886.
- Milgrom, J., Ericksen, J., McCarthy, R., & Gemmill, A. W. (2006). Stressful impact of depression on early mother–infant relations. *Stress and Health: Journal of the International Society for the Investigation of Stress*, 22(4), 229-238.
- Misri, S., Kostaras, X., Fox, D., & Kostaras, D. (2000). The impact of partner support in the treatment of postpartum depression. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 45(6), 554-558.
- Murray, L., Cooper, P. J., Wilson, A., & Romaniuk, H. (2003). Controlled trial of the short-and long-term effect of psychological treatment of post-partum depression: 2. Impact on the mother-child relationship and child outcome. *The British Journal of Psychiatry*, 182(5), 420-427.
- Nair, P., Schuler, M. E., Black, M. M., Kettinger, L., & Harrington, D. (2003). Cumulative environmental risk in substance abusing women: early

- intervention, parenting stress, child abuse potential and child development. *Child Abuse & Neglect*, 27(9), 997-1017.
- Nelson, A. M. (2003). Transition to motherhood *Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing*, 32(14), 465-477.
- Nelson, J. A., O'Brien, M., Blankson, A. N., Calkins, S. D., & Keane, S. P. (2009). Family stress and parental responses to children's negative emotions: Tests of the spillover, crossover, and compensatory hypotheses. *Journal of Family Psychology*, 23(5), 671.
- Nelson, K., Kushlev, K., English, T., Dunn, E. W., & Lyubomirsky, S. (2013). In defense of parenthood: Children are associated with more joy than misery. *Psychological Science*, 24(1), 3-10.
- Nestler, E. J., Barrot, M., DiLeone, R. J., Eisch, A. J., Gold, S. J., & Monteggia, L. M. (2002). Neurobiology of depression. *Neuron*, 34(1), 13-25.
- Newkirk, K., Perry-Jenkins, M., & Sayer, A. G. (2017). Division of household and childcare labor and relationship conflict among low-income new parents. *Sex Roles*, 76(5-6), 319-333.
- Nomaguchi, K., Brown, S., & Leyman, T. M. (2017). Fathers' participation in parenting and maternal parenting stress: Variation by relationship status. *Journal of Family Issues*, 38(8), 1132-1156.
- Norberg, A. L. (2007). Burnout in mothers and fathers of children surviving brain tumour. *Journal of Clinical Psychology in Medical Settings*, 14(2), 130-137.
- Norberg, A. L. (2010). Parents of children surviving a brain tumor: burnout and the perceived disease-related influence on everyday life. *Journal of Pediatric Hematology/Oncology*, 32(7), e285-e289.
- Norberg, A. L., Mellgren, K., Winiarski, J., & Forinder, U. (2014). Relationship between problems related to child late effects and parent burnout after pediatric hematopoietic stem cell transplantation. *Pediatric Transplantation*, 18(3), 302-309.
- O'Hara, M. W., & McCabe, J. E. (2013). Postpartum depression: current status and future directions. *Annual Review of Clinical Psychology*, 9, 379-407.
- O'Hara, M. W., Schlechte, J. A., Lewis, D. A., & Varner, M. W. (1991). Controlled prospective study of postpartum mood disorders:

- Psychological, environmental, and hormonal variables. *Journal of Abnormal Psychology*, 100(1), 63-73.
doi:<http://dx.doi.org/10.1037/0021-843X.100.1.63>
- O'Hara, M. W., & Swain, A. M. (1996). Rates and risk of postpartum depression-A meta-analysis. *International Review of Psychiatry*, 8(1), 37-54. doi:<http://dx.doi.org/10.3109/09540269609037816>
- Ohoka, H., Koide, T., Goto, S., Murase, S., Kanai, A., Masuda, T., . . . Ozaki, N. (2014). Effects of maternal depressive symptomatology during pregnancy and the postpartum period on infant-mother attachment. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 68(8), 631-639.
- Page, M., & Wilhelm, M. S. (2007). Postpartum daily stress, relationship quality, and depressive symptoms. *Contemporary Family Therapy*, 29(4), 237-251.
- Parfitt, Y., & Ayers, S. (2014). Transition to parenthood and mental health in first-time parents. *Infant Mental Health Journal*, 35(3), 263-273. doi:<http://dx.doi.org/10.1002/imhj.21443>
- Paulson, J. F., & Bazemore, S. D. (2010). Prenatal and postpartum depression in fathers and its association with maternal depression: a meta-analysis. *Jama*, 303(19), 1961-1969.
- Paulson, J. F., Keefe, H. A., & Leiferman, J. A. (2009). Early parental depression and child language development. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 50(3), 254-262.
- Paykel, E. S., Emms, E. M., Fletcher, J., & Rassaby, E. S. (1980). Life events and social support in puerperal depression. *The British Journal of Psychiatry*, 136, 339-346.
doi:<http://dx.doi.org/10.1192/bjp.136.4.339>
- Payne, J. L., Palmer, J. T., & Joffe, H. (2009). A reproductive subtype of depression: Conceptualizing models and moving toward etiology. *Harvard Review of Psychiatry*, 17(2), 72-86.
doi:<http://dx.doi.org/10.1080/10673220902899706>
- Pellegrin, P. (1993). Aristote. Les politiques. Paris, GF.
- Pelsma, D. M., Roland, B., Tollefson, N., & Wigington, H. (1989). Parent burnout: Validation of the Maslach Burnout Inventory with a sample of mothers. *Measurement and Evaluation in Counseling and Development*, 22(2), 81-87.

- Perren, S., Von Wyl, A., Simoni, H., Stadlmayr, W., Bürgin, D., & Von Klitzing, K. (2003). Parental psychopathology, marital quality, and the transition to parenthood. *American Journal of Orthopsychiatry*, 73(1), 55-64. doi:<http://dx.doi.org/10.1037/0002-9432.73.1.55>
- Pierce, G. R., Sarason, I. G., & Sarason, B. R. (1991). General and relationship-based perceptions of social support: are two constructs better than one? *Journal of Personality and Social Psychology*, 61(6), 1028.
- Pierrehumbert, B., Mühlemann, I., Antonietti, J.-P., Sieye, A., & Halfon, O. (1995). Etude de validation d'une version francophone du «Q-Sort» d'attachement de Waters et Deane. *Enfance*, 48(3), 293-315.
- Pilkington, P. D., Whelan, T. A., & Milne, L. C. (2016). Maternal crying and postpartum distress: the moderating role of partner support. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 34(1), 64-76.
- Pinel-Jacquemin, S. (2012). "L'approche systémique de l'attachement parent-enfant: la fin des différences interindividuelles?" *Devenir*, 24(4): 301-313.
- Poinso, F., Samuëlian, J.-C., Delzenne, V., Huiart, L., Sparrow, J. S., & Rufo, M. (2001). Dépressions du post-partum: Délimitation d'un groupe à haut risque dès la maternité, évaluation prospective et relation mère-bébé. *La psychiatrie de l'Enfant*, 44(2), 379-413.
- Power, M., Champion, L., & Aris, S. (1988). The development of a measure of social support: the Significant Others (SOS) Scale. *British Journal of Clinical Psychology*, 27(4), 349-358.
- Raudenbush, S., Bryk, A., Cheong, Y., Congdon Jr, R., & Toit, M. d. (2011). HLM 7: Hierarchical Linear and Nonlinear Modeling (Manual). Lincolnwood, IL: SSI Scientific Software International. Verfügbar unter <http://www.ssicentral.com/hlm/> (Zugriff am 05.02. 2012).
- Raudenbush, S., & Bryk, A. S. (2002). *Hierarchical linear models: Applications and data analysis methods* (Vol. 1): Sage.
- Raudenbush, S., & Chan, W.-S. (1992). Growth curve analysis in accelerated longitudinal designs. *Journal of Research in Crime and Delinquency*, 29(4), 387-411.
- Reis, H.T., Clark, M.S., & Holmes, J.G. (2004). Perceived partner responsiveness as an organizing construct in the study of intimacy and

- closeness. Handbook of closeness and intimacy, Psychology Press: 211-236.
- Rodenburg, R., Meijer, A. M., Deković, M., & Aldenkamp, A. P. (2007). Parents of children with enduring epilepsy: predictors of parenting stress and parenting. *Epilepsy & Behavior*, 11(2), 197-207.
- Roskam, I., Brianda, M.-E., & Mikolajczak, M. (2018). A Step Forward in the Conceptualization and Measurement of Parental Burnout: The Parental Burnout Assessment (PBA). *Frontiers in Psychology*. doi:10.3389/fpsyg.2018.00758
- Roskam, I., Meunier, J.-C., & Stievenart, M. (2015). From parents to siblings and peers: The wonderful story of social development. *Sage Open*, 5(4), 2158244015611455.
- Roskam, I., & Mikolajczak, M. (2018). *Le burn-out parental: Comprendre, diagnostiquer et prendre en charge*: De Boeck Supérieur.
- Roskam, I., Raes, M.-E., & Mikolajczak, M. (2017). Exhausted parents: development and preliminary validation of the Parental Burnout Inventory. *Frontiers in Psychology*, 8.
- Russell, A., Pettit, G. S., & Mize, J. (1998). Horizontal qualities in parent–child relationships: Parallels with and possible consequences for children's peer relationships. *Developmental Review*, 18(3), 313-352.
- Salmela-Aro, K., Nurmi, J.-E., Saisto, T., & Halmesmaki, E. (2010). Spousal Support for Personal Goals and Relationship Satisfaction among Women during the Transition to Parenthood. *International Journal of Behavioral Development*, 34(3), 229-237.
- Salonen, A. H., Kaunonen, M., Åstedt-Kurki, P., Järvenpää, A.-L., Isoaho, H., & Tarkka, M.-T. (2011). Effectiveness of an internet-based intervention enhancing Finnish parents' parenting satisfaction and parenting self-efficacy during the postpartum period. *Midwifery*, 27(6), 832-841.
- Sameroff, A. (1975). Transactional models in early social relations. *Human Development*, 18(1-2), 65-79.
- Sampson, M., Villarreal, Y., & Padilla, Y. (2015). Association between support and maternal stress at one year postpartum: Does type matter? *Social Work Research*, 39(1), 49-60.

- Sanner, C. M., & Neece, C. L. (2018). Parental distress and child behavior problems: Parenting behaviors as mediators. *Journal of Child and Family Studies*, 27(2), 591-601.
- Sarason, B. R., Sarason, I. G., & Gurung, R. A. R. (2001). Close personal relationships and health outcomes: A key to the role of social support *Personal relationships: Implications for clinical and community psychology*. (pp. 15-41): John Wiley & Sons Ltd, New York, NY.
- Scaramella, L. V., & Leve, L. D. (2004). Clarifying parent-child reciprocities during early childhood: The early childhood coercion model. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 7(2), 89-107.
- Schaefer, M. T., & Olson, D. H. (1981). Assessing intimacy: The PAIR inventory. *Journal of Marital and Family Therapy*, 7(1), 47-60.
- Schlotz, W., & Phillips, D. I. W. (2009). Fetal origins of mental health: Evidence and mechanisms. *Brain, Behavior, and Immunity*, 23(7), 905-916. doi:<http://dx.doi.org/10.1016/j.bbi.2009.02.001>
- Schoppe-Sullivan, S. J., Mangelsdorf, S. C., Brown, G. L., & Sokolowski, M. S. (2007). Goodness-of-fit in family context: Infant temperament, marital quality, and early coparenting behavior. *Infant Behavior and Development*, 30(1), 82-96.
- Seah, C. K., & Morawska, A. (2016). When mum is stressed, is dad just as stressed? Predictors of paternal stress in the first six months of having a baby. *Infant Mental Health Journal*, 37(1), 45-55.
- Seeman, T. E. (1996). Social ties and health: The benefits of social integration. *Annals of Epidemiology*, 6(5), 442-451.
- Séjourné, N., Sanchez-Rodriguez, R., Leboullenger, A., & Callahan, S. (2018). Maternal burn-out: an exploratory study. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 36(3), 276-288.
- Séjourné, N., Vaslot, V., Beaumé, M., & Chabrol, H. (2012). Intensité de la dépression postnatale dans un échantillon de pères français. *Psychologie Française*, 57(3), 215-222.
- Séjourné, N., Vaslot, V., Beaumé, M., Goutaudier, N., & Chabrol, H. (2012). The impact of paternity leave and paternal involvement in child care on maternal postpartum depression. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 30(2), 135-144. doi:<http://dx.doi.org/10.1080/02646838.2012.693155>

- Siebert, S. D. (1974). Toward a theory of role accumulation. *American Sociological Review*, 567-578.
- Simpson, J. A., & Rholes, W. S. (2008). Attachment, Perceived Support, and the Transition to Parenthood: Social Policy and Health Implications. *Social Issues and Policy Review*, 2(1), 37-63. doi:<http://dx.doi.org/10.1111/j.1751-2409.2008.00010.x>
- Skouteris, H., Wertheim, E. H., Germano, C., Paxton, S. J., & Milgrom, J. (2009). Assessing sleep during pregnancy: A study across two time points examining the Pittsburgh Sleep Quality Index and associations with depressive symptoms. *Women's Health Issues*, 19(2), 45-51.
- Skreden, M., Skari, H., Björk, M., Malt, U., Veenstra, M., Faugli, A., . . . Emblem, R. (2008). Psychological distress in mothers and fathers of preschool children: a 5-year follow-up study after birth. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 115(4), 462-471.
- Spinazzola, J., Hodgdon, H., Liang, L.-J., Ford, J. D., Layne, C. M., Pynoos, R., . . . Kiesel, C. (2014). Unseen wounds: The contribution of psychological maltreatment to child and adolescent mental health and risk outcomes. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 6(S1), S18.
- Sroufe, L. A., Egeland, B., Carlson, E. A., & Collins, W. A. (2009). *The development of the person: The Minnesota study of risk and adaptation from birth to adulthood*: Guilford Press.
- Stapleton, L. R. T., Schetter, C. D., Westling, E., Rini, C., Glynn, L. M., Hobel, C. J., & Sandman, C. A. (2012). Perceived partner support in pregnancy predicts lower maternal and infant distress. *Journal of Family Psychology*, 26(3), 453.
- StataCorp. (2015). Stata Statistical Software: Release 14. TX: StataCorp LP.: College Station, .
- Stein, A., Lehtonen, A., Harvey, A. G., Nicol-Harper, R., & Craske, M. (2009). The influence of postnatal psychiatric disorder on child development. *Psychopathology*, 42(1), 11-21.
- Stelter, R. L., & Halberstadt, A. G. (2011). The interplay between parental beliefs about children's emotions and parental stress impacts children's attachment security. *Infant and Child Development*, 20(3), 272-287.

- Stoffel, E. C., & Craft, R. M. (2004). Ovarian hormone withdrawal-induced "depression" in female rats. *Physiology & Behavior*, 83(3), 505-513. doi:<http://dx.doi.org/10.1016/j.physbeh.2004.08.033>
- Tanaka, K., & Lowry, D. (2013). Mental well-being of mothers with preschool children in japan: The importance of spousal involvement in childrearing. *Journal of Family Studies*, 19(2), 185-195.
- Teicher, M. H., & Samson, J. A. (2016). Annual research review: enduring neurobiological effects of childhood abuse and neglect. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 57(3), 241-266.
- Teichman, Y., & Teichman, M. (1990). Interpersonal view of depression: Review and integration. *Journal of Family Psychology*, 3(4), 349.
- Theule, J., Wiener, J., Tannock, R., & Jenkins, J. M. (2013). Parenting stress in families of children with ADHD: A meta-analysis. *Journal of Emotional and Behavioral Disorders*, 21(1), 3-17.
- Thoits, P. A. (1983). Multiple identities and psychological well-being: A reformulation and test of the social isolation hypothesis. *American Sociological Review*, 174-187.
- Thorp, S. R., Krause, E. D., Cukrowicz, K. C., & Lynch, T. R. (2004). Postpartum partner support, demand-withdraw communication, and maternal stress. *Psychology of Women Quarterly*, 28(4), 362-369.
- Thullen, M., & Bonsall, A. (2017). Co-parenting quality, parenting stress, and feeding challenges in families with a child diagnosed with autism spectrum disorder. *Journal of Autism and Developmental Disorders*, 47(3), 878-886.
- Tissot, H., Frascarolo, F., Despland, J.-N., & Favez, N. (2011). Dépression post-partum maternelle et développement de l'enfant: revue de littérature et arguments en faveur d'une approche familiale. *La Psychiatrie de l'Enfant*, 54(2), 611-637.
- Tronick, E., Als, H., Adamson, L., Wise, S., & Brazelton, T. B. (1978). The infant's response to entrapment between contradictory messages in face-to-face interaction. *Journal of the American Academy of Child psychiatry*, 17(1), 1-13.
- Twamley, K., Brunton, G., Sutcliffe, K., Hinds, K., & Thomas, J. (2013). Fathers' involvement and the impact on family mental health: evidence from millennium cohort study analyses. *Community, Work*

- and *Family*, 16(2), 212-224.
doi:<http://dx.doi.org/10.1080/13668803.2012.755022>
- Umberson, D., & Gove, W. R. (1989). Parenthood and psychological well-being theory, measurement, and stage in the family life course. *Journal of Family Issues*, 10(4), 440-462.
- Van Egeren, L. A., & Hawkins, D. P. (2004). Coming to terms with coparenting: Implications of definition and measurement. *Journal of Adult Development*, 11(3), 165-178.
- Vangelisti, A. L. (2009). Challenges in conceptualizing social support. *Journal of Social and Personal Relationships*, 26(1), 39-51.
- Velásquez, A. M. (2010). *Classroom context and aggression: Understanding the effects of and change in classroom social structure*. Concordia University.
- Verreault, M., Verret, C., Massé, L., Lageix, P., & Guay, M.-C. (2011). Impacts d'un programme d'interventions multidimensionnel conçu pour les parents et leur enfant ayant un TDAH sur le stress parental et la relation parent-enfant. *Canadian Journal of Behavioural Science/Revue canadienne des sciences du comportement*, 43(3), 150.
- Volling, B. L., & Belsky, J. (1991). Multiple determinants of father involvement during infancy in dual-earner and single-earner families. *Journal of Marriage and the Family*, 461-474.
- Wallace, J. E., & Jovanovic, A. (2011). Occupational similarity and spousal support: A study of the importance of gender and Spouse's Occupation. *Relations Industrielles/Industrial Relations*, 235-255.
- Wallace, P. M., & Gotlib, I. H. (1990). Marital adjustment during the transition to parenthood: Stability and predictors of change. *Journal of Marriage and the Family*, 52(1), 21-29.
doi:<http://dx.doi.org/10.2307/352834>
- Wang, X., Cai, L., Qian, J., & Peng, J. (2014). Social support moderates stress effects on depression. *International Journal of Mental Health Systems*, 8(1), 41.
- Warren, P. L. (2004). First-time mothers : Social support and confidence in infant care *Journal of Advanced Nursing*, 50(5), 479-488.
- Waters, E., & Deane, K. E. (1985). Defining and assessing individual differences in attachment relationships: Q-methodology and the

- organization of behavior in infancy and early childhood. *Monographs of the Society for Research in Child Development*, 41-65.
- Weissman, S. H., & Cohen, R. S. (1985). The parenting alliance and adolescence. *Adolescent Psychiatry*.
- Whisman, M. A., Davila, J., & Goodman, S. H. (2011). Relationship adjustment, depression, and anxiety during pregnancy and the postpartum period. *Journal of Family Psychology*, 25(3), 375.
- Whitehead, J. T., & Lindquist, C. A. (1986). Correctional officer job burnout: A path model. *Journal of Research in Crime and Delinquency*, 23(1), 23-42.
- Williams, C., Patricia Taylor, E., & Schwannauer, M. (2016). A web-based survey of mother-infant bond, attachment experiences, and metacognition in posttraumatic stress following childbirth. *Infant Mental Health Journal*, 37(3), 259-273.
- Willinger, U., Diendorfer-Radner, G., Willnauer, R., Jörgl, G., & Hager, V. (2005). Parenting stress and parental bonding. *Behavioral Medicine*, 31(2), 63-72.
- Xie, R.-H., He, G., Koszycki, D., Walker, M., & Wen, S. W. (2009). Prenatal social support, postnatal social support, and postpartum depression. *Annals of Epidemiology*, 19(9), 637-643.
- Zhang, X. (2011). Parent-child and teacher-child relationships in Chinese preschoolers: The moderating role of preschool experiences and the mediating role of social competence. *Early Childhood Research Quarterly*, 26(2), 192-204.
- Zozula, L. (2006). *Troubles dépressifs : La dépression post-partum*.