

GÖTEBORGS UNIVERSITET
PSYKOLOGISKA INSTITUTIONEN

**Gruppbehandling för nyblivna mammor med
postpartumdepression - utfall och upplevelser av
interventionen**

Filippa Lundberg & Linn Pettersson

Examensarbete 30 hp
Psykologprogrammet
PM2519
Vårtermin 2020

Handledare: Elin Alfredsson
Jennifer Strand

Gruppbehandling för nyblivna mammor med postpartumdepression - utfall och upplevelser av interventionen

Filippa Lundberg och Linn Pettersson

Sammanfattning. Syftet med föreliggande uppsats var att utvärdera en gruppbehandling för postpartumdepression (PPD) som genomförts inom Psykologenheten för mödra- och barnhälsovård i Göteborg. Totalt deltog 18 kvinnor i behandlingen. För att besvara studiens syfte användes mixad metod. Den kvantitativa datan utgjordes av för- och eftermätningar avseende PPD, ångest och föräldrastress. Den kvalitativa datan utgjordes av fokusgruppsintervjuer för att få kunskap om deltagarnas upplevelser av hur behandlingen påverkat måendet. Resultaten visade en signifikant förbättring gällande PPD, ångest och social isolering. Två tredjedelar av deltagarna som initialt skattade kliniska nivåer avseende PPD respektive ångest förbättrades, hälften av dessa blev återställda. Deltagarna upplevde att behandlingen bland annat bidrog till att bryta isolering samt skapa acceptans för egna känslor och föräldraskapet. Sammantaget visar resultaten att gruppbehandlingen kan vara ett bra alternativ eller komplement i behandling av PPD.

Perioden efter förlossning är ofta förknippad med förväntningar på att uppleva glädje och lycka över att ha fått ett barn. Att under denna period drabbas av depression innebär ofta svåra känslor av otillräcklighet, skuld och skam (Vehre, 2017). Postpartumdepression (PPD) definieras som en egentlig depression under perioden efter förlossning. I Sverige drabbas mer än var tionde kvinna som genomgått förlossning av PPD (Josefsson, Berg, Nordin, & Sydsjö, 2001; Rubertsson, Waldenström, Wickberg, Rådestad, & Hildingsson, 2005a). Risken att utveckla PPD har kopplats till en rad olika faktorer, däribland tidigare depression (Beck, 2001), brist på stöd från omgivningen (Boyce & Hickey, 2005), faktorer kopplade till social utsatthet (Rubertsson m fl., 2005a), sårbarhet för hormonella förändringar (Bloch m fl., 2000) samt komplikationer i samband med förlossning (Blom m fl., 2010; Verdoux, Sutter, Glatigny-Dallay, & Minisini, 2002). PPD innebär, förutom påfrestningar för den som drabbas, en risk för negativa konsekvenser även för barnet och relationen mellan förälder och barn (Field, 2010). Exempelvis riskerar samspelet att bli mer präglad av negativa känslor vilket bland annat kan påverka anknytningen (Luoma m fl., 2001).

En obehandlad PPD riskerar att övergå i en mer ihållande och långvarig depression (Beeghly m fl., 2002; Rubertsson, Wickberg, Gustavsson, & Rådestad, 2005b) varför det är viktigt att depressionen upptäcks och behandlas så tidigt som möjligt. Såväl psykologisk som farmakologisk behandling har visats vara hjälpsamt vid PPD (Goodman & Santangelo, 2011). Psykologisk behandling kan ges både individuellt och i grupp. Gruppbehandling kan tänkas vara ett resurseffektivt alternativ eller ett komplement till annan behandling (Goodman & Santangelo, 2011). Dock är erfarenheterna av att erbjuda gruppbehandling för PPD i Sverige begränsade (Birbrajer & Burén, 2017). Föreliggande studie syftade till att utvärdera en gruppbehandling för PPD som genomförts inom Psykologenheten vid mödra- och barnhälsovård (P-MBHV) i Göteborg. I utvärderingen

undersöktes både statistiska och kliniska effekter av behandlingen samt deltagarnas upplevelser av att delta i behandlingen.

Postpartumdepression och prevalens

PPD definieras som en egentlig depression under perioden efter förlossning (American Psychiatric Association, 2013). Enligt DSM-5 ska depressiva symtom ha uppkommit inom fyra veckor efter förlossning, alternativt debuterat under graviditeten och kvarstått efter förlossningen. I både klinisk praktik och i många forskningsstudier varierar dock tidsramen för postpartumperioden kraftigt, ibland upp till ett år efter förlossning (O'Hara & McCabe, 2013; O'Hara & Swain, 1996). Symtombilden för PPD är densamma som vid depression i allmänhet vilket bland annat innebär nedstämdhet, bristande intresse för de flesta aktiviteter, sömn- och aptitstörningar och känslor av värdelöshet. Symtomen ska ha varat i minst två veckor (American Psychiatric Association, 2013). Skillnaden vid PPD är att även mildare symtom kan få långtgående konsekvenser inte bara för den drabbade föräldern utan även för det nyfödda barnet och familjen i sin helhet (O'Hara & McCabe, 2013).

Omkring 10-15 % av kvinnor som föder barn i västvärlden drabbas av PPD (Beck, 2001; O'Hara & Swain, 1996). Globalt ligger prevalensen på 17.7 % men skillnaden är stor mellan olika länder (från 3 % i Singapore till 38 % i Chile) och kan delvis förklaras av ojämlikhet vad gäller välstånd och faktorer relaterat till mammors och barns hälsa (Hahn-Holbrook, Cornwell-Hinrichs, & Anaya, 2018). I Sverige drabbas omkring 12 % av kvinnor som föder barn av PPD (Josefsson m fl., 2001; Rubertsson m fl., 2005a). Det är inte ovanligt att det förekommer en komorbiditet mellan PPD och ångest (Seymour, Giallo, Cooklin, & Dunning, 2015). Omkring 13 % av mammor med PPD beräknas lida av samtidig ångestproblematik (Seymour m fl., 2015).

PPD brukar särskiljas från postpartumblues, ”Baby-blues”, som har liknande men mildare symtom som vid PPD och är betydligt vanligare (drabbar ca 40-80 %). Babyblues börjar vanligtvis under första veckan efter förlossningen och varar upp till några dagar (Reck, Stehle, Reinig, & Mundt, 2009). Även postpartumpsykos, som är ovanligare (drabbar ca 0.1-0.5%) brukar särskiljas från PPD och innebär en mer akut, psykotisk episod med början inom de första två veckorna efter förlossning (Sit, Rothschild, & Wisner, 2006).

Viss forskning tyder på att en majoritet tillfrisknar från sin PPD efter några månader (Cooper, Campbell, Day, Kennerley, & Bond, 1988). Annan forskning visar att obehandlad PPD i många fall kvarstår minst ett år efter förlossning (Beeghly m fl., 2002; Kumar & Robson, 1984).

PPD är vanligt förekommande även bland pappor, med en global prevalens på omkring 9 % (Rao m fl., 2019). I Sverige drabbas mellan 6-10 % av nyblivna pappor av PPD (Asper m fl., 2018). Trots detta är det endast mammorna som rutinmässigt screenas för PPD inom svensk mödra- och barnhälsovård. Forskningen kring PPD hos pappor och/eller andra eventuella partners är begränsad. Majoriteten av forskning kring PPD, dess riskfaktorer, ogynnsamma effekter och behandling har endast inkluderat kvinnor som fött barn (Asper m fl., 2018). Då den behandling som utvärderas i den aktuella studien enbart inkluderat mammor som genomgått förlossning presenteras vidare främst forskning som berör denna grupp.

Risikfaktorer för postpartumdepression

Tiden innan och efter förlossning innebär ofta stora omställningar som kan upplevas påfrestande för den nyblivna mamman. Det finns ingen entydig förklaring till varför vissa drabbas av PPD. Risken att drabbas tycks vara associerad med en mängd faktorer, såväl psykologiska, psykosociala som biologiska (O'Hara & McCabe, 2013).

En tidigare historia av depression är vanligt förekommande hos kvinnor med PPD (Beck, 2001; Bloch, Rotenberg, Koren, & Klein, 2005; O'Hara & Swain, 1996). Bloch och kollegor (2005) visade i sin studie att en tredjedel av de kvinnor som utvecklat PPD tidigare haft depressiva episoder. De såg även att erfarenhet av premenstruellt dysforiskt syndrom (PMDS), postpartumblues eller depressiva symtom i samband med p-pillerbruk var signifikanta riskfaktorer för PPD.

Depression under graviditeten är också en betydande riskfaktor (Beck 2001; Heron, O'Connor, Evans, Golding, & Glover, 2004). Omkring hälften av de som drabbas av PPD i Sverige har uppvisat depressiva symtom under graviditeten (Rubertsson m fl., 2005a). Även ångest under graviditeten tycks vara en riskfaktor för utveckling av såväl PPD som ångest efter förlossning (Seymour m fl., 2015)

Psykosocialt har forskning visat att brist på socialt stöd från omgivningen är en betydande riskfaktor för PPD (Beck, 2001; Boyce & Hickey, 2005) där exempelvis att ha en dålig relation till sin partner är förknippat med ökad risk (Beck 2001; O'Hara & Swain, 1996). En svensk studie fann att faktorer kopplade till social utsatthet såsom fysiska hälsoproblem, att ha ett annat modersmål än svenska samt att vara arbetslös innebar en ökad risk för PPD (Rubertsson m fl., 2005a). Även att ha upplevt stressfyllda händelser året innan (Rubertsson m fl., 2005a) eller under graviditet och förlossning (Beck 2001; O'Hara & Swain, 1996) har visats ha samband med ökad risk för PPD.

Sårbarhet för hormonella förändringar i kroppen under graviditet och förlossning (Bloch m fl., 2000) samt komplikationer i samband med graviditet och förlossning har i studier visats vara riskfaktorer (Blom m fl., 2010; Verdoux m fl., 2002). Risken tycks öka med antalet komplikationer och allvarlighetsgraden av dessa (Blom m fl., 2010; Verdoux m fl., 2002).

Ogynnsamma effekter av postpartumdepression

Det finns ofta en förväntan om att tiden efter förlossning ska vara präglad av lycka över att ha fått ett barn och att man snabbt ska finna sig i den nya rollen som förälder. Att under denna period drabbas av depression innebär, förutom den påfrestning som en depression är i sig, ofta svåra känslor av otillräcklighet, skuld och skam. Skammen kan göra det svårt att be om hjälp från andra vilket ytterligare späder på depressiva känslor av nedstämdhet, isolering och ensamhet (Vehre, 2017).

PPD påverkar inte bara mamman utan även barnet och interaktionen dem emellan (Field, 2010). Depressiva symtom som nedstämdhet, apati, irritation, aggressivitet, hjälplöshet och överdriven oro kan göra det svårare för mamman att vara känslig och lyhörd inför sitt barns signaler (Wickberg & Hwang, 2003). Studier har visat att mammor som har depression har något svårare att läsa av sitt barns känslor och tenderar att uppmärksamma barnets negativa känslor i större utsträckning än positiva (Luoma m fl., 2001). Man har även sett att barn till mammor med PPD blir mindre responsiva i

interaktionen (Field, 2010). Att negativa känslor hos barnet uppmärksammas i större utsträckning än positiva samt att barnet blir mindre responsivt kan tänkas skapa ett samspel som försvårar upplevelsen av en positiv interaktion. Utveckling av en god relation mellan mamma och barn kan försvåras ytterligare om det föreligger en samsjuklighet mellan PPD och ångest (Seymour m fl., 2015). Samsjuklighet förknippas med att mer irritation och mindre värme uttrycks i relation till barnet och att föräldern känner sig mindre kompetent och nöjd i sin föräldraroll (Seymour m fl., 2015).

Svårigheter i interaktionen mellan förälder och barn kan påverka barnets anknytning (Cicchetti, Rogosch, & Toth, 1998). När man har undersökt mer långsiktiga konsekvenser för barn till mammor som drabbats av PPD har man sett en ökad risk för utveckling av en mer otrygg anknytning (Nylen, Moran, Franklin, & O'Hara, 2006). PPD verkar också ha viss påverkan på barns kognitiva, emotionella och beteendemässiga utveckling även om resultaten är osäkra (Grace m fl., 2003; Nylen m fl., 2006). Risken för negativa konsekvenser för barnets utveckling förhöjs om depressionen är ihållande och återkommande (Grace m fl., 2003) vilket är viktigt att ha i åtanke då obehandlad PPD riskerar att övergå i en mer ihållande depression (Beeghly m fl., 2002; Rubertsson m fl., 2005b).

Förutom påverkan på samspelet har man sett samband mellan PPD och svårigheter i mer omvårdande föräldrabetenden såsom matning och upprättande av sovrutiner (Field, 2010). Man har även funnit en negativ påverkan på praktiska föräldrabetenden i form av fler uteblivna rutinbesök på Barnavårdscentral och vaccinationer (Field, 2010).

Det förekommer även att den eventuella partnern också har depressiva symtom när en förälder drabbats av PPD (Rikshandboken för barnhälsovård, 2019). Detta kan tänkas påverka föräldrarnas möjlighet att ge varandra stöd, men även riskera att påverka barnets utveckling ytterligare. Sammantaget visar ovanstående på vikten av att depression i samband med förlossning uppmärksammas och behandlas tidigt för att minimera negativ påverkan för såväl mamman som barnet och den eventuella partnern.

Behandling av postpartumdepression

Det finns en rad olika behandlingar för PPD där farmakologisk och psykologisk behandling tillhör de vanligaste alternativen (Goodman & Santangelo, 2011). Antidepressiv medicinering kan ofta minska de depressiva symtomen (Wisner m fl., 2006; Yonkers, Lin, Howell, Heath, & Cohen, 2008), men det är inte alltid kvinnor vill medicinera, oavsett om de ammar eller inte. Rädsla för biverkningar eller för att bli beroende, samt att uppleva det som stigmatiserande att äta antidepressiv medicin beskrivs som några av anledningarna till att kvinnor väljer att avstå farmakologisk behandling (Dennis & Chung Lee, 2006).

Variationen mellan psykologiska behandlingar är stor både vad gäller längd och teoretisk inriktning. Vanligast förekommande är behandlingar som utgår från kognitiv beteendeterapi (KBT), interpersonell terapi (IPT) och psykodynamisk terapi (PDT) vilka kan ges både individuellt och i grupp. Individuell behandling har visats effektiv men är samtidigt mer resurskrävande än gruppbehandlingar (Goodman & Santangelo, 2011).

Behandling i grupp kan möjliggöra sådant som visats vara särskilt viktigt och terapeutiskt vid PPD (Kurzweil, 2008). Gruppen kan fungera som ett socialt stöd, minska isolering, möjliggöra ett relationellt lärande mellan deltagare och erbjuda rollmodeller för

hur man kan vara som förälder. Gruppbehandlingen kan även utgöra en hållande och bekräftande miljö (Kurzweil, 2008).

Tidigare forskning om effekter av korttidsbehandling av PPD i grupp är begränsad men ett par sammanställningar har gjorts (Goodman & Santangelo, 2011; Scope m fl., 2013). Goodman och Santangelo (2011) fann att gruppbehandling överlag minskade depressiva symtom. Behandlingarna som inkluderades i studien utgick från IPT, KBT, PDT eller stödjande terapi. Det gick inte att se någon tydlig skillnad i effektivitet mellan de olika teoretiska inriktningarna (Goodman & Santangelo, 2011). Scope och kollegor (2013) utvärderade resultat från KBT-behandlingar i grupp. Även här visade resultaten en generell minskning av depressiva symtom hos kvinnor som genomgått behandling jämfört med rutinmässig vård inom BVC och väntelista (Scope m fl., 2013). Antalet studier som inkluderats i sammanställningarna är dock få och har sällan inkluderat kontrollgrupper varför resultaten bör tolkas med försiktighet (Goodman & Santangelo, 2011; Scope m fl., 2013).

I en studie av Clark, Tluczek och Wenzel (2003) jämfördes psykodynamiskt inriktad korttidsbehandling i grupp med individuell IPT och väntelista. I gruppbehandlingen inkluderades även deltagarnas barn. Resultaten visade att depressiva symtom generellt minskade oavsett behandlingsform. Författarna tolkar resultaten som att det är hjälpsamt med ett relationellt perspektiv i behandling av PPD, oavsett om den sker individuellt eller i grupp. De menar att barnets närvaro under gruppbehandlingen skapar ytterligare en möjlighet att arbeta relationellt (Clark m fl., 2003).

Även Nylén med kollegor (2006) har i sin sammanställning över psykodynamiska gruppbehandlingar för PPD betonat vikten av att fokusera på relationen mellan mamma och barn. Resultaten visade att behandling med fokus på relationen förbättrade kontakten mellan mamma och barn där mamman blev mer känslig och responsiv mot sitt barn. Förbättringen i kontakten sågs även i de fall då mammans depressiva symtom inte förändrats nämnvärt (Nylén m fl., 2006). Att ha ett relationellt fokus i behandling kan således, utöver att förbättra depressiva symtom, minska de negativa konsekvenserna av PPD på relationen mellan mamma och barn.

Avseende deltagares upplevelser av gruppbehandling för PPD fann Scope, Booth och Sutcliffe (2012) i sin sammanställning att de som genomgått behandling med KBT-inriktning upplevde sig hjälpta i relationen till sitt barn och i sin roll som förälder. Behandlingsgruppen beskrevs som en trygg plats där man gav varandra stöd, hjälp och uppmuntran. Behandlingen bidrog till att normalisera svåra tankar och känslor och minskade känslor av ensamhet, isolering och skuld (Scope m fl., 2012).

Sammanfattningsvis visar forskning att gruppbehandling vid PPD kan vara ett bra behandlingsalternativ. Att erbjuda god behandling inom svensk mödra- och barnhälsovård kan vara en utmaning då resurserna till viss del är begränsade, vilket till exempel påverkar tillgång till behandlande psykologer. Resurserna varierar dessutom mellan olika landsting (SOSFS, 2017). För att öka tillgängligheten av god behandling vid PPD kan gruppbehandling vara ett resurseffektivt alternativ eller komplement till individuell behandling (Goodman & Santangelo, 2011; Vehre, 2017). Dessutom ger gruppbehandling deltagarna en unik möjlighet att dela erfarenheter och ge varandra stöd i den livsomställning som föräldraskapet innebär. Birbrajer och Burén (2017) såg ett behov av gruppbehandling som ett behandlingsalternativ inom den svenska mödra- och barnhälsovården. Nedan följer en beskrivning av den gruppbehandling som de utvecklat.

Den aktuella gruppbehandlingen

Den gruppbehandling som utvärderas i föreliggande studie utvecklades inom P-MBHV i Göteborg som ett alternativ eller komplement till individuell psykoterapeutisk behandling (Birbrajer & Burén, 2017). Metodutvecklarna uppfattade behov av att skapa ett samtalsutrymme där nyblivna mammor med PPD kunde dela och bearbeta erfarenheter. Upplevelsen av samvaron med barnet sågs som ett viktigt genomgående fokus i behandlingen. Behandlingen utformades utifrån en psykodynamisk referensram och bygger på klinisk erfarenhet och teoretisk förståelse av PPD och depression i allmänhet. Att vara nybliven förälder innebär enligt Stern (refererad till i Birbrajer & Burén, 2017) psykologiska förändringar inom framför allt tre områden: i relationen till egna föräldrar, i relationen till sig själv som förälder och i relationen till barnet. PPD kan förstås som omedvetna inre spänningar och konflikter kopplat till relationen till de egna föräldrarna som tar sig uttryck i relationen till barnet. Att i behandling arbeta med att medvetandegöra sådana inre upplevelser och under samtal avlasta och stötta den nyblivna föräldern har visat sig särskilt hjälpsamt vid PPD (Birbrajer & Burén, 2017).

Behandlingen består av åtta träffar á 90 minuter en gång i veckan och leds av två legitimerade psykologer med erfarenhet inom mödra- och barnhälsovård. Deltagarnas barn är närvarande i behandlingen.

Vid varje träff introducerar gruppledarna sedan tidigare planerade teman. Temana baseras på vad teori och forskning beskrivit aktualiseras hos nyblivna föräldrar (Stern, refererad till i Birbrajer & Burén, 2017) och vid PPD (Birbrajer & Glas Kullbratt, 2003). Syftet med temana är att ge struktur åt samtalen samtidigt som samtalen bygger på vad deltagarna själva lyfter fram och reflekterar kring. Ett viktigt tema är att hitta sätt att förhålla sig till den rollförändring det innebär att bli förälder och hur förändringen påverkar synen på sig själv. Övriga teman berör bland annat upplevelsen av att ansvara för barnets överlevnad, att kunna relatera till barnet på ett autentiskt sätt samt att kunna ta emot hjälp och bibehålla viktiga relationer. Kvinnorna får även dela med sig av erfarenheter av graviditet, förlossning, förväntningar på föräldraskapet och upplevelser av mötet med sitt barn (Birbrajer & Burén, 2017). Gruppledarna hjälper till med att hålla en röd tråd i samtalen. De arbetar också aktivt med att upprätthålla en balans mellan fokus på enskilda deltagare och det övergripande samtalet i gruppen i stort.

I behandlingen är det viktigt med ett stödjande och härbärgerande terapeutiskt förhållningssätt. Utifrån teoretisk och klinisk erfarenhet har man sett att kvinnor med PPD har särskilt behov av att bli uppskattade och bekräftade samt få hjälp och stöd (Birbrajer & Burén, 2017). Med härbärgerande menas att terapeuten hjälper patienten att ta hand om svåra känslor som patienten inte kan hantera på egen hand. Terapeuten härbärgerar känslorna och återkopplar dem sedan till patienten i en mer bearbetad form, till exempel verbalt eller genom ett bemötande som visar på medkänsla och förståelse (Salomonsson refererad till i Birbrajer & Burén, 2017).

En tidigare utvärdering med kvalitativ metod har gjorts av den aktuella gruppbehandlingen då den hållits av grundarna av behandlingen (Vehre, 2017). Deltagarnas upplevelse av behandlingen undersöktes och resultaten visade bland annat att behandlingen hjälpt deltagarna till att normalisera svåra tankar och känslor samt minska känslor av ensamhet och isolering. Barnens närvaro i behandlingen beskrevs som en unik möjlighet att få öva på att klara av situationer som upplevdes svåra i andra sociala sammanhang, och gruppen upplevdes som ett tryggt sammanhang att kunna öva i. Det kunde till exempel handla om att inför andra lugna och trösta sitt barn. Att klara av att

lugna sitt barn i en social situation beskrevs som stärkande för självförtroendet (Vehre, 2017). I den aktuella utvärderingen har behandlingen letts av andra gruppledare än de som utvecklats i behandlingen, vilket gör det intressant att på nytt undersöka upplevelsen av behandlingen.

Syfte

I föreliggande studie användes mixad metod i syfte att utvärdera en gruppbehandling för kvinnor med PPD som genomförts inom P-MBHV i Göteborg. I utvärderingen undersöktes dels behandlingens utfall avseende minskning av depressiva symtom, ångest och upplevd föräldrastress, dels deltagarnas upplevelser av behandlingen.

Frågeställningar

Följande frågeställningar besvarades med kvantitativ metod;

- Hur ser utfallet ut i symtom på PPD, ångest och föräldrastress efter genomförd gruppbehandling?
- Hur stor andel av deltagande kvinnor uppnår kliniskt signifikant förbättring avseende PPD och ångest efter genomförd behandling?

Med hjälp av kvalitativ metod besvaras frågeställningen;

- Hur upplevde deltagarna att gruppbehandling för PPD har påverkat deras mående?

Metod

Datan som analyseras i denna studie är inhämtad från deltagare som genomgått gruppbehandling för PPD vid P-MBHV i Göteborg under hösten 2018 till hösten 2019 inom ramen för ett metodutvecklingsprojekt. Datan utgörs dels av skattningsformulär, dels av transkript från fokusgruppsintervjuer. Samtlig data var sedan tidigare insamlad av projektansvarig personal (forskande psykolog och gruppledare under vägledning) vid P-MBHV. Studien använder sig av mixad metod, det vill säga en analys av såväl kvantitativ som kvalitativ data, och är influerad av en förklarande sekventiell design (Creswell, 2014). Förklarande sekventiell design innebär att kvantitativ data inledningsvis inhämtas och analyseras och att den kvalitativa datainsamlingen därefter utformas och anpassas i syfte att fördjupa förståelsen för de kvantitativa resultaten (Creswell, 2014). Då vår data var insamlad sedan tidigare handlade utformandet av den kvalitativa analysen i denna studie om att formulera den frågeställning som sedan låg till grund för analys av materialet. Mixad metod valdes dels för att via kvantitativ metod undersöka gruppbehandlingens påverkan på deltagarnas mående, dels för att via kvalitativ metod fördjupa utvärderingen ytterligare genom att undersöka deltagarnas upplevelser av behandlingen. Att addera kvalitativ förståelse till de kvantitativa resultaten var också ett sätt att ge utvärderingen ökad legitimitet då det saknades en kontrollgrupp att jämföra med.

Deltagare

Nedan redogörs för hur rekrytering av deltagare gått till, beskrivning av deltagare samt bortfall. Under rubriken rekrytering av deltagare presenteras först generell information om rekrytering av deltagare till gruppbehandlingen, därefter information relaterat till den kvantitativa respektive kvalitativa delen av studien. Under övriga rubriker presenteras först information rörande den kvantitativa delen och därefter den kvalitativa delen.

Rekrytering av deltagare. Deltagarna i gruppbehandlingen rekryterades av psykologer inom P-MBHV. Det finns ingen kartläggning av exakt hur varje deltagare kom i kontakt med psykologenheten men den sedvanliga vägen är via rekommendation från BVC-sköterska efter utfall på Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS; Cox, Holden & Henshaw, 2014) samt att sköterskan därefter gjort en klinisk bedömning av att nedstämdhet föreligger. Därefter hänvisas kvinnan till P-MBHV där psykolog gör bedömning av eventuell PPD och behov av behandling. I ett fåtal fall tar kvinnor med symptom själva direkt kontakt med P-MBHV.

Under perioden för projektet erbjöds kvinnor med symptom på PPD att delta i gruppbehandlingen som ett komplement eller alternativ till individuell psykologkontakt. Inklusionskriterierna för gruppbehandlingen var följande; att kvinnan var förstföderska, att nedstämdheten var utlöst av en omställningskris kopplat till föräldrablivandet men att nedstämdheten inte bedömdes vara ett hinder för deltagande i grupp, att inget uttalat trauma eller suicidrisk förelåg samt att kvinnan var motiverad och bedömdes intresserad av gruppbehandling. Det nyfödda barnet skulle helst inte vara äldre än sex månader. Totalt tre behandlingsgrupper genomfördes under hösten 2018 till hösten 2019.

Deltagarna i samtliga grupper erbjöds att fylla i de för- och eftermätningar som sedan låg till grund för det kvantitativa resultatet. Vid den sista gruppträffen tillfrågades deltagarna om de ville medverka i fokusgruppsintervju vid ett senare tillfälle.

Deltagare. Totalt genomförde 18 deltagare gruppbehandlingen för PPD under projektperioden. Första gruppen bestod av sju deltagare, andra gruppen av sex deltagare och tredje gruppen av fem deltagare. Samtliga deltagare besvarade de för- och eftermätningar som låg till grund för den kvantitativa datan. Deltagarnas ålder varierade mellan 26-38 år ($M = 31,28$, $SD = 3,29$) och deras barn var mellan 2-6 månader ($M = 4,50$, $SD = 1,31$). Samtliga levde tillsammans med en partner. Tio av deltagarna var föräldralediga, fyra var sjukskrivna, tre arbetade och en studerade. Samtliga hade en avklarad gymnasieexamen. Gällande högsta utbildningsnivå hade 14 av deltagarna studerat på högskola eller universitet i minst tre år, två hade studerat på högskola eller universitet i max två år och två hade gymnasiet som högsta utbildningsnivå. Alla utom en hade tidigare haft kontakt med hälso- och sjukvård på grund av psykisk ohälsa. Två tredjedelar av deltagarna hade en parallell individuell behandlingskontakt under perioden för gruppbehandlingen och hälften medicinerade för psykisk ohälsa.

För den kvalitativa datainsamlingen genomfördes tre fokusgrupper där totalt tio av de 18 deltagarna deltog. Den första fokusgruppen utgjordes av tre deltagare, den andra av två deltagare och den tredje av fem deltagare. Specifik bakgrundsinformation kring de som valde att delta i fokusgrupperna samlades inte in och saknas därför.

Bortfallsanalys. Det finns ingen kännedom om hur många som erbjöds att delta i gruppbehandling under projekttiden eller hur stor andel av dessa som avböjde att delta. Av de som påbörjade gruppbehandling valde en deltagare att avsluta behandlingen efter

första tillfället och inkluderas därmed inte i denna studie. En deltagare närvarade vid fem av åtta tillfällen men har fyllt i för- och eftermätningar och har därför inkluderats i studien. Totalt valde åtta kvinnor som genomgått behandling att inte delta i fokusgrupperna utan att ange skäl, fyra vardera från den första respektive den andra gruppen.

Datainsamling

Den kvantitativa datan inhämtades av gruppledarna för gruppbehandlingen genom frågeformulär vid det första respektive sista behandlingstillfället. Deltagarnas barn var med vid dessa tillfällen. I en av grupperna fick deltagarna uppföljningsfrågorna (se instrument för detaljer) för eftermätningen hemskickade till sig eftersom dessa saknades i formulären som fylldes i vid sista behandlingstillfället. De fick fylla i dessa och skicka tillbaka till P-MBHV i förfrankerat kuvert. Totalt fyra av fem formulär för uppföljningsfrågor skickades tillbaka.

Fokusgrupperna genomfördes i P-MBHV:s lokaler. Fokusgruppsledare var den ansvariga forskaren för metodutvecklingsprojektet inom P-MBHV tillika handledare för denna uppsats. Varje fokusgrupp tog mellan 58 och 79 minuter och spelades in med hjälp av mikrofon.

Instrument

Under denna rubrik beskrivs inledningsvis de frågeformulär som användes för att inhämta bakgrundsinformation i början och vid avslut av behandlingen. Därefter redogörs för de skattningsformulär som användes vid den kvantitativa datainsamlingen. Slutligen beskrivs den intervjuguide som låg till grund för den kvalitativa datainsamlingen.

Bakgrundsinformation. Vid förmätningen fick deltagarna besvara frågor rörande demografisk information. Vid eftermätningen fick deltagarna besvara frågor om samtidig medicinsk eller psykologisk behandling samt frågor som på olika sätt rörde upplevelsen av behandlingen. Demografisk information och information kring parallell behandling redovisas ovan under rubriken "Deltagare". Övrig information redovisas inte i föreliggande studie då det inte ingår i utvärderingens syfte.

Symtom på postpartumdepression. För att mäta grad av nedstämdhet relaterat till föräldrabilivandet användes EPDS (Cox m fl, 2014). EPDS är ett självskattningsformulär som screenar för depression efter förlossning. Det består av tio påståenden som undersöker respondentens känslor under den gångna veckan. Exempel på ett påstående är "Jag har känt mig så olycklig att jag har gråtit.". Varje påstående har fyra svarsalternativ, exempelvis "Ja, för det mesta", "Ja, ibland", "Nej, inte så ofta", och "Nej, aldrig.". Svarsalternativen poängsätts sedan från 0-3. Maxpoäng på skalan blir således 30 poäng där en totalpoäng på 12 poäng eller mer, utifrån svenska normer, är en indikation på PPD (Wickberg & Hwang, 1996). EPDS är inte diagnostiserande utan utgör underlag för fortsatt klinisk bedömning av läkare eller psykolog för fastställande av PPD (Karolinska Institutets folkhälsoakademi, 2011). EPDS har validerats av Wickberg och Hwang (1996) som visade en sensitivitet på 96.3% och en specificitet på 49 %. Cronbachs alfa för EPDS låg i denna studie på 0,78 vid förmätning och 0,71 vid eftermätning.

Symptom på ångest. Generalised Anxiety Disorder 7-item Scale (GAD-7) är ett självskattningsformulär som mäter ångestsymptom, särskilt relaterade till generaliserat

ångestsyndrom (GAD; Spitzer, Kroenke, Williams, & Löwe, 2006). Formuläret utgår från frågan "Under de senaste 14 dagarna, hur ofta har du besvärats av följande problem?" som besvaras utifrån sju påståenden. Exempel på ett påstående är "Känt dig nervös, ängslig eller väldigt stressad.". Varje påstående besvaras på en fyrgradig skala som går från 0 = "inte alls", 1 = "Flera dagar", 2 = "Mer än hälften av dagarna" till 3 = "Nästan varje dag". Totalpoängen på skalan går mellan 0-21 poäng, där ett högre värde motsvarar en högre grad av ångestproblematik. Graden av ångest bedöms utifrån tröskelvärden som indikerar mild (5 poäng), moderat (10 poäng) respektive svår ångest (15 poäng). Det kliniska tröskelvärdet är rekommenderat till 10 poäng, vilket vid utvärdering har gett en sensitivitet på 89 % och en specificitet på 82 % (Spitzer m fl., 2006). Svensk normering för GAD-7 saknas. Cronbachs alfa för GAD-7 låg i denna studie mellan 0,84 vid förmätning och 0,86 vid eftermätning.

Föräldrastress. För att mäta upplevd påfrestning eller stress relaterat till föräldraskapet användes The Swedish Parenthood Stress Questionnaire (SPSQ; Östberg, Hagekull, & Wettergren, 1997). SPSQ är ett svenskt självskattningsformulär som baserats på Parenting Stress Index (PSI; Abidin, 1990). SPSQ utgörs av 34 påståenden som kan delas in i fem delskalor; Inkompetens, Rollbegränsning, Social isolering, Problem i relation med partner och Hälsoproblem. Varje påstående besvaras på en femgradig skala som går ifrån "Stämmer inte alls" till "Stämmer mycket bra". Den första delskalan, Inkompetens, består av elva påståenden och syftar till att mäta föräldrarnas upplevda kompetens. Exempel på ett påstående är "Att vara förälder är svårare än jag trodde". Den andra delskalan, Rollbegränsning, består av sju påståenden som mäter upplevelsen av att känna sig begränsad i den nya rollen som förälder. Exempel på ett påstående är "Det är oftast barnets behov som styr mitt liv". Den tredje delskalan, Social isolering, utgörs av sju påståenden som syftar till att mäta upplevelsen av att vara isolerad, där ett exempel på påstående är "Jag känner mig ensam och utan vänner". Den fjärde delskalan, Problem i relation med partner, innefattar fem påståenden och mäter upplevelsen av relationsproblem. Exempel på ett påstående är "Att få barn har orsakat en hel del problem i relationen mellan mig och min partner". Den femte delskalan, Hälsoproblem, består av fyra påståenden som syftar till att undersöka upplevda problem med hälsan. Exempel på ett påstående är "Sedan jag fick barn har jag drabbats av många olika infektioner". Svaren på samtliga påståenden poängsätts sedan från 1-5 poäng. Totalpoängen räknas ut som ett medelvärde för respektive delskala samt för hela skalan, och kan gå från 1-5. Ju högre poäng desto mer upplevd stress. SPSQ har svensk normering (Östberg och Hagekull, 2001). Cronbachs alfa för delskalan Inkompetens låg i denna studie på 0,87, för delskalan Rollbegränsning mellan 0,68 vid förmätning och 0,74 vid eftermätning samt för delskalan Social isolering mellan 0,63 vid förmätning och 0,79 vid eftermätning. Cronbachs alfa för delskalorna Problem i relation med partner ($\alpha = 0,10 - 0,65$) samt Hälsoproblem ($\alpha = 0,54 - 0,71$) bedömdes vara för låga och därmed uteslöts de två delskalorna ur denna studie.

Intervjuguide. För insamling av den kvalitativa datan användes en semistrukturerad intervjuguide med totalt 15 frågor. Frågorna berörde upplevelsen av att delta i gruppbehandlingen samt hur gruppbehandlingen upplevs ha påverkat deltagarnas mående och föräldraskap. Exempel på frågor var: "Hur var det att träffa andra nyblivna mammor i grupp?", "Vad upplevde ni som hjälpsamt i gruppbehandlingen?", "Har gruppbehandlingen påverkat hur ni är som föräldrar?" samt "Upplevde ni gruppbehandlingen som tillräcklig eller hade ni behövt mer/annan hjälp?" (se bilaga).

Databearbetning och analyser

Under denna rubrik redogörs inledningsvis för hur den kvantitativa datan har bearbetats och analyserats. Därefter presenteras analysen av den kvalitativa datan.

Analys av kvantitativ data. Den kvantitativa datan bearbetades och analyserades i SPSS 25 och Excel 2016. I SPSS ersattes saknade värden på varje skala med individens medelvärde på den aktuella skalan. Inget av de saknade värdena på någon skala övergick 20 % av skalans totalvärde varför samtliga kunde ersättas med individens medelvärde.

För att undersöka skillnader mellan för- och eftermätningar på gruppnivå användes parvisa *t*-test. Effektstyrka beräknades med hjälp av Cohens *d* enligt riktlinjerna liten > 0.2, medel > 0.5 och stor > 0.8 (Cohen, 1988). För signifikansprövningen valdes en alfanivå på 5 %.

Vid beräkning av klinisk signifikans användes Reliable Change Index (RCI; Jacobsson & Truax, 1991) för att avgöra om förändringen mellan för- och eftermätning var statistiskt reliabel på individnivå. RCI beräknas genom att dividera skillnaden mellan för- och eftermätning för varje individ med standardfelet (SE) för det instrument som används. Storleken på SE beror på reliabiliteten i instrumentet (Jacobsson & Truax, 1991). I den här studien användes intern validitet (Cronbachs α) som reliabilitetsmått (Lambert & Ogles, 2009). Enligt rekommendationer (Bugess, Pirkis & Coombs, 2009) sattes signifikansnivån till 10 % för att kunna avgöra om individens RCI-värde var större än vad som kunnat orsakas av slumpen. Därefter användes gränsvärdet för den aktuella skattningsskalan för att kunna avgöra om deltagaren tillhörde en klinisk population. Gränsvärdet för EPDS sattes till 12 poäng i enlighet med svensk normering (Wickberg & Hwang, 1996). Gränsvärdet för GAD-7 sattes till 10 poäng i enlighet med internationell standard för klinisk indikation (Spitzer et. al., 2006). Utifrån beräkningen av RCI i kombination med kliniska gränsvärden kategoriserades deltagarna utifrån fyra kategorier: *Återställda* (RCI indikerar signifikant förbättring och det kliniska gränsvärdet har passerats), *Förbättrade* (RCI indikerar signifikant förbättring), *Oförändrade* (RCI indikerar varken signifikant förbättring eller försämring) och *Försämrade* (RCI indikerar signifikant försämring).

Då det förekom deltagare som ej skattade över det kliniska gränsvärdet för EPDS respektive GAD-7, och därmed ej kunde uppnå klinisk signifikant förbättring, analyserades dessa separat. De kategoriserades sedan utifrån följande tre kategorier: *Förbättrade*, *Oförändrade* och *Försämrade* i linje med kriterierna ovan.

Analys av kvalitativ data. Den kvalitativa datan analyserades med hjälp av innehållsanalys (Graneheim & Lundman, 2004) med syfte att lyfta fram deltagarnas upplevelser. Ett induktivt förhållningssätt valdes för att belysa deltagarnas egna erfarenheter och upplevelser. Innehållsanalysen utgick ifrån ett kritiskt realistiskt perspektiv. Med det avses att förståelsen av ett material alltid kommer färgas av en subjektiv tolkning hos den som försöker förstå en erfarenhet eller en upplevelse (Brandén, 2015). Innehållsanalys innebär en textnära kodning vilket betyder att man i så stor utsträckning som möjligt låter texten tala för sig själv, allt för att minimera den subjektiva tolkningen av deltagarnas utsagor (Graneheim & Lundman, 2004). Under hela analysförfarandet fördes en löpande diskussion för att gemensamt bearbeta materialet med fokus deltagarnas erfarenheter.

Initialt lyssnades samtliga ljudinspelningar igenom och transkriberades därefter av författarna. Transkripten lästes igenom ett flertal gånger för att därefter koda. Materialet

kodades utifrån vad i behandlingen som upplevts som hjälpsamt och hur detta påverkat måendet. Under kodningen blev det dock tydligt att allt material som uppfattades relevant för studiens utvärderande syfte inte täcktes in. På grund av detta vidgades kodningen till att även innefatta vilken roll gruppbehandlingen upplevts ha för måendet i jämförelse med andra faktorer.

Då det under kodningen uppstod oenighet kring vilken kod som var mest lämplig för en meningsbärande enhet resonerade vi oss fram till ett gemensamt beslut om lämplig kod. Koderna klipptes sedan ut och sorterades i högar utifrån möjliga kategorier. Fyra koder togs bort under analysen då de bedömdes sakna tillräckligt med information och relevans för frågeställningen. Materialet har bearbetats ett flertal gånger i syfte att skapa kategorier med så god extern heterogenitet och intern homogenitet som möjligt. Inledningsvis grupperades koderna i sju olika kategorier. Ett par kategorier beskrev upplevelsen av själva rutinen kring behandlingen och sammanfördes därför till en kategori. Tre av de sju behandlade temat om att dela erfarenheter i grupp och slogs därför ihop till en kategori. Två kategorier berörde en mer övergripande beskrivning av hur deltagarna upplevt att gruppbehandlingen påverkat deras mående och fick därför utgöra den sista kategorin. Sammanfattningsvis resulterade kodningen i tre huvudkategorier varav en delades in i två underkategorier. Kategorierna var följande: *Att regelbundet ta sig till och delta i grupp bryter isolering, stärker självförtroende och skapar trygghet; Att dela erfarenheter och känslor med andra mammor och deras barn skapar acceptans* med underkategorierna *Acceptans för sina känslor* och *Acceptans för sig själv som förälder*, samt *Att förbättras i sin postpartumdepression kan vara ett resultat av flera faktorer*. Vi är medvetna om att det förekommer ett visst överlapp mellan kategorierna då vissa koder kunnat tolkas och kategoriseras på olika sätt.

Etik och reflexivitet

Etiska överväganden. Deltagarna informerades både vid den kvantitativa och den kvalitativa datainsamlingen om syftet med utvärderingen av gruppbehandlingen. Vidare meddelades att all inhämtad data skulle behandlas konfidentiellt och aidentifieras samt att resultaten skulle presenteras på gruppnivå utan möjlighet att härleda tillbaka till enskilda individer. Deltagarna informerades om att medverkan i utvärderingen var frivillig och att de när som helst kunde avbryta, utan eventuella konsekvenser för pågående behandling. Vid fokusgrupperna betonades frivilligheten i hur mycket information var och en ville delge. Samtycke till att delta i studien inhämtades muntligt.

Då det kvantitativa resultatet presenteras görs ett undantag vad gäller resultatredovisning på gruppnivå. En av deltagarnas resultat presenteras separat då dennes skattning, till skillnad från övriga deltagares, inte tillhör den kliniska populationen. Resultatet redovisas dock på ett sådant sätt att den enskilda individen inte blir möjlig att identifiera. Vid redovisning av den kvalitativa datan har deltagarna anonymiserats och tilldelats pseudonymer med namn mellan A-J.

Etikprövning har inte gjorts då studien sker inom ramen för ett metodutvecklingsprojekt inom P-MBHV. Författarna till denna studie har undertecknat ett sekretessavtal för hantering av data och inhämtat material har förvarats inlåst i skåp samt på ett lösenordsskyddat USB. Materialet kommer vid den aktuella studiens avslut att förstöras.

Reflexivitet. Författarna till denna studie är två kvinnor i 30-årsåldern som studerar på psykologprogrammet vid Göteborgs universitet. Vi hade begränsad förkunskap om postpartumdepression sedan tidigare men god förkunskap om depression i allmänhet via våra studier. Den kvalitativa analysen kan till viss del ha färgats av vår kunskap kring vad som är terapeutiskt i behandling av depression. Analysen kan även ha påverkats av att vi redan hade de kvantitativa resultaten då vi tog oss an den kvalitativa analysen. Vi visste således redan från början att deltagarnas mående hade förbättrats vilket påverkade hur vi formulerade vår kvalitativa frågeställning. Detta går dock i linje med vår mixade metod då vi använder oss av den kvalitativa analysen för att fördjupa vår förståelse för det kvantitativa resultatet och deltagarnas upplevda mående. Genom att vi gemensamt har kodat materialet har det dock varit möjligt att undvika att en persons förförståelse präglade tolkningen i allt för hög utsträckning.

Då det inte är vi själva som samlat in datan som ligger till grund för studien har vi haft en löpande dialog med intervjuaren, tillika handledare för denna uppsats, för att minska risken för feltolkning i analysen. Vi är medvetna om att det trots detta finns en risk för att vissa nyanser i materialet kan ha försvunnit då vi inte själva närvarade vid fokusgrupperna.

Resultat

Under denna rubrik presenteras först de kvantitativa och därefter de kvalitativa resultaten. Följande frågeställningar besvarades med kvantitativ metod: Hur ser utfallet ut i symtom på PPD, ångest och föräldrastress efter genomförd behandling? Hur stor andel av deltagande kvinnor uppnår kliniskt signifikant förbättring avseende PPD och ångest efter genomförd behandling? Följande frågeställning besvarades med kvalitativ metod: Hur upplever deltagarna att gruppbehandling för PPD har påverkat deras mående?

Utfall på gruppnivå

Resultaten av de parvisa *t*-testen redovisas i Tabell 1. Resultaten visade en signifikant förbättring mellan för- och eftermätning av EPDS, GAD-7 och SPSQs delskala Social isolering. För EPDS var effekten nära medelstor. En av deltagarnas skattningar på EPDS var till synes markant avvikande från övrigas. När detta låga värde exkluderades i effektberäkningen ökade effekten till mycket stor ($d = 1.69$). För GAD-7 var effekten nära stor, och för Social isolering var effekten nära medelstor.

Tabell 1

Deltagarnas (N = 18) skattningar av sitt mående på gruppnivå vid för- och eftermätning. Parvisa t-test. Medelvärden och (standardavvikelser). p-värde. Cohens d.

| Skattningsskala | Förmätning | Eftermätning | <i>t</i> | <i>p</i> | <i>d</i> |
|-----------------|--------------|--------------|----------|----------|----------|
| EPDS | 16,43 (4,00) | 11,5 (3,29) | 6,62 | .000 | .45 |

| | | | | | |
|-----------------------|--------------|-------------|------|------|-----|
| GAD-7 | 11,28 (5,22) | 7,67 (4,50) | 4,84 | .000 | .74 |
| SPSQ Inkompetens | 3,59 (0,70) | 3,46 (0,63) | 1,41 | .176 | .19 |
| SPSQ Rollbegränsning | 4,05 (0,55) | 4,09 (0,55) | -,52 | .610 | .07 |
| SPSQ Social isolering | 3,25 (0,74) | 2,88 (0,81) | 3,20 | .005 | .47 |

Klinisk signifikant förbättring

Vid beräkningen av klinisk signifikans för EPDS användes gränsvärdet 12. En deltagare skattade under gränsvärdet vid förmätningen, och dennes resultat redovisas därför för sig. För GAD-7 användes gränsvärdet 10. Sju deltagare skattade under gränsvärdet vid förmätningen, varför dessa deltagares resultat redovisas i en egen grupp.

I Tabell 2 redovisas resultaten för deltagarna från den kliniska populationen för respektive skattningsskala. Resultaten för EPDS visade att av deltagarna som skattat över gränsvärdet uppnådde en knapp tredjedel kliniskt signifikant förbättring, medan en dryg tredjedel enbart uppnådde reliabel förbättring. Resterande deltagare förblev oförändrade och ingen försämrades. Resultaten för GAD-7 visade att av deltagarna som skattat över gränsvärdet uppnådde en dryg tredjedel kliniskt signifikant förbättring. En dryg fjärdedel av deltagarna uppnådde enbart reliabel förbättring medan en dryg tredjedel inte skattade någon förändring vid eftermätningen. Ingen deltagare försämrades.

Tabell 2

Utfall på EPDS och GAD-7 i frekvens och (procent) beräknat med RCI och med gränsvärde för de individer som tillhörde den kliniska populationen vid förmätningen.

| Skattningsskala | Återställda | Förbättrade | Oförändrade | Försämrade | Total |
|-----------------|-------------|-------------|-------------|------------|----------|
| EPDS | 5 (29,4) | 6 (35,3) | 6 (35,3) | 0 (0) | 17 (100) |
| GAD-7 | 4 (36,4) | 3 (27,3) | 4 (36,4) | 0 (0) | 11 (100) |

Z-krit 1,65 ($p < .10$)

I Tabell 3 redovisas resultaten för de deltagare som ej tillhörde den kliniska populationen på respektive skattningsskala vid förmätningen. Utfallet för den deltagare som skattade under gränsvärdet på EPDS var vid eftermätningen oförändrat. Resultaten för GAD-7 visade att av deltagarna som inledningsvis skattat under gränsvärdet uppnådde knappt hälften en reliabel förbättring medan resterande förblev oförändrade.

Tabell 3

Utfall på EPDS och GAD-7 i frekvens och (procent) beräknat med RCI av de deltagare (EPDS: N = 1, GAD -7: N = 7) som ej tillhörde den kliniska populationen vid förmätningen.

| Skattningsskala | Förbättrade | Oförändrade | Försämrade | Total |
|-----------------|-------------|-------------|------------|---------|
| EPDS | 0 (0) | 1 (100) | 0 (0) | 1 (100) |
| GAD-7 | 3 (42,9) | 4 (57,1) | 0 (0) | 7 (100) |

Z-krit 1,65 ($p < .10$)

Deltagarnas upplevelse av behandlingens påverkan på måendet

Frågeställningen som besvarades med kvalitativ metod var: Hur upplever kvinnor som genomgått gruppbehandling för PPD att behandlingen påverkat deras mående? Analysen resulterade i tre huvudkategorier: *Att regelbundet ta sig till och delta i grupp bryter isolering, stärker självförtroende och skapar trygghet; Att dela erfarenheter och känslor med andra mammor och deras barn skapar acceptans* samt *Att förbättras i sin postpartumdepression kan vara ett resultat av flera faktorer*. Dessa presenteras nedan.

Att regelbundet ta sig till och delta i grupp bryter isolering, stärker självförtroende och skapar trygghet. Flera av kvinnorna beskrev att det inledningsvis kändes svårt och jobbigt att ta sig iväg till och delta i gruppbehandlingen. Exempelvis beskrevs att åka kollektivt med sitt barn och vagn med utrustning som en stor utmaning. Att känna att man bemästrade sådant som var svårt upplevdes av flera som stärkande för självförtroendet. Gruppbehandlingen beskrevs som en meningsfull aktivitet som hjälpte deltagarna att motivera sig att ta sig ut tillsammans med sitt barn.

Jag tycker faktiskt att det var jättebra, jättebra övning, för mig, jag tycker att det har varit så jobbigt allting med hanteringen, men att liksom ta mig ut och ha med honom och fixa allting med vad man ska ha med sig, och... för mig har det varit en jättebra övning, mycket liksom, meningen med att ta mig ut... (Anna, grupp 1)

Även att ha med barnet vid själva gruppträffarna upplevdes som en utmaning. Att få öva och se att man klarade av det upplevdes skapa en känsla av kompetens och stärkte självförtroendet.

Jag tyckte nog också att det var väldigt jobbigt [om att ha med sitt barn i behandlingen]. Men efter varje gång så kändes det lite, för att jag blev liksom stärkt av att ha klarat en gång till (jaa skratt). (Britta, grupp 1)

För vissa hade postpartumdepressionen resulterat i att de isolerat sig hemma. Att delta i behandlingen blev ett sätt att bryta isoleringen och gjorde det lättare att ta sig hemifrån även de dagar det inte var gruppbehandling.

Ja men det hjälpte väl mig på så sätt att jag kom ut och träffade andra för jag, som sagt när jag mådde dåligt så ville jag ju inte träffa några andra, jag ville ju liksom inte träffa andra föräldrar, jag ville inte gå till öppna förskolan och jag ville liksom inte så, för jag mådde så dåligt så jag kände att jag klarar inte av det liksom. Så nu har jag, efter gruppen så har jag känt att jag har blivit mycket modigare, att våga kanske ta kontakt med andra föräldrar och prata lite med andra och sådär och det kunde jag ju verkligen inte i början... (Caroline, grupp 2)

Ett par av deltagarna beskrev att synen på och känslorna inför sitt barn förändrats under behandlingens gång. Innan behandlingen kunde de uppleva sina barn som annorlunda och ibland extra jobbiga. Att se sitt barn tillsammans med andra barn normaliserade det egna barnet, vilket upplevdes som en lättnad och väckte mer positiva känslor inför barnet. De upplevde att relationen till barnet förbättrades.

*Anna, grupp 1: ...En av de avgörande sakerna för mig var att, jag hade ju väldigt tveksamma känslor inför mitt barn när jag började här. Och jag tyckte han var ganska konstig och jobbig liksom. Men det var... På något sätt att se honom interagera med de andra, och er andra, med era barn som ju liksom är precis likadana (skratt) ...
Britta: Lika konstiga och jobbiga (alla skrattar).
Anna: ... Ja fast dom är ju inte det! Så då blev ju inte han heller det liksom.
Utän, jaa. Det var jättebra att få se honom liksom i ett sammanhang också.
Ehm, ja. Så det, faktiskt en framgång i vår relation, eller min syn på honom.
Väldigt markant. ...*

Att regelbundet möta andra kvinnor med postpartumdepression under strukturerade former upplevdes som en trygghet. Både att det var flera träffar med jämna mellanrum och att det var ett sammanhang där man inte behövde förstå sig eller upprätthålla en fasad gav en känsla av samhörighet och trygghet.

Jag tyckte det var hjälpsamt att det var så många gånger så ofta, och ehm... Men med jämt mellanrum liksom. Det gav en väldig trygghet för mig. (Erika, grupp 3)

Det var väldigt skönt att det skapades liksom en miljö där man kände att man kunde ventilerat det man faktiskt behövde ventilerat, som man dolde i andra situationer när man träffade andra mammor då liksom såhär. Äntligen fick man, ja, lufta nåt som behövde luftas. (Diana, grupp 3)

Att dela erfarenheter och känslor med andra mammor och deras barn skapar acceptans. *Acceptans för sina känslor.* Deltagarna beskrev det som hjälpsamt att träffa andra mammor med postpartumdepression och höra deras berättelser. Flera berättade att de innan och i början av behandlingen känt sig ensamma men att det efter behandlingen hade lättare att acceptera sitt mående och sina känslor. Att höra andra beskriva upplevelser och känslor kopplat till att ha fått barn normaliserade det egna måendet och minskade känslan av att vara ensam i sin situation.

... Men, det var väldigt skönt att inte känna sig så isolerad i det här, som (annan deltagare) säger "under molnet". Att det var, andra som hade moln

eller vad jag ska säga (skratt). Så det var bra. Det tycker jag. (Fanny, grupp 1)

Jaa. Jaa... Men man får ju höra, man får ju höra andras story ganska ingående sådär. På ett sätt som man kanske inte skulle göra någon annanstans. Ehm... så det, jag tycker också man lär, eller liksom man känner sig normal på något sätt, än vad man hade gjort annars tror jag. Att alla kämpar med olika grejer. (Britta, grupp 1)

Skam över att må dåligt beskrevs som en annan central känsla i samband med att ha drabbats av postpartumdepression. Flera beskrev hur de innan behandlingen skämts över att inte vara så lyckliga som de förväntat sig vara som nyblivna föräldrar. Möjligheten att få dela erfarenheter och känslor minskade skammen över att må dåligt.

... Jag tyckte att det var skämmigt, att jag skämdes över det i början. Men nu tycker jag ju, nu skäms jag inte över det där så mycket, och att liksom. Att, jag tyckte det kändes lite som att om jag mår dåligt så älskar jag inte min bebis lika mycket som folk som inte mår dåligt gör. Och nu känner jag att jag... älskar min villkorlös även om jag... mår dåligt. (Gina, grupp 3)

Deltagarna beskrev gruppbehandlingen som ett tryggt rum som gav möjlighet att möta och uttrycka svåra känslor. Vissa deltagare beskrev närmandet av svåra känslor som en utmaning förknippat med rädsla. Att våga möta den rädslan och vara öppen med sina känslor i gruppen upplevdes skapa större acceptans för känslorna och bidra till ett mer stabilt mående.

Också liksom att det var en miljö där det kändes lite tryggt att bemöta den, för det kan vara ganska läskigt tycker jag, eller såhär (skratt) att tänka efter för mycket eller börja rota för mycket /.../ det väcker ju känslor som man måste ta itu med liksom. Det kändes som att, i och med att, att man hade varandra i gruppen så kändes det tryggare att liksom gå in och... Och peta på dom sakerna (skratt) ... (Hanna, grupp 3)

Att börja acceptera sina känslor gjorde det möjligt att vara tydligare med sitt mående och sätta gränser för vad man orkade med även utanför gruppen. Öppenheten möjliggjorde nya erfarenheter av att söka både känslomässigt och praktiskt stöd i sin omgivning, något som flera av deltagarna tidigare undviktit.

... Jag tyckte faktiskt det var lättare att berätta för andra hur jag mådde, alltså ha den här typen av samtal utanför den här gruppen blev liksom lättare efteråt. Som att man har övat lite på att prata med nån om sånt som är svårt. Och det har visat sig att det tas emot ganska bra, väldigt bra, av de flesta liksom, andra också. Det är bara att man ska våga... (Anna, grupp 1)

Acceptans för sig själv som förälder. Många av deltagarna beskrev att behandlingen hjälpt dem att se vilka krav de hade på sig själva som föräldrar och hur de skulle förhålla sig till dessa. Detta skapade större acceptans för sin egen föräldraförmåga. Att diskutera krav i föräldraskapet tillsammans i grupp gav nya perspektiv vilket bidrog till att sänka egna krav och minska självkritik. Flera av deltagarna beskrev att gruppen hjälpt dem att stärka tilltron till sig själv som en tillräckligt bra förälder.

Jag tror att jag kanske sätter lite mindre krav på mig själv liksom. Men innan så hade man lite såhär duktighetskänsla, och man kände att man misslyckades hela tiden. Man skulle liksom göra det ena och det andra, och det och det och det. Nu har jag liksom, amen jag kan känna mig nöjdare för att jag liksom lägger det på en lägre nivå eller vad jag ska säga. (Hanna, grupp 3)

Jag kommer på den här tanken med acceptans igen. För det var en specifik händelse som hände, där jag liksom bara, men om jag hade berättat det här i gruppen, hur hade det känts då? Liksom. Jamen då är det ju så jag ska känna. Istället för att liksom, ja, klanka ner på mig själv för att det där hände, och jag borde ha gjort, men typ att, nä, såhär hade det känts i gruppen och då är det så jag ska tänka. (Diana, grupp 3)

Med minskade krav följde en mer flexibel bild av vad det innebar att vara en bra förälder. Till exempel berättade vissa att de innan behandlingen tänkt att de inte kunde vara bra föräldrar eftersom de mådde dåligt. Genom att se andra mammor med postpartumdepression tillsammans med sina barn, och se att de kunde hantera sitt föräldraskap, stärktes tron på att de själva också kunde vara bra föräldrar.

Nä, jag tyckte att det var jättebra. Det var så himla... skönt att se, för jag kände mig så dålig, det kändes som jag liksom misslyckades med allting och så tänkte jag men det är bara för att jag är ledsen liksom, och jag klarar inte av det här. Och sen så fick jag se liksom er andra, som ju kände likadant men helt uppenbart klarade det här jättebra liksom. Och hade jättefina barn liksom, och allting sånt. Så då tänkte jag att det kanske är jag som är lite hård mot mig själv... (Anna, grupp 1)

Gina (grupp 3) beskrev hur hon innan behandling tänkt att hon endast var en bra mamma så länge barnet var på gott humör. Genom att se andra föräldrar med sina barn kunde hon börja se sig som en bra förälder även om barnet ibland var ledset eller argt. Ytterligare en deltagare, Britta (grupp 1), upplevde att hon efter diskussioner i gruppen känt sig mer hemma i sin nya roll som mamma, en identitet hon tidigare haft svårt för.

...Och en annan grej som jag vet att du sa, för det var också med det här med föräldraskap att jag sa vid nåt tillfälle, det här med att va mamma, jag känner inte att jag är mamma, liksom. Jag är nog bara nån som tar hand om henne [syftar på sitt barn]. Och att du [till annan deltagare] sa nån gång såhär men, jag tänker inte heller att jag är mamma men jag är [mitt barns] mamma, asså. Och det tyckte jag var såhär, ah, okej. Det kan jag gå med på, jag kan vara [mitt barns] mamma, eh... (alla skrattar). Men den här mammarollen i sig... eller du vet, som man tänker, men så som jag tänker, att en mamma är, har jag inte känt igen mig i. (Britta, grupp 1)

Flera av deltagarna tog upp att det var hjälpsamt att i gruppen få reflektera kring upplevelsen av sina egna föräldrar. Att jämföra bilden av sina föräldrar med bilden av sig själv som förälder gav nya insikter om, och förväntningar på, det egna föräldraskapet. Att reflektera över vad som varit bra och mindre bra i sin egen uppväxt tydliggjorde vad som egentligen kändes viktigt i relationen till sitt barn. Några beskrev att de fick en tydligare,

mindre sträng bild, av hur de ville vara som föräldrar vilket stärkte självförtroendet och minskade självkritiken.

Jag tyckte det som var med, vilka krav och förväntningar man har på sig själv och det hörde ju ihop litegrann med det här, med den, sin egen mamma. Och hur man ser på mammarollen och så. För så hade inte jag tänkt, liksom, tidigare. Och vad det är som egentligen är viktigt då, på nåt sätt uppskatta det hos mig själv och inte hålla på att tänka på en massa andra saker. Så, jamen från ett annat perspektiv såhär. (Anna, grupp 1)

Att förbättras i sin postpartumdepression kan vara ett resultat av flera faktorer. Majoriteten av deltagarna uppgav att de mådde bättre eller upplevde sitt mående som mer stabilt efter gruppbehandlingen jämfört med innan. Deltagarna tillfrågades i vilken utsträckning de trodde att gruppbehandlingen bidragit till förändringar i måendet. De resonerade då kring gruppbehandlingen i relation till andra faktorer som kan ha påverkat. Andra faktorer som nämndes var påbörjad medicinering med antidepressiva, individuell kontakt med psykolog parallellt med gruppbehandlingen och ändrade vardagsrutiner. Flera deltagare funderade också kring tidens roll för förändringen. De beskrev hur tiden generellt gett möjlighet att bearbeta förlossningen, landa i rollen som mamma och bygga en relation till sitt barn. Sammanfattningsvis beskrev flera av deltagarna det som svårt att veta exakt vad som påverkat deras mående.

Klart bättre. Även om det är en del som fortfarande är... men jag tycker att det är en stor skillnad. Det är ju väldigt svårt att säga vad det är som har, vad, jag gjorde väldigt mycket på samma gång där, jag började komma hit, la om våra sovrutiner, började äta antidepressiva, alltså det var mycket på samma gång. Men, absolut, en stor skillnad. (Anna, grupp 1)

Det är ju många olika delar. En viss del är ju helt enkelt tid. Att det är tid att bearbeta och avstånd från det som var specifika händelser som var jobbiga. Men också liksom att när man har varit i en miljö där det är liksom mycket accepterat att säga vissa saker och tankar, så är det lättare att acceptera det själv sen. (Diana, grupp 3)

Nästintill samtliga deltagare hade en individuell kontakt som löpte parallellt med gruppbehandlingen. Flera beskrev hur behandlingsformerna kompletterade varandra. De beskrev att samtalen hade olika innehåll och att det blev möjligt att ta med sig nya tankar och erfarenheter mellan gruppen och den individuella kontakten. Majoriteten uppgav att de hade haft svårt att välja mellan gruppbehandling och individuell kontakt om de varit tvungna att välja.

Precis, precis vad jag tänkte säga, helt andra samtal, och att, man kan ju inte grotta ner sig så totalt som man gör hos en psykolog, sitta och böla och sådär /... / man håller ju ändå nån slags, en annan typ av samtal. Och båda är lika viktiga, tänker jag! I den situationen som man har varit i. Som gör upp en helhet, som är väldigt bra. (Fanny, grupp 1)

Några gav exempel på fördelar med gruppen jämfört med den individuella kontakten. De menade att vissa ämnen passade bättre att ta upp i grupp och att gruppen kunde leda in samtalet på nya perspektiv man inte kommit att tänka på själv. Hanna

(grupp 3) beskrev även hur gruppen skapade en känsla av trygghet jämfört med att vara själv i en individuell kontakt, vilket upplevdes hjälpsamt för att möta svåra känslor. Ett fåtal av deltagarna uppgav att de i efterhand hade valt gruppbehandlingen över den individuella kontakten om de behövt välja.

Nä men att höra andras alltså perspektiv och erfarenheter startar ju upp tankar i en själv, som kanske inte var exakt det som den personen pratar om men det liksom startar upp... En annan tankebana. Så att varje gång man hade varit, kom tillbaka till sin egen psykolog så hade man ju via den här gruppen fått liksom nya tankar och nya... Ja. Man fick ju mer... Ja, feedback. Alltså såhär... Det stimulerar ju tankar mer än att prata med liksom professionell som inte ger så mycket tillbaka. (Diana, grupp 3)

Andra beskrev att vissa ämnen kändes för privata och känsliga för att dela med sig av i gruppen. Fördelen med den individuella kontakten var att den gav möjlighet att bearbeta sådant. Ett fåtal beskrev den individuella kontakten som en förutsättning för att överhuvudtaget kunna delta i gruppbehandling. Ett par uppgav att de hade valt den individuella kontakten över gruppbehandlingen om de behövt välja.

Jag tror att jag... Jag hade nog... jag tyckte det var lättare att prata här för att jag hade gått till min psykolog, och jag behövde nog också det samtalet med henne som bara handlade om... jag tror att jag behövde den tiden helt enkelt, den koncentrerade tiden man får... (Britta, grupp 1)

Diskussion

Syftet med föreliggande uppsats var att utvärdera en gruppbehandling för PPD som genomförts på P-MBHV i Göteborg. De frågeställningar som besvarades var; Hur ser utfallet ut i symptom på PPD, ångest och föräldrastress efter genomförd gruppbehandling? Hur stor andel av deltagande kvinnor uppnår kliniskt signifikant förbättring avseende PPD och ångest efter genomförd behandling? Hur upplevde deltagarna att gruppbehandling för PPD har påverkat deras mående?

Sammanfattningsvis visade de kvantitativa resultaten på en signifikant förbättring vad gäller de skattningsskalor som mätte PPD, ångest och social isolering vid avslutad behandling. Ingen signifikant förändring sågs för de skattningsskalor som mätte upplevd inkompetens eller rollbegränsning. Av de som tillhörde en klinisk population gällande EPDS respektive GAD-7 var två tredjedelar förbättrade efter avslutad behandling. Hälften av dessa räknades som återställda. Förbättringen avseende PPD och ångest sågs även i de kvalitativa resultaten då en majoritet av deltagarna uppgav att de mådde bättre alternativt upplevde sitt mående som mer stabilt jämfört med innan behandlingen.

Att delta i gruppbehandling tycks vara hjälpsamt för att bryta social isolering (Kurzweil, 2008) vilket återspeglas i resultaten från SPSQ där skattningsskalan Social isolering mätte en förbättring med medelstor effekt efter avslutad behandling. Även vid fokusgrupperna beskrev flera deltagare hur gruppbehandlingen hjälpt dem att minska känslor av isolering och ensamhet. Flera deltagare beskrev hur de innan behandlingen såg det som en utmaning att lämna hemmet. Gruppbehandlingen upplevdes som en meningsfull aktivitet som skapade motivation att komma ut. Att klara av att ta sig till behandlingen beskrevs stärka självförtroendet och minska motståndet att delta även i

andra aktiviteter. Flera beskrev hur de i andra sammanhang, exempelvis i den vanliga mammagruppen, dolde sitt mående på grund av skam. Skam och skuld är centrala känslor vid PPD (Birbrajer & Glas Kullbratt, 2003) och kan bidra till ett undvikande av andra som riskerar leda till isolering. Deltagarna beskrev hur gruppen blev en plats där de kunde möta andra föräldrar i samma situation och där de inte behövde förstå sig eller dölja sitt mående. Sammantaget indikerar såväl kvantitativa som kvalitativa resultat således att gruppbehandlingen kan bidra till att bryta social isolering, minska känslor av skam och skuld samt stärka självförtroendet vilket bidrar till ett förbättrat mående.

Deltagarna beskrev gruppen som en trygghet som gjorde det möjligt att tillsammans med andra uppleva och bearbeta svåra känslor. Utifrån deltagarnas berättelser är det möjligt att gruppen fungerat som den stödjande och hållande miljö som eftersträvas i behandling (Birbrajer & Burén, 2017). En stödjande och hållande miljö har visats vara särskilt hjälpsamt vid behandling av PPD (Blum, 2007; Kurzweil, 2008). Blum (2007) har beskrivit att de som drabbas av PPD ofta kan ha svårt att acceptera starka känslor som ilska och ledsamhet hos sig själva. Att inte kunna uttrycka eller erkänna exempelvis ilska kan göra att känslan förstoras och riskerar att utageras på ett destruktivt sätt. Möjligheten att i en stödjande och hållande miljö få känna, tolerera och sätta ord på känslorna kan vara hjälpsamt för att bättre kunna hantera och bearbeta sina känslor (Blum, 2007). Flera deltagare beskrev hur de fick en större acceptans för sina egna känslor genom att dela dem med andra i gruppen. Den ökade acceptansen beskrevs även stärka självkänslan. En möjlig förklaring till minskad depressivitet och ångest hos deltagarna skulle kunna vara att känslbearbetning i grupp minskade intensiteten i tidigare svårhanterliga känslor som ilska och ledsamhet.

När det gäller resultat från deltagarnas skattningar av SPSQ Rollbegränsning påvisades ingen förändring. En möjlig förklaring är att deltagarna fortsatt upplevde den nya situationen som förälder som begränsande och tidskrävande. Upplevelsen av att vara begränsad kan tänkas höra samman med minskade möjligheter att engagera sig i aktiviteter som vanligtvis fungerar som positiva inslag i vardagen och som därmed kan motverka depressiva symtom (Barlow, 2014). Trots att många upplevde en fortsatt begränsning beskrev deltagarna att de upplevde en ökad acceptans för den nya situationen och de känslor som väcktes av att känna sig begränsad.

Flera deltagare beskrev hur de i gruppen fått hjälp med att uppmärksamma krav de hade på sig själva som föräldrar och många påtalade att de insett att de hade en strikt bild av vad det innebär att vara en bra förälder. De kunde sällan leva upp till den bilden vilket gav en upplevelse av ett ständigt misslyckande. Samtalen i gruppen beskrevs bidra till nya perspektiv som gav möjlighet att sänka kraven på sig själv som förälder och på så sätt minska självkritiken. Även att se andra nyblivna mammor med depression klara av att ta hand om sina barn beskrevs skapa en mer flexibel bild av vad ett tillräckligt gott föräldraskap är. Detta är också exempel på hur de andra deltagarna kunde fungera som rollmodeller i föräldraskapet. Möjligheten till relationellt lärande, och att träffa andra som kan utgöra rollmodeller, har uppmärksammats som särskilt hjälpsamma faktorer som behandling i grupp kan erbjuda (Kurzweil, 2008).

Deltagarna beskrev hur de genom behandlingen fått en ökad acceptans för sig själva som föräldrar. Den ökade acceptansen beskrevs minska känslor av otillräcklighet och stärka självkänslan, vilket kan tänkas vara en förklaring till deltagarnas minskade depressivitet. När den upplevda föräldraförmågan mättes utifrån SPSQ Inkompetens sågs dock ingen förändring mellan för- och eftermätning. Det resultatet motsäger deltagarnas upplevelse av att den ökade acceptansen minskat känslor av otillräcklighet. En möjlig

förklaring kan vara att de påståenden som utgör skattningsskalan SPSQ Inkompetens efterfrågar hur väl den upplevda kompetensen stämmer överens med vilka förväntningar som fanns innan barnet kom, snarare än att mäta upplevd kompetens i stunden. En annan möjlig förklaring kan vara att det finns upplevelser hos deltagarna som inte täcks av i fokusgrupperna då inte alla deltagit i dessa.

Flera deltagare beskrev det som hjälpsamt att i gruppen reflektera kring sin egen uppväxt och relationen till sina egna föräldrar. De beskrev hur det gav en ökad förståelse och acceptans för sina föräldrar vilket gav ytterligare förutsättningar för att reflektera över vad som är viktigt i det egna föräldraskapet. Att medvetandegöra upplevelsen av sina föräldrar och se samband med det egna föräldraskapet har visats vara hjälpsamt i behandling av PPD (Stern, refererad till i Birbrajer & Burén, 2017). Möjligheten att få reflektera beskrevs av deltagarna bidra till en tydligare bild över hur de själva önskade vara som föräldrar och hjälpte till att synliggöra och sänka högt ställda krav. Vid fokusgrupperna gav deltagarna dock ingen närmare beskrivning av vad de fått hjälp med att acceptera eller förstå i relationen till sina föräldrar. Vi har därför ingen möjlighet att närmare beskriva om något specifikt i innehållet var hjälpsamt att bearbeta och reflektera över.

Några deltagare beskrev hur behandlingen hjälpt dem få en mer positiv syn på det egna barnet och att detta förbättrat relationen till barnet. Möjligheten att se sitt barn tillsammans med andra föräldrar och deras barn minskade föreställningar om att det egna barnet var avvikande. Normaliserandet av sitt barn gjorde att negativa känslor gentemot barnet minskade och att positiva känslor fick ta mer plats. Som tidigare nämnts har studier visat att mammor med PPD tenderar att uppfatta negativa känslor hos sina barn i större utsträckning (Luoma m fl., 2001) och att PPD kan försämra lyhördheten gentemot barnet (Wickberg & Hwang, 2003). Att i gruppbehandling fokusera på relationen mellan mamma och barn kan, förutom att minska depressiva symtom, förbättra samspelet och relationen (Nylen m fl., 2006). Detta går i linje med deltagarnas beskrivningar av förbättrade relationer och känslor inför sina barn. Då vår utvärdering inte inkluderar något relationellt mått går det dock inte att uttala sig om hur relationen till barnet och depressiva symtom kan tänkas höra samman.

Deltagarnas berättelser tyder på att gruppbehandlingen på olika sätt ökat tillgången till socialt stöd vilket varit hjälpsamt på flera sätt. Behandlingsgruppen beskrevs som en trygg plats och kan tänkas ha utgjort ett stöd i sig. De beskrev också att erfarenheter av stöd från de andra i gruppen gjorde det möjligt att söka stöd även utanför gruppen. Även att i behandlingen få hjälp med att sänka krav på sig själva och sätta gränser för vad man orkar med i föräldraskapet gjorde det lättare att också kommunicera hjälpbehov till sin omgivning. Brist på socialt stöd är en riskfaktor för PPD (Beck, 2001; Boyce & Hickey, 2005) och ökat stöd har visats vara betydande vid tillfrisknande (Kurzweil, 2008). Således kan det sociala stöd som gruppbehandlingen innebar ha varit bidragande till att flera av deltagarna förbättrats.

En tidigare utvärdering har gjorts av den aktuella gruppbehandlingen (Vehre, 2017). Behandlingen leddes då av de två psykologer som utvecklade metoden. Resultaten från vår utvärdering liknar i stort de resultat som Vehre (2017) fann. Vehre (2017) beskriver exempelvis hur deltagarna upplevde att gruppbehandlingen skapade en viktig struktur och att möjligheten att träffa andra med PPD tillsammans med sina barn hjälpte deltagarna att normalisera känslor samt minskade krav och självkritik. Relationen till barnet beskrevs ha förbättrats och gruppbehandlingen utgjorde ett viktigt socialt stöd. Då våra resultat liknar de vid den tidigare utvärderingen (Vehre, 2017) finns det anledning

att tro att upplevelsen av behandlingen inte påverkats nämnvärt av att gruppledarna bytts ut. Att våra resultat liknar resultaten från den tidigare utvärderingen, trots bytet av gruppleddare, stärker resultatens kredibilitet och tyder på att gruppbehandlingen upplevs som hjälpsam vid PPD.

Vad som orsakar PPD är komplext och en rad olika faktorer kan spela in (Beck, 2001). Det går att anta att även förbättring av eller tillfrisknande från PPD påverkas av olika faktorer. Deltagarna resonerade själva kring att gruppbehandlingen varit hjälpsam men att även individuell psykologkontakt, antidepressiv medicinering, ändrade vardagsrutiner eller att det gått tid som möjliggjort bearbetning bidragit till att förbättra måendet. Då föreliggande utvärdering saknar kontrollgrupp är det svårt att uttala sig med säkerhet kring vilken roll gruppbehandlingen haft för deltagarnas förbättrade mående.

Det är inte ovanligt med spontant tillfrisknande från PPD (Cooper m fl., 1988), samtidigt finns en risk att PPD kvarstår om den går obehandlad (Beeghly m fl., 2002; Kumar & Robson, 1984). Att obehandlad PPD dessutom riskerar att övergå till en mer ihållande och långvarig depression (Beeghly m fl., 2002; Rubertsson m fl., 2005b) talar för att erbjuda behandling trots att spontant tillfrisknande förekommer. Samtliga deltagare i fokusgrupperna uppgav att de skulle rekommendera gruppbehandlingen till andra mammor med PPD vilket ger skäl att anta att de upplevt behandlingen som hjälpsam.

Varför förbättrades inte måendet hos vissa deltagare?

Då vi inte jämfört enskilda individers upplevelser med skattningar och då inte alla deltog vid fokusgrupperna är det svårt att veta varför vissa inte blivit hjälpta i sin PPD och ångest. En potentiellt negativ konsekvens av behandling i grupp är risken för att deltagare jämför sig själva med andra på ett negativt sätt (Scope m fl., 2012). En sådan negativ jämförelse kan tänkas hindra möjligheten att känna sig trygg, använda andra som positiva rollmodeller, sänka egna krav och skapa acceptans för sitt mående, vilket kan försvåra tillfrisknandet. Några sådana erfarenheter framkom dock inte vid vår analys, men då inte alla deltog i fokusgrupperna vet vi inte om det ändå kan ha förekommit sådana upplevelser av att delta i behandlingen.

Några deltagare nämnde att de hade önskat att behandlingen varat längre. Då gruppbehandlingen var kort, åtta träffar totalt, finns en risk att det inte fanns tillräckligt med tid för samtliga deltagare att utveckla en tillit i behandlingen. I resultaten återfinns berättelser om hur vissa upplevt att de behövt en individuell psykologkontakt för att sedan kunna delta i gruppbehandlingen. Möjligen kan det ha funnits individuella skillnader i hur snabbt man känt sig trygg i gruppen vilket i sin tur kan ha påverkat möjligheten att tillgodogöra sig behandlingen. Just svårigheter att ta plats och dela erfarenheter på grund av depression har lyfts fram som potentiella hinder för behandling i grupp (Scope m fl., 2012). Även om ett av inklusionskriterierna för att delta i behandlingen var att nedstämdheten inte skulle vara ett hinder för deltagande fanns det troligtvis individuella skillnader i möjligheten att tillgodogöra sig behandlingen.

I den aktuella gruppbehandlingen inkluderas enbart mammor som fött barn. För mammor som drabbats av PPD kan partnern utgöra ett viktigt stöd i tillfrisknandet (Beck, 2001). Gruppbehandling där pappor deltagit tillsammans med mammor och barn har visats kunna förbättra mammans mående mer jämfört med då pappor inte varit med i behandlingen (Tambelli, Cerniglia, Cimino, & Ballarotto, 2015). Förbättring i mående sågs även hos papporna som deltagit och relationen mellan föräldrar och barn förbättrades

mer då båda föräldrarna deltagit i behandlingen (Tambelli m fl., 2015). Det kan tänkas att fler blivit hjälpta i den aktuella gruppbehandlingen om även partnern deltagit.

Begränsningar med studien

En begränsning med föreliggande studie är att den har ett litet statistiskt underlag. Ett litet underlag i kombination med avsaknad av kontrollgrupp innebär att vi kan uttala oss om utfall på skattningsskalor men inte undersöka direkta behandlingseffekter. Ett litet underlag innebär även en låg statistisk power vilket ökar risken för att effekter som existerar inte går att upptäcka, så kallat typ II-fel. Vidare försvårar underlagets storlek mer sofistikerade analyser såsom att undersöka om skillnader i utfall för PPD och ångest mellan deltagarna går att härleda till specifika bakgrundsfaktorer. Ett litet underlag innebär även begränsningar i att kunna generalisera resultaten till en större grupp. Föreliggande studie består dock av deltagare från totalt tre behandlingsgrupper där resultaten i de olika grupperna liknar varandra och därför kan tänkas säga något generellt om utfall och upplevelse av den aktuella behandlingen.

Det finns vissa begränsningar gällande användning av skattningsskalor för att undersöka mående. Exempelvis har Wickberg och Hwang (2003) beskrivit att låga värden på EPDS inte nödvändigtvis utesluter PPD utan kan vara ett resultat av att vilja dölja hur man mår. I den föreliggande studien är det en deltagare som inledningsvis skattade långt under cut-off men trots det inkluderats då bedömning gjorts att PPD förelåg. Vi har skäl att tro att den avvikande skattningen är ett undantag då de skattningsskalor som använts i föreliggande studie är validerade med god sensitivitet (Spitzer m fl., 2006; Wickberg & Hwang, 2003).

För undersökning av föräldrastress användes SPSQ. På grund av att två skalor hade för låg intern konsistens exkluderades dessa vilket gjorde att vi inte fick ett mått på hälsa och upplevda relationsproblem. Då problem i partnerrelation är en riskfaktor för PPD (Beck 2001; O'Hara & Swain, 1996) hade detta varit ett intressant mått att inkludera. Att de två delskalorna exkluderades innebar även att hela SPSQ-skalan inte kunde användas som ett generiskt mått på föräldrastress. Vi kunde därmed inte mäta föräldrastress på det sätt som var avsett från början.

Ytterligare en begränsning är att det inte är vi som författare som samlat in datan för utvärderingen. Då vi inte varit med och utformat intervjuguiden återspeglar den ett bredare utvärderande syfte än vad föreliggande studie hade. Om vi själva genomfört fokusgrupperna hade fler följdfrågor ställts om hur deltagarna upplevde att behandlingen påverkat deras mående. Samtidigt finns det en styrka i att behandlingen utvärderas av externa författare. Då vi själva saknade förförståelse för behandlingens gång och innehåll kan det ha varit enklare att förhålla oss mer objektivt till datan. Det finns också en styrka i att vi parallellkodat vid den kvalitativa analysen då det minskar risk för alltför subjektiva tolkningar (Yardley, 2000).

Att vi i denna studie inkluderat både skattningsformulär och fokusintervjuer ökar möjligheten att uttala sig kring deltagarnas upplevda mående efter avslutad behandling. En begränsning med fokusgrupper jämfört med individuella intervjuer är dock att viss information eventuellt inte delas om den uppfattas som alltför privat (Willig, 2008). Samtidigt hade deltagarna gått i gruppbehandlingen tillsammans vilket kan ha bidragit till mindre motstånd inför att dela med sig av sina upplevelser även i fokusgrupperna.

Samtliga deltagare i behandlingen deltog inte vid fokusgrupperna, vilket gjort att vi inte kunnat ta del av alla upplevelser. Det finns ingen inhämtad information kring vilka deltagare som valde att avstå eller varför de avstod. Vi kan därför inte uttala oss om eventuella skillnader mellan de som deltog respektive de som inte deltog i fokusgrupperna.

Framtida forskning

För framtida utvärderingar av den aktuella gruppbehandlingen föreslår vi att en eller flera kontroll- eller jämförelsegrupper inkluderas. Avsaknad av kontrollgrupper beskrivs som en återkommande begränsning vid forskning av behandling för PPD (Goodman & Santangelo, 2013). Att inkludera kontroll- eller jämförelsegrupper hade kunnat möjliggöra mer sofistikerade analyser av gruppbehandlingens effekter avseende minskning av PPD och ångest.

Tidigare forskning har efterfrågat undersökningar av samband mellan grad av depressiva symtom och behandlingsutfall för att kunna se om det finns skillnader i vilka som blir hjälpta i gruppbehandling (Goodman & Santangelo, 2011; Scope et al., 2013). Det hade varit intressant att även för den aktuella behandlingen undersöka om faktorer som grad av PPD eller ångest vid behandlingens början samvarierar med behandlingsutfall och upplevelse av behandlingens påverkan på måendet.

Då studier visat att relationen mellan förälder och barn kan förbättras då barnen inkluderas i behandling (Nylen m fl., 2006; Tambelli m fl., 2015) hade det varit intressant att vidare undersöka om gruppbehandlingen har någon påverkan på relationen. Att undersöka relationen mellan förälder och barn skulle även göra det möjligt att studera eventuella samband mellan minskade depressiva symtom och förbättrad relation.

Slutsatser

Sammanfattningsvis visar resultaten att gruppbehandlingen tycks varit bidragande till en positiv förändring avseende PPD, ångest och social isolering. De kvalitativa resultaten tyder på att deltagarna upplevt behandlingens utformning, struktur och innehåll som hjälpsamt för att förbättra eller stabilisera måendet. Resultaten från föreliggande studie går i linje med resultaten från den tidigare utvärdering som gjorts av gruppbehandlingen (Vehre, 2017). Att de aktuella resultaten stämmer överens med den tidigare utvärderingen tyder på att upplevelsen av gruppbehandlingen inte påverkats nämnvärt av bytet av gruppleddare. Sammantaget tyder våra resultat på att den aktuella gruppbehandlingen kan utgöra ett viktigt alternativ eller komplement i behandling av PPD.

Referenser

- Abidin, R. R. (1990). *Parenting Stress Index (PSI) - Manual*. Odessa, FL: Psychological Assessment Resources, Inc.
- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of mental disorders* (5th ed.). Washington, DC: American Psychiatric Association.

- Asper, M. M., Hallén, N., Lindberg, L., Månsdotter, A., Carlberg, M., & Wells, M. B. (2018). Screening fathers for postpartum depression can be cost-effective: An example from Sweden. *Journal of Affective Disorders*, *241*, 154-163. doi:<http://dx.doi.org.ezproxy.ub.gu.se/10.1016/j.jad.2018.07.044>
- Barlow, D. H. (Ed.). (2014). *Clinical handbook of psychological disorders: A step-by-step treatment manual (5th ed.)*. The Guilford Press
- Beck, C. T. (2001). Predictors of postpartum depression: An update. *Nursing Research*, *50*, 275-285. doi:<http://dx.doi.org.ezproxy.ub.gu.se/10.1097/00006199200109000-00004>
- Beeghly, M., Weinberg, M. K., Olson, K. L., Kernan, H., Riley, J., & Tronick, E. Z. (2002). Stability and change in level of maternal depressive symptomatology during the first postpartum year. *Journal of Affective Disorders*, *71*, 169-180. doi:[http://dx.doi.org.ezproxy.ub.gu.se/10.1016/S0165-0327\(01\)00409-8](http://dx.doi.org.ezproxy.ub.gu.se/10.1016/S0165-0327(01)00409-8)
- Birbrajer, A., & Burén, A. (2017). *Gruppbehandling för kvinnor med post partum depression*. (Metodutvecklingsarbete). Göteborg: Närhälsan Psykologenheten för mödra- och barnhälsovård Göteborg och Södra Bohuslän.
- Birbrajer, A., & Glas Kullbratt, M. (2003). Moderskap I motvind. Kvinnors upplevelse av postpartum depression. En fenomenologisk studie. *Psykisk hälsa*, *44*, 187-204.
- Bloch, M., Rotenberg, N., Koren, D., & Klein, E. (2005). Risk factors associated with the development of postpartum mood disorders. *Journal of Affective Disorders*, *88*, 9-18.
- Bloch, M., Schmidt, P. J., Danaceau, M., Murphy, J., Nieman, L., & Rubinow, D. R. (2000). Effects of gonadal steroids in women with a history of postpartum depression. *American Journal of Psychiatry* *157*, 924-30. doi:<http://dx.doi.org.ezproxy.ub.gu.se/10.1016/j.jad.2005.04.007>
- Blom, E. A., Jansen, P. W., Verhulst, F. C., Hofman, A., Raat, H., Jaddoe, V. W. V., Coolman, M., Steegers, E. A. P., & Tiemeier, H. (2010). Perinatal complications increase the risk of postpartum depression. *The generation R study. BJOG: An International Journal of Obstetrics and Gynecology* *117*, 1390-1398.
- Blum, L. D. (2007). Psychodynamics of postpartum depression. *Psychoanalytic Psychology*, *24*, 45-62. doi:<http://dx.doi.org.ezproxy.ub.gu.se/10.1037/0736-9735.24.1.45>
- Boyce, P., & Hickey, A. (2005). Psychosocial risk factors to major depression after childbirth. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology: The International Journal for Research in Social and Genetic Epidemiology and Mental Health Services*, *40*, 605-612. doi:<http://dx.doi.org.ezproxy.ub.gu.se/10.1007/s00127-005-0931-0>
- Birbrajer, A., & Burén, A. (2017). *Gruppbehandling för kvinnor med postpartum depression*. Göteborg: Psykologenheten för mödra- och barnhälsovård Göteborg och Södra Bohuslän.
- Birbrajer, A., & Glas Kullbratt, M. (2003). *Moderskap I motvind. Kvinnors upplevelse av post partum depression. En fenomenologisk studie*. Göteborg: Mödra- och barnhälsovårdspsykologernas förening.
- Brandén, H. (2015). *Kritisk realism - Critical Realism*. (Sociologi i Linköping, 2015:1). Linköping: Institutionen för beteendevetenskap och lärande, Linköpings universitet.
- Burgess, P., Pirkis, J., & Coombs, T. (2009). Modelling candidate effectiveness indicators for mental health services. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, *43*,

- Cicchetti, D., Rogosch, F. A., & Toth, S. L. (1998). Maternal depressive disorder and contextual risk: Contributions to the development of attachment insecurity and behavior problems in toddlerhood. *Development and Psychopathology*, *10*, 283-300. doi:<http://dx.doi.org.ezproxy.ub.gu.se/10.1017/S0954579498001618>
- Clark, R., Tluczek, A., & Wenzel, A. (2003). Psychotherapy for postpartum depression: A preliminary report. *American Journal of Orthopsychiatry*, *73*, 441-454. doi:<http://dx.doi.org.ezproxy.ub.gu.se/10.1037/0002-9432.73.4.441>
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences (2nd edn)*. Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum.
- Cooper, P. J., Campbell, E. A., Day, A., Kennerley, H., & Bond, A. (1988). Non-psychotic psychiatric disorder after childbirth: A prospective study of prevalence, incidence, course and nature. *The British Journal of Psychiatry*, *152*, 799-806. doi:<http://dx.doi.org.ezproxy.ub.gu.se/10.1192/bjp.152.6.799>
- Cox, J., Holden, J. & Henshaw, C. (2014). *Perinatal Mental Health. The Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS)*. Manual. RCPsych Publications 2014.
- Creswell, J. W. (2014). *A concise introduction to mixed methods research*. SAGE publications.
- Dennis, C., & Chung-Lee, L. (2006). Postpartum depression help-seeking barriers and maternal treatment preferences: A qualitative systematic review. *Birth: Issues in Perinatal Care*, *33*, 323-331. doi:<http://dx.doi.org.ezproxy.ub.gu.se/10.1111/j.1523-536X.2006.00130.x>
- Field, T. (2010). Postpartum depression effects on early interactions, parenting, and safety practices: a review. *Infant Behavior Development*, *33*, 1-6. doi:10.1016/j.inbeh.2010.04.005
- Goodman, J. H., & Santangelo, G. (2011). Group treatment for postpartum depression: A systematic review. *Archives of Women's Mental Health*, *14*, 277-293. doi:<http://dx.doi.org.ezproxy.ub.gu.se/10.1007/s00737-011-0225-3>
- Grace, S. L., Evindar, A., & Stewart, D. (2003). Effect of postpartum depression on child cognitive development and behavior: a review and critical analysis of the literature. *Arch Womens Mental Health*, *6*, 263-74. doi:10.1007/s0073700300246
- Graneheim, U., & Lundman, B. (2004). Qualitative content analysis in nursing research: Concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today*, *24*, 105-112.
- Hahn-Holbrook, J., Cornwell-Hinrichs, T., & Anaya, I. (2018). Economic and health predictors of national postpartum depression prevalence: A systematic review, meta-analysis, and meta-regression of 291 studies from 56 countries. *Frontiers in Psychiatry*, *8*, 23. doi:<http://dx.doi.org.ezproxy.ub.gu.se/10.3389/fpsy.2017.00248>
- Heron, J., O'Connor, T. G., Evans, J., Golding, J., & Glover, V. (2004). The course of anxiety and depression through pregnancy and the postpartum in a community sample. *Journal of Affective Disorders*, *80*, 65-73. doi:<http://dx.doi.org.ezproxy.ub.gu.se/10.1016/j.jad.2003.08.004>
- Jacobson, N., & Truax, P. (1991). Clinical Significance: A Statistical Approach to Defining Meaningful Change in Psychotherapy Research. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *59*, 12-19.
- Josefsson, A., Berg, G., Nordin, C., & Sydsjo, G. (2001). Prevalence of depressive symptoms in late pregnancy and postpartum. *Acta Obstetrica et Gynecologica*

Scandmavica, 80, 251-25

- Karolinska Institutets folkhälsoakademi. (2011). *Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) - översatta och validerade formulär*. Hämtad från Folkhälsoguiden: http://dok.sls.se/CES/FHG/Psykisk_halsa_och_ohalsa/Rapporter/edinburgh_postnatal-depression_scale.2011.pdf?fbclid=IwAR1ZitijOKgoadTQpqX9WKwiNK7k5sCGvLwEWDUeiAdGQRjlRA2UWCqSrA
- 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.ezproxy.ub.gu.se/10.1192/bjp.144.1.35>
- Kurzweil, S. (2008). Relational-developmental group therapy for postnatal depression. *International Journal of Group Psychotherapy*, 58, 17-34.
doi:<http://dx.doi.org.ezproxy.ub.gu.se/10.1521/ijgp.2008.58.1.17>
- Lambert, M. J., & Ogles, B. M. (2009). Using clinical significance in psychotherapy outcome research: The need for a common procedure and validity data. *Psychotherapy Research*, 19, 493-501
- Luoma, I., Tamminen, T., Kaukonen, P., Laippala, P., Puura, K., Salmelin, R., & Almqvist, F. (2001). Longitudinal study of maternal depressive symptoms and child well-being. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 40, 1367-1374.
doi:<http://dx.doi.org.ezproxy.ub.gu.se/10.1097/00004583-200112000-00006>
- Nylen, K. J., Moran, T. E., Franklin, C. L., & O'Hara, M. W. (2006). Maternal depression: A review of relevant treatment approaches for mothers and infants. *Infant Mental Health Journal*, 27, 327-343.
doi:<http://dx.doi.org.ezproxy.ub.gu.se/10.1002/imhj.20095>
- O'Hara, M. W., & McCabe, J. E. (2013). Postpartum depression: Current status and future directions. *Annual Review of Clinical Psychology*, 9, 379-407.
doi:<http://dx.doi.org.ezproxy.ub.gu.se/10.1146/annurev-clinpsy-050212-185612>
- O' Hara, M., & Swain, A. (1996). Rates and risk of postpartum depression—A meta analysis. *International Review of Psychiatry*, 8, 37–54.
- Rao, W., Zhu, X., Zong, Q., Zhang, Q., Hall, B. J., Ungvari, G. S., & Xiang, Y. (2019). Prevalence of prenatal and postpartum depression in fathers: A comprehensive meta-analysis of observational surveys. *Journal of Affective Disorders*.
doi:<http://dx.doi.org.ezproxy.ub.gu.se/10.1016/j.jad.2019.10.030>
- Reck, C., Stehle, E., Reinig, K., & Mundt, C. (2009). Maternity blues as a predictor of DSM-IV depression and anxiety disorders in the first three months postpartum. *Journal of Affective Disorders*, 113, 77-87.
doi:<http://dx.doi.org.ezproxy.ub.gu.se/10.1016/j.jad.2008.05.003>
- Rikshandboken för barnhälsovård. (2019). *Depression hos nyblivna mammor och screening med EPDS*. Hämtad från <https://www.rikshandboken-bhv.se/metoder--riktlinjer/screening-med-epds/>
- Rubertsson, C., Waldenström, U., Wickberg, B., Rådestad, I., & Hildingsson, I. (2005a). Depressive mood in early pregnancy and postpartum: Prevalence and women at risk in a national swedish sample. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 23, 155-166.
doi:<http://dx.doi.org.ezproxy.ub.gu.se/10.1080/02646830500129289>
- Rubertsson, C., Wickberg, B., Gustavsson, P., & Rådestad, I. (2005b). Depressive symptoms in early pregnancy, two months and one year postpartum-prevalence

- and psychosocial risk factors in a national swedish sample. *Archives of Women's Mental Health*, 8, 97-104.
doi:<http://dx.doi.org.ezproxy.ub.gu.se/10.1007/s00737-005-0078-8>
- Sit, D., Rothschild, A. J., & Wisner, K. L. (2006). A review of postpartum psychosis. *Journal of Women Health*, 15, 352–68
- Scope, A., Booth, A., & Sutcliffe, P. (2012). Women's perceptions and experiences of group cognitive behaviour therapy and other group interventions for postnatal depression: A qualitative synthesis. *Journal of Advanced Nursing*, 68, 1909-1919.
doi:<http://dx.doi.org.ezproxy.ub.gu.se/10.1111/j.1365-2648.2012.05954.x>
- Scope, A., Leaviss, J., Kaltenthaler, E., Parry, G., Sutcliffe, P., Bradburn, M., & Cantrell, A. (2013). Is group cognitive behaviour therapy for postnatal depression evidence-based practice? A systematic review. *BMC Psychiatry*, 13.
- Seymour, M., Giallo, R., Cooklin, A., & Dunning, M. (2015). Maternal anxiety, risk factors and parenting in the first post-natal year. *Child: Care, Health and Development*, 41, 314-323.
doi:<http://dx.doi.org.ezproxy.ub.gu.se/10.1111/cch.12178>
- SOSFS. (2017). *Vård efter förlossning. En nationell kartläggning av vården till kvinnor efter förlossning*. Stockholm: Socialstyrelsen. Hämtad från <https://www.socialstyrelsen.se/globalassets/sharepointdokument/artikelkatalog/ovrigt/2017-4-13.pdf>
- Spitzer, R. L., Kroenke, K., Williams, J. W., & Löwe, B. (2006). A brief measure for assessing generalized anxiety disorder: The GAD-7. *Archives Of Internal Medicine*, 166, 1092-1097.
- Tambelli, R., Cerniglia, L., Cimino, S., & Ballarotto, G. (2015). Parent-infant interactions in families with women diagnosed with postnatal depression: A longitudinal study on the effects of a psychodynamic treatment. *Frontiers in Psychology*, 6. Hämtad från <https://searchproquest.com.ezproxy.ub.gu.se/docview/1719428317?accountid=1162>
- Vehre, N. (2017). *En intervjustudie om upplevelsen av att delta i gruppbehandling vid postpartumdepression*. (Specialistarbete). Göteborg: Psykologiska institutionen, Göteborgs universitet.
- Verdoux, H., Sutter, A. L., Glatigny-Dallay, E., & Minisini, A. (2002). Obstetrical complications and the development of postpartum depressive symptoms: A prospective survey of the MATQUID cohort. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 106, 212-219.
doi:<http://dx.doi.org.ezproxy.ub.gu.se/10.1034/j.16000447.2002.02398.x>
- Wickberg, B., & Hwang, C. P. (1996). The edinburgh postnatal depression scale: Validation on a swedish community sample. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 94, 181-184.
doi:<http://dx.doi.org.ezproxy.ub.gu.se/10.1111/j.1600-0447.1996.tb09845.x>
- Wickberg, B., & Hwang, C. P. (2003). *Post partum depression - nedstämdhet och depression i samband med barnafödande*. (Statens folkhälsoinstitut, 2003:59). Stockholm: Statens folkhälsoinstitut. Hämtad från <http://epipublic.vgregion.se/upload/PVTV%20S%C3%B6dra%20C%84lvsborg/BHV%20i%20S%C3%B6dra%20C%84lvsborg/FHI%20Post-partum-depression%20senaste%20upplagan.pdf>
- Willig, C. (2008). *Introducing Qualitative Research In Psychology*. (2nd ed.).

- Wisner, K. L., Hanusa, B. H., Perel, J. M., Peindl, K. S., Piontek, C. M., Sit, D. K. Y., . . . Moses-Kolko, E. (2006). Postpartum depression: A randomized trial of sertraline versus nortriptyline. *Journal of Clinical Psychopharmacology*, *26*, 353-360. doi:http://dx.doi.org.ezproxy.ub.gu.se/10.1097/01.jcp.0000227706.56870.dd
- Yardley, L. (2000). Dilemmas in qualitative health research. *Psychology & Health*, *15*, 215-228. doi:http://dx.doi.org.ezproxy.ub.gu.se/10.1080/08870440008400302
- Yonkers, K. A., Lin, H., Howell, H. B., Heath, A. C., & Cohen, L. S. (2008). Pharmacologic treatment of postpartum women with new-onset major depressive disorder: A randomized controlled trial with paroxetine. *The Journal of Clinical Psychiatry*, *69*, 659-665. doi:http://dx.doi.org.ezproxy.ub.gu.se/10.4088/JCP.v69n0420
- Östberg, M., Hagekull, B., & Wettergren, S. (1997). A measure of parental stress in mothers with small children, dimensionally, stability and validity. *Scandinavian Journal of Psychology*, *38*, 199-208.
- Östberg, M., & Hagekull, B. (2001). *Frågeformulär angående föräldrapåfrestning (The Swedish Parenthood Stress Questionnaire - SPSQ) Beskrivning av instrumentets konstruktion, normdata, reliabilitet och validitet*. Uppsala universitet: Psykologiska institutionen, Uppsala.

Bilaga

Gruppbehandling för kvinnor med post partum-depression

Intervjuguide

Introduktion

Tack för att ni vill medverka i utvärderingen av gruppbehandlingen som ni deltagit i. Gruppbehandling för nyblivna mammor med nedstämdhet är en relativt ny behandlingsform för oss och det är angeläget att utvärdera om detta är något vi ska fortsätta med. Utvärderingen görs alltså inom ramen för psykologienhetens verksamhetsutveckling.

Jag kommer ställa frågor kring hur det har varit att delta i en gruppbehandling och hur det har påverkat ert mående och föräldraskap.

Det här är ju en intervju i grupp vilket innebär att vissa frågor kan kännas obekväma att svara på. Ni avgör själva hur mycket ni vill dela med er av. Det som sägs i gruppen omfattas av sekretess både för intervjuare och deltagare. All information kommer att hanteras konfidentiellt och kommer inte kunna härledas tillbaka till enskilda personer.

Förväntningar och motivation

1. Vilka förväntningar hade ni på gruppbehandlingen?

Upplevelse av gruppbehandlingen

2. Hur var det att träffa andra nyblivna mammor i grupp?
3. Upplevde ni att samtalen som uppstod i gruppen bidrog med ny förståelse eller nya tankar kring hur ni själva mådde som nyblivna mammor?
4. Upplevde ni att samtalen i gruppen bidrog med ny förståelse eller nya tankar kring föräldraskapet?
5. Vad upplevde ni som hjälpsamt vid gruppbehandlingen?

6. Fanns det något som ni upplevde som negativt i gruppbehandlingen?
7. Ni hade olika teman vid de olika grupptillfällena. Hur upplevde ni det?
 - Var det något tema som upplevdes som speciellt hjälpsamt eller angeläget?
8. Upplevde ni gruppbehandlingen som tillräcklig eller hade ni behövt mer/annan hjälp? I så fall, vad?
9. Var det något som ni tyckte saknades i behandlingen?
10. Hur var det att ha med sig era barn vid grupptillfällena?
11. Hur upplever ni att ni mår nu i jämförelse med innan gruppen?
 - Om förändring: Vad tänker ni att denna förändring beror på?
12. Har gruppbehandlingen påverkat hur ni är som föräldrar? På vilket sätt?
13. Hur upplever ni kontakten med era barn nu jämfört med innan behandlingen?
14. Hur tänker ni kring att få gå i gruppbehandling i stället för i enskilt samtal hos psykolog?
15. Finns det något mer som vi inte pratat om som ni skulle vilja ta upp?

Tack för att ni ville medverka i intervjun!