

Psykologenheten för mödra- och barnhälsovård

Regionhälsan

Västra Götalandsregionen

2021-11-26

Oro och ångest under graviditeten – en studie av en kort gruppintervention

Förord

Vi som är författare till föreliggande rapport var under tiden det aktuella projektet pågick verksamma vid psykologverksamheten för mödra- och barnhälsovård (P-MBHV) i Göteborg. Vårt intresse av att utveckla psykologiska behandlingsmetoder inom området reproduktiv hälsa väcktes i möten med gravida kvinnor, deras erfarenheter av oro och ångest samt behov av stöd och hjälp. Vi sökte efter en behandlingsform, i första hand i grupp, som skulle kunna möta denna efterfrågan. Vid 17th Waimh Congress of the World Association for Infant Mental Health (Waimh) 2016 kom vi i kontakt med professor Paul Ramchandani vid University of Cambridge som presenterade en engelsk pilotstudie av en kort gruppbehandling med syfte att identifiera och erbjuda hjälp tidigt i graviditeten. Detta initiativ väckte vårt intresse och i en personlig kontakt med professor Ramchandani och övriga i forskarteamet blev vi uppmuntrade att genomföra en liknande prövning av metoden i Sverige samt erbjöds ett kollegialt stöd under resans gång. Professor Ramchandani och senare hans kollega professor Heather O'Mahen vid University of Exeter har varit ovärderligt generösa och stödande under projektets gång. Stort tack!

Studien möjliggjordes tack vare beviljade statliga medel för insatser inom primärvården för att stärka kvinnors hälsa, samt stöd från P-MBHV:s dåvarande chef Helén Edfalk. Tack!

Vi vill också tacka de psykologer som varit gruppleddare av interventionen för deras oersättliga insats under arbetet med studien. Utan den hade gruppbehandlingen inte kunnat genomföras.

Vi vill också rikta ett varmt tack till de kvinnor som deltog i studien och som generöst delade med sig av sina erfarenheter.

Sist men inte minst vill vi tacka de studenter som har utvärderat metoden inom ramen för sina examensarbeten på Psykologprogrammet vid Göteborgs universitet, och som delar av denna rapport baseras på.

Anna Birbrajer, leg. psykolog, leg. psykoterapeut, specialist i klinisk psykologi

Elin Alfredsson, leg. psykolog, fil. dr i psykologi

Antonia Reuter, leg. psykolog, leg. psykoterapeut, specialist i klinisk och pedagogisk psykologi, fd. områdeschef för Psykologverksamheten för mödra- och barnhälsovård

Innehåll

Förord.....	2
Bakgrund.....	4
Psykisk ohälsa under graviditeten	4
Konsekvenser av psykisk ohälsa under graviditeten	5
Behandling av psykisk ohälsa under graviditeten.....	6
Syfte och frågeställningar	7
Metod	7
Den aktuella gruppinterventionen	7
<i>Gruppträffarnas innehåll</i>	8
<i>Anpassning av den engelska förlagan</i>	8
Genomförande och undersökningsmetoder.....	9
<i>Rekrytering</i>	9
<i>Deltagare</i>	10
<i>Tillvägagångssätt</i>	10
Resultat	11
Symptomlindring på gruppnivå.....	12
Symptomlindring på individnivå – klinisk signifikans.....	12
Nöjdhet med interventionen	13
Upplevelser av gruppdeltagandet.....	13
Gruppledarnas synpunkter.....	14
Diskussion.....	14
Jämförelser med ACORN-studien.....	15
Utvecklingsområden.....	16
<i>Rekrytering och genomförande</i>	16
<i>Inklusionskriterier</i>	16
<i>Partners delaktighet</i>	16
<i>Fortsatt anpassning av metoden</i>	17
Studiens begränsningar.....	17
Framtida forskning.....	17
Konklusion	17
Referenser.....	18

Bakgrund

Det är väldokumenterat i forskning att kvinnor i reproduktiv ålder påverkas negativt av motstridiga krav och förväntningar samt svårigheter att få ihop familjeliv och yrkesarbete. För många kvinnor kan det blivande föräldraskapet innebära en källa till stress (Socialstyrelsen, 2014). Detta kan för vissa leda till påtaglig oro och nedstämdhet under graviditet och tidigt föräldraskap, en ohälsoproblematik som alltmer uppmärksammas inom området reproduktiv hälsa (Andersson, Sundström-Poromaa, Wulf, Aström & Bixo, 2006; Begström, 2012; Lewis, Austin & Galbany, 2016). En hög grad av stress under graviditeten har en negativ påverkan på fostret och kan visa sig i barnets kognitiva och socioemotionella utveckling (Loomans, Van Dijk, et al, 2013). Vidare tenderar de kvinnor som lider av nedstämdhet och oro under graviditeten att ha fortsatta symptom även efter förlossning vilket kan påverka upplevelsen av föräldraskapet och relationen till barnet på ett negativt sätt (Dennis, Falah-Hassani & Rahmna, 2017; Dunkel Schetter & Tanner, 2012).

Ångestproblematik hos kvinnan under graviditeten förekommer ofta i kombination med depressiva tillstånd (Andersson et al, 2006) och de behandlingsinterventioner för gravida kvinnor som studerats har i första hand fokuserat på depression och individuell behandling. Däremot saknas systematisk forskning som undersöker behandling av ångestsymptom samt gruppbehandling under graviditeten (Wilkinson, O'Mahen, Fearon et al., 2016). I Sverige finns inom mödrahälsovården tillgång till individuell psykologisk behandling för gravida med psykisk ohälsa. Vad gäller gruppinterventioner har utbudet dock varit ytterst begränsat (Socialstyrelsen, 2014)

Tack vare beviljade statliga medel från Sveriges Kommuner och Regioner, SKR (2018) för insatser inom primärvården för att stärka kvinnors hälsa fick Psykologenheten för mödra- och barnhälsovård (P-MBHV) i Göteborg hösten 2017 möjlighet att påbörja ett metodutvecklingsprojekt. Inom ramen för projektet planerades och genomfördes en pilotstudie med syfte att pröva en gruppintervention för stress och oro under graviditeten. Den aktuella studien genomfördes i samarbete med Psykologiska institutionen vid Göteborgs universitet och utvärderades under handledning i två separata psykologexamensarbeten (Amborg & Ekdahl, 2020; Ådén Bygdell, 2020). Studiens syfte var att, till svenska förhållanden, anpassa en kort gruppintervention mot ångest under graviditeten som tidigare utvecklats och genomförts i England (Wilkinson et al., 2016), samt pröva den inom ramen för det sedvanliga arbetet vid P-MBHV i Göteborg. I denna rapport beskrivs tillvägagångsätt, resultat och slutsatser från projektet.

Psykisk ohälsa under graviditeten

Graviditetsperioden är ofta en omvälvande tid och kan innebära en drabbande livsomställning. Kvinnor förväntas reagera med glädje över graviditeten och för de som upplever motstridiga och ambivalenta tankar och känslor kan det vara svårt att ge uttryck för dessa, och ofta ännu svårare att söka hjälp (Bergström, 2012, Biaggi, Conroy, Pawlby & Pariante, 2016). Oro under graviditeten kan betraktas som en normal reaktion på det tillstånd och den omställning som en graviditet innebär. Ovissheten inför den nya omvälvande erfarenheten kan upplevas som en förlust av kontroll och väcka osäkerhet och oro hos många

blivande mödrar. De psykologiska och fysiologiska förändringarna under graviditeten bidrar till en ökad sårbarhet som i vissa fall kan leda till psykisk ohälsa (Smith, Shao, Howell, Lin & Yonkers, 2011; Kingston, McDonald, Austin & Tough, 2015). Våldokumenterade riskfaktorer för att utveckla graviditetsrelaterad psykisk ohälsa är bland annat bristande socialt stöd, i första hand av sin partner, upplevelser av våld i hemmet, tidigare episoder av psykisk ohälsa, oplanerad eller oönskad graviditet, negativa livshändelser samt komplikationer under graviditeten (Biaggi et al., 2016). Den komplexa bilden av faktorer som påverkar upplevelsen av en graviditet manar till att söka mer kunskap avseende symptom och lämpliga behandlingar (Axberg, Alfredsson, Birbrajer & Reuter, 2017).

Symptom på stress, oro och ångest förekommer ofta samtidigt då stressande, negativa livshändelser lätt leder till ökad oro och ångest (Lewis et al., 2016). Begreppen används ofta för att beskriva liknande upplevelser och kan därför vara svåra att skilja åt. Stress kan förstås som en reaktion på omvälvande och ansträngande situationer i livet och ses inte som en psykiatrisk diagnos i sig (Lewis et al., 2016). Oro förekommer till viss utsträckning hos alla människor, men om den är överväldigande och har stor inverkan på individen och hans vardag kan den diagnostiseras som ångest (Holaway, Rodebaugh & Heimberg, 2006).

Oro och ångest kan, som psykisk ohälsa i allmänhet, röra sig på ett spektrum från lättare symptom till allvarigare diagnostiserbara psykiatriska tillstånd (Dunkel Schetter & Tanner, 2012). En specifik form av ångestsymtom under graviditeten är oro för barnets hälsa, för förlossningen, för själva graviditeten och föräldravärdet. Inom forskningen benämns den som graviditetsrelaterad ångest, *pregnancy-related anxiety* (PrA); Mudra, Göbel, Barkmann et al., 2020). Generellt är ångest- och depressionssjukdomar vanliga samsjukliga tillstånd (Caspi, Houts, Ambler et al., 2020), så även bland gravida kvinnor (Biaggi et al., 2016; Kingston et al., 2015) samt hos kvinnor efter förlossning (Falah-Hassani, Shiri & Dennis, 2016; Wisner, Sit, McShea et al., 2013). Höga ångestnivåer är en av de största riskfaktorerna för att utveckla depression under graviditeten (Biaggi et al., 2016). Med detta i åtanke är det kliniskt användbart att inte betrakta de olika uttrycken för psykisk ohälsa som strikt åtskilda tillstånd utan snarare förhålla sig till ett bredare spektrum av olika grader av stress, oro och nedstämdhet, som kan förekomma samtidigt.

Ca 25 % av alla gravida uppskattas uppleva symptom på depression, ångest och stress någon gång under graviditeten (Kingston et al., 2015; Wilkinson et al., 2016). För depressionssymptom är prevalensen runt 18 % (Gavin, Gayes, Lohr et al., 2005; Underwood, Waldie, D'Souza, Peterson & Morton, 2016). I en svensk kartläggning av nyförlösta kvinnors hälsa (Socialstyrelsen, 2019) rapporterade 15 % att de mådde ganska eller mycket psykiskt dåligt under graviditeten; 86 % hade upplevt någon form av oro under graviditeten, 25 % hade känt sig ganska oroliga och 8 % mycket oroliga. Oro för barnets hälsa och för förlossningskomplikationer var mest förekommande symptom. I samma kartläggning visade det sig att förstföderskor skattade en högre grad av oro än omföderskor.

Konsekvenser av psykisk ohälsa under graviditeten

Negativa konsekvenser av graviditetsrelaterad psykisk ohälsa för såväl mamma som barn är idag väldokumenterade i internationell forskning. Flertalet studier har visat att kvinnor som lider av stress, ångest och depression under graviditeten även uppvisar svårigheter efter förlossningen (Dunkel & Tanner, 2012; Kingston et al., 2015). Detta

påverkar i sin tur förutsättningarna att interagera med barnet på ett adekvat sätt, till exempel genom minskad lyhördhet och förmåga att svara på barnets signaler, något som är avgörande faktorer i det tidiga samspelet och lägger grunden för en trygg anknytning (Nicol-Harper, Harvey & Stein, 2007).

Ett flertal studier har undersökt hur fostret påverkas av stress, ångest och depression hos den blivande mamman, och visat på samband mellan den gravida kvinnans mående och ett negativt utfall avseende spädbarnets psykiska, kognitiva och psykomotoriska utveckling (van den Bergh, Heuvel, Lahti et al., 2017; Kingston et al., 2012; 2015). Några studier har även påvisat långtidseffekter i barnets beteende och psykiska hälsa (van den Bergh et al., 2017). För en mer utförlig beskrivning hänvisas till Ådell Bygdell (2020) och Amborg & Ekdahl (2020).

Behandling av psykisk ohälsa under graviditeten

Internationellt bedrivs studier som syftar till en ökad förståelse för hur psykisk ohälsa under graviditeten ska identifieras och behandlas (Wilkinson et al, 2016). I Sverige har riktlinjer för detta tagits fram och används inom mödrahälsovården (SBU, 2019). Enligt riktlinjerna tillfrågas kvinnorna redan vid inskrivningssamtalet på mödravårds-centralen om psykisk ohälsa (oro och nedstämdhet) och vid behov kan de erbjudas psykologisk behandling. De interventioner som har utvärderats internationellt är främst inriktade på individualbehandling av depressionssymptom (Howard, Molyneaux, Denis et al., 2014). Vad gäller interventioner för gravida med ångestsymptom är forskningen mer sparsam, både avseende grupp- och individualbehandling (Loughnan, Wallace, Joubert et al., 2018; SBU, 2019). De flesta publicerade studier har prövat kognitiv beteendeterapi (KBT) för behandling av ångest under graviditeten. En översiktsartikel med fokus på stress under graviditeten visade på minskade stressnivåer hos gravida kvinnor efter en manualbaserad KBT-behandling (La Marca-Ghaemmaghami & Ehlert, 2015). Det finns även visst stöd för att gruppinterventioner baserade på KBT kan vara en effektiv behandlingsform (Hofmann & Smits, 2008; Stewart & Chambless, 2009). I en studie av Goodman med kollegor (2014) deltog 24 gravida kvinnor som antingen uppfyllde diagnoskriterierna för generaliserat ångestsyndrom (GAD) eller uppvisade förhöjda ångestnivåer. Deltagarna skattade signifikant lägre ångestnivåer vid gruppbehandlingens slut jämfört med behandlingsstart, och bara en av de 16 deltagarna som uppfyllde diagnoskriterierna för GAD vid behandlingsstart uppfyllde fortsatt kriterierna efter behandlingen.¹

Vid behandling i grupp har ett flertal relationella faktorer visat sig hjälpsamma och bidra till minskning av symptom. Gruppen ger utrymme för ömsesidigt stöd och utbyte av erfarenheter (Morrison, 2001; Whitfield, 2010, Yalom, 2005). Normalisering genom identifikation med andra har visat sig bidra till en minskad känsla av att vara annorlunda samt minskade känslor av isolering och skam (Whitfield, 2010; Burton Zuehlke, 2008; Birbrajer & Burén, 2020). När gruppbehandling prövats för nedstämdhet efter förlossningen har man funnit att det terapeutiska klimatet som kännetecknas av förståelse och lyhördhet

¹ För en mer utförlig beskrivning av forskningsläget kring behandling hänvisas till Amborg & Ekdahl (2020) samt Ådell Bygdell (2020).

för deltagarnas specifika situation kan bidra till en positiv upplevelse av interventionen (Birbrajer & Burén, 2020).

Den engelska förlagan till den gruppintervention som prövats i aktuell studie är en manualbaserad KBT-intervention med tydliga psykoedukativa inslag som riktar sig till gravida som uppvisar ångestsymptom av olika typ och allvarlighetsgrad (Wilkinson et al., 2016). Interventionen riktar sig till både gravida och deras partners. Preliminära resultat visar att de kvinnor som deltagit i gruppinterventionen skattade signifikant lägre nivåer av ångestsymptom jämfört med kontrollgrupp som fick sedvanlig behandling av till exempel läkare eller barnmorska. Innehållet i metoden uppfattades som meningsfullt av deltagarna och hade hjälpt dem att hantera sin ångest (Heather O'Mahen, personlig kommunikation, 25 februari 2020).

Syfte och frågeställningar

Syftet med den aktuella studien var att pröva en kort gruppintervention, som tidigare tagits fram och prövats i England, i en svensk kontext med målsättning att lindra psykisk ohälsa med betoning på oro och ångest² hos gravida kvinnor. Detta gjordes genom att (I) anpassa metoden till svenska förhållanden och pröva dess användbarhet i det sedvanliga arbetet inom P-MBHV i Göteborg, samt (II) undersöka i vilken mån interventionen lindrar symptom på oro, ångest och depression hos de gravida.

De specifika frågeställningarna var:

- Kan gruppinterventionen lindra symptom på ångest och depression hos de gravida?
- Hur tas behandlingsmetoden emot och upplevs av patienterna som deltar i gruppinterventionen?
- Hur tas behandlingsmetoden emot och upplevs av de psykologer som leder grupperna?

Metod

Den aktuella gruppinterventionen

Behandlingsmetoden som prövats i föreliggande projekt bygger på en kort manualbaserad gruppintervention bestående av ett antal KBT-tekniker för att reducera symptom på ångest. Rekommenderad gruppstorlek är 7-8 kvinnor och deras partners när det är möjligt. Interventionen omfattar fyra grupp-sessioner á 120 min med en veckas intervall. En uppföljande session erbjuds 8 veckor efter avslutad intervention. Grupp-sessionerna bygger

² I den engelska ACORN-studien används övergripande begreppet *anxiety*, som innefattar upplevelser av oro och ångestsymptom av olika typ och svårighetsgrad. Motsvarande begrepp på svenska saknas, vilket är anledningen till att 'oro' och 'ångest' ofta används tillsammans och ibland synonymt i föreliggande text. Både i den engelska och i den svenska studien beaktas även samsjuklighet med depression.

på ett antal nyckelteman, så som ångest under graviditet, hur hantera ovisshet, problemlösning och kommunikation. Metoden är psykoedukativ till sin karaktär och använder sig av övningar och hemuppgifter samt introducerar strategier som antas vara hjälpliga vid hantering av ångest. Gruppträffarna ger möjlighet till samtal och ömsesidigt stöd mellan gruppmedlemmarna. Varje grupp leds av två gruppledare som är psykologer och mellan gruppstillfällena är gruppdeltagarna vid behov välkomna att ta kontakt med gruppledarna via telefon. Det innehåll som riktar sig till partners handlar om hur de kan stötta de gravida kvinnorna. Syftet är att partners delvis ska delta i grupperna och delvis träffas i en egen grupp med en av gruppledarna.

Gruppträffarnas innehåll

Mer detaljerat består första sessionen av introduktion till, och en översikt över, oro och stress under graviditeten samt diskussion kring vikten av att ta hand om sig själv. Gruppdeltagarna får även göra övningar i medveten närvaro och diskutera hur de kan ägna sig åt aktiviteter som kan ge mer tillfredsställelse i vardagen. Andra sessionen har problemlösning som tema och gruppdeltagarna får göra praktiska övningar relaterade till hur man hanterar oro och ångest. Det grupptillfället fortsätter med psykoedukation om undvikande och oro. Tredje sessionen fokuserar på tema ”ovisshet” och hur ovissheten är relaterad till oro. De övningar som används går ut på att hantera och stå ut med ovissheten. Träffen avslutas med gemensam övning i självmedkänsla. Fjärde sessionens övergripande tema är ”kommunikation” och består av psykoedukation och övningar. Vikten av att samarbeta i stressfyllda situationer och olika kommunikationsfärdigheter är i fokus. Sessionen avslutas med en repetition av vad som har varit i fokus under de fyra sessionerna samt en övning i medkänsla.

Under samtliga sessioner följs tidigare utdelade hemuppgifter upp, tillsammans med en repetition av föregående sessions innehåll. Efter de fyra sessionerna ges deltagarna en möjlighet att delta i en uppföljande session två månader efter avslutningen, där föräldrabilivandet och lärdomar från tidigare sessioner diskuteras.

Anpassning av den engelska förlagan

De förändringar som genomfördes för att anpassa den engelska modellen till svensk kontext gjordes i samråd med delar av forskarteamet som tagit fram och prövat den engelska förlagan, i första hand med professor Heather O’Mahen vid Department of Psychology, Exeter University.

Manualen översattes inte till svenska utan den engelska manualen användes i sin helhet med vissa undantag. En del exempel och övningar behövde omformuleras för att fungera för de svenska deltagarna. De hand-outs som utgör en viktig del av metoden blev dock översatta.

Rekryteringen till den engelska studien skedde via barnmorskor. De kvinnor som visade intresse att delta i interventionen fick fylla i ett självskattningsformulär för ångestproblematik och vid utfall kunde de därefter anmäla sig själva till studien och gruppinterventionen. I den aktuella svenska studien rekryterades kvinnorna till studien

istället efter en initial psykologkontakt inom P-MBHV. Utifrån det nationella basprogrammet för mödrahälsovården och dess lokala anpassning i Göteborg (SFOG, 2016), samt den psykologkompetens som finns tillgänglig inom P-MBHV, kunde rekryteringen till den svenska studien alltså ske genom sedvanliga rutiner: vid symptom på psykisk ohälsa i samband med besök hos barnmorskan kan psykologisk bedömning och eventuell behandling inom P-MBHV rekommenderas. I den svenska studien gavs gravida kvinnor med symptom på oro och ångest möjlighet att välja att delta i studiens gruppintervention.

I den engelska gruppinterventionen var det barnmorskor som i huvudsak ledde grupperna medan de svenska gruppledarna var psykologer.

Gruppträffarnas frekvens ändrades från tre gånger till fyra och från träffar varannan vecka till varje vecka. Vidare utökades tiden för varje träff från 90 min till 120 min. Bakom de sistnämnda ändringarna låg antagandet om behovet av ett större terapeutiskt utrymme i interventionen där var och en av de gravida ges mer tid att ge uttryck för sina upplevelser och erfarenheter. Huvudsakligen uppfattades det tredje och fjärde grupptillfället som mycket komprimerade och i behov av att ges mer tid. Den utökade tiden och intensiteten i träffarna hade till syfte att underlätta för deltagarna att tillgodogöra sig materialet och ge större plats åt reflektion och samtal. Metodens huvudsakliga struktur och fokus låg oförändrat på psykoedukation, övningar och hemuppgifter. Förändringarna av den ursprungliga engelska interventionen och motiven till dessa diskuterades med i huvudsak professor O'Mahen.

För närvarande pågår en ny mer omfattande engelsk studie vid Exeter University i England där den ursprungliga modellen har utökats från tre till fyra sessioner, influerat av den svenska omarbetningen (personlig kontakt med professor O'Mahen, januari 2020).

Genomförande och undersökningsmetoder

Forskningsprojektet är etikprövat och godkänt av Etikprövningsmyndigheten (Dnr 796–17).

Rekrytering

Med målsättning att få ett bra underlag för den aktuella studien planerades fem grupper med sammanlagt 40 deltagare under studieperioden. Deltagare till studien rekryterades via mödrahälsovårdens ordinarie rutiner vid förekomst av symptom på graviditetsrelaterad psykisk ohälsa, vilket innebär att gravida med uppvisade symptom hänvisas till P-MBHV för fördjupad bedömning och eventuell behandling (Närhälsan, 2017). Under tiden för projektet kunde de kvinnor som uppfyllde inklusionskriterierna för studien även erbjudas deltagande i gruppinterventionen. Graden av oro, så som den bedöms i en klinisk intervju av psykolog, och inte nödvändigtvis den kliniska diagnosen för ångest, är avgörande vid bedömning av en adekvat behandling. Den gravida kvinnas upplevelse och beskrivning av symptomen och hennes önskemål om typen av behandling, individuellt eller i grupp, utgör den viktigaste indikationen för rekommenderad intervention. Inklusionskriterierna i studien var:

- förstföderska i graviditetsvecka 12-28
- tecken på psykisk ohälsa, såsom oro och ångest
- behärskar svenska språket så att interventionen kan tillgodogöras

Exklusionskriterier var:

- förstföderskor under 18 år
- fysiskt eller psykiskt tillstånd som förhindrar deltagande

Kvinnor som uppfyllde kriterierna och som efter kort information om studien var intresserade av deltagande fick mer detaljerad information av projektledaren. Kvinnornas eventuella partners var välkomna att delta i gruppen när det var möjligt och om den gravida kvinnan gav sitt medgivande till det.

De kvinnor som inte var intresserade av deltagande i gruppinterventionen erbjöds sedvanlig individuell psykologisk behandling. Statistik över antal tillfrågade potentiella deltagare saknas, varför beräkning av bortfallsstorlek inte har kunnat genomföras.

Deltagare

Totalt deltog 27 gravida kvinnor i studien. Ett fåtal partners deltog vid enstaka tillfällen. Åldersspannet på kvinnorna var 20-39 år, med en medelålder på 30 år. De flesta av kvinnorna (89 %) levde tillsammans med en partner. En klar majoritet (85 %) hade högskoleutbildning. Två tredjedelar av kvinnorna (74 %) arbetade medan en knapp femtedel (18,5 %) var sjukskrivna. Av dessa angav 67 % att de var det på grund av graviditetsrelaterad ohälsa. Tre fjärdedelar (74 %) av kvinnorna hade haft tidigare kontakt med hälso- och sjukvård på grund av psykisk ohälsa.

Hälften av kvinnorna uppgav vid gruppinterventionens avslutande tillfälle att de hade fått ytterligare stöd eller hjälp under tiden de deltog i gruppinterventionen. Av dessa hade flertalet träffat psykolog för individuella samtal och/eller varit i kontakt med Auroramottagningen för gravida med kraftig förlossningsrädsla. Även behandling med antidepressiva läkemedel samt besök hos barnmorska och fysioterapeut nämndes som parallellt stöd. Vid uppföljningsträffen uppgav drygt hälften av kvinnorna att de hade fått ytterligare stöd på grund av sitt mående efter gruppinterventionens slut. Av dessa hade majoriteten träffat psykolog för individuella samtal och/eller varit i kontakt med Auroramottagningen. Även kontakt med barnmorska samt föräldra- och profylaxkurser nämndes.

Tillvägagångssätt

Efter att de potentiella deltagarna hade fått skriftlig information om studien från projektledare samt skickat in påskrivnen samtyckesblankett för medverkande påbörjades gruppinterventionen när grupperna var fyllda, eller som högst tre veckor efter att den första kvinnan rekryterats till gruppen. Totalt genomfördes sex gruppinterventioner med tre till sex deltagare i varje. Interventionerna pågick mellan våren 2018 och våren 2019. Samtliga kvinnor kunde vid behov få relevant kompletterande individuell psykologisk eller medicinsk behandling.

Vid gruppinterventionens första tillfälle fyllde deltagarna i ett antal bakgrundsfrågor samt två självskattningsformulär, ett avseende symptom på ångest (GAD-7; Spitzer, Kroenke, Williams & Löwe, 2006) samt ett avseende symptom på depression (EPDS; Cox,

Holden & Sagovsky, 1987; Rubertsson, Börjesson, Berglund, Josefsson & Sydsjö, 2011). Dessa instrument var desamma som i ACORN-studien och valdes för att möjliggöra jämförelser mellan studiernas resultat. Samma formulär med tillägg av uppföljande frågor om kvinnornas upplevelser av gruppdeltagandet fylldes i vid interventionens sista tillfälle samt vid uppföljande träff, åtta veckor efter avslutad behandling.

Samtliga kvinnor gavs möjlighet till deltagande i fördjupade intervjuer efter behandlingen för att delge sina upplevelser av interventionen. Intervjuerna var semistrukturerade och utgick från samma intervjuguide³ som använts i ACORN-studien, detta återigen för att möjliggöra jämförelser mellan resultat. Intervjuguiden utgick från fem övergripande frågeområden: förväntningar och motivation; upplevelser; följder; partners och; framtiden. Till respektive frågeområde innehöll guiden förslag på frågor, exempelvis ”Vad tycker ni om behandlingens utformning?”, ”Vad hade ni för förväntningar på gruppbehandlingen?”, ”Har relationen till partners påverkats/förändrats av deltagandet i behandlingen?”. Totalt deltog åtta gruppdeltagare i intervjuerna. Det var således 19 deltagare som inte kunde eller ville närvara vid intervjuerna. Totalt genomfördes fem intervjuer med gruppdeltagarna varav tre individuella och två i grupp. Ursprungligen planerades alla intervjuer att genomföras i grupp men vid vissa tillfällen kunde endast en gruppdeltagare närvara. Fem deltagare intervjuades innan förlossningen och tre deltagare efter förlossningen. Intervjuerna med deltagarna genomfördes av ansvarig forskare och projektledande psykolog inom projektet.

Efter att alla interventioner var slutförda genomfördes också en intervju med de två gruppledarna som hållit i interventionen. Vid intervjun användes en semistrukturerad intervjuguide⁴ anpassad för gruppledarna med ursprung i ACORN-studien. Intervjuguiden utgick från fem övergripande frågeområden: förväntningar och motivation; upplevelse; resultat; partners och; framtiden. Till respektive frågeområde innehöll guiden förslag på frågor, exempelvis ”Var materialet relevant för deltagarnas situation?”, ”Vilka moment i interventionen var mest användbara?” och ”Hur uppfattade ni deltagarnas gensvar på interventionen?”

Den kvantitativa datan bearbetades och analyserades av Ådén Bygdell (2020) med sedvanliga statistiska metoder medan det kvalitativa materialet bearbetades och analyserades av Amborg och Ekdahl (2020) med hjälp av tematisk samt deduktiv analys, i båda delstudierna under handledning av forskaren i projektet.⁵

Resultat

Nedan följer en sammanfattning av de viktigaste fynden i studien. För en mer detaljerad redovisning av de specifika resultaten hänvisas till de separata utvärderingarna (Ådén Bygdell, 2020 för kvantitativa resultat samt Amborg och Ekdahl, 2020 för kvalitativa resultat).

³ Se Bilaga 1 i Amborg och Ekdahl (2020)

⁴ Se bilaga 2 i Amborg och Ekdahl (2020).

⁵ Detaljer kring specifika analysmetoder går att finna i Ågdell Bygdell (2020) samt Amborg och Ekdahl (2020).

Symptomlindring på gruppnivå

Som framgår av tabell 2 nedan minskade deltagarnas självskattade symptom på ångest stort på både kort och längre sikt efter genomgången gruppintervention. Även avseende depressionssymptom sågs en påtaglig minskning i medelvärden från för- till eftermätning och uppföljning, även om det rent statistiskt inte gick att säkerställa var den signifikanta skillnaden fanns.

Tabell 2

Symptom	Förmätning	Eftermätning	Uppföljande mätning
Ångest	11.89 (5.21) ^a	10.22 (5.56)	9.37 (4.76)
Depression	15.04 (5.63)	12.67 (6.00)	12.41 (5.45)

^aData presenteras som medelvärde och (standardavvikelse).

Symptomlindring på individnivå – klinisk signifikans

För att undersöka den kliniska signifikansen av interventionen kompletterades jämförelser på gruppnivå med analyser av enskilda deltagares utfall. Runt 65 % av kvinnorna låg initialt över gränsen för en klinisk nivå av symptom⁶. I tabell 3 nedan presenteras deras förändring i självskattade symptom på kort och längre sikt enligt fördelningen *försämrade*, *oförändrade*, *förbättrade* samt *återställda*, där det senare innebär att deltagarna inte bara förbättrats signifikant i sitt mående utan också passerat gränsen nedåt för en klinisk nivå av symptom. Som framgår av tabellen hade en dryg tredjedel av deltagarna förbättrats eller återställdt direkt efter grupavslut medan drygt 60 % inte uppvisade någon förändring. Vid den tredje mätningen hade andelen förbättrade eller återställda ökat till drygt hälften.

Tabell 3

Symptom	Försämrade	Oförändrade	Förbättrade	Återställda	Total
<i>Utfall på kort sikt</i>					
Ångest	1 (5,6) ^a	11 (61,1)	1 (5,6)	5 (27,8)	18 (100)
Depression	0 (0,0)	11 (64,7)	3 (17,6)	3 (17,6)	17 (100)
<i>Utfall på längre sikt</i>					
Ångest	0 (0,0)	9 (50,0)	3 (16,7)	6 (33,3)	18 (100)
Depression	0 (0,0)	8 (47,1)	4 (23,5)	5 (29,4)	17 (100)

^aData presenteras i frekvens samt (procentsatser).

För de kvinnor som initialt låg under gränsen för en klinisk nivå av symptom uppvisade runt en tiondel en förbättring direkt efter behandlingsavslut, medan runt 90 % inte uppvisade någon förändring eller rent av försämrades, beroende på problemområde. Den uppföljande mätningen vid uppföljningsträffen visade på snarlika resultat.

⁶ För GAD-7 (ångest) ligger gränsen för en klinisk nivå på 9 medan den för EPDS (depression) för gravida ligger på 13.

Nöjdhet med interventionen

Samtliga deltagare som besvarade eftermätningen uppgav att detta var första gången de deltog i någon form av gruppbehandling. På frågan om de skulle rekommendera gruppbehandlingen till andra uppgav 95% att de skulle göra det. Deltagarna fick efter genomgången gruppintervention även skatta sin upplevelse av gruppinterventionen, avseende innehåll, gruppledarnas sätt att leda gruppen samt övriga deltagares stöd. Detta gjordes på en skala från 1 (mycket dåligt) till 5 (mycket bra). På samtliga frågor var det skattade medelvärdet över 4, det vill säga bra till mycket bra.

Upplevelser av gruppdeltagandet

Analysen av de semistrukturerade intervjuerna med deltagarna efter avslutad gruppintervention resulterade i fyra huvudteman med sju underteman där de mest centrala fynden presenteras här.

Temat *Att vara en individ i en grupp* kretsar kring nyttan och utmaningarna med vara olika individer med olika behov i en grupp. Det fångar positiva upplevelser av utbyte, gemenskap och likheter i gruppen respektive upplevelser av olikheter, farhågor och utmaningar med att vara i en grupp. Deltagarna lyfte återkommande att det var en viktig del av interventionen att den var just i grupp, att de fick träffa andra i samma situation och att det var skönt att kunna dela och ventilera tankar och känslor med varandra. Det uttrycktes dock att det kunde ta lite tid att känna sig trygg i gruppen, en rädsla för att spä på de andra deltagarnas oro och att allt i interventionen inte var lika lätt att relatera till.

Temat *Ambivalens kring partnernärvaro* fångar deltagarnas upplevelser av hur det var att involvera partners i interventionen. Det framkom både positiva och negativa upplevelser av partners närvaro. Ambivalensen uttrycktes både genom att olika deltagare hade skilda upplevelser men också genom att enskilda deltagare upplevde att partnernärvaron både gav någonting men också skapade en annan dynamik där det blev svårare att öppna sig. Flera påtalade att det var otydligt kring huruvida partners förväntades närvara eller inte och att det bidrog till en ambivalens kring hela frågan.

Temat *Vi fick slut på tid* fångar återkommande beskrivningar av en upplevelse av tidsbrist under interventionen. Många beskrev att det blev stressigt under tillfällena och att de inte alltid hann med det som var planerat. Även hur tiden fördelats under tillfällena gällande interventionens material kontra mer fria diskussioner togs upp. Att diskutera och ha samtal i grupp var mycket uppskattat men man upplevde att det saknades tillräckligt med tid till det. Samtidigt upplevde många att de fick stressa igenom materialet och uppgifterna. Detta gjorde också att en del deltagare upplevde det svårare att ta till sig det. Upplevelsen av tidsbrist tycktes hänga ihop med mängden material och att de fick avbryta övningar innan de var helt färdiga.

Temat *Det här har vi tagit med oss* handlar om upplevelser av vad deltagarna har tagit med sig från interventionen. Deltagarna pratade återkommande om att de uppfattade problemlösningsmomentet och momentet som handlade om att ta hand om sig själv som extra hjälpsamma. Från dessa moment hade man tillägnat sig olika strategier som varit hjälpsamma både under interventionens gång och efter att den tagit slut, under graviditeten och efter förlossning. De upplevde sig ha blivit bättre på att ta tag i saker och stå ut med ovisshet. De hade blivit bättre på att komma ur ältande och blivit mer handlingskraftiga

samtidigt som de hade lärt sig att det inte går att ta tag i alla problem på en gång. Även deltagare som gick i annan behandling under graviditeten beskrev att problemlösningen hjälpte dem att kunna ta till sig och dra nytta av andra insatser. Deltagarna upplevde även att de blivit bättre på att ta hand om sig själva och att göra saker de själva mår bra av.

Gruppledarnas synpunkter

Nedan följer en sammanfattande beskrivning av resultaten från den deduktiva analys som ämnar fördjupa förståelsen av de teman som framkom i intervjuerna med deltagarna. Hela det transkriberade materialet från intervjun med gruppledarna finns dock tillgängligt för fördjupade analyser av gruppledarnas synpunkter på interventionens utformning och innehåll.

”Att vara en individ i en i grupp”. Generellt upplevde gruppledarna att det fanns en positiv känsla i grupperna vilket uttrycktes både i att deltagarna visade engagemang och bidrog till diskussionen och att de ville varandra väl. Gruppen upplevdes ha en hållande funktion där deltagarna verkade tycka det var skönt att komma till gruppen oavsett hur de mådde vid tillfället. Gruppledarna beskrev vikten av att deltagarna fick höra andra berätta om sin oro och att detta kunde vara hjälpsamt. De upplevde att det fanns olika sorters problematik i grupperna och att deltagarna utifrån det hade olika behov. Innehållet i interventionen uppfattades ofta anpassningsbart efter olika behov men beskrevs mer hjälpsamt för vissa typer av problem. Angående gruppstorlek uttryckte gruppledarna att de bör vara minst fyra personer närvarande för gruppdynamikens skull. Det faktum att grupperna var relativt små gav dem möjlighet att ge mer individuellt utrymme och att ha ett mer terapeutiskt förhållningssätt.

”Ambivalens kring partnernärvaro”. Interventionen var utformad för att de gravidas partners skulle delta vid alla tillfällen. I praktiken blev det inte så då några få partners deltog vid vissa enstaka tillfällen och gruppledarna visste aldrig inför ett tillfälle hur många partners som skulle delta. Detta krävde en anpassning av innehåll och genomförande från gång till gång. Man uppfattade att det fanns en osäkerhet bland deltagarna kring om och när partners skulle vara med. Det tillfälle då flest partners deltog var tillfället om kommunikation. Att partners kom först vid detta tillfälle tyckte gruppledarna inte var helt optimalt eftersom det då påverkade den gruppdynamik som redan skapats i gruppen.

”Vi fick slut på tid”. Gruppledarna upplevde att det var bra med den utökade tiden per tillfälle men att det ändå kunde vara svårt att hinna igenom materialet. De nämnde bland annat att de övningar som uppmanade till avslappning och eftertanke paradoxalt nog pressades in i en för snäv tidsram. Teman som togs upp beskrevs som mycket bra men det var svårt att hitta en struktur och ett flöde vid tillfällena när man följde manualen som upplevdes som för omfattande.

”Det här har vi tagit med oss”. Gruppledarna uttryckte att momenten ”att hantera ovisshet”, ”att ta hand om sig själv” och begreppet ”reflective listening” var moment i materialet som tycktes vara extra hjälpsamma. Det var vid dessa moment som de fick mest respons från deltagarna.

Diskussion

Frågeställningarna i den aktuella studien var huruvida den aktuella gruppinterventionen kunde lindra symtom på oro, ångest och depression hos gravida kvinnor

samt hur metoden upplevdes av deltagare och gruppledare. På gruppnivå minskade deltagarnas självskattade symptom stort på både kort och längre sikt efter genomgången intervention. På individnivå förbättrades eller återställdes måendet för en dryg tredjedel av kvinnorna i den kliniska populationen direkt efter interventionens slut. Åtta veckor senare hade andelen med förbättrat/återställt mående ökat till drygt hälften. I den icke-kliniska gruppen (de som initialt låg under gränsvärdet för kliniska symptom) förblev symptombilden oförändrad för de flesta kvinnor. Deltagarna uppgav att de var nöjda med interventionen då de skattade den som bra till mycket bra och skulle rekommendera den till andra. De semistrukturerade intervjuerna fångade upplevelser av att vara olika individer i en grupp, att ha ambivalenta upplevelser kring partners närvaro, att ha upplevelser av en brist på tid samt att man fått med sig olika strategier för att hantera sin oro. Dessa teman speglades i gruppledarnas upplevelser av interventionen

Jämförelser med ACORN-studien

De preliminära resultaten från ACORN-studien pekar på att en kort gruppintervention baserad på KBT och psykoedukation riktad till gravida med ångest minskar kvinnornas symptom samt uppfattas av deltagarna som hjälpsam (Heather O'Mahen, personlig kommunikation, 25 februari 2020). I övrigt pekar deras resultat på att interventionen är möjlig att implementera inom ramen för de sedvanliga rutinerna vid mödrahälsovården i England. Vår svenska studie visar på liknande resultat då liknande slutsatser kan dras avseende förbättringen av de gravidas psykiska hälsa samt kvinnornas och gruppledarnas upplevelser av metoden. Vid jämförelse av resultaten i de båda studierna är det dock viktigt att komma ihåg de kontextuella skillnaderna som föreligger mellan länderna. I England erbjuds interventionen i ett mindre intensivt format (det vill säga tre kortare sessioner med tre veckors mellanrum) i större grupper ledda av i huvudsak barnmorskor. Parters förväntas vara med vid samtliga tillfällen. Betoningen kan därför sägas ligga mer på psykoedukation än på behandling. I den svenska kontexten har interventionen utökats i både tid och frekvens för att bättre passa in i P-MBHV:s uppdrag. Interventionen kan därför anses vara på en mer behandlande nivå jämfört med ursprungsmetoden. Skillnaderna i upplägg beror framför allt på de skilda förutsättningar vi har i respektive land. Inom den svenska mödrahälsovården finns det relativt stor tillgång till mer intensiv behandling tack vare de psykologer som är knutna till mödra- och barnhälsovården. I England är situationen en helt annan, då antalet psykologer som arbetar gentemot mödrahälsovård är betydligt lägre (Heather O'Mahen, muntlig kommunikation, februari, 2019). Trots de anpassningar vi gjort av metoden för att passa bättre in i den lokala kontexten kan de verksamma komponenterna och själva innehållet i metoden anses vara oförändrat då endast ramarna och intensiteten i interventionen förändrats. Därför bedöms jämförelser mellan resultaten från de skilda studierna vara betydelsefulla då de tillsammans bidrar till att belysa interventionens möjligheter att hjälpa gravida med ångest genom att implementeras i respektive nationell mödrahälsovård.

Utvecklingsområden

Rekrytering och genomförande

Det visade sig vara svårare än väntat att rekrytera tillräckligt med deltagare till grupperna. Detta ledde till långa väntetider innan grupperna kunde starta samt att grupperna hade färre deltagare än planerat. Tyvärr har vi inte på systematiskt sätt lyckats undersöka vad orsaken till detta var. Det vi vet via projektteamets kontakter med intresserade kvinnor är att en del av dem som ville delta men tackade nej angav som anledning att de inte kunde/ville gå från jobbet för att delta i gruppen. Ett förslag är att senarelägga grupperna till efter arbetstid. Andra graviditetsrelaterade komplikationer kunde också vara ett hinder för kvinnor att delta. Överlag verkade det finnas större intresse för att delta i sedvanlig individuell behandling än i grupp. Vid en eventuell implementering av metoden bör man vara ännu tydligare med att rekommendera gruppbehandlingen, då den utifrån den gravida kvinnans behov bedöms vara ett fullgott alternativ. De sedvanliga rutinerna, som för övrigt fungerar bra, skulle kunna anpassas för att rekrytering till gruppbehandlingen kan ske tidigare. Fortsatt utvecklingsarbete skulle också kunna inkludera kunskapsspridning till mödravården om graviditetsrelaterad psykisk ohälsa med tyngdpunkt på oro och ångest.

Inklusionskriterier

Den breda definitionen av psykisk ohälsa som har beaktats vid rekrytering i föreliggande studie har visat sig kliniskt användbar, men kan behöva formuleras tydligare inför en ny prövning av metoden. Interventionen är menad att behandla ångest av olika svårighetsgrader. Målgruppen är kvinnor som upplever sig stressade och oroliga i relation till sin graviditet och inte bara de gravida som uppfyller kriterier för diagnosen ångesttillstånd. Det är den gravidas upplevelse av sin oro tillsammans med en psykologisk bedömning som fortsatt ska vara avgörande vid rekryteringen.

Partners delaktighet

Bristande stöd av partner under graviditeten och efter förlossningen har visat sig utgöra en riskfaktor för psykisk ohälsa. Att involvera partners i behandlingen kan få en avgörande betydelse för upplevelsen av graviditeten och tiden efter (Stapleton, Schetter, Westling et al., 2012; Ilska & Przybyla-Basista, 2017). Samtidigt har det visat sig att det i praktiken kan vara svårt att engagera partners i gruppinterventioner (Milgrom, Schembri, Ericksen, Ross & Gemmill, 2011). Även i den aktuella interventionen har det varit svårt att rekrytera partners. Delvis fanns det en osäkerhet hos kvinnorna om hur mycket deras partners skulle delta, delvis en otydlighet i informationen om deras deltagande. Vidare skapade gruppernas storlek ett problem för att inkludera partners. Det var få deltagare i varje grupp vilket öppnade för större närhet mellan deltagarna jämfört med i den engelska studien. Detta ledde till att partners närvaro kunde upplevas som störande bland gruppdeltagarna. Utifrån

dessa erfarenheter är förslaget att en specifik session för enbart partners skapas med fokus på psykoedukation om graviditetsrelaterad psykisk ohälsa samt hur man kan vara ett stöd för den gravida.

Fortsatt anpassning av metoden

Det fanns önskemål från både gruppledare och deltagare att skapa mer utrymme för det befintliga materialet i interventionen men också mer tid för övningar och samtal i gruppen. Förslagsvis skulle antalet sessioner kunna utökas till fem, exempelvis genom att ge mer utrymme för introduktion och det tematiska innehållet som finns i session ett genom att dela upp den sessionen på två tillfällen. Även manualens utformning bör ses över då den i sin engelska tappning är mycket omfattande. Den kan med fördel minskas ner i omfång avseende detaljerade beskrivningar och naturligtvis översättas till svenska. Detta är något som både projektledning och gruppledare efterfrågat. Givetvis bör detta först stämmas av med de engelska skaparna av metoden.

Studiens begränsningar

Det finns begränsningar med studien som är värda att nämna och som bör tas i beaktande vid tolkning av resultaten. Målet att rekrytera 40 kvinnor uppnåddes inte under studieperioden vilket medför ett mindre underlag än vi hoppats på. På grund av att så få partners deltog har vi inte heller kunnat undersöka deras synpunkter på interventionen. Förutsättningarna i projektet har inte möjliggjort en studiedesign med kontrollgrupp eller alternativ intervention att jämföra utfall i symptom mot. De instrument som användes valdes för att möjliggöra jämförelser med den engelska studiens resultat. När det gäller självskattningsformuläret för att mäta symptom på ångest hade möjligtvis ett annat instrument specifikt anpassat för graviditetsrelaterad ångest (se s. 5) varit att föredra. Vidare deltog endast en tredjedel av kvinnorna i fokusgruppintervjuerna vilket medför en begränsad representativitet i de kvalitativa resultaten.

Framtida forskning

Om en implementering av metoden blir aktuell efter att de föreslagna ändringarna genomförts och prövats, bör ett fortsatt utvärderingsarbete med en starkare utvärderingsdesign ingå. Möjligheterna att jämföra utfall i symptom med en jämförelsegrupp bör i så fall inkluderas, exempelvis bestående av gravida som får enbart individuell psykologisk behandling. Vidare bör ett större underlag eftersträvas. En självskattningsskala som mäter graviditetsrelaterad ångest (PrA) bör ersätta GAD-7 och ett strukturerat sätt att undersöka vilka gravida som tackar nej till gruppinterventionen och varför bör utformas.

Konklusion

I det aktuella projektet ville vi undersöka gravida kvinnors behov av professionellt stöd vid förekomst av ångest i varierande svårighetsgrad och pröva en ny behandlingsform i

grupp, samt möjligheter att erbjuda en gruppintervention i en befintlig vårdverksamhet. Resultaten i studien pekar på att kvinnor som deltagit var nöjda med gruppbehandlingen och upplevde sig hjälpta, formatet uppskattades och de skulle rekommendera den till andra gravida. På gruppnivå syntes en stor minskning av symptom. På individnivå hade en stor andel kvinnor förbättrats eller återstälts. Trots de metodologiska begränsningarna i den aktuella studien drar vi slutsatsen att denna metod kan vara hjälpsam för målgruppen. Med hänsyn taget till de utvecklingsområden av metoden som identifierats i studien bedöms gruppinterventionen ha goda förutsättningar att implementeras i en svensk kontext.

Referenser

- Amborg, L. & Ekdahl, K. (2020). *Jag är orolig, en gravid orolig – En kvalitativstudie av en gruppintervention för gravida*. Examensuppsats Psykologprogrammet. Göteborgs Universitet.
- Andersson, L., Sundström-Poromaa, I., Wulff, M., Aström, M., & Bixo, M. (2006). Depression and anxiety during pregnancy and six months postpartum: a follow-up study. *Acta Obstet Gynecol Scand*, 85(8):937-44. doi: 10.1080/00016340600697652. PMID: 16862471
- Axberg, U., Alfredsson, E., Birbrajer, A. & Reuter, A. (2017). *Stress och oro under graviditeten – en studie av en kort gruppintervention inom mödrahälsovård*. Ansökan om etikprövning. Dnr 796–17.
- Bergström, M., (2012) Att bli mamma. *Tankar och känslor kring att vänta, föda och leva med barn*. Stockholm: Bonnier Fakta
- Biaggi, A., Conroy, S., Pawlby, S., & Pariante, C. M. (2016). Identifying the women at risk of antenatal anxiety and depression: a systematic review. *Journal of Affective Disorders*, 191, 62-77. doi:10.1016/j.jad.2015.11.014
- Birbrajer, A. & Burén, A., (2020). *Gruppbehandling för kvinnor med postpartumdepression. Metodutveckling och metodstöd*. Verksamhetsrapport, Regionhälsan, Västra Götalandsregionen.
- Burton Zuehlke, J. (2007). *Traditional and non-traditional techniques for women with postpartum depression: An integrative group treatment manual*. Charleston SC, United States: Poquest, Umi Dissertation Publishing.
- Caspi, A., Houts, R. M., Ambler, A., Danese, A., Elliott, M. L., Hariri, A., Harrington, H., Hogan, S., Poulton, R., Ramrakha, S., Hartmann Rasmussen, L. J., Reuben, A., Richmond-Rakerd, L., Sugden, K., Wertz, J., Williams, B. S., & Moffitt, T. E. (2020). Longitudinal assessment of mental health disorders and comorbidities across 4 decades among participants in the Dunedin Birth Cohort Study. *JAMA Network Open*, 3, e203221-e203221. doi:10.1001/jamanetworkopen.2020.322.
- Cox, J. L., Holden, J. M., Sagovsky, R. (1987). Detection of postnatal depression. Development of the 10-item Edinburgh Postnatal Depression Scale. *The British Journal of Psychiatry*, 150, 782-786. doi:10.1192/bjp.150.6.782

- Dennis, C-L., Falah-Hassani, K., & Rahman, S. (2017). Prevalence of antenatal and postnatal anxiety systematic review and meta-analysis. *The British Journal of Psychiatry* 210, 315–323. doi: 10.1192/bjp.bp.116.187179
- Dunkel Schetter, C., & Tanner, L. (2012). Anxiety, depression and stress in pregnancy: Implications for mothers, children, research, and practice. *Current Opinion in Psychiatry*, 25(2), 141-148. doi:http://dx.doi.org.ezproxy.ub.gu.se/10.1097/YCO.0b013e3283503680
- Falah-Hassani, K., Shiri, R., & Dennis, C. L. (2016). Prevalence and risk factors for comorbid postpartum depressive symptomatology and anxiety. *Journal of Affective Disorders*, 198, 142-147. doi:10.1016/j.jad.2016.03.010
- Gavin, N. I., Gaynes, B. N., Lohr, K. N., Meltzer-Brody, S., Gartlehner, G., & Swinson, T. (2005). Perinatal depression: a systematic review of prevalence and incidence. *Obstetrics & Gynecology*, 106, 1071-1083. doi:10.1097/01.AOG.0000183597.31630.db
- Goodman, J. H., Guarino, A., Chenausky, K., Klein, L., Prager, J., Petersen, R., Forget, A., & Freeman, M. (2014). CALM Pregnancy: results of a pilot study of mindfulness-based cognitive therapy for perinatal anxiety. *Archives of Women's mental health*, 17, 373-387. doi:10.1007/s00737-013-0402-7
- Hofmann, S. G., & Smits, J. A. (2008). Cognitive-behavioral therapy for adult anxiety disorders: a meta-analysis of randomized placebo-controlled trials. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 69, 621-632. doi:10.4088/jcp.v69n0415
- Holaway, R. M., Rodebaugh, T. L., & Heimberg, R. G. (2006). The epidemiology of worry and generalized anxiety disorder. I G. C. L. Davey & A. Wells (red:er). *Worry and its psychological disorders*. Hoboken, NJ: Wiley
- Howard, L. M., Molyneaux, E., Dennis, C., Rochat, T., Stein, A., & Milgrom, J. (2014). Nonpsychotic mental disorders in the perinatal period. *The Lancet*, 384(9956), 1775-1788. doi:http://dx.doi.org.ezproxy.ub.gu.se/10.1016/S0140-6736(14)61276-9
- Ilska, M., & Przybyła-Basista, H. (2017). Partner support as a mediator of the relationship between prenatal concerns and psychological well-being in pregnant women. *Health Psychology Report*, 5(4), 285-295. doi:http://dx.doi.org.ezproxy.ub.gu.se/10.5114/hpr.2017.68235
- Kingston, D., McDonald, S., Austin, M. P., & Tough, S. (2015). Association between Prenatal and Postnatal Psychological Distress and Toddler Cognitive Development: A Systematic Review. *PLoS one*, 10(5), e0126929. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0126929
- Kingston, D., Tough, S., & Whitfield, H. (2012). Prenatal and postpartum maternal psychological distress and infant development: A systematic review. *Child Psychiatry and Human Development*, 43(5), 683-714. doi:http://dx.doi.org.ezproxy.ub.gu.se/10.1007/s10578-012-0291-4
- La Marca-Ghaemmaghami, P., & Ehlert, U. (2015). Stress during pregnancy: Experienced stress, stress hormones, and protective factors. *European Psychologist*, 20(2), 102-119. doi:http://dx.doi.org.ezproxy.ub.gu.se/10.1027/1016-9040/a000195
- Lewis, A., Austin, E., & Galbally, M. (2016). Prenatal Maternal Mental Health and Fetal Growth Restriction: A Systematic Review. *Journal of Developmental Origins of Health and Disease*. doi:10.1017/S2040174416000076
- Loomans, E. M., van Dijk, A. E., Vrijkotte, T. G., van Eijsden, M., Stronks, K., Gemke, R. J. & Van den Bergh, B. R. (2013). Psychosocial stress during pregnancy is related to adverse

birth outcomes: results from a large multi-ethnic community-based birth cohort. *European Journal of Public Health*, 23(3), 485-91. doi: 10.1093/eurpub/cks097

- Loughnan, S. A., Wallace, M., Joubert, A. E., Haskelberg, H., Andrews, G., & Newby, J. M. (2018). A systematic review of psychological treatments for clinical anxiety during the perinatal period. *Archives of Women's Mental Health*, 21, 481-490. doi:10.1007/s00737-018-0812-7
- Milgrom, J., Schembri, C., Ericksen, J., Ross, J., & Gemmill, A. W. (2011). Towards parenthood: An antenatal intervention to reduce depression, anxiety and parenting difficulties. *Journal of Affective Disorders*, 130(3), 385-394. doi:http://dx.doi.org.ezproxy.ub.gu.se/10.1016/j.jad.2010.10.045
- Morrison, N. (2001). Group cognitive therapy: Treatment of choice or sub-optimal option? *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 29(3), 311-332. doi:http://dx.doi.org.ezproxy.ub.gu.se/10.1017/S1352465801003058
- Mudra, S., Göbel, A., Barkmann, C., Goletzke, J., Hecher, K., Schulte-Markwort, M., Diemert, A., Arck, P. (2020). The longitudinal course of pregnancy-related anxiety in parous and nulliparous women and its association with symptoms of social and generalized anxiety. *Journal of Affective Disorders*, 260, 111-118. doi:http://dx.doi.org.ezproxy.ub.gu.se/10.1016/j.jad.2019.08.033
- Nicol-Harper, R., Harvey, A. G., & Stein, A. (2007). Interactions between mothers and infants: Impact of maternal anxiety. *Infant Behavior and Development*, 30, 161-167. doi:10.1016/j.infbeh.2006.08.005
- Närhälsan (2017). *Stress och oro under graviditeten – en studie av en kort gruppintervention inom mödrahälsovård*. Forskningsplan.
- Rubertsson, C., Börjesson, K., Berglund, A., Josefsson, A., & Sydsjö, G. (2011). The Swedish validation of Edinburgh postnatal depression scale (EPDS) during pregnancy. *Nordic Journal of Psychiatry*, 65, 414-418. doi:10.3109/08039488.2011.590606
- Svensk förening för Obstetrik och Gynekologi (SFOG) (2016). *Mödrahälsovård, Sexuell och Reproduktiv hälsa* (Nr 59).
- Sveriges Kommuner och Regioner (SKR) (2018). *Regionernas insatser för kvinnors hälsa Före under och efter graviditeter*. doi:https://skr.se/merfranskr/rapporterochskrifter/publikationer/reggionensinsatserforkvinnors_halsa2018.27660.html
- Smith, M. V., Shao, L., Howell, H., Lin, H., & Yonkers, K. A. (2011). Perinatal depression and birth outcomes in a Healthy Start project. *Maternal and Child Health Journal*, 15, 401-409. doi:10.1007/s10995-010-0595-6
- Socialstyrelsen. (2014). *Kunskapsstöd för mödrahälsovården*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Socialstyrelsen. (2019a). *Gravida och nyförlösta kvinnors situation och behov*. Stockholm: Socialstyrelsen.
- Spitzer R.L., Kroenke K., Williams J.B.W., & Löwe B (2006). A brief measure for assessing generalized anxiety disorder: the GAD-7. *Archives of Internal Medicine*, 166, 1092- 1097. doi:10.1001/archinte.166.10.1092
- Stapleton, L. R. T., Schetter, C. D., Westling, E., Rini, C., Glynn, L. M., Hobel, C. J., & Sandman, C. A. (2012). Perceived partner support in pregnancy predicts lower maternal and infant

distress. *Journal of Family Psychology*, 26(3), 453-463.
doi:<http://dx.doi.org.ezproxy.ub.gu.se/10.1037/a0028332>

- Statens beredning för medicinsk och social utvärdering [SBU]. (2019) *Förlossningsrädsla och psykisk ohälsa under graviditet*. Hämtad 2020-02-26 från <https://www.sbu.se/sv/pagaende-projekt/forlossningsradsla-och-psykisk-ohalsa-under-graviditet/>
- Stewart, R. E., & Chambless, D. L. (2009). Cognitive-behavioral therapy for adult anxiety disorders in clinical practice: A meta-analysis of effectiveness studies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 77(4), 595-606. doi:10.1037/a0016032
- Underwood, L., Waldie, K., D'Souza, S., Peterson, E. R., & Morton, S. (2016). A review of longitudinal studies on antenatal and postnatal depression. *Archives of Women's Mental Health*, 19, 711-720. doi:10.1007/s00737-016-0629-1
- van den Bergh, B., Heuvel, M., Lahti, M., Braeken, M., de Rooij, S., Entringer, S., Hoyer, D., Roseboom, T., Räikkönen, K., King, S., & Schwab, M. (2017). Prenatal developmental origins of behavior and mental health: The influence of maternal stress in pregnancy. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*. Doi: 10.1016/j.neubiorev.2017.07.003.
- Whitfield, G. (2010). Group cognitive-behavioural therapy for anxiety and depression. *Advances in psychiatric treatment* 16, 219-227. doi: 10.1192/apt.bp.108.005744
- Wilkinson, E. L., O'Mahen, H. A., Fearon, P., Halligan, S., King, D. X., Greenfield, G. & Ramchandani, P. G. (2016). Adapting and testing a brief intervention to reduce maternal anxiety during pregnancy (ACORN): study protocol for a randomised controlled trial. *Trials* 17(156), doi:<https://doi.org/10.1186/s13063-016-1274-8>
- Wisner, K. L., Sit, D. K., McShea, M. C., Rizzo, D. M., Zoretich, R. A., Hughes, C. L., Eng, H. F., Luther, J. F., Wisniewski, S. R., Costantino, M. L., Confer, A. L., Moses-Kolko, E. L., Famy, C. S., Hanusa, B. H. (2013). Onset timing, thoughts of self-harm, and diagnoses in postpartum women with screen-positive depression findings. *JAMA Psychiatry*, 70, 490-498. doi:10.1001/jamapsychiatry.2013.87 21
- Yalom, I.D. (2005). *Theory and practice of group psychotherapy* (4th ed). New York: Basic Books.
- Ådén Bygdell, J. (2020). *Stress och oro under graviditeten – en studie av en kort gruppintervention*. Examensuppsats Psykologprogrammet. Göteborgs Universitet.

21-11-26

Dokumentnamn

Oro och ångest under graviditeten – en studie av en kort gruppintervention

Kontakt: Psykologenheter för mödra- och barnhälsovård, Göteborg

<https://www.vgregion.se/halsa-och-varld/psykologenheter-for-modra--och-barnhalsovard/>