



Psykologisk behandling för depression hos nyblivna mödrar


En övergripande översikt och metaanalys

Citera gärna Centrum för epidemiologi och samhällsmedicins rapporter, men glöm inte att uppge källan. Bilder, fotografier och illustrationer är skyddade av upphovsrätten. Det innebär att du måste ha upphovsmannens tillstånd för att använda dem.

Referera till rapporten enligt: Åhlén J, Dalman C, Lindberg L. Psykologisk behandling för depression hos nyblivna mödrar. En övergripande översikt och metaanalys. Stockholm: Centrum för epidemiologi och samhällsmedicin, Region Stockholm; 2019. Rapport 2019:4.

**Centrum för epidemiologi och samhällsmedicin**


Box 45436, 104 31 Stockholm



ces.sls@sl.se




Rapport 2019:4



ISBN 978-91-87691-61-4

Författare: Johan Åhlén, Christina Dalman, Lene Lindberg

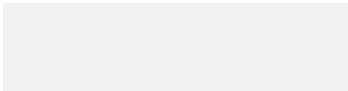


Layout: Viktoria Jonze

Stockholm mars 2019

Rapporten kan laddas ner från Folkhälsoguiden,

www.folkhalsoguiden.se



Förord

Många föräldrar drabbas av depression under barnets första sex månader. En obehandlad depression kan få allvarliga konsekvenser för hela familjen. Kännedom om tidiga psykologiska insatser för föräldrars depression under barnets första levnadsmånader är därför en viktig del av folkhälsoarbetet.

Den här rapporten är en sammanställning som bygger på redan genomförda studier, systematiska översikter och metaanalyser. På så sätt erbjuder den en bred och aktuell överblick av kunskapsläget. Sammanställningen syftar dels till att klargöra vilka insatser som har effekt, dels till att motverka användandet av insatser som saknar evidens. Målgrupper är praktiker, forskare och beslutsfattare inom folkhälsoområdet.

Cecilia Magnusson

Verksamhetschef

Centrum för epidemiologi och samhällsmedicin, Region Stockholm*, SLSO

* 1 januari 2019 ombildades Stockholms läns landsting till Region Stockholm.

Innehåll

Förord	3
Sammanfattning.....	5
Bakgrund och syfte.....	5
Metod.....	5
Resultat.....	5
Diskussion	5
Bakgrund	6
Syfte	6
Metod	8
Övergripande översikter	8
Litteratursökning och urval av översikter	8
Resultat	10
Narrativ övergripande översikt	10
Psykologisk behandling av PPD	10
KBT för PPD	10
Gruppbaserad KBT för PPD	11
Psykologisk behandling av PPD inom primärvård	11
Kvantitativ analys av samtliga identifierade behandlingsstudier	11
Generell effekt	15
Modererande faktorer.....	15
Modererande faktorer i randomiserade studier med aktiv kontrollgrupp ..	18
Diskussion	20
Generell effekt	20
Behandlingsmetod	20
Behandlingsformat och behandlingens längd	21
Slutsats.....	21
Referenser.....	22
Bilagor.....	30
Bilaga 1. Sökstrategi	30
Search in PsychINFO (EBSCO).....	30
Search in Pubmed	30
Bilaga 2. Översikter exkluderade i både analys 1 och 2	31
Bilaga 3. Inkluderade systematiska översikter och meta-analyser	32
Studier inkluderade i både analys 1 och 2	32
Studier inkluderade endast i analys 2.....	32

Sammanfattning

Bakgrund och syfte

Många föräldrar drabbas av depression under barnets första sex månader, vilket i forskningslitteraturen kallas postpartumdepression. En obehandlad postpartumdepression kan få allvarliga konsekvenser för hela familjen och effektiv behandling av detta tillstånd är av största vikt. När föräldrar får välja mellan farmakologisk eller psykologisk behandling, väljer de flesta psykologisk behandling. Syftet med den här översikten är att sammanställa det vetenskapliga stödet för psykologiska behandlingsmetoder för postpartumdepression.

Metod

Vi genomförde en övergripande översikt av tidigare systematiska översikter och metaanalyser i två steg. I det första steget analyserades tidigare systematiska översikter och metaanalyser som undersökt psykologisk behandling specifikt för postpartumdepression. I steg två genomförde vi en ny metaanalys av samtliga enskilda studier där psykologisk behandling för postpartumdepression utvärderats.

Resultat

Fyra metaanalyser presenterade sammantagna effekter specifikt för psykologisk behandling av postpartumdepression. Alla dessa metaanalyser fann stöd för att psykologisk behandling är effektivt för att behandla postpartumdepression.

Totalt identifierades 20 metaanalyser och systematiska översikter vilka inkluderade en eller flera studier som utvärderade psykologisk behandling för postpartumdepression. Totalt extraherade vi 33 unika sådana studier innehållande totalt 3342 deltagare. Metaanalysen visade en signifikant effekt av psykologisk behandling jämfört med jämförelsegrupp ($d=0,56$). Vi fann att interpersonell terapi (IPT) och kognitiv beteendeterapi (KBT) hade signifikant starkare effekter jämfört med rådgivning, medan randomiserade studier och studier med en aktiv jämförelsegrupp visade svagare effekter.

Diskussion

Tidigare metaanalyser på området och vår egen metaanalys visar liknande resultat och ger stöd för att psykologisk behandling är effektivt för att behandla postpartumdepression. Det finns framför allt en medelstor effekt av interpersonell terapi (IPT) och kognitiv beteendeterapi (KBT), vilket pekar på att dessa behandlingsmetoder bör kunna erbjudas till denna patientgrupp.

För mödrar som visar förhöjda depressionsymptom vid screening anger rådande riktlinjer för barnhälsovården att i första hand erbjuda rådgivande samtal. Den här övergripande översikten visar dock ett svagt stöd för rådgivande samtal för denna patientgrupp. Därför bedömer vi att det är rimligt att utreda om IPT eller KBT i stället bör erbjudas som första behandlingsåtgärd.

Bakgrund

Depression är ett allvarligt folkhälsoproblem och bedöms vara den näst största anledningen till funktionsnedsättning globalt (1). Utöver att depression är vanligt förekommande och får negativa konsekvenser för individen och för familjen, innebär det också stora kostnader för samhället (2). En depressionsepisod som debuterar hos en förälder inom sex månader efter att barnet fötts definieras som en postpartumdepression (PPD) (3). Förutom det lidande och de negativa konsekvenser som en "vanlig" depression innebär, medför en PPD även konsekvenser för föräldraskapet, och därigenom finns också en risk för långtgående negativa konsekvenser för spädbarnet. Till exempel kan det självfokus som karaktäriserar depressionen få effekten att föräldern (på gruppnivå) i lägre grad uppmärksammar barnets behov. Förutom att detta har en negativ inverkan på den generella kontakten med barnet har det även visat sig att deprimerade mödrar i lägre grad engagerar sig i beteenden som skyddar barnet (t ex vaccinering, lägga barnet på rygg vid sömn, kontrollera att vattentemperaturen inte är för varm vid bad osv.) (O'Hara & McCabe, 2013).

Cirka 15 procent av kvinnor, och 10 procent av män drabbas av PPD, vilket verkar vara något högre än risken att drabbas av en depression utanför postpartumperioden (5, 6). PPD är inte det samma som "baby blues", vilket är en vanlig men mild och övergående förändring i stämningsläget som ofta uppstår några dagar efter att barnet fötts. En depressionsepisod under postpartumperioden kan bli långvarig och predicerar även framtida depressionsepisoder (4). Studier har visat att psykologisk behandling är en effektiv behandling för depression (7), och en skyddande faktor för att inte återinsjukna i en depressiv episod (8, 9).

Enligt internationell litteratur önskar både män och kvinnor med PPD psykologisk behandling om de själva får välja mellan psykologisk och farmakologisk behandling (10, 11). Ett flertal studier har lyft framför allt kvinnors ovilja att behandlas med antidepressiv medicinering under postpartumperioden, kopplat till oro för medicinens påverkan på barnet vid amning (12). Även om vissa forskare argumenterar för att farmakologisk behandling för PPD inte skiljer sig nämnvärt från sådan behandling för annan form av depression, finns det ett mycket begränsat antal välgjorda studier som undersökt effekten för farmakologisk behandling specifikt för PPD (13). En metaanalys som undersökt frågan fann inte stöd för att antidepressiv medicinering skulle vara en effektiv behandling för PPD, dock lyftes svårigheten att svara på denna fråga utifrån de problem de befintliga studierna var förknippade med (14). Ett problem med dessa studier var svårigheten att rekrytera deltagare och att behandlingen i många fall inte fullföljdes (15).

Syfte

En mängd systematiska översikter och metaanalyser¹ har utvärderat den sammantagna effekten av interventioner som syftar till att behandla postpartumdepression hos

¹ En systematisk översikt syftar till att vara en uttömmande och strukturerad översikt, där samtlig litteratur relevant för forskningsfrågan tas i beaktande. En metaanalys är i strikt mening en del av en systematisk översikt där en kvantitativt sammantagen effekt, samt modererande faktorer (faktorer som är associerade till effekten) utvärderas. Ofta rubriceras en artikel som systematisk översikt när en sådan kvantitativ metaanalys inte är inkluderad, och som metaanalys när det handlar om en systematisk översikt som inkluderar en metaanalys. Genomgående använder vi båda begreppen i denna övergripande översikt för att tydliggöra denna skillnad vad gäller rubricering.

kvinnor. Syftet med den här översikten är att sammanställa det vetenskapliga stödet för psykologiska behandlingsmetoder för postpartumdepression lämpliga för barnhälsovården. PPD hos män är fortfarande ett mindre studerat område och det saknas i princip behandlingsstudier av PPD hos män. Av den orsaken berör den här övergripande översikten endast behandling av PPD för kvinnor.

Metod

Övergripande översikter

Eftersom det redan finns ett stort antal systematiska översikter och metaanalyser kring behandling av PPD valde vi att göra en övergripande översikt av dessa. I litteraturen har sådana översikter oftast benämnts som "Umbrella reviews" eller "Overviews of reviews". Vi kallar det här för övergripande översikt. Det finns fördelar med att göra en sådan övergripande översikt jämfört med att göra en ny systematisk översikt. Till exempel ger en övergripande översikt just en övergripande bild av en frågeställning, och det ger möjlighet att bättre förstå skillnader eller eventuella motsägelsefulla resultat från olika systematiska översikter (16). Vidare är det även en lämplig metod för att informera beslutsfattare som, i och med den ökande publikationstakten, allt oftare möts av en mycket stor mängd information (17). Att göra en övergripande översikt är också en effektiv metod. En av de mest tidskrävande delarna i en systematisk översikt är litteratursökning. Genom att begränsa litteraturen till systematiska översikter och metaanalyser, blir det en mindre mängd litteratur att undersöka samtidigt som man får ta del av flera forskargrupperns tidigare omfattande litteratursökningar på området.

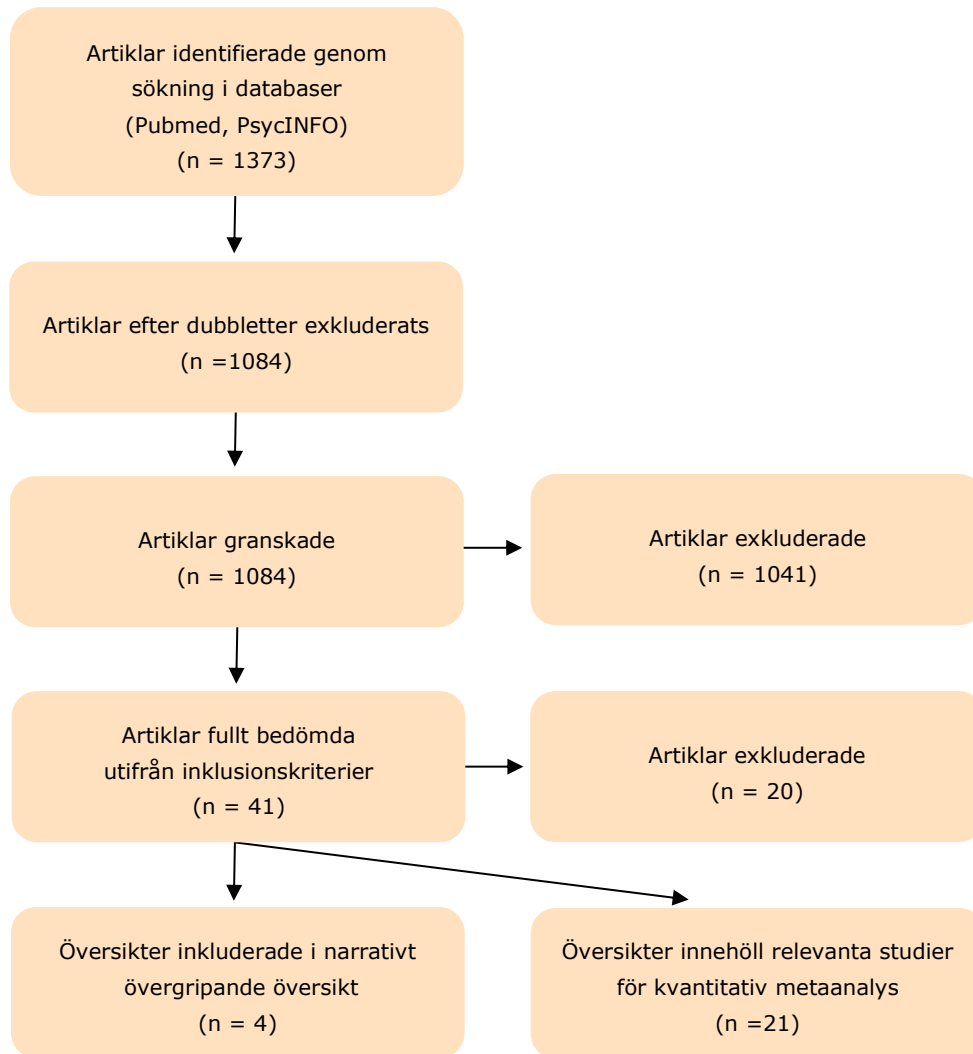
I denna övergripande översikt utfördes analysen i två steg. I det första steget analyserades relevanta översiktliga resultat från tidigare metaanalyser. I det andra steget genomfördes en ny kvantitativ metaanalys baserad på samtliga enskilda studier från relevanta systematiska översikter och metaanalyser.

Litteratursökning och urval av översikter

Litteratursökningen gjordes via databaserna Pubmed och PsychINFO. Se figur 1 för urval av studier och bilaga 1 för sökstrategi. Totalt hittades 1 084 unika artiklar, vilka efter en första screening reducerades till 41 systematiska översikter och metaanalyser. Studier inkluderades om de var systematiska översikter eller metaanalyser och innehöll minst en studie som uppfyllde följande kriterier:

1. utvärdering av psykologisk behandling för PPD (inte farmakologisk behandling, träning, yoga osv)
2. behandlingsstudie, det vill säga där deltagarna vid inklusion uppfyllde kriterier för depression alternativt rekryterades utifrån resultat för ett visst gränsvärde på ett validerat depressionsformulär
3. behandlingen genomfördes efter barnets födelse
4. den behandlade gruppen jämfördes med någon form av kontrollgrupp.

Av de 41 systematiska översikterna uppfyllde totalt 21 stycken dessa kriterier. Se bilaga 2 för information om exklusionskriterier för övriga 20 översikter.



Figur 1. PRISMA – flödesschema för urval av studier

Resultat

Narrativ övergripande översikt

Endast 4 av de 20 inkluderade översikterna presenterade översiktliga resultat specifikt för psykologiska behandlingsstudier som genomförts postpartum. Övriga 16 översikter innehöll delvis sådana studier, men presenterade inga resultat specifikt för denna subgrupp av studier. Nedan följer en narrativ översikt över dessa fyra systematiska översikter.

Psykologisk behandling av PPD

Cuijpers och kollegor (18) genomförde en metaanalys av psykologisk behandling för PPD med syftet att bättre förstå de varierande resultat som rapporterats mellan olika studier. Totalt analyserades resultaten från 14 behandlingsstudier. Den övergripande bedömningen av behandlingsstudiernas kvalitet var att den inte var optimal. Till exempel använde endast hälften av studierna blinda bedömare vid eftermätning och bortfallet vid uppföljning varierade mellan 0 och 40 procent. Den sammantagna effekten för psykologisk behandling av PPD jämfört med kontrollgrupp beräknades till 0,61 standardavvikelse (95 % konfidensintervall 0,37 till 0,85). Efter att ha exkluderat en studie vilken rapporterade en mycket stor effektstorlek beräknades effekten till 0,51 (95 % konfidensintervall 0,34 till 0,68). I behandlingssammanhang brukar detta bedömas vara en medelstor effekt.

I metaanalysen (18) undersöktes också effekten av psykologisk behandling för PPD i olika subgrupper av studier. Författarna fann en signifikant större effekt för studier som använde väntelista som jämförelsegrupp jämfört med sedvanlig vård eller annan aktiv jämförelsegrupp. Inga signifikanta skillnader i effekt hittades mellan studier av kognitiv beteendeterapi (KBT) och övriga behandlingsmetoder (0,36 jämfört med 0,64), eller studier av stödjande insatser och psykoterapier (0,54 jämfört med 0,54), eller gruppbehandling och individuell behandling (0,42 jämfört med 0,64). Dock innehöll översikten endast resultat från 13 studier, vilket får anses vara ett litet underlag för sådana jämförande analyser. Författarnas slutsatser var att olika behandlingsmetoder för PPD eventuellt fungerar lika bra.

KBT för PPD

I en senare systematisk översikt från 2015 undersökte Sockol (19) specifikt KBT för *perinatal* depression (alltså depression både under graviditeten och postpartum). Syftet med denna översikt var att undersöka den sammantagna effekten av KBT för perinatal depression, men också vilka faktorer som skulle kunna förklara skillnader i resultat mellan studier. Totalt inkluderades effektstorlekar från 23 behandlingsstudier. Av dessa utvärderade 14 studier behandling för PPD (resterande studier utvärderade alltså behandling för depression som debuterat under graviditeten). Den sammantagna effekten av dessa 14 studier beräknades till 0,69 standardavvikelse. Denna effektstorlek kan också bedömas vara medelstor.

Sockol(19) undersökte även ett antal faktorer som skulle kunna förklara skillnader i effekter mellan olika studier. Dock undersöktes dessa faktorer gemensamt för behandling för depression under graviditet och PPD. Det är därför inte möjligt att direkt applicera resultaten från dessa analyser specifikt för KBT vid enbart PPD. I dessa analyser hittades inga skillnader utifrån behandlingsinnehåll (beteendeaktivering, problemlösning, kognitiv omstrukturering) eller behandlingsformat (grupp jämfört med

individuellt). Det fanns en tendens till att behandling som getts postpartum hade större effekt än behandling som genomförts under graviditet (0,69 standardavvikelser jämfört med 0,49, $p=0,07$).

Författarens slutsatser var att KBT får anses ha ett starkt vetenskapligt stöd som behandling för perinatal depression. Vidare argumenterar författaren för att KBT-behandling kan vara mer effektiv om den ges postpartum, vilket skulle kunna innebära att det finns anledning att invänta behandling tills att barnet fötts i de fall där modern har svårt att ta till sig en sådan intervention under graviditeten.

Gruppbaserad KBT för PPD

I en metaanalys av Scope m.fl. (20) undersöktes specifikt gruppbaserad KBT för PPD. Utifrån författarna skulle ett sådant behandlingsformat eventuellt kunna vara kostnadseffektivt givet att det visar liknande effekt som individuell behandling. Metaanalysen inkluderade sex studier vilka alla utvärderade gruppbaserad KBT för PPD. Tre av studierna använde en randomiserad design och bedömdes ha acceptabel kvalitet, medan de tre övriga studierna (utan randomisering till intervention eller jämförelsegrupp) hade mycket varierad kvalitet. En sammantagen effekt på 0,57 standardavvikelser (95 % konfidensintervall på 0,34 till 0,80) beräknades för de tre randomiserade studierna. En större effekt hittades för studierna med icke-randomiserad kontrollgrupp (0,94 standardavvikelser, 95 % konfidensintervall på 0,42 till 1,47).

Författarnas slutsats var att det finns visst stöd för att gruppbaserad KBT är en effektiv metod för att behandla PPD, men att resultatet får anses mycket osäkert givet de få studier som inkluderades i metaanalysen samt med tanke på studiernas varierande kvalitet.

Psykologisk behandling av PPD inom primärvård

I en nyligen publicerad metaanalys (21) undersöktes psykologisk behandling för PPD som erbjudits inom primärvården. Enligt författarna är primärvården den kontext där de flesta av dessa mödrar får sin behandling. Vidare beskrivs en låg följsamhet vid farmakologisk behandling inom primärvården, och därmed kan det vara viktigt att förstå effekten av psykologisk behandling. Totalt identifierades tio behandlingsstudier. Den sammantagna effekten för psykologisk behandling för PPD inom primärvården beräknades vara 0,38 standardavvikelser (95 % konfidensintervall på 0,27 till 0,49), vilket kan anses motsvara en liten effekt. I studien undersöktes även skillnader i effekt för olika behandlingsmodeller (KBT, interpersonell terapi (IPT), rådgivning, samt annan behandling). Studien fann en signifikant skillnad i effekter mellan olika behandlingsmodeller ($p=0,007$). Effekten bedömdes således vara stor för IPT (0,93 standardavvikelse), liten för KBT (0,36 standardavvikelser), samt marginell för rådgivning och annan behandling (0,29 och 0,23).

Författarnas slutsats var att psykologisk behandling är en effektiv metod för PPD inom primärvården. Författarna lyfte även fram de starka effekterna av IPT och diskuterade hur denna form av terapi kan vara särskilt lämplig för kvinnor med PPD.

Kvantitativ analys av samtliga identifierade behandlingsstudier

Från de 20 inkluderade översikterna i denna övergripande översikt extraherade vi samtliga relevanta behandlingsstudier enligt definierade inklusionskriterier (dvs [1] psykologisk behandling, [2] behandlingsstudie, [3] erbjuden postpartum, och [4]

jämförelsegrupp). Totalt identifierades 33 studier publicerade mellan 1989 och 2016 (median för publikationsår var 2009) innehållande totalt 3342 deltagare. Se tabell 1.

Tabell 1. Samtliga studier extraherade från 20 systematiska översikter och metaanalyser.

Författare (år)	Deltagare vid eftermätning	Randomisering	Klinisk intervju	Kontrollgrupp	Behandling	Behandlingsformat	Antal sessioner
Ammerman et al (2013)	90	Ja	Ja	Sedvanlig vård	Kognitiv beteendeterapi	Individuellt	15
Beeber et al (2004)	16	Ja	Nej	Sedvanlig vård	Interpersonell terapi	Individuellt	16
Chen et al (2000)	60	Ja	Nej	Väntelista	Stödgrupp	Grupp	4
Chabrol et al (2002)	48	Ja	Nej	Väntelista	Multikomponentsbehandling i hemmet	Individuellt	8
Chibanda et al (2013)	49	Ja	Ja	Amitriptylin	Problemlösningsterapi (KBT)	Grupp	6
Clark et al (2003)	35	Nej	Nej	Väntelista	(1) Interpersonell terapi (2) Mor-spädbarnsterapi	(1) Individuellt, (2) Grupp	12
Clark et al (2008)	28	Nej	Ja	Väntelista	Mor-spädbarnsterapi	Grupp	12
Cooper et al (2003)	170	Ja	Ja	Sedvanlig vård	(1) Kognitivt beteendeterapi, (2) Psykodynamisk terapi, (3) Rådgivning	Individuellt	10
Dennis et al (2009)	613	Ja	Nej	Sedvanlig vård	Telefonbaserat stöd från mor till mor	Individuellt	Ej beskrivet
Dennis (2003)	41	Ja	Nej	Sedvanlig vård	Telefonbaserat stöd från mor till mor	Individuellt	Ej beskrivet
Goodman et al (2015)	42	Ja	Nej	Väntelista	Perinatal dyadisk terapi	Individuellt	8
Holden et al (1989)	50	Ja	Ja	Väntelista	Rådgivning	Individuellt	8
Honey et al (2010)	45	Ja	Nej	Sedvanlig vård	Kognitiv beteendeterapi	Grupp	8
Horowitz et al (2013)	127	Ja	Ja	Sedvanlig vård	Relationsfokuserad terapi (CARE)	Individuellt	5
Hou et al (2014)	213	Ja	Ja	Sedvanlig vård	Kognitiv beteendeterapi + familjeterapi	Individuellt	13
Meager et al (1996)	12	Nej	Ja	Väntelista	Kognitiv beteendeterapi	Grupp	10

Milgrom et al (2005)	121	Ja	Ja	Sedvanlig vård	(1) Kognitiv beteendeterapi, (2) Individuell rådgivning, (3) gruppbaserad rådgivning	(1-2) Individuellt, (3) Grupp	12
Milgrom et al (2011)	49	Ja	Nej	Sedvanlig vård	Kognitiv beteendeterapi	Individuellt	6
Milgrom et al (2016)	41	Ja	Ja	Sedvanlig vård	Kognitiv beteendeterapi	Individuellt	6
Misri et al (2004)	35	Ja	Ja	Paroxetin	Kognitiv beteendeterapi	Individuellt	12
Morell et al (2009)	418	Ja	Nej	Sedvanlig vård	(1) Kognitiv beteendeterapi, (2) Rådgivning	Individuellt	8
Mulcahy et al (2010)	50	Ja	Nej	Sedvanlig vård	Interpersonell terapi	Grupp	8
O'Hara et al (2000)	99	Ja	Ja	Väntelista	Interpersonell terapi	Individuellt	12
O'Mahen et al (2013)	343	Ja	Nej	Sedvanlig vård	Kognitiv beteendeterapi (beteendeaktivering)	Individuellt	11
O'Mahen et al (2014)	71	Ja	Ja	Sedvanlig vård	Kognitiv beteendeterapi (beteendeaktivering)	Individuellt	12
Posmontier et al (2016)	61	Nej	Ja	Sedvanlig vård	Interpersonell terapi	Individuellt	8
Prendergast et al (2001)	37	Ja	Nej	Sedvanlig vård	Kognitiv beteendeterapi	Individuellt	6
Puckering et al (2010)	17	Ja	Nej	Väntelista	Kognitiv beteendeterapi	Grupp	14
Pugh et al (2016)	41	Ja	Nej	Väntelista	Kognitiv beteendeterapi	Individuellt	7
Rojas et al (2007)	209	Ja	Ja	Sedvanlig vård	Kognitiv beteendeterapi	Grupp	8
Ugarizza (2004)	14	Nej	Nej	Väntelista	Kognitiv beteendeterapi	Grupp	10
Wickberg et al (1996)	31	Ja	Ja	Sedvanlig vård	Rådgivning	Individuellt	6
Wiklund et al (2010)	66	Ja	Nej	Sedvanlig vård	Kognitiv beteendeterapi	Individuellt	3

Samtliga studier utom fyra (alltså 88 procent) använde en randomiserad design. Sedvanlig vård (oftast rutinmässig uppföljning under barnets första levnadstid) var den vanligaste formen av jämförelsegrupp och användes i 20 studier (61 procent). Väntelista användes i 11 studier (33 procent), och farmakologisk behandling användes i två studier (6 procent). Den vanligaste terapiformen var KBT som utvärderades i 19 studier (58 procent), därefter rådgivning som användes i sex studier (18 procent), och IPT i fem studier (15 procent). I 22 studier utvärderades individuell behandling (67 procent) och i nio studier gruppbehandling (27 procent). I två studier utvärderades både individuell och gruppbehandling men i olika studiearmar. Antalet sessioner varierade mellan 3 och 16 (medianen var 10 sessioner).

Eftersom vi var intresserade av att utvärdera om behandlingsmetod var en faktor som förklarade skillnader i effekt mellan olika studier, beräknade vi separata effekter för olika studiearmar i de studier som utvärderade fler än en behandlingsmodell. Sammantaget ledde detta till 38 effekter. Samtliga effekter beräknades som skillnaden (i det primära utfallsmåttet) mellan interventionsgrupp och kontrollgrupp vid eftermätning. I de fall primärt utfallsmått inte redovisades valdes EPDS i första hand som utfall (det vanligaste utfallsmåttet) och i andra hand andra validerade depressionsmått.

Generell effekt

Vi fann en signifikant generell effekt för psykologisk behandling av PPD jämfört med kontrollgrupp (0,60 standardavvikelse, 95 % konfidensintervall på 0,48 till 0,71). Det fanns en relativt stor variation i styrkan på effekten mellan studier (heterogenitet/inkonsistens). Totalt 53 procent av variationen mellan studier kunde inte hänvisas till slumpmässig variation, utan bedömdes vara systematisk variation mellan studier. Utifrån denna relativt stora variation mellan studier undersöktes först möjliga extremvärden och huruvida sådana värden påverkade det sammantagna resultatet på ett oproportionerligt sätt. Sådana analyser² visade att det i en studie fanns en tydlig tendens för extremvärde. En studie (23) uteslöts därefter från samtliga kommande analyser. När denna studie exkluderades fann vi fortfarande en signifikant effekt av psykologisk behandling för PPD jämfört med kontrollgrupp (0,56 standardavvikelse, 95 % konfidensintervall 0,46 till 0,65). Den systematiska variationen i effekt mellan studier minskade avsevärt från 53 procent till 35 procent.

Modererande faktorer

En modererande faktor innebär ett karaktäristika vilket har ett samband med effektens styrka och på så sätt delvis kan förklara variation i effekt mellan studier. Utifrån tidigare litteratur undersöktes sex modererande faktorer i syfte att se huruvida dessa kunde förklara variation i effekter. Följande faktorer undersöktes:

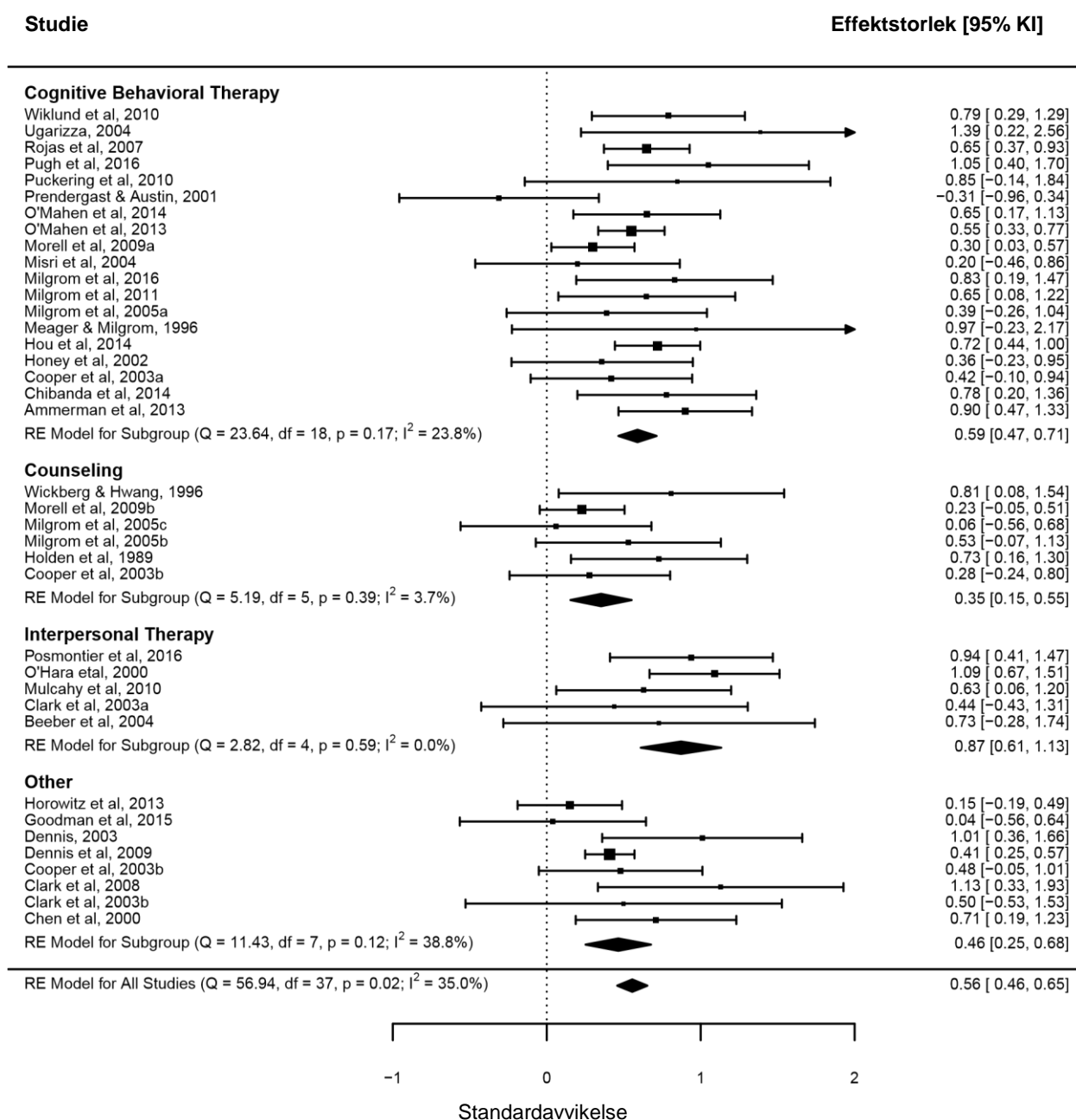
1. behandlingsmodell³ (kognitiv beteendeterapi, interpersonell terapi och rådgivning)
2. behandlingsformat (individuellt eller grupp)

² Att en studie presenterar ett extremvärde, innebär inte per definition att studien påverkar resultatet i orimligt hög grad. För att undersöka i vilken grad ett extremvärde påverkar resultatet kan olika tester genomföras. Vi undersökte först effekternas "studentized residuals", vilket innebär kvoten av effekternas residualer dividerat med standardavvikelsen för residualerna. I likhet med linjär regression innebär detta helt enkelt att bedöma avståndet mellan studiens verkliga effekt och regressionsmodellens predicerade effekt. Vi undersökte även hur heterogeniteten (ej slumpmässig variation) förändrades genom att en enskild studie togs bort. Om en enskild studie förklarar en stor del av variationen kan det vara lämpligt att exkludera denna för att bättre förstå den sammantagna effekten av det som undersöks.

³ Endast de tre vanligaste behandlingsmodellerna jämfördes i denna metaanalys.

3. behandlingstid (kortare än nio sessioner eller längre än nio sessioner)
4. randomisering (jämförelsegrupp randomiserad eller inte randomiserad)
5. typ av jämförelsegrupp (sedvanlig behandling, väntelista, farmakologisk behandling)
6. diagnostiseringsmetod för inklusion (klinisk intervju eller ett gränsvärde på självskattningsformulär).

I figur 2 presenteras visuellt den sammantagna effekten för de 32 inkluderade studierna samt sammantagna effekter för de tre vanligaste behandlingsformerna (KBT, IPT, rådgivning) samt en sammantagen effekt för övriga behandlingar.



Figur 2. Metaanalys av inkluderade studier uppdelade utifrån behandlingsmodell

I tabell 2 presenteras resultaten för moderatoranalyserna. Analyserna visade att det fanns en signifikant skillnad i effekt beroende på vilken av de tre vanligaste behandlingsmetoderna som användes. En parvis post hoc-jämförelse visade att behandling med IPT hade signifikant starkare effekt jämfört med rådgivning ($p = 0,002$) och även att KBT hade en starkare effekt än rådgivning ($p = 0,048$). Vi fann ingen signifikant skillnad, men en tendens till att IPT var mer effektiv än KBT ($p = 0,056$). Tabell 2 visar även en relativt låg andel variation i effekt mellan studier som använde samma behandlingsmetod (0–24 procent), vilket innebär att de skillnader som syntes mellan studier inom samma behandlingsform till stor del kan antas vara slumpmässiga skillnader.

Inga signifikanta skillnader i effekter fanns mellan studier utifrån behandlingsformat, behandlingens längd, eller huruvida studier använde diagnos via klinisk intervju eller självskattningsformulär som inklusionskriterier. Däremot fanns en tendens att effekter av individuell behandling varierade mer än gruppbehandling, samt att effekter av kortare behandlingar varierade mer än längre behandlingar. Slutligen visade moderatoranalyserna att det fanns en signifikant skillnad i effekt beroende på om randomiserad design användes (starkare effekt för icke-randomiserade studier) samt vilken typ av jämförelsegrupp som användes i studierna. En parvis post hoc-jämförelse visade att studier med väntelista som jämförelsegrupp hade signifikant starkare effekt jämfört med sedvanlig vård som jämförelsegrupp ($p = 0,003$). Ingen signifikant skillnad hittades mellan studier med väntelista eller farmakologisk behandling som jämförelsegrupp ($p = 0,445$) eller mellan sedvanlig vård och farmakologisk behandling ($p = 0,878$).

Tabell 2. Moderatoranalyser baserat på samtliga studier inkluderade i den nya metaanalysen

Moderator	Subgrupp	N	d	95 % KI	I ² (%)	Q _{bet}	p
Behandlingsmodell	KBT	19	0.59	[0.47, 0.71]	24	9.78	.008**
	IPT	5	0.87	[0.61, 1.13]	0		
	Rådgivning	6	0.35	[0.15, 0.55]	4		
Behandlingsformat	Grupp	12	0.63	[0.46, 0.79]	0	0.53	.466
	Individuellt	25	0.55	[0.43, 0.67]	48		
Behandlingslängd	< 9 sessioner	17	0.52	[0.36, 0.67]	47	1.05	.306
	> 9 sessioner	19	0.62	[0.56, 0.69]	5		
Randomisering	Randomiserad	32	0.53	[0.44, 0.64]	37	4.07	.044*
	Ej randomiserad	6	0.89	[0.42, 1.29]	0		
Kontrollgrupp	Sedvanlig behandling	24	0.47	[0.36, 0.58]	32	8.72	.013*
	Väntelista	12	0.74	[0.60, 0.89]	0		
	Farmakologisk behandling	2	0.51	[-0.05, 1.08]	40		
Metod för inklusion	Klinisk intervju	20	0.62	[0.49, 0.75]	28	2.12	.146
	Självskattning	18	0.48	[0.35, 0.61]	32		

N = Antal effekter studerade, d = effektstorlek (skillnad uttryckt i standardavvikelser mellan intervention och kontrollgrupp), I² = Proportion variation i effekt mellan studier som inte går att härleda till slumpmässig variation, Q_{bet} = Skillnaden mellan total variation och inomgruppsvariation, p = sannolikheten att denna skillnad (Q_{bet}) skulle påträffas givet att det inte finns någon verklig skillnad mellan subgrupperna.

Modererande faktorer i randomiserade studier med aktiv kontrollgrupp

Utifrån resultaten att effektens styrka påverkades av ifall studien använde en randomiserad design och vilken jämförelsegrupp som användes valde vi att också undersöka modell, format och längd för behandlingen som möjliga modererande faktorer enbart för randomiserade studier som jämförde behandling med en aktiv jämförelsegrupp, alltså sedvanlig vård eller farmakologisk behandling. Resultaten för dessa analyser presenteras i Tabell 3. I dessa analyser fann vi ingen signifikant skillnad i effekt beroende på modell, format eller längd för behandlingen. Vid parvisa post hoc-jämförelser fann vi dock en tendens till starkare effekt för KBT jämfört med rådgivning ($p = 0,075$). Vi fann ingen signifikant skillnad mellan IPT och rådgivning ($p = 0,193$), eller KBT och IPT ($p = 0,632$).

Tabell 3. Moderatoranalys enbart för randomiserade studier med aktiv kontrollgrupp

Moderator	Subgrupp	<i>N</i>	<i>d</i>	95 % CI	<i>I</i> ² (%)	<i>Q</i> _{bet}	<i>p</i>
Behandlingsmodell	KBT	13	0.53	[0.38, 0.68]	27	3.79	.150
	IPT	3	0.65	[0.16, 1.15]	0		
	Rådgivning	5	0.30	[0.09, 0.50]	0		
Behandlingsformat	Grupp	5	0.55	[0.36, 0.74]	0	0.81	.368
	Individuellt	18	0.44	[0.31, 0.57]	35		
Behandlingslängd	< 9 sessioner	13	0.43	[0.26, 0.60]	44	0.51	.477
	> 9 sessioner	10	0.51	[0.36, 0.67]	0		

N = Antal effekter studerade, *d* = effektstorlek (skillnad uttryckt i standardavvikelse mellan intervention och kontrollgrupp), *I*² = Proportion variation i effekt mellan studier som inte går att härleda till slumpmässig variation, *Q*_{bet} = Skillnaden mellan total variation och inomgruppsvariation, *p* = sannolikheten att denna skillnad (*Q*_{bet}) skulle påträffas givet att det inte finns någon verklig skillnad mellan subgrupperna.

Diskussion

Generell effekt

Tidigare systematiska översikter och metaanalyser som specifikt utvärderat psykologisk behandling för postpartumdepression har kommit fram till något olika bedömningar av den sammantagna effekten (18,19,52,53). Dock har dessa översikter inte syftat till att undersöka exakt samma fenomen. Till exempel undersökte Cuijpers et al. (18) psykologisk behandling generellt, medan Sockol (19) undersökte KBT specifikt. Trots dessa mindre olikheter, var den gemensamma slutsatsen från översikterna att psykologisk behandling för PPD har en signifikant effekt i förhållande till en jämförelsegrupp.

Behandlingsmetod

I vår metaanalys fann vi en signifikant skillnad i effekt utifrån vilken behandlingsmodell som användes. Både IPT och KBT visade signifikant starkare effekter jämfört med rådgivning, och dessutom fanns en tendens till att IPT hade större effekt än KBT. Vidare visade resultaten en liten variation i effekt mellan studier som använde samma behandlingsmodell (IPT 0 procent, KBT 24 procent, rådgivning 4 procent) vilket även innebär att dessa effektstyrkor kan anses vara typiska effekter för den specifika behandlingsmodellen snarare än endast genomsnittliga effekter.

I jämförelse med den relativt nyligen publicerade systematiska översikten av Sockol (19) fann vi i vår metaanalys en till synes lägre effekt för KBT för PPD. Detta kan verka underligt eftersom översikterna innehåller nästintill samma studier. Att vi i vår analys kom fram till en något lägre effekt för KBT berodde delvis på att vi inkluderade fler studier som har visat lägre effekter än genomsnittet (29, 38, 42). I Sockols översikt (19) redovisades att effekter beräknades som skillnad mellan intervention och jämförelsegrupp vid eftermätning. Dock beräknades effekten i en studie som skillnaden vid uppföljningsmätning (47). I denna studie visades en negativ effekt för KBT vid eftermätning, men en positiv effekt vid uppföljning. Vi använde i vår översikt resultatet från eftermätningen i studien av Prendergast och Austin (45). Slutligen använde Sockol (19) även en mindre vanlig metod för att beräkna mellangrupps effekter vilket inte bör påverka slutresultatet nämnvärt, men som kan ge viss skillnad utifrån det relativt begränsade antal studier som ingår i översikten.

I enlighet med Stephen och kollegors (21) metaanalys, fann vi också starka effekter för IPT. Den sammantagna effekten för IPT bygger visserligen på betydligt färre studier jämfört med KBT, men det är inte otänkbart att denna terapiform är extra relevant för denna patientgrupp. IPT utvecklades från början just för behandling av depression och fokuserar på problem i nuvarande relationer, till exempel konflikter med partner eller familj, förlust av andra sociala relationer, eller sorg över att ha förlorat andra närstående (44). Det är tänkbart att många av dessa relationsproblem aktualiseras eller intensifieras i postpartum-perioden. I moderatoranalyserna av endast randomiserade studier med aktiv jämförelsegrupp var effekten för IPT mer lik effekten för KBT, vilket talar för att en del av den starka effekten förklaras av studier med lägre kvalitet.

Behandlingsformat och behandlingens längd

Liksom tidigare översikter (18, 19) fann vi ingen signifikant skillnad mellan studier där behandling skedde i grupp eller individuellt. Värt att notera är den obefintliga heterogeniteten i studier med gruppbehandling (0 procent) och den relativt stora heterogeniteten i studier med individuell behandling (48 procent). Detta bör tolkas som att studier med individuell behandling varierar mycket och det sammantagna resultatet får ses som ett genomsnitt snarare än en generell (typisk) effekt för denna typ av studier. Liknande resonemang kan föras kring behandlingens längd där vi inte fann signifikanta skillnader mellan kortare eller längre behandlingar, men där effekten i de kortare behandlingarna varierade mer.

Slutsats

Vår studie visar att det finns medelstor effekt för IPT och KBT vid PPD jämfört med rutinmässig uppföljning under barnets första levnadstid, vilket vi bedömer är en viktig anledning att kunna erbjuda sådan behandling för denna patientgrupp. Dagens riktlinjer för barnhälsovården är att i första hand erbjuda rådgivande samtal för mödrar som visar förhöjda depressionsymptom vid screening (54). Enligt denna översikt har rådgivning en begränsad effekt för PPD, och huruvida de metoder som visat starkare effekt (KBT och IPT) bör erbjudas direkt i stället för stödjande samtal är en adekvat fråga.

Referenser

1. Ferrari AJ, Charlson FJ, Norman RE, Patten SB, Freedman G, Murray CJL, et al. Burden of Depressive Disorders by Country, Sex, Age, and Year: Findings from the Global Burden of Disease Study 2010. *PLOS Med* [Internet]. 2013 Nov 5;10(11):e1001547. Available from: <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1001547>
2. Ekman M, Granström O, Omérov S, Jacob J, Landén M. The societal cost of depression: Evidence from 10,000 Swedish patients in psychiatric care. *J Affect Disord* [Internet]. 2013;150(3):790–7. Available from: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0165032713002279>
3. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders : DSM-5. [Internet]. 2013. Available from: <http://dsm.psychiatryonline.org/book.aspx?bookid=556>
4. O’Hara MW, McCabe JE. Postpartum Depression: Current Status and Future Directions. *Annu Rev Clin Psychol* [Internet]. 2013 Mar 28;9(1):379–407. Available from: <https://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-050212-185612>
5. Vesga-López O, Blanco C, Keyes K, Olfson M, BF G, DS H. Psychiatric disorders in pregnant and postpartum women in the united states. *Arch Gen Psychiatry* [Internet]. 2008 Jul 7;65(7):805–15. Available from: <http://dx.doi.org/10.1001/archpsyc.65.7.805>
6. Paulson JF, Bazemore SD. Prenatal and postpartum depression in fathers and its association with maternal depression: A meta-analysis. *JAMA* [Internet]. 2010 May 19;303(19):1961–9. Available from: <http://dx.doi.org/10.1001/jama.2010.605>
7. Cuijpers P, Andersson G, Donker T, van Straten A. Psychological treatment of depression: Results of a series of meta-analyses. *Nord J Psychiatry* [Internet]. 2011 Dec 1;65(6):354–64. Available from: <https://doi.org/10.3109/08039488.2011.596570>
8. Vittengl JR, Clark LA, Dunn TW, Jarrett RB. Reducing relapse and recurrence in unipolar depression: a comparative meta-analysis of cognitive-behavioral therapy’s effects. *J Consult Clin Psychol* [Internet]. 2007;75(3):475–88. Available from: <http://europepmc.org/abstract/MED/17563164>
9. Bockting CLH, Schene AH, Spinhoven P, Koeter MWJ, Wouters LF, Huyser J, et al. Preventing relapse/recurrence in recurrent depression with cognitive therapy: a randomized controlled trial. *J Consult Clin Psychol* [Internet]. 2005;73(4):647–57. Available from: <http://europepmc.org/abstract/MED/16173852>
10. Pearlstein TB, Zlotnick C, Battle CL, Stuart S, O’Hara MW, Price AB, et al. Patient choice of treatment for postpartum depression: a pilot study. *Arch Womens Ment Health* [Internet]. 2006;9(6):303–8. Available from: <https://doi.org/10.1007/s00737-006-0145-9>
11. Cameron EE, Hunter D, Sedov ID, Tomfohr-Madsen LM. What do dads want? Treatment preferences for paternal postpartum depression. *J Affect Disord* [Internet]. 2017;215:62–70. Available from: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0165032716322340>
12. McCloskey RJ, Reno R. Complementary health approaches for postpartum depression: A systematic review. *Soc Work Ment Health* [Internet]. 2018 Aug 23;1–23. Available from: <https://doi.org/10.1080/15332985.2018.1509412>
13. Fitelson E, Kim S, Baker AS, Leight K. Treatment of postpartum depression: clinical, psychological and pharmacological options. *Int J Womens Health* [Internet]. 2010 Dec 30;3:1–14. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21339932>

14. Sharma V, Sommerdyk C. Are antidepressants effective in the treatment of postpartum depression? A systematic review. *Prim care companion CNS Disord* [Internet]. 2013;15(6). Available from: <http://europepmc.org/abstract/MED/24800125>
15. Yonkers KA, Lin H, Howell HB, Heath AC, Cohen LS. Pharmacologic treatment of postpartum women with new-onset major depressive disorder: a randomized controlled trial with paroxetine. *J Clin Psychiatry* [Internet]. 2008 Apr;69(4):659–65. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18363420>
16. Cooper H, Koenka AC. The overview of reviews: Unique challenges and opportunities when research syntheses are the principal elements of new integrative scholarship. *Am Psychol*. 2012;67(6):446.
17. Aromataris E, Fernandez R, Godfrey CM, Holly C, Khalil H, Tungpunkom P. Summarizing systematic reviews: methodological development, conduct and reporting of an umbrella review approach. *Int J Evid Based Healthc*. 2015;13(3):132–40.
18. Cuijpers P, Brännmark JG, van Straten A. Psychological treatment of postpartum depression: a meta-analysis. *J Clin Psychol* [Internet]. 2007 Dec 26;64(1):103–18. Available from: <https://doi.org/10.1002/jclp.20432>
19. Sockol LE. A systematic review of the efficacy of cognitive behavioral therapy for treating and preventing perinatal depression. *J Affect Disord* [Internet]. 2015;177:7–21. Available from: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0165032715000658>
20. Ammerman RT, Putnam FW, Altaye M, Stevens J, Teeters AR, Van Ginkel JB. A Clinical Trial of In-Home CBT for Depressed Mothers in Home Visitation. *Behav Ther* [Internet]. 2013;44(3):359–72. Available from: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0005789413000075>
21. Beeber L, Holditch-Davis D, Belyea M, Funk S, Canuso R. IN-HOME INTERVENTION FOR DEPRESSIVE SYMPTOMS WITH LOW-INCOME MOTHERS OF INFANTS AND TODDLERS IN THE UNITED STATES. *Health Care Women Int* [Internet]. 2004 Jul 1;25(6):561–80. Available from: <https://doi.org/10.1080/07399330490444830>
22. Chen C-H, Tseng Y-F, Chou F-H, Wang S-Y. Effects of support group intervention in postnatally distressed women: A controlled study in Taiwan. *J Psychosom Res* [Internet]. 2000;49(6):395–9. Available from: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S002239990000180X>
23. Chabrol H, Teissedre F, Saint-Jean M, Teisseyre N, Sistac C, Michaud C, et al. [Detection, prevention and treatment of postpartum depression: a controlled study of 859 patients]. *Encephale* [Internet]. 2002;28(1):65–70. Available from: <http://europepmc.org/abstract/MED/11963345>
24. Chibanda D, Shetty AK, Tshimanga M, Woelk G, Stranix-Chibanda L, Rusakaniko S. Group Problem-Solving Therapy for Postnatal Depression among HIV-Positive and HIV-Negative Mothers in Zimbabwe. *J Int Assoc Provid AIDS Care* [Internet]. 2013 Jul 23;13(4):335–41. Available from: <https://doi.org/10.1177/2325957413495564>
25. Clark R, Tluczek A, Wenzel A. Psychotherapy for postpartum depression: a preliminary report. *Am J Orthopsychiatry*. 2003;73(4):441–54.
26. Clark R, Tluczek A, Brown R. A mother–infant therapy group model for postpartum depression. *Infant Ment Health J* [Internet]. 2008 Sep 24;29(5):514–36. Available from: <https://doi.org/10.1002/imhj.20189>
27. Cooper PJ, Murray L, Wilson A, Romaniuk H. Controlled trial of the short- and long-term effect of psychological treatment of post-partum depression: I. Impact on

- maternal mood. *Br J Psychiatry* [Internet]. 2018/01/02. 2003;182(5):412–9. Available from: <https://www.cambridge.org/core/article/controlled-trial-of-the-short-and-longterm-effect-of-psychological-treatment-of-postpartum-depression/90369BoB89573A619F123Fo8A018425C>
28. Dennis C-L, Hodnett E, Kenton L, Weston J, Zupancic J, Stewart DE, et al. Effect of peer support on prevention of postnatal depression among high risk women: multisite randomised controlled trial. *BMJ* [Internet]. 2009 Jan 16;338. Available from: <http://www.bmj.com/content/338/bmj.a3064.abstract>
 29. Dennis C-L. The Effect of Peer Support on Postpartum Depression: A Pilot Randomized Controlled Trial. *Can J Psychiatry* [Internet]. 2003 Mar 1;48(2):115–24. Available from: <https://doi.org/10.1177/070674370304800209>
 30. Goodman JH, Prager J, Goldstein R, Freeman M. Perinatal Dyadic Psychotherapy for postpartum depression: a randomized controlled pilot trial. *Arch Womens Ment Health* [Internet]. 2015;18(3):493–506. Available from: <https://doi.org/10.1007/s00737-014-0483-y>
 31. Holden JM, Sagovsky R, Cox JL. Counselling in a general practice setting: controlled study of health visitor intervention in treatment of postnatal depression. *Br Med J* [Internet]. 1989 Jan 28;298(6668):223 LP-226. Available from: <http://www.bmj.com/content/298/6668/223.abstract>
 32. Honey KL, Bennett P, Morgan M. A brief psycho-educational group intervention for postnatal depression. *Br J Clin Psychol* [Internet]. 2010 Dec 24;41(4):405–9. Available from: <https://doi.org/10.1348/014466502760387515>
 33. Horowitz JA, Murphy CA, Gregory K, Wojcik J, Pulcini J, Solon L. Nurse Home Visits Improve Maternal/Infant Interaction and Decrease Severity of Postpartum Depression. *J Obstet Gynecol Neonatal Nurs* [Internet]. 2013 May 17;42(3):287–300. Available from: <https://doi.org/10.1111/1552-6909.12038>
 34. Hou Y, Hu P, Zhang Y, Lu Q, Wang D, Yin L, et al. Cognitive behavioral therapy in combination with systemic family therapy improves mild to moderate postpartum depression. *Rev Bras Psiquiatr* [Internet]. 2014;36(1):47–52. Available from: <http://europepmc.org/abstract/MED/24604461>
 35. Meager I, Milgrom J. Group treatment for postpartum depression: a pilot study. *Aust N Z J Psychiatry* [Internet]. 1996 Jan 1;30(6):852–60. Available from: <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.3109/00048679609065055>
 36. Milgrom J, Negri LM, Gemmill AW, McNeil M, Martin PR. A randomized controlled trial of psychological interventions for postnatal depression. *Br J Clin Psychol* [Internet]. 2005 Dec 31;44(4):529–42. Available from: <https://doi.org/10.1348/014466505X34200>
 37. Milgrom J, Holt CJ, Gemmill AW, Ericksen J, Leigh B, Buist A, et al. Treating postnatal depressive symptoms in primary care: a randomised controlled trial of GP management, with and without adjunctive counselling. *BMC Psychiatry* [Internet]. 2011;11(1):95. Available from: <https://doi.org/10.1186/1471-244X-11-95>
 38. Milgrom J, Danaher BG, Gemmill AW, Holt C, Holt CJ, Seeley JR, et al. Internet Cognitive Behavioral Therapy for Women With Postnatal Depression: A Randomized Controlled Trial of MumMoodBooster. Eysenbach G, editor. *J Med Internet Res* [Internet]. 2016 Mar 7;18(3):e54. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4802107/>
 39. Misri S, Reebye P, Corral M, Mills L. The Use of Paroxetine and Cognitive-Behavioral Therapy in Postpartum Depression and Anxiety: A Randomized Controlled Trial. Vol. 65, *The Journal of Clinical Psychiatry*. Misri, Shaila: Reproductive Mental Health Program, St. Paul's Hospital, 1081 Burrard Street, Vancouver, BC, Canada, V6Z 1Y6, smisri@providencehealth.bc.ca: Physicians Postgraduate Press; 2004. p. 1236–41.

40. Morrell CJ, Slade P, Warner R, Paley G, Dixon S, Walters SJ, et al. Clinical effectiveness of health visitor training in psychologically informed approaches for depression in postnatal women: pragmatic cluster randomised trial in primary care. *BMJ* [Internet]. 2009 Jan 16;338. Available from: <http://www.bmj.com/content/338/bmj.a3045.abstract>
41. Mulcahy R, Reay RE, Wilkinson RB, Owen C. A randomised control trial for the effectiveness of group interpersonal psychotherapy for postnatal depression. *Arch Womens Ment Health* [Internet]. 2010;13(2):125–39. Available from: <https://doi.org/10.1007/s00737-009-0101-6>
42. O'Hara MW, Stuart S, Gorman LL, Wenzel A. Efficacy of interpersonal psychotherapy for postpartum depression. *Arch Gen Psychiatry* [Internet]. 2000;57(11):1039–45. Available from: <http://europepmc.org/abstract/MED/11074869>
43. O'Mahen HA, Woodford J, McGinley J, Warren FC, Richards DA, Lynch TR, et al. Internet-based behavioral activation—Treatment for postnatal depression (Netmums): A randomized controlled trial. *J Affect Disord* [Internet]. 2013;150(3):814–22. Available from: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0165032713002309>
44. O'Mahen HA, Richards DA, Woodford J, Wilkinson E, McGinley J, Taylor RS, et al. Netmums: a phase II randomized controlled trial of a guided Internet behavioural activation treatment for postpartum depression. *Psychol Med* [Internet]. 2013/10/09. 2014;44(8):1675–89. Available from: <https://www.cambridge.org/core/article/netmums-a-phase-ii-randomized-controlled-trial-of-a-guided-internet-behavioural-activation-treatment-for-postpartum-depression/8B6CB69C8AAC810B47184FC5FC69ADD9>
45. Prendergast J, Austin M-P. Early Childhood Nurse-Delivered Cognitive Behavioural Counselling for Post-Natal Depression. *Australas Psychiatry* [Internet]. 2001 Sep 1;9(3):255–9. Available from: <https://doi.org/10.1046/j.1440-1665.2001.00330.x>
46. Puckering C, McIntosh E, Hickey A, Longford J. Mellow Babies: a group intervention for infants and mothers experiencing postnatal depression. *Couns Psychol Rev*. 2010;25(1):28–40.
47. Pugh NE, Hadjistavropoulos HD, Dirkse D. A Randomised Controlled Trial of Therapist-Assisted, Internet-Delivered Cognitive Behavior Therapy for Women with Maternal Depression. *PLoS One* [Internet]. 2016 Mar 1;11(3):e0149186. Available from: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0149186>
48. Rojas G, Fritsch R, Solis J, Jadresic E, Castillo C, González M, et al. Treatment of postnatal depression in low-income mothers in primary-care clinics in Santiago, Chile: a randomised controlled trial. *Lancet* [Internet]. 2007;370(9599):1629–37. Available from: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0140673607616857>
49. Ugarriza DN. Group therapy and its barriers for women suffering from postpartum depression. *Arch Psychiatr Nurs* [Internet]. 2004;18(2):39–48. Available from: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0883941704000196>
50. Wickberg B, Hwang CP. Counselling of postnatal depression: A controlled study on a population based Swedish sample. *J Affect Disord* [Internet]. 1996;39(3):209–16. Available from: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0165032796000341>
51. Wiklund I, Mohlkert P, Edman G. Evaluation of a brief cognitive intervention in patients with signs of postnatal depression: a randomized controlled trial. *Acta Obstet Gynecol Scand* [Internet]. 2010 Dec 31;89(8):1100–4. Available from: <https://doi.org/10.3109/00016349.2010.500369>
52. Scope A, Leaviss J, Kaltenthaler E, Parry G, Sutcliffe P, Bradburn M, et al. Is group

- cognitive behaviour therapy for postnatal depression evidence-based practice? A systematic review. *BMC Psychiatry* [Internet]. 2013;13(1):321. Available from: <https://doi.org/10.1186/1471-244X-13-321>
53. Stephens S, Ford E, Paudyal P, Smith H. Effectiveness of Psychological Interventions for Postnatal Depression in Primary Care: A Meta-Analysis. *Ann Fam Med* [Internet]. 2016 Sep 13;14(5):463–72. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5394369/>
 54. Rikshandboken Barnhälsovård. Depression hos nyblivna mammor och screening med EPDS [Internet]. 2016 [cited 2018 Nov 19]. Available from: <http://www.rikshandboken-bhv.se/Texter/Metoder-och-riktlinjer/Depression-hos-nyblivna-mammor-och-screening-med-EPDS/>
 55. Boath E, Bradley E, Henshaw C. The prevention of postnatal depression: a narrative systematic review. *J Psychosom Obstet Gynaecol* [Internet]. 2005;26(3):185–92. Available from: <http://europepmc.org/abstract/MED/16295516>
 56. Carter T, Bastounis A, Guo B, Jane Morrell C. The effectiveness of exercise-based interventions for preventing or treating postpartum depression: a systematic review and meta-analysis. *Arch Womens Ment Health* [Internet]. 2018; Available from: <https://doi.org/10.1007/s00737-018-0869-3>
 57. Clarke K, King M, Prost A. Psychosocial Interventions for Perinatal Common Mental Disorders Delivered by Providers Who Are Not Mental Health Specialists in Low- and Middle-Income Countries: A Systematic Review and Meta-Analysis. *PLOS Med* [Internet]. 2013 Oct 29;10(10):e1001541. Available from: <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1001541>
 58. Cuijpers P, Karyotaki E, Reijnders M, Huibers MJH. Who benefits from psychotherapies for adult depression? A meta-analytic update of the evidence. *Cogn Behav Ther* [Internet]. 2018;47(2):91–106. Available from: <http://europepmc.org/abstract/MED/29345530>
 59. Daley A, Jolly K, MacArthur C. The effectiveness of exercise in the management of post-natal depression: systematic review and meta-analysis. *Fam Pract* [Internet]. 2009 Apr 1;26(2):154–62. Available from: <http://dx.doi.org/10.1093/fampra/cmn101>
 60. Dennis C-L. Psychosocial and psychological interventions for prevention of postnatal depression: systematic review. *BMJ* [Internet]. 2005;331(7507):15. Available from: <http://europepmc.org/abstract/MED/15994688>
 61. Dennis C-L, Dowswell T. Psychosocial and psychological interventions for preventing postpartum depression. *Cochrane Database Syst Rev* [Internet]. 2013;(2). Available from: <https://doi.org/10.1002/14651858.CD001134.pub3>
 62. Dhillon A, Sparkes E, Duarte R V. Mindfulness-Based Interventions During Pregnancy: a Systematic Review and Meta-analysis. *Mindfulness (N Y)* [Internet]. 2017;8(6):1421–37. Available from: <https://doi.org/10.1007/s12671-017-0726-x>
 63. Dixon S, Dantas JAR. Best practice for community-based management of postnatal depression in developing countries: A systematic review. *Health Care Women Int* [Internet]. 2017;38(2):118–43. Available from: <http://europepmc.org/abstract/MED/27918855>
 64. Gong H, Ni C, Shen X, Wu T, Jiang C. Yoga for prenatal depression: a systematic review and meta-analysis. *BMC Psychiatry* [Internet]. 2015;15(1):14. Available from: <https://doi.org/10.1186/s12888-015-0393-1>
 65. Huang H, Tabb KM, Cerimele JM, Ahmed N, Bhat A, Kester R. Collaborative Care for Women With Depression: A Systematic Review. *Psychosomatics* [Internet]. 2017;58(1):11–8. Available from: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0033318216300937>

66. Kempler L, Sharpe L, Miller CB, Bartlett DJ. Do psychosocial sleep interventions improve infant sleep or maternal mood in the postnatal period? A systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials. *Sleep Med Rev* [Internet]. 2016;29:15–22. Available from: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1087079215001008>
67. Lever Taylor B, Cavanagh K, Strauss C. The Effectiveness of Mindfulness-Based Interventions in the Perinatal Period: A Systematic Review and Meta-Analysis. *PLoS One* [Internet]. 2016 May 16;11(5):e0155720. Available from: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0155720>
68. Li S, Zhong W, Peng W, Jiang G. Effectiveness of acupuncture in postpartum depression: a systematic review and meta-analysis. *Acupunct Med* [Internet]. 2018 Jun 15; Available from: <http://aim.bmj.com/content/early/2018/06/15/acupmed-2017-011530.abstract>
69. McCurdy AP, Boulé NG, Sivak A, Davenport MH. Effects of exercise on mild-to-moderate depressive symptoms in the postpartum period: a meta-analysis. *Obstet Gynecol* [Internet]. 2017;129(6):1087–97. Available from: <http://dx.doi.org/10.1097/AOG.0000000000002053>
70. Ogrodniczuk JS, Piper WE. Preventing postnatal depression: a review of research findings. *Harv Rev Psychiatry* [Internet]. 2003;11(6):291–307. Available from: <http://europepmc.org/abstract/MED/14713566>
71. Poyatos-León R, García-Hermoso A, Sanabria-Martínez G, Álvarez-Bueno C, Cavero-Redondo I, Martínez-Vizcaíno V. Effects of exercise-based interventions on postpartum depression: A meta-analysis of randomized controlled trials. *Birth* [Internet]. 2017 Jun 6;44(3):200–8. Available from: <https://doi.org/10.1111/birt.12294>
72. Pritchett RV, Daley AJ, Jolly K. Does aerobic exercise reduce postpartum depressive symptoms? a systematic review and meta-analysis. *Br J Gen Pract* [Internet]. 2017;67(663):e684–91. Available from: <http://europepmc.org/abstract/MED/28855163>
73. Sockol LE, Epperson CN, Barber JP. Preventing postpartum depression: A meta-analytic review. *Clin Psychol Rev* [Internet]. 2013;33(8):1205–17. Available from: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0272735813001347>
74. van Ravesteyn LM, Lambregtse - van den Berg MP, Hoogendijk WJG, Kamperman AM. Interventions to treat mental disorders during pregnancy: A systematic review and multiple treatment meta-analysis. *PLoS One* [Internet]. 2017 Mar 30;12(3):e0173397. Available from: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0173397>
75. Ashford MT, Olander EK, Ayers S. Computer- or web-based interventions for perinatal mental health: A systematic review. *J Affect Disord* [Internet]. 2016;197:134–46. Available from: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0165032715314725>
76. Bledsoe SE, Grote NK. Treating Depression During Pregnancy and the Postpartum: A Preliminary Meta-Analysis. *Res Soc Work Pract* [Internet]. 2006 Mar 1;16(2):109–20. Available from: <https://doi.org/10.1177/1049731505282202>
77. Claridge AM. Efficacy of systemically oriented psychotherapies in the treatment of perinatal depression: a meta-analysis. *Arch Womens Ment Health* [Internet]. 2014;17(1):3–15. Available from: <https://doi.org/10.1007/s00737-013-0391-6>
78. Cluxton-Keller F, Riley AW, Noazin S, Umoren MV. Clinical Effectiveness of Family Therapeutic Interventions Embedded in General Pediatric Primary Care Settings for Parental Mental Health: A Systematic Review and Meta-analysis. *Clin Child Fam Psychol Rev* [Internet]. 2015;18(4):395–412. Available from: <https://doi.org/10.1007/s10567-015-0190-x>

79. Goodman JH, Santangelo G. Group treatment for postpartum depression: a systematic review. *Arch Womens Ment Health* [Internet]. 2011;14(4):277–93. Available from: <https://doi.org/10.1007/s00737-011-0225-3>
80. Lau Y, Htun TP, Wong SN, Tam WSW, Klainin-Yobas P. Therapist-Supported Internet-Based Cognitive Behavior Therapy for Stress, Anxiety, and Depressive Symptoms Among Postpartum Women: A Systematic Review and Meta-Analysis [Internet]. Vol. 19, *Journal of medical Internet research*. Alice Lee Centre for Nursing Studies, Yong Loo Lin School of Medicine, National University of Singapore, Singapore, Singapore.; 2017. p. e138. Available from: <http://europepmc.org/abstract/MED/28455276>
81. Leger J, Letourneau N. New mothers and postpartum depression: a narrative review of peer support intervention studies. *Health Soc Care Community* [Internet]. 2015;23(4):337–48. Available from: <http://europepmc.org/abstract/MED/25346377>
82. Leis JA, Mendelson T, Tandon SD, Perry DF. A systematic review of home-based interventions to prevent and treat postpartum depression. *Arch Womens Ment Health* [Internet]. 2009;12(1):3. Available from: <https://doi.org/10.1007/s00737-008-0039-0>
83. Lin P-Z, Xue J-M, Yang B, Li M, Cao F-L. Effectiveness of self-help psychological interventions for treating and preventing postpartum depression: a meta-analysis. *Arch Womens Ment Health* [Internet]. 2018; Available from: <http://europepmc.org/abstract/MED/29616334>
84. Miniati M, Callari A, Calugi S, Rucci P, Savino M, Mauri M, et al. Interpersonal psychotherapy for postpartum depression: a systematic review. *Arch Womens Ment Health* [Internet]. 2014;17(4):257–68. Available from: <https://doi.org/10.1007/s00737-014-0442-7>
85. Morrell CJ, Sutcliffe P, Booth A, Stevens J, Scope A, Stevenson M, et al. A systematic review, evidence synthesis and meta-analysis of quantitative and qualitative studies evaluating the clinical effectiveness, the cost-effectiveness, safety and acceptability of interventions to prevent postnatal depression. *Health Technol Assess* [Internet]. 2016;20(37):1–414. Available from: <http://europepmc.org/abstract/MED/27184772>
86. Nillni YI, Mehralizade A, Mayer L, Milanovic S. Treatment of depression, anxiety, and trauma-related disorders during the perinatal period: A systematic review. *Clin Psychol Rev* [Internet]. 2018; Available from: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0272735817304075>
87. O'Connor E, Rossom RC, Henninger M, Groom HC, Burda BU. Primary Care Screening for and Treatment of Depression in Pregnant and Postpartum Women: Evidence Report and Systematic Review for the US Preventive Services Task Force. *JAMA* [Internet]. 2016;315(4):388–406. Available from: <http://europepmc.org/abstract/MED/26813212>
88. Rahman A, Fisher J, Bower P, Luchters S, Tran T, Yasamy MT, et al. Interventions for common perinatal mental disorders in women in low- and middle-income countries: a systematic review and meta-analysis. *Bull World Health Organ* [Internet]. 2013;91(8):593–601. Available from: <http://europepmc.org/abstract/MED/23940407>
89. Sockol LE. A systematic review and meta-analysis of interpersonal psychotherapy for perinatal women. *J Affect Disord* [Internet]. 2018;232:316–28. Available from: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0165032717318153>
90. Sockol LE, Epperson CN, Barber JP. A meta-analysis of treatments for perinatal depression. *Clin Psychol Rev* [Internet]. 2011;31(5):839–49. Available from: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0272735811000572>
91. van der Waerden JEB, Hoefnagels C, Hosman CMH. Psychosocial preventive

interventions to reduce depressive symptoms in low-SES women at risk: A meta-analysis. *J Affect Disord* [Internet]. 2011;128(1):10–23. Available from: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0165032710002752>

Bilagor

Bilaga 1. Sökstrategi

Search in PsychINFO (EBSCO)

(depress* AND (postpartum OR postnatal OR perinatal OR maternal)) AND ((TI (systematic* n3 review*)) or (AB (systematic* n3 review*)) or (TI (systematic* n3 bibliographic*)) or (AB (systematic* n3 bibliographic*)) or (TI (systematic* n3 literature)) or (AB (systematic* n3 literature)) or (TI (comprehensive* n3 literature)) or (AB (comprehensive* n3 literature)) or (TI (comprehensive* n3 bibliographic*)) or (AB (comprehensive* n3 bibliographic*)) or (TI (integrative n3 review)) or (AB (integrative n3 review)) or (JN "Cochrane Database of Systematic Reviews") or (TI (information n2 synthesis)) or (TI (data n2 synthesis)) or (AB (information n2 synthesis)) or (AB (data n2 synthesis)) or (TI (data n2 extract*)) or (AB (data n2 extract*)) or (TI (medline or pubmed or psyclit or cinahl or (psycinfo not "psycinfo database") or "web of science" or scopus or embase)) or (AB (medline or pubmed or psyclit or cinahl or (psycinfo not "psycinfo database") or "web of science" or scopus or embase)) or (MH "Systematic Review") or (MH "MetaAnalysis") or (TI (meta-analy* or metaanaly*)) or (AB (meta-analy* or metaanaly*)))

Search in Pubmed

((depress*[Title/Abstract] AND (postpartum [Title/Abstract] OR postnatal [Title/Abstract] OR perinatal [Title/Abstract] OR maternal[Title/Abstract])) AND systematic [sb]))

Bilaga 2. Översikter exkluderade i både analys 1 och 2

Systematisk översikt (inkl metaanalys)	Anledning till exklusion
Boath et al. 2005	Innehåller inte behandlingsstudier. Endast preventionsstudier
Carter et al. 2018	Innehåller inga studier som utvärderar psykologiska interventioner, endast fysisk träning
Clarke et al. 2013	Innehåller endast behandlingsstudier gällande depression under graviditet
Cuijpers et al. 2018	Presenterar inte huruvida studier utvärderar interventioner implementerade antenatalt eller postpartum.
Daley et al. 2009	Innehåller inga studier som utvärderar psykologiska interventioner, endast fysisk träning
Dennis, 2005	Innehåller inte behandlingsstudier. Endast preventionsstudier
Dennis & Dowswell, 2013	Innehåller inte behandlingsstudier. Endast preventionsstudier
Dhillon et al. 2017	Innehåller endast behandlingsstudier gällande depression under graviditet
Dixon & Dantas, 2017	Innehåller ingen studie som utvärderar behandling av depression endast implementerat postpartum.
Gong et al. 2015	Innehåller inga studier som utvärderar psykologiska interventioner, endast yoga
Huang et al. 2017	Innehåller ingen studie som utvärderar psykologisk behandling för PPD. (Endast en studie med intervention bestående av kombinerad psykologisk och farmakologisk behandling)
Kempler et al. 2016	Innehåller inga studier som utvärderar psykologiska interventioner. Endast sömninterventioner för barnet.
Lever-Taylor et al. 2016	Innehåller endast behandlingsstudier gällande depression under graviditet eller preventionsstudier
Li et al. 2018	Innehåller inga studier som utvärderar psykologiska interventioner, endast akupunktur
McCurdy et al. 2017	Innehåller inga studier som utvärderar psykologiska interventioner, endast fysisk träning
Ogrodniczuk & Piper, 2003	Innehåller inte behandlingsstudier. Endast preventionsstudier
Poyatos-Léon et al. 2017	Innehåller inga studier som utvärderar psykologiska interventioner, endast fysisk träning
Pritchett et al. 2017	Innehåller inga studier som utvärderar psykologiska interventioner, endast fysisk träning
Sockol et al. 2013	Innehåller inte behandlingsstudier. Endast preventionsstudier
van Ravesteyn et al. 2017	Innehåller endast behandlingsstudier gällande depression under graviditet

Bilaga 3. Inkluderade systematiska översikter och meta-analyser

Studier inkluderade i både analys 1 och 2

Systematisk översikt (inkl metaanalys)	Information
Cuijpers et al. 2007	Presenterar sammantagen effekt för psykologisk behandling för PPD. Baserat på 14 studier.
Scope et al. 2013	Presenterar sammantagen effekt för gruppbaserad kognitiv beteendeterapi för PPD. Baserat på 6 studier.
Sockol, 2015	Presenterar sammantagen effekt för kognitiv beteendeterapi för PPD. Baserat på 14 studier.
Stephens et al. 2016	Presenterar sammantagen effekt för psykologisk behandling för PPD inom primärvård. Baserat på 10 studier.

Studier inkluderade endast i analys 2

Systematisk översikt (inkl metaanalys)	Information
Ashford et al. 2016	Innehåller 3 studier vilka uppfyller kriterier.
Bledsoe & Grote, 2006	Innehåller 4 studier vilka uppfyller kriterier.
Claridge, 2014	Innehåller 4 studier vilka uppfyller kriterier.
Cluxton-Keller et al. 2015	Innehåller 2 studier vilka uppfyller kriterier.
Goodman & Santangelo, 2011	Innehåller 10 studier vilka uppfyller kriterier.
Lau et al. 2017	Innehåller 4 studier vilka uppfyller kriterier.
Leger & Letourneau, 2015	Innehåller 2 studier vilka uppfyller kriterier.
Leis et al. 2009	Innehåller 4 studier vilka uppfyller kriterier.
Lin et al. 2018	Innehåller 3 studier vilka uppfyller kriterier.
Miniati et al. 2014	Innehåller 3 studier vilka uppfyller kriterier.
Morrell et al. 2016	Innehåller 1 studie vilken uppfyller kriterier.
Nillni et al. 2018	Innehåller 8 studier vilka uppfyller kriterier.
O'Connor et al. 2016	Innehåller 10 studier vilka uppfyller kriterier.
Rahman et al. 2013	Innehåller 1 studie vilken uppfyller kriterier.
Sockol, 2018	Innehåller 2 studier vilka uppfyller kriterier.
Sockol et al. 2011	Innehåller 12 studier vilka uppfyller kriterier.
van der Waerden et al. 2011	Innehåller 3 studier vilka uppfyller kriterier.

ISBN 978-91-87691-61-4



**Centrum för epidemiologi
och samhällsmedicin**

REGION STOCKHOLM