

Effekten av psykoterapi for mennesker med depressive lidelser

Rapport fra Kunnskapssenteret nr 6 –2009

Kunnskapsoppsummering



 kunnskapssenteret

Bakgrunn: Helsedirektoratet ba Kunnskapssenteret om å framskaffe et kunnskapsgrunnlag som kunne hjelpe til å belyse effekten av psykoterapi på depresjonssymptomer og andre uttrykk for nedsatt livskvalitet, for eksempel lav sosial funksjonsevne og trivsel. I den foreliggende rapporten presenterer vi derfor en kunnskapsoppsummering av nye systematiske oversikter og randomiserte kontrollerte studier av effekten av psykoterapi for pasienter med depressive lidelser.

Metode: Vi søkte systematisk etter litteratur i internasjonale forskningsdatabaser, valgte ut systematiske oversikter og randomiserte kontrollerte studier (randomized controlled trials, RCT) som oppfylte våre predefinerte inklusjonskriterier. I tråd med oppdraget la vi vekt på oversiktsartikler, samt data fra studier hvor psykodynamisk psykoterapi ble vurdert. **Resultat:** Resultatene i kunnskapsoppsummeringen tyder på at det er få forskjeller på effekten mellom psykodynamisk terapi og andre former for psykoterapi. Funnene viste også psykoterapi og medikamentell behandling hadde like stor effekt på pasientene, men at psykoterapi ga bedre resultat sammenlignet med veiledning fra lege. *(fortsetter på baksiden)*

Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten
Postboks 7004, St. Olavs plass
N-0130 Oslo
(+47) 23 25 50 00
www.kunnskapssenteret.no
Rapport: ISBN 978-82-8121-255-8 ISSN 1890-1298

nr 6–2009

||| kunnskapssenteret

(fo

Konklusjon: Denne kunnskapsoppsummeringen er en summarisk gjennomgang av ni nye systematiske oversikter og RCTer. De inkluderte studiene var svært heterogene, men vi kan konkludere at psykoterapi synes å redusere symptomer på depresjon for voksne mennesker med milde til alvorlige depressive lidelser. Bedringer i depresjonssymptomer og sosial funksjonsevne ser ut til å være moderate, bedringen vedvarer over tid, og ingen former for psykoterapi ser ut til å være bedre enn andre eller bedre enn psykofarmaka. Det er heller ingen signifikante forskjeller mellom psykodynamisk psykoterapi og andre former for psykoterapi.

Tittel	Effekten av psykoterapi for mennesker med depressive lidelser
Institusjon	Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten
Ansvarlig	Magne Nylenna, <i>fungerende direktør</i>
Forfattere	Berg, Rigmor C, <i>forsker (prosjektleder)</i> Øverland, Simon, <i>forsker</i> Høie, Bjørg, <i>seksjonsleder</i>
ISBN	978-82-8121-255-8
ISSN	1890-1298
Rapport	Nr 6 – 2009
Prosjektnummer	900
Rapporttype	Systematisk kunnskapsoppsummering
Antall sider	44 (57 med vedlegg)
Oppdragsgiver	Helsedirektoratet
Sitering	Berg RC, Øverland S, Høie, B. Effekten av psykoterapi for mennesker med depressive lidelser. Rapport Nr 6-2009. Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten, 2009.

Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten fremskaffer og formidler kunnskap om effekt av metoder, virkemidler og tiltak og om kvalitet innen alle deler av helsetjenesten. Målet er å bidra til gode beslutninger slik at brukerne får best mulig helsetjenester. Senteret er formelt et forvaltningsorgan under Sosial- og helsedirektoratet, uten myndighetsfunksjoner. Kunnskapssenteret kan ikke instrueres i faglige spørsmål.

Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten
Oslo, mars 2009

Forkortelser / Forklaringer

- BDI** Beck Depression Inventory. Instrumentet er ett av de mest brukte for å måle grad av depressive symptomer. Skåren går fra 0 til 63 og er inndelt slik: 0–9 ingen depresjon, 10–18 mild-moderat depresjon, 19–29 moderat-alvorlig depresjon, og 30–63 alvorlig/dyp depresjon (1).
- BSI** Brief Symptom Inventory. Instrumentet måler ni symptomer for mental helse, som depresjon, angst, og psykose. Det inneholder 53 spørsmål og er den korte versjonen av SCL-R-90. Høyere tall indikerer dårligere mental helse (2).
- CBT** Cognitive-behavior therapy/ Kognitiv adferdsterapi.
- CCT** Controlled Clinical Trial/ Klinisk kontrollert studie. Det er et studiedesign hvor deltakerne er fordelt (ikke randomisert) til intervensjon- og kontrollgruppe. Resultatene blir vurdert ved å sammenligne utfall i behandlings/intervensjonsgruppen og kontrollgruppen.
- CGI** Clinical Global Impression-Severity. Instrumentet måler grad av depressive symptomer. Høyere tall indikerer sterkere depressive symptomer (3).
- CI** Confidence Interval/ Konfidensintervall. Dette er feilmarginen rundt et resultat som uttrykker usikkerhet pga tilfeldige variasjoner. Med en viss sikkerhet (ofte 95 %) rommer intervallet den sanne verdi i populasjonen.
- CT** Cognitive therapy/ Kognitiv terapi.
- DSM-IV** Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition. Manualen beskriver de offisielle diagnostiske kriterier for psykiske lidelser i USA. Manualen blir utgitt av the American Psychiatric Association.
- HAMA** Hamilton Anxiety Rating Scale. Instrumentet måler grad av angst gjennom 14 spørsmål. Høyere tall indikerer sterkere grad av angstsymptomer (4).
- HAMD/
HDRS** Hamilton Depression Rating Scale. Instrumentet måler grad av depressive symptomer. Det består av 17 spørsmål og høyere tall indikerer sterkere grad av depressive symptomer (5).
- ICD-10** International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, Tenth Edition. ICD-10 er et internasjonalt klassifiseringssystem for psykiske lidelser som er utarbeidet av verdens helseorganisasjon (WHO).
- IPT** Interpersonal therapy/ Interpersonlig terapi.
- LTPP** Long-term psychodynamic psychotherapy / Langtidsbehandling med

	psykodynamisk psykoterapi.
Meta-analyse	En statistisk metode som kombinerer resultatet av to eller flere empiriske studier. Det finnes ulike metoder for å gjennomføre en meta-analyse.
PDT	Psychodynamic psychotherapy/ Psykodynamisk psykoterapi.
RCT	Randomized Controlled Trial/ Randomisert kontrollert studie. Det er et studiedesign hvor deltakerne er randomisert (tilfeldig fordelt) til intervensjon- og kontrollgruppe. Resultatene blir vurdert ved å sammenligne utfall i behandlings/intervensjonsgruppen og kontrollgruppen.
RR	Relativ risiko. Sannsynligheten for at et utfall (f.eks. død) skjer i en eksposisjonsgruppe dividert med sannsynligheten for det samme utfallet i en gruppe med en annen eksposisjon.
SAS	Social Adjustment Schedule. Instrumentet måler grad av sosial tilpasning. Det inneholder 48 spørsmål og høyere tall indikerer dårligere sosial tilpasning (6).
SCI-90-Anx	Symptom Check List Anxiety Scale. Instrumentet måler grad av angst. Høyere tall indikerer sterkere grad av angstsymptomer (7).
SF-36	Subjective Functioning. Dette instrumentet inneholder 36 spørsmål og gir et generelt mål på helse relatert livskvalitet. Høyere tall indikerer høyere grad av livskvalitet (8).
SMD	Standardised mean difference/ Standardisert gjennomsnittsdifferanse. Det er et effektestimert som uttrykker gjennomsnittsforskjellen mellom gjennomsnittsverdiene for intervensjons- og kontrollgruppene i en meta-analyse når studiene bruker forskjellige målemetoder for utfallet.
SOFAS	Social and Occupational Functioning Assessment Scale. Instrumentet måler sosial tilpasning, for eksempel i forhold til personlige og sosiale tilknytninger og aggressiv adferd. Det består av 100 spørsmål og høyere tall indikerer sterkere sosial tilpasning (9).
STPP	Short-term psychodynamic psychotherapy / Korttids psykodynamisk psykoterapi.
TAU	Treatment As Usual. Denne betegnelsen blir ofte brukt for å beskrive at kontrollgruppen i en studie blir behandlet i det generelle behandlingsapparatet.

Oppsummering

Denne rapporten ble bestilt av Helsedirektoratet i oktober 2008. Kunnskapssenteret ble bedt om å framskaffe et kunnskapsgrunnlag som kunne hjelpe til å belyse effekten av psykoterapi på depresjonssymptomer og andre uttrykk for nedsatt livskvalitet, for eksempel lav sosial funksjonsevne og trivsel.

Vi stilte ett hovedspørsmål: Hva er effekten av psykoterapi på depresjonssymptomer og andre uttrykk for nedsatt livskvalitet for voksne mennesker med depressive lidelser?

Vi søkte systematisk etter litteratur i internasjonale forskningsdatabaser, og valgte ut systematiske oversikter og randomiserte kontrollerte studier (randomized controlled trials, RCT) som oppfylte våre predefinerte inklusjonskriterier. Vi vurderte deretter studienes metodiske kvalitet. I tråd med oppdraget la vi vekt på oversiktsartikler, samt data fra studier hvor psykodynamisk psykoterapi ble vurdert. Til slutt sammenstilte og oppsummerte vi resultatene.

Vi inkluderte ni artikler: Seks systematiske oppsummeringer og tre RCTer. De aller fleste av disse hadde høy metodekvalitet, men kunnskapsgrunnlaget var svært heterogent. Hovedkonklusjonen er at pasientene opplever bedring etter behandling i forhold til før behandling, uavhengig av hvilken behandling de mottar. Bedringen vedvarer over tid. Resultatene fra studiene antyder videre at psykoterapi fører til signifikant større bedring i depresjonssymptomer sammenlignet med standard legebehandling (for eksempel veiledning), men ser ikke ut til å være mer effektiv enn anti-depressive medikamenter. Det ser ikke ut til å være markante forskjeller i effekt mellom ulike former for psykoterapi. Resultatene tyder på at det er få forskjeller i effekt mellom psykodynamisk terapi og andre former for psykoterapi.

Vi fant vitenskapelig dokumentasjon for at psykoterapi synes å redusere symptomer på depresjon for voksne med depressive lidelser. Denne kunnskapsoppsummeringen er en summarisk gjennomgang av nye systematiske oversikter og RCTer og de inkluderte studiene var svært heterogene. På tvers av artiklene var det derfor vanskelig å finne et empirisk grunnlag for solide konklusjoner på problemstillingen.

Sammendrag

BAKGRUNN

Psykiske lidelser er svært utbredt. Internasjonale og norske studier indikerer at innen ett år tilfredsstiller 20-30 prosent av befolkningen kriteriene til en psykiatrisk diagnose, hvorav depresjon er den mest vanlige enkeltdiagnosen. De mest vanlige behandlingsformene for depresjon i dag er bruk av antidepressive medikamenter og ulike former for samtalerapi, men effekten av disse behandlingsformene for depresjon er stadig studert og gjenstand for diskusjon.

I oktober 2008 ba Helsedirektoratet Kunnskapscenteret om å framskaffe et kunnskapsgrunnlag som kunne hjelpe til å belyse effekten av psykoterapi på depresjonssymptomer og andre uttrykk for nedsatt livskvalitet, for eksempel lav sosial funksjonsevne og trivsel. I den foreliggende rapporten presenterer vi derfor en kunnskapsoppsummering av nye systematiske oversikter og randomiserte kontrollerte studier av effekten av psykoterapi for pasienter med depressive lidelser. Kunnskapsoppsummeringen kan bidra til et pålitelig beslutningsgrunnlag ved anbefalinger og utøvelse av praksis.

Vi stilte ett hovedspørsmål: Hva er effekten av psykoterapi på depresjonssymptomer og andre uttrykk for nedsatt livskvalitet for voksne mennesker med depressive lidelser?

METODE

Vi søkte systematisk etter litteratur i internasjonale forskningsdatabaser. I henhold bestillingen var søket avgrenset til studier publisert i år 2000 eller senere og engelsk og skandinaviske språk. Vi valgte ut systematiske oversikter og randomiserte kontrollerte studier (randomized controlled trials, RCT) som oppfylte våre predefinerte inklusjonskriterier. Vi vurderte deretter studienes metodiske kvalitet.

I tråd med oppdraget la vi vekt på oversiktsartikler, samt data fra studier hvor psykodynamisk psykoterapi ble vurdert. Til slutt sammenstilte og oppsummerte vi resultatene.

RESULTAT

Vi inkluderte ni artikler: Seks systematiske oppsummeringer og tre RCTer. De aller fleste oversiktene hadde høy metodekvalitet. En oversikt ble vurdert til å ha lav metodekvalitet, hovedsakelig på grunn av mangelfullt litteratursøk samt at validiteten til de inkluderte studiene ikke var omtalt. Oversiktene inkluderte i gjennomsnitt 28 studier med ca 1900 voksne deltakere som led av depresjon. Et mangfold av former for psykoterapi var representert i studiene. I de fleste tilfellene ble ulike former for psykoterapi sammenlignet med hverandre, men noen studier sammenlignet også med "treatment as usual" (TAU).

Heterogeniteten i kunnskapsgrunnlaget medførte vansker med å sammenfatte resultat på tvers av studiene, men seks funn kan fremheves:

- (1) Et gjennomgående funn i artiklene var at pasientene opplevde bedring etter behandling i forhold til før behandling. Både i oversiktene og primærstudiene rapporterte pasientene bedring i symptomer på depresjon og sosial funksjonsevne. Bedringen var uavhengig av hvilken behandling de mottok; en form for psykoterapi, standard primærlegebehandling, eller medikamentell behandling.
- (2) Ingen av oversiktsstudiene analyserte effekten av korttids psykoterapi sammenlignet med langtids psykoterapi, spesifikt, men en meta-regression med oppfølgings-tid som moderator viste at behandlingseffekten ikke var relatert til oppfølgings-tid. Dette funnet ble støttet av andre resultat som viste signifikant bedring i symptomer på depresjon ved seks måneder og lengre tids oppfølging. Det ser derfor ut til at pasientenes bedring vedvarte over flere måneder.
- (3) Resultatene antyder at pasientene opplever noe større bedring etter psykoterapi i forhold til veiledning fra lege. Flere oversikter viste at sjansen for bedringer i symptomer på depresjon var tre ganger større i opptil ni måneder for pasienter som mottok psykoterapi sammenlignet med TAU eller veiledning fra lege.
- (4) Et fjerde resultat er at det ser ut til å være liten forskjell i effekt på depresjons-symptomer mellom psykoterapi og medikamentell behandling.
- (5) Resultat fra flere oversiktsstudier tyder på at det er liten forskjell i effekt mellom ulike former for psykoterapi: personer med en depressiv lidelse vil trolig oppleve bedring etter psykiatrisk behandling, uavhengig av teknikk benyttet så lenge denne er forankret i robust terapeutisk teori.
- (6) Et siste viktig resultat er at behandling med psykodynamisk psykoterapi (PDT) ikke fører til hverken bedre eller dårligere effekt enn andre former for psykoterapi.

Ingen signifikante forskjeller ble funnet mellom PDT og CBT, adferdsterapi, støttende terapi, eller andre former for psykoterapi.

KONKLUSJON

Denne kunnskapsoppsummeringen er en summarisk gjennomgang av ni nye systematiske oversikter og RCTer. De inkluderte studiene var svært heterogene, men vi kan konkludere at psykoterapi synes å redusere symptomer på depresjon for voksne mennesker med milde til alvorlige depressive lidelser. Bedringer i depresjonssymptomer og sosial funksjonsevne ser ut til å være moderate, bedringen vedvarer over tid, og ingen former for psykoterapi ser ut til å være bedre enn andre eller bedre enn psykofarmaka. Det er heller ingen signifikante forskjeller mellom psykodynamisk psykoterapi og andre former for psykoterapi.

Oppsummert kan vi konkludere at kunnskapsgrunnlaget for effekten av psykoterapi på depresjon bør styrkes, særlig i forhold til tilbakefall og langtidseffekter. De inkluderte artiklene var svært heterogene og våre funn vil derfor kunne endres med tilfang av nyere litteratur. Hvordan vi best kan gjennomføre behandling av voksne mennesker med depressive lidelser bør bli gjenstand for flere studier av høy kvalitet, slik at vi kan få økt kunnskap og bedre beslutningsgrunnlag.

Key messages

Effects of psychotherapy for adults with depression

In October 2008, the Norwegian Directorate of Health commissioned the Norwegian Knowledge Centre for the Health Services (NOKC) to complete a review about the effects of psychotherapy for adults with depression. The review would help answer the question of how adults with depression should be best managed. We addressed one main question: What are the effects of psychotherapy on depression symptomatology and quality of life indicators for adults with depression?

We searched systematically for relevant literature in international scientific databases. We evaluated newly published systematic reviews and randomized controlled trials (RCTs) for inclusion using a pre-designed inclusion form. We then appraised the methodological quality of the included studies with appropriate check lists, and summarised the results in tables and text. In accordance with the commissioner's requests, we gave emphasis to findings from the systematic reviews and results related to psychodynamic psychotherapy.

We included and summarised results from a total of nine studies; six systematic reviews and three RCTs. The great majority of the studies were of high methodological quality. Study results show that patients significantly improved post-treatment. Findings suggest that psychotherapy is effective in reducing patients' depression symptomatology compared to treatment as usual. Improvements in depression symptomatology and social functioning appear to be modest, improvements are similar to those observed for psychopharmacological treatments, and no psychotherapy technique appears to be superior. Psychodynamic psychotherapy does not seem to cause greater improvements in depression symptomatology compared to other types of psychotherapy.

Based on the best available evidence, it appears that psychotherapy improves depression symptomatology in adults with depressive illnesses. However, the literature search was restricted and the evidence base for the current review was heterogeneous, thus the results must be viewed as tentative.

Executive summary

Effects of psychotherapy for adults with depression

BACKGROUND

High prevalence of psychiatric morbidity has been reported both internationally and nationally. Estimates indicate that 20-30 percent of the general public receive a psychiatric diagnosis every year. Depression is the most common diagnosis, suffered by approximately ten percent of the population at any time. Generally, treatment for depression involves antidepressant medications and various forms of talk-therapy. Their effects, however, are debated.

In October 2008, the Norwegian Directorate of Health commissioned the Norwegian Knowledge Centre for the Health Services (NOKC) to complete a review about the effects of psychotherapy for adults with depression. The review would help answer the question of how adults with depression should be best managed.

We addressed one main question: What are the effects of psychotherapy on depression symptomatology and quality of life indicators for adults with depression?

METHODS

We searched systematically for relevant literature in international scientific databases. The search was restricted to adults with depression; forms of psychotherapy; comparisons defined as treatment as usual (TAU); and outcomes related to reduction in depressive symptomatology. We searched for recent publications (2000-2008) in English and Scandinavian languages.

Two reviewers independently evaluated systematic reviews and randomized controlled trials (RCTs) for inclusion using a pre-designed inclusion form. We then appraised the methodological quality of the included studies with appropriate check lists, and summarised the results in tables and text.

In accordance with the commissioner's requests, we gave emphasis to findings from the systematic reviews and results related to psychodynamic psychotherapy (PDT).

RESULTS

We included and summarised results from a total of nine studies; six systematic reviews and three RCTs. The great majority of the studies were of high methodological quality, but collectively heterogeneous. On average, the systematic reviews included 28 studies with about 1900 participants, who all were adults suffering from depression. A range of psychotherapies were represented, but psychodynamic psychotherapy was most commonly studied. Typically, one variant of psychotherapy was compared to another, although some studies contrasted psychotherapy with treatments collectively referred to as "treatment as usual" (TAU).

Given the high degree of heterogeneity across studies, we were only able to conduct semi-quantitative analyses. Nevertheless, six findings are noteworthy:

- (1) Results from both the systematic reviews and the RCTs show that patients receiving any variant of treatment significantly improved to a degree where they were no longer considered clinically depressed or they experienced significantly fewer symptoms post-treatment compared to baseline.
- (2) None of the studies directly compared short term and long term effects of psychotherapy. However, results from a meta-regression with time as moderator show that improvements are unrelated to the timing of the follow-up. Additional studies showing that the improvements persist, support the conclusion that the effects are sustained over several months.
- (3) Measures of depression showed moderately greater treatment effects relative to usual general practitioner (GP) care. According to several analyses, patients receiving psychotherapy were three times more likely to experience fewer symptoms of depression up to nine months post-treatment compared to those receiving GP care or other treatment as usual.
- (4) Robust results from two studies suggest there are no significant differences in depression symptomatology or social functioning between psychotherapy and antidepressant medication.
- (5) There are few indications that one of the variants of psychotherapy is more or less efficacious than the other treatments. Most patients will likely improve from psychotherapy treatment, irrespective of technique provided. However, whether or not the treatment is intended to be therapeutic ("bona fide") is likely a determining factor.

(6) The evidence comparing PDT with other variants of psychotherapy does not suggest there are any differences in post-treatment recovery. No significant differences were demonstrated between PDT and cognitive behavioural therapy, behavioural therapy, support therapy, or other variants of psychotherapy.

CONCLUSION

Based on the best available evidence, it would appear that various forms of treatments – psychotherapy, antidepressant medications, and GP care – are beneficial in the treatment of people with depression. Improvements in depression symptomatology and social functioning appear to be modest and no variant of psychological treatment appears to be superior. However, the current systematic review was brief and the evidence base heterogeneous, thus the results must be viewed as tentative.

Depression severity, degree of therapeutic intention, and possibly the number of sessions offered are factors likely to affect outcome. Little can be said about the effects of short term and long term treatments attached to the provision of psychological treatment. Further trials of all types of psychological treatments involving appropriately recruited representative patient samples, who meet the diagnostic criteria for depressive disorder, are required.

Norwegian Knowledge Centre for the Health Services summarizes and disseminates evidence concerning the effect of treatments, methods, and interventions in health services, in addition to monitoring health service quality. Our goal is to support good decision making in order to provide patients in Norway with the best possible care. The Centre is organized under The Directorate for Health and Social Affairs, but is scientifically and professionally independent. The Centre has no authority to develop health policy or responsibility to implement policies.

Norwegian Knowledge Centre for the Health Services
PB 7004 St. Olavs plass
N-0130 Oslo, Norway
Telephone: +47 23 25 50 00
E-mail: post@kunnskapssenteret.no
Full report (pdf): www.kunnskapssenteret.no

Innhold

FORKORTELSER / FORKLARINGER	2
OPPSUMMERING	4
SAMMENDRAG	5
Bakgrunn	5
Metode	5
Resultat	6
Konklusjon	7
KEY MESSAGES	8
EXECUTIVE SUMMARY	9
Background	9
Methods	9
Results	10
Conclusion	11
INNHold	12
FORORD	14
PROBLEMSTILLING	15
INNLEDNING	16
METODE	18
Litteratursøk	18
Inklusjonskriterier	18
Artikkelutvelgelse	19
Oppsummering og analyser	20
RESULTAT	22
Kunnskapsgrunnlaget	22
Oversiktsstudier	24
Primærstudier	31
DISKUSJON	34
Oppsummering av resultatene	34

Styrker og svakheter	38
Behov for videre forskning	39
KONKLUSJON	40
REFERANSER	41
VEDLEGG	44
1. Litteratursøk	44
2. Ekskluderte studier	50
3. Sjekklistor	54

Forord

Helsedirektoratet ferdigstilte utkast til en ny nasjonal behandlingsveileder for depresjon høsten 2008. Flere eksperter innen fagmiljøet psykisk helse meldte i den forbindelse et behov for at psykoterapi som behandlingsform for depresjon ble grundigere beskrevet. Helsedirektoratet ved Åste Herheim henvendte seg derfor til Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten med et ønske om en oversikt over effektstudier av psykoterapi for depresjon. Det er viktig å presisere at dette var et oppdrag med et bredt omfang som skulle ferdigstilles innen kort tid. Rapporten har følgelig et overordnet fokus.

Kunnskapssenterets interne prosjektgruppe har bestått av:

- Rigmor C Berg, forsker (prosjektleder)
- Simon Øverland, forsker
- Bjørg Høie, seksjonsleder
- Marita Heinz, bibliotekar (Helsedirektoratet)

Takk til interne og eksterne fagfeller som vurderte utkast til rapport:

- Siri Gullestad, professor, Universitetet i Oslo
- Brynjar Landmark, forsker, Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten
- Arnstein Mykletun, post doc, Universitetet i Bergen
- Eva Flovild Pike, forsker, Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten

Gro Jamtvedt
Avdelingsdirektør

Bjørg Høie
Seksjonsleder

Rigmor C Berg
Forsker, prosjektleder

Problemstilling

Denne rapporten er en kunnskapsoppsummering av nye systematiske oversikter og randomiserte kontrollerte studier av effekten av psykoterapi for pasienter med depressive lidelser.

Bestillingen fra Helsedirektoratet gikk ut på å framskaffe et kunnskapsgrunnlag som kunne hjelpe til å belyse effekten av psykoterapi på symptomer for depresjon og andre uttrykk for nedsatt livskvalitet.

I denne oppsummeringen stilte vi følgende hovedspørsmål:

- For voksne mennesker med depressive lidelser, hva er effekten på depresjonssymptomer og andre uttrykk for nedsatt livskvalitet av psykoterapi sammenlignet med standard behandling eller venteliste?

Innledning

Psykiske lidelser er svært utbredte. Den landsomfattende Helse- og levekårsundersøkelsen viser at ca ti prosent av den norske befolkningen lider av en psykisk plage (10). Norge skiller seg ikke fra andre land når det gjelder psykiske lidelser: Kringlen og medarbeideres undersøkelse fra Oslo støtter internasjonale undersøkelser som viser at 20-30 prosent har tilfredsstilt kriteriene til en psykiatrisk diagnose det siste året (11). Depresjon er den mest vanlige psykiske lidelsen, og mellom seks og 12 prosent har depresjon til enhver tid (10). Symptomene for depresjon kan variere sterkt, men for å få diagnosen depresjon må en person enten føle seg nedstemt og trist, eller ha såkalt anhedoni som betyr manglende opplevelse av lyst og glede. Generelle symptomer er energiløshet, håpløshet, ubesluttsomhet, og å føle seg verdiløs (12). Depresjon kan opptre som en enkelt episode eller følge et mønster med stadige tilbakevendende episoder. De to dominerende diagnosemanualene innen psykisk helse (ICD-10 og DSM-IV) opererer med graderinger av depresjon fra milde episoder til alvorlige episoder med komorbiditet og forhøyet suicidfare. Selv om årsaken for depresjon ofte er ukjent har forskning vist at arv, langvarig stress og påkjenninger kan utløse depresjon (13).

Depresjon har store konsekvenser for de som rammes og gir større nedsettelse av selvopplevd funksjon hos pasientene enn hva tilfellet er ved kroniske somatiske lidelser som diabetes, astma, angina pectoris og leddgikt (14). Depresjon har konsekvenser for redusert produktivitet på arbeidsplassen (15), og er en selvstendig risikofaktor for uføretrygding (16). Kombinasjonen av at depresjon er svært hyppig forekommende og de store konsekvensene lidelsen har for individet og samfunnet, gjør at Verdens Helseorganisasjon har beregnet at depresjon vil være den diagnosen som i størst grad reduserer antall "friske" leveår i den vestlige verden, og som vil påføre samfunnet de største kostnader i 2020 (17).

Siden depresjon er både utbredt og innebærer alvorlige belastninger for individet og samfunnet er behandlingsbehovet stort. De vanligste behandlingsformene for depresjon i dag er bruk av psykofarmaka (antidepressive medikamenter) og ulike former for samtaleterapi, hver for seg eller i kombinasjon. Effekten av disse behandlingsformene for depresjon er stadig studert og gjenstand for diskusjon. I en nylig publisert meta-analyse ble det hevdet at nyere antidepressive medikamenter ikke hadde noen effekt på depresjonssymptomer utover placebo, bortsett fra ved de mest alvor-

lige formene for depresjon (18). I den foreliggende rapporten vil vi ta for oss nye studier av effekten av psykoterapi for depresjon.

Psykoterapi er en betegnelse som dekker et stort mangfold av ulike former for psykologisk behandling av de mest vanlige psykiske lidelsene, slik som depresjon, angst og personlighetsforstyrrelser (19). Selv om det er atskillige retninger innen psykoterapi deler de fleste formene av psykoterapi mange av de samme grunnleggende prinsippene. Først og fremst er psykoterapi en profesjonell relasjon mellom en terapeut og en pasient. Relasjonen er systematisk og bearbeider problematiske følelser, tanker og handlinger i samspill med den hensikt å bedre mental helse, følelsesmessige eller adferdsmessige problemer. De ulike terapiformene varierer med hensyn til intensitet, omfang, metoder og fokus (20;21). For eksempel, psykodynamisk terapi legger stor vekt på at pasienten selv gis anledning til å bære hovedansvaret for utforskningen og konklusjonene av måten han eller hun tenker og føler på. Denne formen for psykoterapi fokuserer på å utforske ukjente sider av pasientens indre liv, samt å fremme pasienten evne til å oppdage, forstå og bearbeide følelser, fantasier og opplevelser fra tidligere og nåværende relasjoner i livet. Kognitiv terapi retter seg hovedsakelig mot nøkkelkognisjoner, måten en person tenker på og de følelsene som tankene resulterer i. Innen problemfokustert terapi oppfordres pasienten til å granske ulike løsninger på hvert problem (22).

Prosjektets hovedmål var å beskrive effekten av psykoterapi på depresjonssymptomer og andre uttrykk for nedsatt livskvalitet for voksne mennesker med depressive lidelser.

Metode

Vi gjennomførte en kunnskapssoppsummering i henhold til Kunnskapssenterets metodehåndbok (23).

LITTERATURSØK

Bibliotekar Marita Heinz ved Helsedirektoratet søkte etter litteratur i oktober 2008. Følgende databaser ble brukt:

- The Cochrane Library
 - Cochrane Database of Systematic Reviews (CDSR)
 - Database of Abstracts of Reviews of Effects (DARE Cochrane)
 - The Cochrane Central Register of Controlled Trials (CENTRAL)
 - Health Technology Assessment Database (HTA Cochrane)
 - NHS Economic Evaluation Database (NHS EED Cochrane)
- EMBASE
- MEDLINE
- PsycINFO
- SweMed+

Forhåndsdefinerte Medical Subject Headings (MeSH¹) søketermer relatert til psykoterapi og depresjon ble brukt. Den fullstendige søkestrategien er presentert i vedlegg 1.

INKLUSJONSKRITERIER

I litteratursøket og inklusjonsprosessen brukte vi kriteriene i PICO-modellen (24). Vi spesifiserte fem inklusjonskriterier, knyttet til henholdsvis studiepopulasjon (Participants), intervensjon (Intervention), sammenlikning (Comparison), endepunkt (Outcome), samt studiedesign. Vi definerte inklusjonskriteriene forholdsvis åpent for å kunne inkludere flest mulig studier ettersom bestiller ba om en bred oversikt over ny litteratur.

¹ For mer informasjon, gå til <http://www.nlm.nih.gov/mesh/>

Populasjon: Vi inkluderte studier av voksne (alder mellom 18-65 år) med depressive lidelser. Studier som omhandlet personer med svangerskaps,- eller barselsdepresjoner ble imidlertid ekskludert. Vi ekskluderte også studier der deltakerne hadde komorbide mentale lidelser. Unntak for dette ble gjort for angstlidelser ettersom slik komorbiditet tillates i de fleste internasjonale oppsummeringer om effekten av intervensjoner for depresjon.

Tiltak: Intervensjonsformen av interesse var ulike former for psykoterapi. Etter ønske fra bestiller ekskluderte vi studier der kognitiv terapi (cognitive therapy, CT), kognitiv adferdsterapi (cognitive-behavior therapy, CBT) og interpersonlig terapi (interpersonal therapy, IPT) var brukt som primærintervensjon.

Sammenligning: Vi ønsket å samle studier hvor psykoterapi ble sammenlignet med standard behandling. Ettersom det relativt sett fins få veldefinerte standarder for behandling av depresjon omfatter en slik definisjon de fleste behandlinger gitt i det generelle behandlingsapparatet (veiledning fra lege, henvisning til spesialist, medikamentell behandling, ulike former for snakketerapi, osv.) og som blir brukt som sammenligningsgrunnlag i studiene.

Utfall: Vi inkluderte studier hvor intervensjonens effekt ble vurdert ved følgende utfallsmål

- depresjon
- livskvalitet (for eksempel sosial funksjonsevne og trivsel).

Andre inklusjons- og eksklusjonskriterier: Med hensyn til studiedesign inkluderte vi systematiske oversikter. Vi ble også bedt om å inkludere enkeltstudier som benyttet et randomisert kontrollert design (RCT) og som ikke var inkludert i noen av oversiktene.

Vi inkluderte bare artikler som var skrevet på engelsk eller et skandinavisk språk (dansk, norsk, svensk). På grunn av omfanget på temaet og prosjektets fokus på *ny* litteratur inkluderte vi kun artikler (både systematiske oversikter og RCTer) publisert i år 2000 eller senere.

ARTIKKELUTVELGELSE

Etter at duplikater var fjernet fra litteraturlista gikk prosjektmedarbeiderne parvis gjennom alle identifiserte titler og sammendrag uavhengig av hverandre. På grunnlag av dette valgte parene ut potensielt relevante artikler, basert på inklusjonskriteriene (trinn 1). Der prosjektmedarbeiderne var enige om at publikasjonen var relevant ble den inkludert og bestilt i fulltekst. Hvis prosjektmedarbeiderne var enige om at publikasjonen ikke var relevant ble den ekskludert. I de tilfeller der det ikke var samsvar mellom vurderingene, ble begrunnelsene drøftet. I tilfeller der det ikke

lot seg gjøre å komme til enighet ville en tredje person bli konsultert. Det siste ble ikke nødvendig i dette prosjektet.

I trinn to leste prosjektmedarbeiderne de identifiserte artiklene i fulltekst og gjorde en ny uavhengig vurdering i forhold til inklusjons- og eksklusjonskriteriene (trinn 2). Vi identifiserte to mulig relevante artikler i etterkant av det opprinnelige litteratursøket (22;25). Vi fant disse studiene gjennom et oppdateringssøk (bruk av søkemotoren ISI Web of Science, 10.12.2008) etter nyere studier som siterte de vi hadde inkludert. Ettersom målet med oppdraget var å sammenstille en oversikt over ny relevant litteratur, ble disse to studiene tatt med i den videre vurderingen selv om de ble identifisert utenfor rammene av det opprinnelige søket. Vi lagde en liste over alle ekskluderte artikler (vedlegg 2).

I trinn tre vurderte vi den metodiske kvaliteten på de inkluderte artiklene i tråd med Kunnskapssenterets sjekklister for det aktuelle studiedesign (trinn 3). Den metodiske kvaliteten ble vurdert som høy, middels eller lav (vedlegg 2). To prosjektmedarbeidere vurderte den metodiske kvaliteten på oversiktsstudiene og RCTene uavhengig av hverandre. Ved uenighet ville vi ha trukket inn en tredje person for å avgjøre spørsmålet, men det ble ikke nødvendig i dette prosjektet da de avvikende vurderinger som forekom ble løst gjennom kort diskusjon.

OPPSUMMERING OG ANALYSER

I tråd med oppdraget la vi vekt på oversiktsartikler. Der hvor det var mulig å lage kvantitative sammenstillinger av resultater i oversiktene ønsket vi å bedømme påliteligheten til effektestimater ved hjelp av instrumentet Grading the Recommendations Assessment, Development and Evaluation (GRADE)². Dette var imidlertid ikke mulig for noen av de inkluderte oversiktene på grunn av manglende presentasjon av de nødvendige data. For å gjennomføre GRADE måtte vi ha bestilt og vurdert alle primærstudiene som oversiktene bygget på og dette ville medført arbeid langt utover rammene for bestillingen. Da ingen av primærstudiene kunne slås sammen grunnet ulike sammenligningsgrupper var det heller ikke formålstjenlig å gjennomføre GRADE for disse enkeltstudiene. Gruppene og intervensjonene i studiene var for ulike til at vi kunne gjennomføre meta-analyser. Analysene våre er derfor semi-kvantitative.

Fra bestillerhold ble det framholdt et særlig ønske om vektlegging av effektstudier av psykodynamisk psykoterapi (psychodynamic psychotherapy, PDT). I tråd med prioriteringene fra bestiller trakk vi derfor ut mer data fra studier hvor PDT ble vurdert, og la vekt på å omtale resultater fra disse. Vi presenterer oversiktene først, organisert etter publikasjonsår. Noen av oversiktene inkluderte flere vanlige mentale lidel-

² <http://www.kunnskapssenteret.no/systemsider/S%C3%B8keresultater?id=59&query=grade>

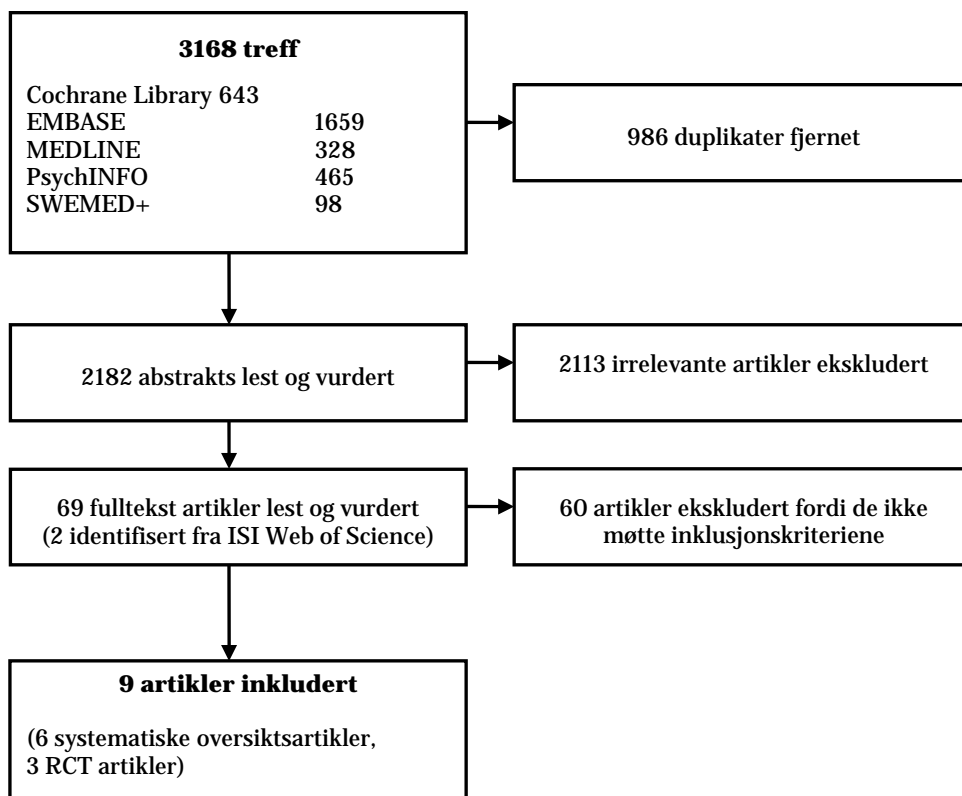
ser, ikke bare depresjon. I disse tilfellene vektlegger vi resultatene som omhandler pasienter med depresjon.

Resultat

KUNNSKAPSGRUNNLAGET

Litteratursøket ga 3168 treff, hvorav 986 var dubletter (figur 1). Vi satt dermed igjen med 2182 potensielt relevante artikler. Av disse ekskluderte vi 2113 etter gjennomlesing av tittel og sammendrag (trinn 1). Vi leste de 69 artiklene som gjenstod i fulltekst og vurderte disse i forhold til inklusjonskriteriene. Denne vurderingen førte til at vi ekskluderte ytterligere 60 artikler som falt utenfor våre inklusjonskriterier (trinn 2). Følgelig gjenstod det ni artikler som møtte inklusjonskriteriene og utgjør kunnskapsgrunnlaget i rapporten.

Figur 1: Flytdiagram av litteraturgjennomgangen



Blant de ni inkluderte artiklene var det seks oversiktsstudier og tre RCTer om effekten av psykoterapi for depresjon:

Inkluderte oversiktsartikler:

- Churchill et al. (2001). A systematic review of controlled trials of the effectiveness and cost-effectiveness of brief psychological treatments for depression (21).
- Leichsenring (2001). Comparative effects of short-term psychodynamic psychotherapy and cognitive-behavioral therapy in depression: A meta-analytic approach (26).
- Abbass et al. (2006). Short-term psychodynamic psychotherapies for common mental disorders (27).
- Bortolotti et al. (2008). Psychological interventions for major depression in primary care: a meta-analytic review of randomized trials (28).
- Cuijpers et al. (2008). Psychotherapy for depression in adults: a meta-analysis of comparative outcome studies (22).
- Leichsenring og Rabung (2008). Effectiveness of long-term psychodynamic psychotherapy (25).

Inkluderte primærstudier (RCTer):

- Dunn et al. (2003). Estimating psychological treatment effects from a randomised controlled trial with both non-compliance and loss to follow-up (29).
- Simpson et al. (2003). A randomized controlled trial to evaluate the effectiveness and cost-effectiveness of psychodynamic counselling for general practice patients with chronic depression (30).
- Salminen et al. (2008). Short-term psychodynamic psychotherapy and fluoxetine in major depressive disorder: A randomized comparative study (31).

To systematiske oversikter (25;26) benyttet stort sett de samme primærstudiene. Likevel inneholdt de ulike analytiske og statistiske tilnærminger, og de ble derfor vurdert som selvstendige oppsummeringer.

OVERSIKTSSTUDIER

Vi inkluderte seks systematiske oversikter (tabell 1).

Tabell 1: Inkluderte systematiske oversiktsstudier (n= 6)

Forfatter, år	Kvalitet	Studier	Intervensjon	Sammenligning	Resultat
Churchill, 2001 (21)	Høy	63 RCTer og CCTer (3711 pasienter)	Korttids psykoterapi (≤ 20 møter)	Venteliste, standard beh.	Sign. bedringer i symptomer (depr.) for intervensjonsgruppene
Leichsenring, 2001 (26)	Lav	6 RCTer (416 pasienter)	Korttids PDT (13-20 møter)	CBT eller adferdsterapi	Ingen store forskjeller mellom ulike terapiformer med hensyn til symptomer (depr., generelle psykiatriske, sosial funksjonsevne)
Abbass, 2006 (27)	Høy	23 RCTer (1431 pasienter)	Korttids PDT (<40 uker)	Venteliste, minimal beh. eller standard beh.	Sign. bedringer i symptomer (depr.) for intervensjonsgruppene (depr. pasienter) ved kort (< 3 mnd) oppfølging, men ikke ved lengre (3-9 mnd, >9 mnd) tid oppfølging
Bortolotti, 2008 (28)	Høy	10 RCTer (1736 pasienter)	Psykoterapi i primærhelse-tjenesten	Standard beh. av primærlege eller antidepress. medikamenter	Sign. bedringer i symptomer (depr.) for intervensjonsgruppene på kort (< 6 mnd) og lang (>9 mnd) tid oppfølging
Cuijpers, 2008 (22)	Middels	53 RCTer (2757 pasienter)	Psykoterapi (7 former)	Annen psykoterapi	Ingen sign. forskjeller i effekt mellom ulike terapiformer (unntatt: IPT litt bedre, nondirective supportive beh. litt dårligere)
Leichsenring, 2008 (25)	Høy	23 RCTer og observasjonsstudier (1310 pasienter)	Langtids PDT (>1 år varighet eller >50 møter)	Kortere former for psykoterapi	Sign. større bedringer i intervensjonsgruppene med hensyn til generell effekt, særskilte problemer, personlig funksjonsevne

Forkortelser: Beh.= behandling; CBT= kognitiv adferdsterapi; CCTer= Klinisk kontrollert studier; Depr.= depresjon; IPT= interpersonlig terapi; Mnd.= måneder; PDT= psykodynamisk terapi; RCTer= Randomiserte kontrollerte studier; Sign.= signifikant.

Metodisk kvalitet

Den metodiske kvaliteten til de seks systematiske oversiktene var generelt høy. En oversikt hadde lav metodisk kvalitet (26) og en middels (22), mens de øvrige fire oversiktene (21;25;27;28) holdt høy metodisk kvalitet. Årsakene til at Leichsenrings studie (26) ble bedømt til å ha lav metodisk kvalitet var overveiende et mangelfullt litteratursøk samt at validiteten til de inkluderte studiene ikke var omtalt. Oversikten manglet i tillegg en klar beskrivelse av metodene som var brukt for å sammenfatte resultatene.

Beskrivelse av pasientene

Det var stor variasjon i hvor mange studier hver av oppsummeringene inkluderte, fra ti til 63 (tabell 1). I gjennomsnitt inkluderte oversiktene 28 studier med 1895 deltagere (tabell 2). Noe av variasjonen skyldtes at to av oversiktene (21;25) inkluderte studier med design utover RCTer. Inklusjonskriteriene til oversiktene var generelt

brede, noe som også forklarer det høye antall inkluderte studier i noen av oversiktene.

Pasientene inkludert i oversiktene var voksne mennesker over 17 år som led av depresjon. To oversikter (25;27) inkluderte i tillegg til mennesker med depresjonslidelser andre former for psykiske lidelser. Oversiktene inneholdt generelt svært knappe beskrivelser av deltakerne.

Tabell 2: Beskrivelse av pasientene

Forfatter, år	Pasientene
Churchill, 2001	N= 3711 voksne mennesker med depresjon
Leichsenring, 2001	N= 416 voksne dagpasienter med depresjon (de fleste alvorlig), noen led også av angst. De fleste var 30-40 år
Abbass, 2006	N= 1431 voksne mennesker (>17 år) med vanlige mentale lidelser
Bortolotti, 2008	N= 1736 voksne dagpasienter med depresjon eller depresjon + angst
Cuijpers, 2008	N= 2757 voksne mennesker med mild til moderat depresjon
Leichsenring, 2008	N= 1310 voksne mennesker (≥18 år) med vanlige mentale lidelser

Beskrivelse av intervensjonene

Et mangfold av former for psykoterapi var representert i de seks oversiktene: adferdsendrende terapi, CBT, IPT, PDT, problemfokuset terapi, rådgivning, sosial adferdstrening, stress management, og støttende terapi (tabell 3). Mest hyppig representert var PDT. PDT var primærbehandlingen i to oversikter og en av flere former for terapi inkludert i de fire andre oversiktene. Behandling i form av psykoterapi varte fra fire opptil 50 møter, men med unntak av én oversikt (25) rapporterte de andre oversiktene i gjennomsnitt færre enn 20 behandlingstimer. Ifølge Churchill og medarbeidere (21) hersker det en viss enighet i forskningslitteraturen om at 10-20 behandlingstimer (møter) med psykoterapi betegnes som korttids terapi. De fleste formene for psykoterapi inkludert her kan derfor betegnes som korttids terapi.

Tabell 3: Beskrivelse av intervensjonene

Forfatter, år	Intervensjonene
Churchill, 2001	Ulike former for korttids (definert som ≤20 møter) psykoterapi (CBT, IPT, PDT, støttende terapi), måtte ha sterk teoretisk terapeutisk forankring
Leichsenring, 2001	Korttids PDT (definert som 13-20 møter). De inkluderte studiene hadde 16-20 møter (1-2 per uke). Terapeuten måtte være erfaren
Abbass, 2006	Korttids PDT (definert som ≤40 møter). Studiene hadde 4-40 møter, gjennomsnittet var 15 (SD 8.9)
Bortolotti, 2008	Ulike former for korttids psykoterapi (CBT, CT, IPT, PDT, problemfokuset terapi, rådgivning, stress management). Studiene hadde 6-16 møter, gjennomsnittet var 6 (varighet 15-90 min). Måtte ha sterk teoretisk terapeutisk forankring. Terapeuten måtte være erfaren
Cuijpers, 2008	Syv former for psykoterapi (adferdsendrende terapi, CBT, IPT, PDT, problemfokuset terapi, sosial adferdstrening, støttende terapi) ble sammenlignet. Studiene hadde 4-20 møter
Leichsenring, 2008	PDT. Behandlingen måtte vare i minst 1 år eller over minst 50 møter

Beskrivelse av kontrollgruppene

Bestillingen spesifiserte at psykoterapi skulle sammenlignes med standard behandling ("treatment-as-usual," TAU), som innen behandling av mentale lidelser omfatter de fleste behandlinger gitt i det generelle behandlingsapparatet. Sammenligningsgruppene i oversiktene inkluderte medikamentell behandling, minimal behandling, veiledning fra lege, venteliste og ulike former for samtaleterapi. Det mest hyppige sammenligningsgrunnlaget i studiene var en annen form for psykoterapi enn terapien gitt som intervensjon.

Tabell 4: Beskrivelse av kontrollgruppene

Forfatter, år	Kontrollgruppene
Churchill, 2001	Ulike former for korttids (≤ 20 møter) psykoterapi (CBT, IPT, PDT, støttende terapi), eller TAU eller venteliste
Leichsenring, 2001	CBT og adferdsterapi
Abbass, 2006	Venteliste, minimal behandling, eller standard behandling
Bortolotti, 2008	Standard primærlegebehandling eller antidepressive medikamenter
Cuijpers, 2008	Syv former for psykoterapi (adferdsendrende terapi, CBT, IPT, PDT, problemfokuset terapi, sosial adferdstrening, støttende terapi) ble sammenlignet
Leichsenring, 2008	Kortere former for psykoterapi (CBT, dialektisk adferdsterapi, familie terapi, kognitiv-analytisk terapi, STPP, støttende terapi)

Beskrivelse av studiene og resultat

Den britiske Health Technology Assessment (HTA) rapporten "A systematic review of controlled trials of the effectiveness and cost effectiveness of brief psychological treatments for depression" (21) er svært omfattende. I rapporten omtales sammenligninger av effekten av en rekke former for psykoterapi (korttidsbehandling) for depresjon med TAU, samt en oppsummering av kostnadseffekten ved bruk av psykoterapi. Forfatterne inkluderte både RCTer og klinisk kontrollerte studier (CCTer) publisert mellom 1974 og 1998. Studiene måtte omhandle effekten av en type psykoterapi oppad avgrenset til 20 behandlingstimer sammenlignet med annen type psykoterapi eller TAU, og være gitt til voksne mennesker med en depresjonslidelse. På tross av svært mange analyser over de 63 inkluderte studiene kan tre relevante funn fremheves: 1) Psykoterapi var mer effektiv for depresjon sammenlignet med TAU. Resultatene antydte også at bedringen økte jo flere behandlinger pasienten mottok. 2) Individuell psykoterapi var mer effektiv for depresjon sammenlignet med gruppe-terapi. 3) Former for CBT var mer effektiv for depresjon enn PDT. Forfatternes hovedkonklusjon var at behandling med en form for psykoterapi fører til større nedgang i symptomer på depresjon sammenlignet med TAU.

Oversikten av Leichsenring (26) evaluerte effekten av korttidsbehandling med psykodynamisk psykoterapi (STPP) sammenlignet med CBT eller adferdsterapi. Leich-

senring inkluderte bare RCTer som omhandlet psykoterapi for depresjon, gitt over minst 13 behandlingstimer. Utfallsmålene var definert som forbedringer i depresjonssymptomer, generelle psykiske symptomer og sosial funksjonsevne. Seks RCTer publisert mellom 1984 og 1996 møtte inklusjonskriteriene. For fem av de seks inkluderte RCTene viste resultatene signifikant bedring i symptomer for depresjon etter STPP, alle seks viste signifikant bedring i generelle psykiske symptomer etter STPP, og de tre studiene som undersøkte sosial funksjonsevne viste signifikant bedring etter STPP. Likevel, når STPP ble direkte sammenlignet med CBT eller adferdsterapi var 58 av de 60 sammenligningene ikke signifikante. Det ble dermed ikke funnet signifikante forskjeller på depresjonssymptomer, generelle psykiske symptomer eller sosial funksjonsevne etter behandling med STPP, CBT eller adferdsterapi.

Oversikten fra Abbass og medarbeidere (27) er en nylig ferdigstilt Cochrane rapport hvor effekten av korttids psykodynamisk psykoterapi (short-term psychodynamic psychotherapy, STPP) ble sammenlignet med ingen behandling eller minimal/placebo behandling for pasienter med de oftest forekommende former for mentale lidelser. Inklusjonskriteriene (etter PICO modellen) var RCTer av voksne over 17 år som hadde en slik vanlig mental lidelse (for eksempel angst eller depresjon). Intervensjonen var individuell psykodynamisk terapi med inntil 40 konsultasjoner. For depresjon var det viktigste utfallsmål symptomnivå målt ved standardiserte depresjonsinventorier. Rapporten inkluderte 23 RCTer med til sammen 1431 pasienter. Studiene var publisert mellom 1975 og 2006. Effektmål ble estimert ved kort (<3 mnd), middels (3-6 mnd) og langtidsoppfølging (>9 mnd). Oppsummert viste resultatene en bedring i generelle psykiske symptomer, somatiske symptomer, angst og depresjon etter gjennomført STPP sammenlignet med kontrollintervensjonen. Det var kun to av de 23 inkluderte studiene som utelukkende hadde pasienter med depresjon. Resultatene på tvers av disse to studiene viste at STPP ga en større nedgang i depresjonssymptomer enn TAU eller venteliste ved kort oppfølging, men ved lengre tids oppfølging var forskjellene ikke lenger signifikante. Den spesifikke effekten av STPP for mennesker med depresjon var derfor ikke entydig.

Bortolotti og medarbeidere (28) sammenlignet effekten av psykoterapi i primærhelsetjenesten med standard primærlegebehandling eller antidepressive medikamenter. Forfatterne inkluderte utelukkende RCTer publisert mellom 1995 og 2006, som omhandlet mennesker med depresjon eller kombinasjonslidelsen angst og depresjon der psykoterapi ble gitt individuelt eller i grupper i en primærhelsekontekst. Kun validerte instrument for depresjon (for eksempel Hamilton Depression Rating Scale (HAMD) og Beck Depression Inventory (BDI)) ble akseptert som utfallsmål. Ti RCTer (12 publikasjoner) med til sammen 1736 pasienter møtte inklusjonskriteriene. Forfatterne grupperte observasjonene i korttidseffekt (1-6 mnd) og langtidseffekt (>6 mnd) og oppsummerte disse i meta-analyser. Resultatene viste at psykoterapi førte til bedre effekt i forhold til depresjonssymptomer både over kort og lang tid, sammenlignet med veiledning fra primærlege. Det var imidlertid ingen statistiske

forskjeller i depresjonssymptomer mellom gruppene som fikk psykoterapi og anti-depressive medikamenter. Hovedkonklusjonen var at psykoterapi gir effekt for depresjon, særlig over kort tid, og at graden av effekt er lik den for antidepressive medikamenter.

I Cuijpers og medarbeideres oversikt fra 2008 (22) var målet å besvare spørsmålet om hvorvidt alle former for psykoterapi er like effektive for depresjon. De inkluderte 53 RCTer publisert mellom 1976 og 2006. Studiene omhandlet sammenligninger av forskjellige former for psykoterapi (adferdsendrende terapi, CBT, IPT, PDT, problemfokustert terapi, sosial adferdstrening, og støttende terapi) gitt individuelt, i gruppe, over telefon, eller med minimal kontakt. De fleste behandlingene ble gitt individuelt. Behandlingen kunne omfatte så få som fire eller så mange som 20 konsultasjoner. Pasientene hadde mild til moderat depresjon. Meta-analysene viste ingen statistisk forskjell mellom adferdsendrende terapi, CBT, PDT, eller problemfokustert terapi sammenlignet med de andre formene for psykoterapi. Resultatene av meta-analysene viste imidlertid at IPT var noe mer effektiv enn de andre formene for psykoterapi og at støttende terapi var noe mindre effektiv enn andre former for psykoterapi. Forfatterens hovedkonklusjon var at det er få forskjeller i effekt mellom ulike former for psykoterapi for pasienter med mild til moderat depresjon.

I oversikten av Leichsenring og Rabung (25) presentertes effekten av langtidsbehandling med psykodynamisk psykoterapi (long-term psychodynamic psychotherapy, LTPP) for sammensatte mentale lidelser (angstlidelser, flerdiagnoselidelser, kronisk mentale lidelser, personlighetsforstyrrelser og sammensatt depresjon). Tre overordnede spørsmål ble forsøkt besvart: Er LTPP bedre enn annen (kortere) psykoterapi, hvor effektiv er LTPP og hvilke faktorer påvirker resultatet av LTPP? Forfatterne inkluderte RCTer og prospektive observasjonsstudier der pasientene hadde mottatt individuell LTPP i minst ett år eller minst 50 behandlingstimer. Tjuetre studier publisert mellom 1984 og 2008 inngikk i effektanalysene. LTPP ble sammenlignet med andre former for psykoterapi (CBT, dialektisk adferdsterapi, familierapi, kognitiv analytisk terapi, STPP, støttende terapi og vanlig psykiatrisk behandling) og resultatene viste at LTPP var bedre enn annen psykoterapi med hensyn til generell effekt, diagnoserelaterte problemer og personlighetsproblematikk. Når bare studier med mennesker som led av sammensatte depresjoner og angstlidelser ble vurdert viste meta-analysene at LTPP førte til bedre resultater enn andre former for psykoterapi i forhold til pasientenes generelle psykiske symptomer og sosial funksjonsevne. Meta-analysene viste også at bedringen etter LTPP i forhold til før behandling var signifikant med hensyn til generelle symptomer, psykiatriske symptomer, og sosial funksjonsevne. Leichsenring og Rabungs hovedkonklusjon var at LTPP er en effektiv behandling for sammensatte mentale lidelser og at den er uavhengig av pasientenes alder, kjønn, diagnose, behandlerens erfaring eller bruk av manual.

Effekt av psykoterapi generelt

I dette avsnittet presenterer vi effektresultat fra oversiktsstudiene i større detalj.

Et overordnet spørsmål er hvorvidt psykoterapi har en effekt på depresjonssymptomer, utover å ikke tilby slik eller annen behandling.

Ingen av de inkluderte oversiktsstudiene sammenlignet psykoterapi med ingen behandling, men to oversiktsstudier (21;28) sammenlignet psykoterapi med standard primærlegebehandling, TAU, venteliste, eller antidepressive medikamenter. Resultatene i HTA rapporten (21) viste at de som mottok psykoterapi hadde signifikant færre symptomer på depresjon sammenlignet med TAU eller venteliste (pooled OR= 3.01, 95 % CI= 2.37, 3.99). Resultatene var i favør av psykoterapi både ved oppfølging etter tre måneder (SMD= -0.63, 95 % CI= -1.06, -0.20, p= 0.004) og 6-9 måneder (SMD= -0.56, 95 % CI= -0.83, -0.28, p= 0.00008). Bortolotti og medarbeideres (28) analyser av seks studier ga et tilsvarende resultat: De som mottok psykoterapi hadde signifikant færre symptomer på depresjon enn de som mottok veiledning fra lege (SMD= -0.30, 95 % CI= -0.45, -0.14, p= 0.0002). Resultatet var uavhengig av hvor lenge etter intervensjonen oppfølgingen fant sted. Analysen av samlet resultat fra de to studiene viser at effekten var robust, $F= 66.3$ (p< 0.005). Bortolotti og medarbeidere (28) fant imidlertid ingen forskjeller i symptomer på depresjon mellom psykoterapi og antidepressive medikamenter ved kort oppfølgingstid (SMD= 0.03, 95 % CI= -0.21, 0.26, p= 0.82) eller lang oppfølgingstid (SMD= 0.04, 95 % CI= -0.23, 0.31, p= 0.76).

Et annet overordnet spørsmål er hvorvidt effekten av psykoterapi vedvarer over tid.

Tre oversikter (21;27;28) sammenlignet effekten (på symptomer for depresjon) av psykoterapi med en form for TAU (minimal behandling, placebo, veiledning fra lege, venteliste) og inkluderte lignende oppfølgingstider. Når oppfølgingstiden var tre måneder etter endt behandling viste resultatene fra to studier (21;27) at psykoterapi førte til signifikant større nedgang i symptomer på depresjon sammenlignet med TAU (SMD= 0.48, 95 % CI= 0.17, 0.78, p= 0.002; 95 % CI= -0.86, -0.36). Bortolotti og medarbeidere (28), som undersøkte effekten etter 1-6 måneder, fant også at psykoterapi var mer effektiv for symptomer på depresjon enn TAU (SMD= -0.42, 95 % CI= -0.59, -0.26). Resultatet i denne oversikten var uendret ved oppfølging over seks måneder (SMD= -0.30, 95 % CI= -0.45, -0.14). Churchill og medarbeidere (21) samlet studier som undersøkte effekten av psykoterapi sammenlignet med TAU etter 6-9 måneder og forskjellen var fremdeles signifikant i favør psykoterapi (SMD= 0.48, CI= 0.21, 0.65). Abbass og medarbeidere (27), som inkluderte to studier av voksne med depressive lidelser, fant derimot ingen signifikant forskjell mellom psykoterapi og TAU ved 3-9 måneder, og heller ikke ved oppfølging over ni måneder.

Ingen av oversiktsstudiene analyserte effekten av korttids psykoterapi sammenlignet med langtids psykoterapi, spesifikt. Men det kan nevnes at Cuijpers og medarbeide-

res (22) meta-regression med oppfølgingstid som moderator viste at behandlingseffekten ikke var relatert til oppfølgingstid (inntil to år), hvilket støtter funnene beskrevet ovenfor. Vi presenterer resultatene av Leichsenring og Rabungs (25) meta-analyse av langtids psykodynamisk psykoterapi sammenlignet med korttids psykoterapi i avsnittet som beskriver effekten av psykodynamisk terapi.

Sammenligninger mellom ulike former for psykoterapi

Når det gjelder sammenligninger av effekten av ulike former for psykoterapi ga resultatene fra oversiktsstudiene dels motstridende slutninger. Churchill og medarbeidere (21) inkluderte 16 individuelle studier hvor effekten av ulike former for psykoterapi (IPT, PDT, støtteterapi) ble sammenlignet med former for CT (adferdsterapi, CBT, standard CT). Seks studier rapporterte om bedre effekt av CBT. En samlet meta-analyse viste resultat i favør av former for CT (pooled OR= 2.4, 95 % CI= 1.37, 4.21, $p= 0.002$). Sjansen for bedring i symptomer på depresjon var mer enn to ganger større for pasienter som mottok en form for CT sammenlignet med de som mottok annen psykoterapi. Det ble også gjort spesifikke sammenligninger av effekten av korttids PDT og IPT i forhold til former for CT. Sammenligningen av PDT versus CBT viste en bedre effekt av CBT (OR= 2.11, 95 % CI= 1.17, 3.81), mens det ikke ble funnet forskjeller i effekt mellom IPT og CBT (OR= 1.08, 95 % CI= 0.67, 1.73).

I motsetning til Churchill og medarbeidere (21) fant imidlertid Cuijpers og medarbeidere (22) ingen signifikant forskjell mellom CBT og annen psykoterapi (behavioral activation therapy ($d= -0.08$, 95 % CI= -0.29 , 0.13), IPT ($d= -0.12$, 95 % CI= -0.33 , 0.09), nondirective supportive therapy ($d= 0.05$, 95 % CI= -0.08 , 0.18) og PDT ($d= 0.15$, 95 % CI= -0.08 , 0.38)).

Effekt av psykodynamisk psykoterapi

Abbass og medarbeidere (27) studerte effekten av PDT sammenlignet med TAU eller venteliste. På tvers av pasienter med ulike former for hyppig forekommende psykiske lidelser fant forskerne at korttids PDT (STPP) ga effekt på depresjonssymptomer ved oppfølging etter kort (3 mnd., SMD= -0.47 , 95 % CI= -0.61 , -0.33), middels (3-9 mnd., SMD= -0.32 , 95 % CI= -0.55 , -0.10) og lang oppfølgingstid (>9 mnd., SMD= -0.78 , 95 % CI= -0.99 , -0.57). Det var kun to av de inkluderte studiene som utelukkende hadde pasienter med depresjon. Resultatene på tvers av disse to studiene viste at STPP ga en større nedgang i depresjonssymptomer enn TAU eller venteliste (SMD= -0.61 , 95 % CI= -0.86 , -0.36) ved kort oppfølging. Ved lengre tids oppfølging var forskjellene ikke lenger signifikante.

Resultatene fra Leichsenring (26) viste ingen signifikante forskjeller i effekt mellom STPP og CBT eller adferdsterapi. For 97 % (28 av 29) av alle sammenligningene av effekt på depresjon var det ingen forskjell mellom de tre formene for psykoterapi. Forfatteren fremholder selv at funnet må betraktes som preliminært på grunn av det

lave antallet inkluderte studier (seks RCTer). Også HTA rapporten (21) fant bare et lite antall studier (1 RCT) som undersøkte effekten av PDT. Det var ingen signifikant forskjell mellom PDT og støttende terapi for symptomer på depresjon (OR= 0.83, 95 % CI= 0.33, 2.09, p= 0.7). Cuijpers og medarbeidere (22) fant heller ingen signifikant forskjell mellom PDT og CBT (d= 0.15, 95 % CI= -0.08, 0.38). Videre viste resultat fra samme studie ingen signifikant forskjell mellom PDT og andre former for psykoterapi (behavioral activation therapy, CBT, nondirective supportive therapy, sosial adferdstrening) ved 1-3 måneder oppfølging (d= -0.17, 95 % CI= -0.60, 0.26) eller 4-6 måneder oppfølging (d= 0.17, 95 % CI= -0.62, 0.28).

En annen oversiktsstudie (25) fokuserte på effekten av langtidsbehandling med PDT (LTPP) versus varianter av korttids psykoterapi. Pasientutvalget i denne studien hadde sammensatte og kroniske psykiske lidelser, derunder komplekse depresjoner. For pasientene med komplekse depresjoner ble det funnet at LTPP hadde positiv effekt: den overordnede effekten på tvers av symptomindikatorer (generelle symptomer, diagnoserelaterte problemer, personlighetsproblematikk) tilsvarte en effektstørrelse på 1.13 (95 % CI= 0.74, 1.51, p< 0.001). For de spesifikke indikatorer med tilstrekkelig antall studier ble det observert en nedgang i generelle psykiatriske symptomer tilsvarende en effektstørrelse på 1.02 (95 % CI= 0.70, 1.34, p< 0.001), og forbedret sosial funksjonsevne tilsvarende en effektstørrelse på 1.02 (95 % CI= 0.73, 1.31, p< 0.001). Til slutt kan resultatene for pasienter med komplekse mentale lidelser nevnes: Oversiktsstudien fant en mellom-gruppe effektstørrelse på 1.8 (95 % CI= 0.7, 3.4, p= 0.002) som indikerte at pasienter med komplekse mentale lidelser som mottok LTPP opplevde større forbedringer enn 96 % av de som fikk andre former for psykoterapi.

PRIMÆRSTUDIER

Vi inkluderte tre RCTer som ikke er omtalt i de seks systematiske oversiktene vi inkluderer i kunnskapsoppsummeringen (tabell 5).

Tabell 5: Inkluderte RCTer (n= 3)

Forfatter, år	Kvalitet	Populasjon	Intervensjon	Sammenligning	Resultat
Dunn, 2003 (29)	Høy	427 pasienter med depr., 18-65 år, fra 9 steder i Europa	Problemløsende beh. (6 møter) eller undervisning i forebygging av depr. (8 gruppemøter)	Ingen beh.	6 mnd: problemløsende beh. sign. bedre for depr. (BDI) enn ingen beh. 12 mnd: Ingen forskjeller mellom de 3 gruppene
Simpson, 2003 (30)	Høy	130 pasienter med depr./depr. + angst, 18-70 år, fra Derbyshire (England)	PDT (1-16 møter)	Standard beh. fra primærlege	6 og 12 mnd: Sign. bedringer i depr. (BDI, BSI) og sosial funksjonsevne (SAS) etter endt beh., men det var ingen sign. forskjell mellom beh.
Salminen, 2008 (31)	Høy	51 pasienter med depr., 20-60 år, fra	Korttids PDT (16 møter, 1 hver uke)	Medikamentell beh. (Fluoxetine 20-40)	Beh.slutt og 4 mnd: Sign. bedringer i depr. (BDI, HDRS) og sosial

Forkortelser: BDI= Beck Depression Inventory; Beh.= behandling(er/ene); BSI= Brief Symptom Inventory; Depr.= depresjon/depressive; HDRS= Hamilton Depression Rating Scale; PDT= psykodynamisk terapi; SAS= Social Adjustment Schedule; SOFAS= Social and Occupational Functioning Assessment Scale; Sign.= signifikant.

Alle de tre inkluderte RCTene hadde høy metodisk kvalitet. Alle var basert på vest europeiske populasjoner. Dunns og medarbeideres studie (29) inkluderte pasienter fra Finland, Irland, Norge, Spania og Storbritannia. Simpson og medarbeidere (30) inkluderte pasientgrupper fra England, mens Salminen og medarbeidere (31) undersøkte effekten av PDT for pasienter i Finland. Alle pasientene var over 18 år og det var flere kvinner enn menn inkludert i studiene. Effekten av behandlingen ble vurdert etter ulik tid; fra like etter behandlingsslutt (31) inntil 1 år etter endt behandling (30).

Dunn og medarbeideres studie (29) rekrutterte voksne mennesker med depresjon fra by- og bygdstrakter i Finland, Irland, Norge, Spania og Storbritannia. Effekten av to intervensjoner for depresjon (problemfokuset behandling og undervisning i forebygging av depresjon) ble sammenlignet med ingen behandling. Hovedfokuset i studien er imidlertid forskjellen i effekt mellom å bli tilbudt behandling og å fullføre et behandlingsforløp. Seks måneder etter endt behandling viste det seg at problemfokuset behandling og undervisning var bedre enn ingen behandling (data ikke oppgitt) men etter ett år var det ingen forskjell mellom gruppene (data ikke oppgitt). Siden studien hadde et overordnet fokus på metodespørsmål og de inkluderte intervensjonsformene ikke er gjennomgående i de andre studiene inkludert i kunnskapsoppsummeringen vår vil vi ikke referere nærmere til denne enkeltstudien, utover at det etter ett år ikke ble funnet forskjell i depresjonssymptomer mellom de som mottok behandling og de som ikke mottok noen form for behandling.

De to øvrige primærstudiene (30;31) undersøkte effekten av PDT for mennesker med depresjon og/eller angst. Sammenligningene og oppfølgingstiden varierte mellom studiene: Simpson og medarbeidere (30) sammenlignet PDT med standard behandling fra primærlege etter seks og 12 måneder, mens Salminen og medarbeidere (31) sammenlignet med medikamentell behandling etter endt behandling og fire måneder senere.

Målt like etter behandlingsslutt fant Salminen og medarbeidere (31) ingen signifikant forskjell mellom PDT og medikamentell behandling i symptomer på depresjon ($p=0.45$). Seks måneder etter endt behandling viste heller ikke resultat fra Simpson og medarbeideres studie (30) signifikant forskjell mellom PDT og standard behandling fra primærlege i symptomer på depresjon ($p>0.05$). Dette resultatet var uendret etter 12 måneder (BDI= 15.3 for intervensjonsgruppen og 15.0 for kontrollgruppen. BDI skåre mellom 10-18 indikerer mild-moderat depresjon). Ved alle oppfølgingstidspunkt rapporterte pasientene i både intervensjonsgruppene og kontroll-

gruppene imidlertid signifikant bedring i symptomer på depresjon i forhold til før de mottok en form for behandling.

Begge studiene (30;31) inkluderte også sosial funksjonsevne som utfallsmål. Begge studiene fant at uansett hvilken behandling pasientene mottok – PDT, medikamentell behandling, eller standard legebehandling – så opplevde de signifikante forbedringer i sosial funksjonsevne umiddelbart etter behandling, og at dette vedvarte ved oppfølging ved 4-6 måneder. Det var ingen signifikante forskjeller mellom intervensjonsgruppen og kontrollgruppen.

Diskusjon

Psykoterapi har fått stor utbredelse, og mye tyder på at mange innen helsesektoren i Norge slutter opp om denne formen for samtalebehandling for depressive lidelser, men effekten i forhold til andre former for behandling, for eksempel medikamentell behandling, er noe usikker. Vi har i denne rapporten oppsummert resultater fra ni studier som omhandler effekten av psykoterapibehandling på depresjonssymptomer og andre uttrykk for nedsatt livskvalitet for voksne mennesker med depressive lidelser.

OPPSUMMERING AV RESULTATENE

Kunnskapsoppsummeringen er basert på seks oversiktsstudier og tre RCTer. Studiene som inngikk i evidensgrunnet var svært heterogene. Likevel kan vi fremheve noen fellestrekk: Den metodiske kvaliteten til de inkluderte oversiktene og RCTene var generelt høy. Oversiktene hadde relativt brede inklusjonskriterier og inkluderte i gjennomsnitt 28 studier med ca 1900 voksne deltakere som led av depresjon. Et mangfold av former for psykoterapi var representert i studiene, men sterkest representert var PDT. Siden pasientene i gjennomsnitt mottok færre enn 20 behandlingstimer kan de fleste formene for psykoterapi inkludert her betegnes som korttids terapi (unntaket er LTPP). I de fleste tilfellene ble ulike former for psykoterapi sammenlignet med hverandre, men noen studier sammenlignet også med såkalt TAU.

Heterogeniteten blant de inkluderte artiklene medførte vansker med å sammenfatte resultat på tvers av oversiktene og RCTene. Vi kan likevel trekke frem seks viktige funn:

- Hovedfunnet er at pasienter som mottar en eller annen form for behandling rapporterer bedring med hensyn til symptomer på depresjon og sosial funksjonsevne etter behandling sammenlignet med før behandling.
- Effekten av psykoterapi vedvarer over tid etter behandlingsslutt.
- Resultatene tydet på at psykoterapi fører til noe større bedring i depresjonssymptomer sammenlignet med standard legebehandling.

- Resultatene antydde at det er få forskjeller i effekt på depresjonssymptomer mellom psykoterapi og antidepressive medikamenter.
- Det ser ut til at det er få forskjeller i effekt mellom ulike former for psykoterapi ved depresjon.
- Resultatene tydet på at det er få forskjeller i effekt mellom PDT og andre former for psykoterapi i behandling av depressive lidelser.

At pasientene opplevde bedring etter behandling i forhold til før behandling var et gjennomgående og oppløftende funn i studiene. Både i oversiktene og primærstudiene ble det rapportert at pasientene som mottok en eller annen form for psykiatrisk behandling rapporterer bedring med hensyn til symptomer på depresjon og sosial funksjonsevne etter behandling sammenlignet med før behandling. Studien rapporterte også at bedringen var uavhengig av hvilken behandling de mottok; en form for psykoterapi, standard primærlegebehandling, eller medikamentell behandling. For eksempel fant to studier (30;31) at pasientene i både intervensjonsgruppene og kontrollgruppene rapporterte signifikant bedring i symptomer på depresjon og sosial funksjonsevne ved både kort og lenger oppfølgingstid i forhold til før de mottok en form for behandling. Disse funnene tyder på at ulike former for behandling av depressive lidelser fører til signifikant bedring hos pasientene.

Noe av forklaringen på at pasientene opplevde bedring uavhengig av hvilken behandling de mottok, samt øvrige funn nevnt her, kan være at mange depresjoner går over av seg selv, uten behandling (32). Resultat fra en studie av McLean og medarbeidere (33) tilsier at 20 % av depressive pasienter opplever bedring etter psykoterapi på grunn av "spontan forbedring" uavhengig av intervensjonen. Det kan være mange grunner til slik forbedring, som "regression towards the mean" i perioden etter hjelpesøking, at lidelsen har fulgt sitt naturlige forløp eller går inn i en bedringsfase som del av en syklisk variasjon. Som eksempel kan vi nevne at de norske pasientene i Dunn og medarbeideres studie (29) rapporterte gjennomsnittlig 6.75 poeng nedgang i BDI skåre etter seks måneder uten å ha mottatt behandling (skåren går fra 0 til 63, og høyere skåre indikerer sterkere depressive symptomer). Effekt av behandlingen må derfor i noen grad ses som enten en hurtigere bedring i forhold til ingen behandling eller om behandlingen reduserer sannsynligheten for at pasienten opplever tilbakefall. Studien som er inkludert i denne kunnskapsoppsummeringen forholder seg i all vesentlig grad til det første punktet og angår reduisering av symptomer innenfor den samme depresjonsepisoden. Resultatene fra denne kunnskapsoppsummeringen antyder at mennesker med milde til moderate depressive lidelser opplever bedring i depresjonssymptomer etter et par måneder med de fleste former for behandling. For studier av tilbakefallsrater med eller uten behandling må en trolig supplere med observasjonsstudier eller RCTer med lengre oppfølging av pasienter enn de fleste av studiene vi her har presentert.

Langtidseffekten av psykoterapi var ikke et hovedfokus i denne kunnskapsoppsummeringen, men det må nevnes at resultatene fra studiene viser at pasientenes bedring vedvarte over flere måneder. Selv om ingen av oversiktsstudiene analyserte effekten av korttids psykoterapi sammenlignet med langtids psykoterapi, spesifikt, så viste Cuijpers og medarbeideres (22) meta-regression med oppfølgingstid som moderator at behandlingseffekten ikke var relatert til oppfølgingstid (inntil to år). Flere oversiktsstudier (21;25;28) og RCTer (30;31) viste også at pasienter som mottok psykoterapi rapporterte signifikant bedring i favør av psykoterapi også ved langtids oppfølging.

Det tredje hovedfunnet var at effekten hos pasienter med en depressiv lidelse var bedre etter psykoterapi i forhold til veiledning fra lege. Flere oversikter, deriblant Churchill og medarbeidere (21), viste at sjansen for bedringer i symptomer på depresjon var tre ganger større i opptil ni måneder for pasienter som mottok psykoterapi sammenlignet med TAU eller veiledning fra lege. Den samlede analysen av resultatene fra to studier viste at bedringen var signifikant større ($F= 66.3$, $p < 0.005$). Det ser dermed ut til at til tross for bedring uavhengig av form for behandling så er bedringen større etter psykoterapi enn etter TAU eller veiledning fra lege. Bare én primærstudie (29) sammenlignet psykoterapi med ingen behandling i det hele tatt. Analysen viste at psykoterapi ga bedre effekt på depresjonsnivå etter seks måneder, men etter ett år var det ingen forskjell mellom gruppene.

Et fjerde resultat er at det ser ut til å være små forskjeller i effekt på depresjonsymptomer mellom psykoterapi og medikamentell behandling. To studier (28;31) sammenlignet effekten av disse behandlingsformene men fant ingen signifikant forskjell. Dette står i motsetning til toneangivende resultater fra USA (34) og slike funn må bli gjenstand for mer forskning før solide konklusjoner kan trekkes. Det samme kan sies om forskjellen i effekt av ulike former for psykoterapi. Resultatene i kunnskapsoppsummeringen tilsier at det ikke er store forskjeller i effekt mellom ulike former for psykoterapi. I den sammenheng er det viktig å presisere at denne kunnskapsoppsummeringen tok for seg depresjon generelt, uten å skille mellom graden av anhedoni eller personer med enkelt episoder versus serier med flere tilbakevendende episoder. Resultatene tydet på at personer med en depressiv lidelse vil oppleve bedring etter psykiatrisk behandling, uavhengig av teknikk benyttet. Men det er mulig at særskilte psykoterapiteknikker er mer effektive enn andre for spesifikke former for depressive lidelser eller subgrupper innen pasienter med depresjon. Ett resultat viste blant annet at LTPP var mer effektiv for pasienter med komplekse depresjoner i forhold til generelle psykiatriske symptomer og forbedret sosial funksjonsevne. Depresjon er en inklusiv diagnose med stor variasjon, fra lettere depresjon til dyp depresjon. En systematisk kunnskapsoppsummering om effekten av psykoterapi på spesifikke depressive lidelser, som dyp depresjon, kan belyse slike forhold, men det er vanskelig å finne gode randomiserte studier hvor pasientene

ikke også har andre mentale lidelser. I tillegg tydet resultatene våre på at så lenge terapien er godt teoretisk terapeutisk forankret, er det metodiske mindre viktig, men igjen er det viktig å fremheve at effekten av relasjon og teknikk kan avhenge av lidelsens særegenhet.

Det er viktig å påpeke betydningen av den teoretiske terapeutiske forankringen. Det er lenge blitt hevdet at en klar vektlegging av det terapeutiske elementet i psykoterapi er avgjørende for at pasienten skal bli bedre. Flere eksperter (34-36) skriver at psykoterapi som ikke er klart terapeutisk rettet mister grunnlaget for sentrale fellesfaktorer som har vist seg å være tjenlige i behandlingen, slik som empati og den terapeutisk alliansen mellom terapeut og pasient. I Wampold og medarbeideres oversikt (37) vises nettopp at bedringen er større når pasienter med en depresjonslidelse mottar en form for psykoterapi med et klart terapeutisk fokus enn behandling hvor det terapeutiske elementet er mindre fremtredende, slik som ved avspenning eller selvsikkerhetsstrening. Sett i sammenheng med resultat fra vår kunnskapsoppsummering som ikke viser forskjeller i effekt mellom ulike former for terapi med sterk vektlegging av det terapeutiske elementet, så tyder det på at relasjon er av stor betydning på tvers av terapeutisk orientering, slik mange forskere påpeker (34;38).

Et siste viktig resultat i denne kunnskapsoppsummeringen er at behandling med PDT ikke ser ut til å medføre hverken bedre eller dårligere effekt enn andre former for psykoterapi. Ingen signifikante forskjeller ble funnet mellom PDT og CBT eller adferdsterapi (26); PDT og støttende terapi (21); eller mellom PDT og andre former for psykoterapi (22). De fleste eksisterende effektstudier av psykoterapi har undersøkt effekten av kognitiv- og adferdsbasert terapi. Det fins få studier som har undersøkt effekten av psykodynamisk terapi (21). Vi lyktes i å identifisere og inkludere tre oversiktsstudier og to RCTer som omhandlet effekten av psykodynamisk terapi. Resultatene er entydige og sammenfallende med oversiktene som undersøkte effekten av flere former for psykoterapi, men flere studier av høy kvalitet vil være nødvendig for å kunne trekke sikrere konklusjoner.

Vi undersøkte ikke effekten av mengde terapi, det vil si hvorvidt effekten endrer seg i forhold til antall- eller hyppighet av behandlingstimer. Fravær av oppmerksomhet rundt denne problemstillingen i vår kunnskapsoppsummering betyr ikke at det er en uinteressant problemstilling. Siden de fleste formene for psykoterapi inkludert i denne kunnskapsoppsummeringen falt inn under betegnelsen korttids terapi (<20 møter) forelå det simpelthen et manglende kunnskapsgrunnlag for et slikt fokus. Vi kan likevel nevne at studien som undersøkte effekten av langtidsbehandling med PDT versus kortere former for psykoterapi (25) fant signifikant effekt i favør LTPP på generelle psykiatriske symptomer og sosial funksjonsevne. Ifølge Howard og medarbeideres forskning (39) opplevde 53 % av voksne mennesker med depressive lidelser bedring etter åtte timer med psykodynamisk terapi, og 62 % opplevde bedring etter 13 møter. Etter 20 timer med psykodynamisk terapi hadde andelen pasienter som rapporterte bedring bare økt til 65 %. Smith og Glass' (40) meta-analyser

støtter dette funnet. Som Leichsenring (26) og Churchill og medarbeidere (21) sier, så tyder slike resultat på at 13 behandlinger med psykoterapi er et minimum for bedring, men ikke nødvendigvis tilstrekkelig for optimal effekt. En systematisk kunnskapsoppsummering om effekten av ulike psykoterapidoser kan belyse slike forhold.

STYRKER OG SVAKHETER

Kunnskapsoppsummeringen er basert på et systematisk søk etter litteratur med bruk av en eksplisitt søkestrategi. Vi hadde også forholdsvis brede inklusjonskriterier (med unntak av publiseringspråk og publiseringsår) og det er lite sannsynlig at vi ikke har fanget opp gode, nye oversiktsstudier eller kontrollerte studier om psykoterapi for voksne med depressive lidelser. Vi kvalitetsvurderte den metodiske kvaliteten av de inkluderte studiene og syv av de ni studiene ble vurdert til å ha høy metodisk kvalitet. Det var også en styrke at det var stor grad av standardisering i bruk av måleinstrumenter for depresjonsnivå, slik som BDI og HAMD.

En hyppig nevnt motforestilling mot meta-analyser av behandlingseffekt er at resultat i favør av intervensjonen dels eller helt kan være et resultat av publikasjonsbias fordi studier med positive resultat oftere publiseres. Delarbeidene som inngår i foreliggende kunnskapsoppsummering har i ulik grad tatt høyde for slik publikasjonsbias.

Vi vurderer det slik at generaliserbarheten av resultatene er gode: På tross av at vi ikke fant relevante publiserte studier fra Norge om effekt av psykoterapi for depresjon er det stor sannsynlighet for at effekten av psykoterapi i andre vest europeiske land er overførbare til norske forhold. Likevel vil vi understreke nytten av norske studier på dette området. Det kan være at konteksten for gjennomføringen av studiene – slik som holdninger, hvilke institusjoner som er involvert, trygdesystem, og samarbeid mellom etater – har betydning for resultatene. Norske studier av høy kvalitet bør gjennomføres for å belyse effektforhold som er viktige i norsk helsetjeneste.

Som Churchill og medarbeidere (21) påpeker er det vanskelig å utføre gode RCTer for å undersøke effekten av psykoterapi. For det første er det problematisk å bruke sann placebo, hvilket medfører bruk av venteliste, TAU, eller sammenligning med en annen form for psykoterapi. For det andre er det vanskelig eller nær umulig å blinde deltakerne til hvilken gruppe de er i (intervensjon- eller kontrollgruppe), og det er problematisk å blinde behandlerne og eventuelt datainnsamlerne om hvem som er i hvilken gruppe. Vi vurderte den metodiske kvaliteten i syv av ni studier til å være høy, og har tillit til gyldigheten av resultatene i disse studiene. Likevel, blant våre ni inkluderte studier var det bare to som hadde venteliste som kontrollgruppe, disse ble i de fleste analysene plassert sammen med andre kontrollgrupper, og de andre studiene inkluderte en form for TAU eller annen form for psykoterapi. Vi forsøkte å være spesifikke i henhold til kontrollgruppe, da dette er viktig for grad av presisjon,

men det er opplagt at større fokus på dette temaet er viktig i fremtidige studier. Videre var endringer i depresjonssymptomer det vesentlige resultatmålet i kunnskapsoppsummeringen. Det vil også være nyttig å undersøke effekten på andre bedringskriterier, for eksempel beskyttelse mot tilbakefall og endinger i underliggende selvbilde eller relasjonsmønstre som ligger til grunn for den depressive tilstanden.

Rapporten er av avgrenset omfang, særlig med hensyn til publiseringsspråk og publiseringsår, på grunn av bakgrunnen rundt bestillingen. Det er mulig at et utvidet søk kunne ha avdekket andre relevante studier, men disse ville da vært eldre og sannsynligvis basert på ikke-vest europeiske populasjoner. Videre tok kunnskapsoppsummeringen for seg mennesker med en depressiv lidelse. Siden kun et mindretall av mennesker med en slik lidelse ber om behandling og enda færre blir selektert inn i effektstudier (41) er det mulig at deltakerne i de inkluderte artiklene ikke er fullt ut representative i forhold til mennesker med en depressiv lidelse. Likevel, de inkluderte artiklene omfattet personer med mild, moderat, alvorlig, og kompleks depresjon slik at spekteret av alvorlighetsgrad er innbefattet. Til slutt bør det nevnes at selv om alle de ni inkluderte artiklene inneholder elementer som gjorde at de tilfredsstilte inklusjonskriteriene, er de svært ulike i forhold til intervensjon og sammenligningsgruppe. Denne manglende graden av samsvar mellom artiklene medførte at vi ikke kunne utføre meta-analyser. Analysene våre er derfor semi-kvantitative og det gjenstår flere ubesvarte spørsmål rundt psykoterapi for depressive lidelser. Denne kunnskapsoppsummeringen avdekket blant annet at det fins meget lite dokumentasjon om langtidsvirkninger av psykoterapi. Flere studier av høy kvalitet bør gjennomføres slik at også slike spørsmål kan besvares.

BEHOV FOR VIDERE FORSKNING

Som nevnt ovenfor er det et generelt behov for flere studier av høy kvalitet som undersøker effekten på depresjon av ulike former for psykoterapi, sammenlignet med ingen behandling og andre former for behandling, slik som veiledning fra lege. Mange eksisterende studier er små og kvaliteten varierer. Det vil være nyttig med flere store studier med standardisert behandling, som særlig ser på langtidseffekten av psykoterapi. Det vil videre være nyttig å gjennomføre doseresponsanalyser, der endringer i depresjonsskåre knyttes direkte opp mot behandlingsdosering til den enkelte pasient. Andre viktige utfallsmål i tillegg til depresjonsskåre som bør undersøkes er beskyttelse mot tilbakefall og endinger i underliggende selvbilde og relasjonsmønstre som ligger til grunn for den depressive tilstanden.

Konklusjon

Vi fant vitenskapelig dokumentasjon av høy metodisk kvalitet for at psykoterapi synes å redusere symptomer på depresjon for voksne mennesker med mild til alvorlig depressive lidelser. Bedringer i depresjonssymptomer og sosial funksjonsevne ser ut til å være moderate, bedringen vedvarer over tid, og ingen former for psykoterapi ser ut til å være bedre enn andre eller bedre enn psykofarmaka. Det er heller ingen signifikante forskjeller mellom psykodynamisk psykoterapi og andre former for psykoterapi. Det vil være i tråd med den amerikanske psykologforeningen og norsk psykologforenings retningslinjer å integrere slike forskningsresultat med klinisk ekspertise og kunnskap om klienten. Denne kunnskapsoppsummeringen inneholder bare studier publisert i år 2000 eller senere på dansk, engelsk, norsk, ellers svensk. På tvers av de ni inkluderte artiklene var det i tillegg stor variasjon i hvilke former for psykoterapi som ble gitt og sammenligningsgrupper som ble inkludert. Det var derfor vanskelig å finne et empirisk grunnlag for solide konklusjoner på hovedproblemstillingen.

Oppsummert kan vi konkludere at evidensgrunnlaget for effekten av psykoterapi på depresjon bør styrkes, særlig i forhold til tilbakefall og langtidseffekter. De inkluderte artiklene var svært heterogene og våre funn vil derfor kunne endres med tilfang av nyere litteratur. Hvordan vi best kan gjennomføre behandling av voksne mennesker med depressive lidelser bør bli gjenstand for flere studier av høy kvalitet, slik at vi kan få økt kunnskap og bedre beslutningsgrunnlag.

Referanser

- (1) Beck AT, Ward CH, Mendelson M, Mock J, Erbaugh J. An Inventory for Measuring Depression. *Arch Gen Psychiatry* 1961; 4(6):561-571.
- (2) Derogatis LR, Melisaratos N. The Brief Symptom Inventory. *Psychological Medicine* 1983; 13:595-605.
- (3) Guy W. ECDEU Assessment manual for psychopharmacology. Rockville, Md.: U. S. Dept. of Health, Education, and Welfare, Public Health Service, Alcohol, Drug Abuse, and Mental Health Administration, National Institute of Mental Health, Psychopharmacology Research Branch, Division of Extramural Research Programs, 1976.
- (4) Hamilton M. The assessment of anxiety states by rating. *British Journal of Medical Psychology* 1959; 32:50-55.
- (5) Hamilton M. A rating scale for depression. *Journal of Neurology, Neurosurgery and Psychiatry* 1960; 23(1):56-62.
- (6) Cooper P, Osborn M, Gath D, Feggetter G. Evaluation of a modified self-report measure of social adjustment. *The British Journal of Psychiatry* 1982; 141(1):68-75.
- (7) Derogatis LR, Lipman RS, Covi L. SCL-90: an outpatient psychiatric rating scale - preliminary report. *Psychopharmacology Bulletin* 1973; 9:13-28.
- (8) SF-36.org: A community for measuring health outcomes using SF tools. <http://www.sf-36.org/> . 2009. 1-6-2009.
- (9) American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 4 ed. Washington: American Psychiatric Association, 1994.
- (10) Folkehelseinstituttet. Tema: Psykisk helse. Helsedirektoratet . 2009. Helsedirektoratet. 6-1-2009.
- (11) Kringlen E, Torgersen S, Cramer V. A Norwegian psychiatric epidemiological study. *American Journal of Psychiatry* 2001; 158(7):1091-1098.
- (12) Hays RD, Well KB, Sherbourne CD, Rogers W, Spitzer K F. Functional and well-being outcome of patients with depression compared with chronic medical illness. *Arch Gen Psychiatry* 1995; 52:11-19.
- (13) Ehlert U, Gaab J, Heinrichs M. Psychoneuroendocrinological contributions to the etiology of depression, posttraumatic stress disorder, and stress-related bodily disorders: the role of the hypothalamus–pituitary–adrenal axis. *Biological Psychology* 2001; 57(1-3):141-152.

- (14) Moussavi S, Chatterij S, Verdes E, Tandon A, Patel V, Uston B. Depression, chronic diseases, and decrements in health: results from the World Health Surveys. *Lancet* 2007; 370(9590):851-858.
- (15) Stewart WF, Ricci JA, Chee E, Hahn SR, Morgenstein D. Cost of lost productive work time among US workers with depression. *Journal of the American Medical Association* 2003; 289(23):3135-3144.
- (16) Mykletun A, Overland S, Dahl AA, et al. A population-based cohort study of the effect of common mental disorders on disability pension awards. *American Journal of Psychiatry* 2006; 163(8):1412-1418.
- (17) Murray CJL LA. Alternative projections of mortality and disability by cause 1990-2020: Global burden of disease study. *Lancet* 1997; 349(9064):1498-1504.
- (18) Kirsch I, Deacon BJ, Huedo-Medina TB, Scoboria A, Moore TJ, Johnson BT. Initial severity and antidepressant benefits: A meta-analysis of data submitted to the food and drug administration. *Plos Medicine* 2008; 5(2):260-268.
- (19) Goisman R M, Warshaw M G, Keller M B. Psychosocial treatment prescriptions for generalized anxiety disorder, panic disorder, and social phobia, 1991–1996. *American Journal of Psychiatry* 1999; 156(1819):1821.
- (20) Lambert Michael J, Barley Dean E. Research summary on the therapeutic relationship and psychotherapy outcome. *Psychotherapy* 2001; 38(4):357-361.
- (21) Churchill R, Hunot V, Corney R, Knapp M, McGuire H, Tylee A et al. A systematic review of controlled trials of the effectiveness and cost-effectiveness of brief psychological treatments for depression. *Health Technol Assess* 2001; 5(35):1-173.
- (22) Cuijpers P, van Straten A, Andersson G, van Oppen P. Psychotherapy for depression in adults: a meta-analysis of comparative outcome studies. *Journal of Consulting and Clinical psychology* 2008; 76(6):909-922.
- (23) Bjørndal A. Slik oppsummerer vi forskning: Håndbok for Nasjonalt Kunnskapssenter for Helsetjenesten - 2006. Oslo: Nasjonalt Kunnskapssenter for Helsetjenesten, 2006.
- (24) Sackett DL, Straus S E, Richardson W S, Rosenberg W, Haynes R B. Evidence based medicine: how to practice and teach EBM. New York: Churchill Livingstone, 2000.
- (25) Leichsenring F, Rabung S. Effectiveness of long-term psychodynamic psychotherapy. *Journal of the American Medical Association* 300[13], 1551-1565. 2008.
- (26) Leichsenring F. Comparative effects of short-term psychodynamic psychotherapy and cognitive-behavioral therapy in depression: A meta-analytic approach. *Clin Psychol Rev* 2001; 21(3):401-419.
- (27) Abbass AA, Hancock JT, Henderson J, Kisely S. Short-term psychodynamic psychotherapies for common mental disorders. *Cochrane Database Syst Rev* 2006;(4):CD004687.
- (28) Bortolotti B, Menchetti M, Bellini F, Montaguti MB, Berardi D. Psychological interventions for major depression in primary care: a meta-analytic

- review of randomized controlled trials. *Gen Hosp Psychiatry* 2008; 30(4):293-302.
- (29) Dunn G, Maracy M, Dowrick C, Ayuso-Mateos JL, Dalgard OS, Page H et al. Estimating psychological treatment effects from a randomised controlled trial with both non-compliance and loss to follow-up. *The British journal of psychiatry : the journal of mental science* 2003; 183:323-331.
- (30) Simpson S, Corney R, Fitzgerald P, Beecham J. A randomized controlled trial to evaluate the effectiveness and cost-effectiveness of psychodynamic counselling for general practice patients with chronic depression. *Psychol Med* 2003; 33(2):229-239.
- (31) Salminen JK, Karlsson H, Hietala J, Kajander J, Aalto S, Markkula J et al. Short-term psychodynamic psychotherapy and fluoxetine in major depressive disorder: A randomized comparative study. *Psychotherapy & Psychosomatics* 77, 351-357. 2008.
- (32) Goldberg D, Goodyer I. *The origins and course of common mental disorders*. London: Routledge, 2005.
- (33) McLean PD, Anderson KW. Common determinants in empirically supported psychosocial treatments for depression. In: Dobson KS, Craig KD, editors. *Empirically supported therapies: best practice in professional psychology*. Thousand Oaks: Sage, 1998.
- (34) Blatt JS, Sanislow CA, Zuroff DC, Pilkonis PA. Characteristics of effective therapists: Further analysis of data from the National Institute of Mental Health Treatment of Depression collaborative research program. *Journal of Consulting and Clinical psychology* 1996; 64(6):1276-1284.
- (35) Wampold BE. Methodological problems in identifying efficacious psychotherapies. *Psychother Res* 1997; 7:21-43.
- (36) Wampold BE, Mondin GW, Moody M, Ahn H. The flat earth as a metaphor for the evidence for uniform efficacy of bona fide psychotherapies. *Psychol Bull* 1997; 122:226-230.
- (37) Wampold BE, Minami T, Baskin TW, Callen TS. A meta-(re)analysis of the effects of cognitive therapy versus 'other therapies' for depression. *J Affect Disord* 2002; 68(2-3):159-165.
- (38) Horvath AO, Greenberg LS. *The working alliance: Theory, research and practice*. New York: John Wiley and Sons, 1994.
- (39) Howard KI, Kopta SM, Krause MS, Orlinsky DE. The dose-effect relationship in psychotherapy. *American Psychologist* 1986; 41:159-164.
- (40) Smith ML, Glass GV. Meta-analysis of psychotherapy outcome studies. *American Psychologist* 1977; 32:752-760.
- (41) Roness A, Mykletun A, Dahl AA. Help-seeking behavior in patients with anxiety disorder and depression. *Acta psychiatrica Scandinavica* 2005; 111(1):51-58.

Vedlegg

1. LITTERATURSØK

Database: Ovid MEDLINE(R) 1950 to September Week 3 2008

Dato: 01.10.08

Antall treff: 643

#	Searches	Results
1	psychotherapy/	35692
2	gestalt therapy/	143
3	psychotherapeutic processes/	470
4	psychotherapy, brief/	2063
5	psychotherapy, multiple/	293
6	psychotherapy, rational-emotive/	166
7	((psychodynamic or Psychoanalytically Oriented or psychoanalytic) adj (Therap\$ or Treatment)).tw.	870
8	(Psychotherapy or Psychotherapeutic or psychotherapies or Gestalt or psychiatric therapeutic process\$).tw.	24818
9	or/1-8	49877
10	Depression/	51533
11	exp Depressive Disorder/	61146
12	((agitated or anaclitic or Anxiety or atypical or central or Climacteric or Climacterium or clinical or disease or disorder? or emotional or endogenous or endogenous or illness or involuntional or major or masked or Menopausal or mental or neuros?s or neurotic or parental or post-natal or post-partum or postnatal or postpartum or psychosis or psychtic or puerperal or Puerperium or reactive or recurrent or resistant or Seasonal or state or symptom? or syndrom or unipolar or Winter) adj2 (depression? or depressive)).tw.	64679
13	((dysthymic adj1 disorder?) or Dysphori? or Dysthymia or MelanchoI\$ or Dysforia).tw.	6500
14	((involuntional or involutive) adj1 (paraphrenia or psychos?s)).tw.	61
15	(seasonal adj (affective or mood) adj disorder?).tw.	949
16	or/10-15	133153
17	9 and 16	6608

18	limit 17 to (danish or english or french or german or norwegian or swedish)	6270
19	aged/ or "aged, 80 and over"/ or frail elderly/ or exp child/ or infant/ or infant, newborn/ or exp pediatrics/ or students/ or adolescent/ or adult children/ or minors/	3773467
20	adult/ or middle aged/ or men/ or women/	4008764
21	19 not (19 and 20)	1679702
22	18 not 21	5245
23	Animals/	4345638
24	Humans/	10694302
25	23 not (23 and 24)	3264182
26	22 not 25	5243
27	(case reports or comment or letter or editorial).pt.	2217650
28	26 not 27	4357
29	limit 28 to "reviews (specificity)"	178
30	randomized controlled trial.pt.	265624
31	controlled clinical trial.pt.	80134
32	clinical trials as topic.sh.	143469
33	randomly.ab.	126247
34	trial.ti.	77308
35	randomized.ab.	173883
36	placebo.ab.	109866
37	or/30-36	617488
38	37 and 28	927
39	29 or 38	1035
40	limit 39 to yr="2000 - 2008"	657
41	limit 40 to (yr="2000 - 2004" and (french or german))	14
42	40 not 41	643

Database: EMBASE 1980 to 2008 Week 39

Dato: 01.10.08

Antall treff: 1659

#	Searches	Results
1	Psychotherapy/	35977
2	Gestalt Therapy/	306
3	((psychodynamic or Psychoanalytically Oriented or psychoanalytic) adj (Therap\$ or Treatment)).tw.	859
4	(Psychotherapy or Psychotherapeutic or psychotherapies or Gestalt or psychiatric therapeutic process\$.tw.	21717
5	or/1-4	41958
6	depression/	124690
7	agitated depression/	62
8	atypical depression/	204

9	depressive psychosis/	326
10	dysphoria/	3007
11	dysthymia/	3135
12	endogenous depression/	565
13	involutional depression/	115
14	major depression/	10861
15	masked depression/	10
16	melancholia/	1726
17	"mixed anxiety and depression"/	126
18	puerperal depression/	1959
19	reactive depression/	80
20	recurrent brief depression/	17
21	seasonal affective disorder/	329
22	((agitated or anaclitic or Anxiety or atypical or central or Climacteric or Climacterium or clinical or disease or disorder? or emotional or endogenic or endogenous or illness or involutional or major or masked or Menopausal or mental or neuros?s or neurotic or parental or post-natal or post-partum or postnatal or postpartum or psychosis or psychtic or puerperal or Puerperium or reactive or recurrent or resistant or Seasonal or state or symptom? or syndrom or unipolar or Winter) adj2 (depression? or depressive)).tw.	61133
23	((dysthymic adj1 disorder?) or Dysphori? or Dysthymia or Melanchol\$ or Dysphoria).tw.	6059
24	((involutional or involutive) adj1 (paraphrenia or psychos?s)).tw.	2
25	(seasonal adj (affective or mood) adj disorder?).tw.	853
26	or/6-25	149168
27	5 and 26	9061
28	limit 27 to (danish or english or french or german or norwegian or swedish)	8461
29	aged/ or frail elderly/ or very elderly/ or adolescent/ or juvenile/ or child/ or boy/ or girl/ or preschool child/ or school child/ or toddler/ or infant/ or baby/ or newborn/ or suckling/ or adolescence/ or puberty/ or menarche/ or prepuberty/ or childhood/ or infancy/	1839638
30	adult/ or middle aged/ or adulthood/	2131432
31	29 not (29 and 30)	893878
32	28 not 31	7548
33	Nonhuman/ or ANIMAL/ or Animal Experiment/	3353731
34	Human/	6256265
35	33 not (33 and 34)	2844404
36	32 not 35	7539
37	Case study/ or Abstract report/ or Letter/	484339
38	case report.tw.	115330
39	38 or 37	597622
40	36 not 39	7214
41	limit 40 to "reviews (2 or more terms high specificity)"	154

42	Clinical Trial/	517472
43	Randomized Controlled Trial/	162835
44	Randomization/	26273
45	Double Blind Procedure/	70620
46	Single Blind Procedure/	7820
47	Crossover Procedure/	20689
48	PLACEBO/	118481
49	placebo\$.tw.	107646
50	randomi?ed controlled trial\$.tw.	30842
51	rct.tw.	2504
52	random allocation.tw.	630
53	randomly allocated.tw.	9937
54	allocated randomly.tw.	1336
55	(allocated adj2 random).tw.	557
56	single blind\$.tw.	7307
57	double blind\$.tw.	83354
58	((treble or triple) adj blind\$).tw.	135
59	Prospective study/	77390
60	or/42-59	680300
61	40 and 60	2043
62	41 or 61	2070
63	limit 62 to yr="2000 - 2009"	1722
64	limit 63 to ((french or german) and yr="2000 - 2004")	63
65	63 not 64	1659

Database: PsycINFO 1806 to September Week 4 2008

Dato: 01.10.08

Antall treff: 328

#	Searches	Results
1	psychotherapy/	36145
2	analytical psychotherapy/	1192
3	brief psychotherapy/	4691
4	gestalt therapy/	1349
5	integrative psychotherapy/	559
6	Psychoanalysis/	35457
7	psychodynamic psychotherapy/	1189
8	psychotherapeutic counseling/	1319
9	psychotherapeutic processes/	29682
10	psychotherapeutic techniques/	16854
11	((psychodynamic or Psychoanalytically Oriented or psychoanalytic) adj (Therap\$ or Treatment)).tw.	5721
12	(Psychotherapy or Psychotherapeutic or psychotherapies or Gestalt or psy-	91298

	chiatric therapeutic process\$.tw.	
13	or/1-12	147265
14	major depression/	60307
15	anaclitic depression/	58
16	dysthymic disorder/	1310
17	endogenous depression/	1269
18	reactive depression/	298
19	postpartum depression/	1995
20	recurrent depression/	435
21	treatment resistant depression/	927
22	"depression (emotion)"/	20719
23	atypical depression/	122
24	seasonal affective disorder/	796
25	((agitated or anaclitic or Anxiety or atypical or central or Climacteric or Climacterium or clinical or disease or disorder? or emotional or endogenic or endogenous or illness or involuntional or major or masked or Menopausal or mental or neuros?s or neurotic or parental or post-natal or post-partum or postnatal or postpartum or psychosis or psychtic or puerperal or Puerperium or reactive or recurrent or resistant or Seasonal or state or symptom? or syndrom or unipolar or Winter) adj2 (depression? or depressive)).tw.	77450
26	((dysthymic adj1 disorder?) or Dysphori? or Dysthymia or Melanchol\$ or Dysphoria).tw.	9539
27	((involuntional or involutive) adj1 (paraphrenia or psychos?s)).tw.	152
28	(seasonal adj (affective or mood) adj disorder?).tw.	926
29	or/14-28	117026
30	13 and 29	8092
31	limit 30 to (danish or english or french or german or norwegian or swedish)	7593
32	adolescent development/ or adult development/ or aging/ or childhood development/ or aging/ or geriatrics/ or Only children/ or Pediatrics/ or adolescent attitudes/ or exp students/	230304
33	fathers/ or human males/ or mothers/ or human females/	93227
34	32 not (32 and 33)	220995
35	31 not 34	7342
36	Nonhuman/ or ANIMAL/ or Animal Experiment/ or animal.po.	223378
37	Human/ or human.po.	2266737
38	36 not (36 and 37)	212626
39	35 not 38	7334
40	Case study/ or case report.tw. or Abstract report/ or Letter/ or comment reply.dt. or editorial.dt. or letter.dt. or clinical case study.md. or nonclinical case study.md.	156443
41	39 not 40	6182
42	limit 41 to "reviews (high specificity)"	178
43	Clinical Trial/	2472

44	PLACEBO/	2252
45	placebo\$.tw.	22605
46	randomi?ed controlled trial\$.tw.	5653
47	rct.tw.	633
48	random allocation.tw.	98
49	randomly allocated.tw.	1003
50	allocated randomly.tw.	54
51	(allocated adj2 random).tw.	41
52	single blind\$.tw.	801
53	double blind\$.tw.	12716
54	((treble or triple) adj blind\$.tw.	32
55	or/43-54	34489
56	41 and 55	387
57	42 or 56	530
58	limit 57 to yr="2000 - 2009"	335
59	limit 58 to ((french or german) and yr="2000 - 2004")	7
60	58 not 59	328

Database: The Cochrane Library 2008, Issue 3, Other Reviews, Clinical Trials, Methods Studies, Technology Assessments og Economic Evaluations

Dato: 01.10.08

Antall treff: 465 (Cochrane Reviews: 21, Other Reviews: 43, Clinical Trials: 369, Methods Studies: 3, Technology Assessments: 4, Economic Evaluations: 25)

Kommentar: Kun avgrenset på publikasjonsår

ID	Search	Hits
#1	MeSH descriptor Psychotherapy, this term only	1267
#2	MeSH descriptor Gestalt Therapy, this term only	5
#3	MeSH descriptor Psychotherapeutic Processes, this term only	19
#4	MeSH descriptor Psychotherapy, Brief, this term only	388
#5	MeSH descriptor Psychotherapy, Multiple, this term only	9
#6	MeSH descriptor Psychotherapy, Rational-Emotive, this term only	20
#7	((psychodynamic or Psychoanalytically Oriented or psychoanalytic) NEXT (Therap* or Treatment)):ti,ab	54
#8	(Psychotherapy or Psychotherapeutic or psychotherapies or Gestalt or psychiatric therapeutic process*):ti,ab	1929
#9	(#1 OR #2 OR #3 OR #4 OR #5 OR #6 OR #7 OR #8)	2992
#10	MeSH descriptor Depression, this term only	3251
#11	MeSH descriptor Depressive Disorder explode all trees	5175
#12	((agitated or anaclitic or Anxiety or atypical or central or Climacteric or Climacterium or clinical or disease or disorder? or emotional or endogenous or endogenous or illness or involuntional or major or masked or Menopausal or mental or neuros* or neurotic or parental or post-natal or post-partum or postnatal	4083

	or postpartum or psychosis or psychotic or puerperal or Puerperium or reactive or recurrent or resistant or Seasonal or state or symptom? or syndrom or unipolar or Winter) NEAR/2 (depression? or depressive)):ti,ab	
#13	((dysthymic NEAR/1 disorder?) or Dysphori? or Dysthymia or Melanchol* or Dysforia):ti,ab	969
#14	((involuntional or involutive) NEAR/1 (paraphrenia or psychos*)):ti,ab	0
#15	(seasonal NEXT (affective or mood) NEXT disorder?):ti,ab	15
#16	(#10 OR #11 OR #12 OR #13 OR #14 OR #15)	10575
#17	(#9 AND #16)	757
#18	(#17), from 2000 to 2008	465

Database: SWEMED+

Dato: 02.10.08

Antall treff: 98 (Antall treff 2000-2008: 73)

Kommentar: Kun søkt på emneord og ingen avgrensinger. Dette pga begrensede søkemuligheter i basen.

Søkmængd	Søkvillkor	Antal poster
S1	psychotherapy.sh.	956
S2	gestalt therapy.sh.	5
S3	psychotherapeutic processes.sh.	26
S4	psychotherapy, brief.sh.	70
S5	psychotherapy, multiple.sh.	7
S6	psychotherapy, rational-emotive.sh.	1
S7	Depression.sh.	795
S8	<i>Exploresökning på Depressive-Disorder</i>	484
S9	S1 OR S2 OR S3 OR S4 OR S5 OR S6	970
S10	S7 OR S8	974
S11	S9 AND S10	98

2. EKSKLUDERTE STUDIER

Referanser ekskludert etter vurdering i fulltekst
Anakarberg P. (2003) Psykoterapi har minst lika god effekt som antidepressiva. Lakartidningen; 100(22):1995-9
Balslev Jørgensen M, Dam OH, Bolwig TG. (2002) Effekten af psykoterapi på depression. Ugeskriv Laeger; 164(26):3435-9
Bond M (2006) Psychodynamic psychotherapy in the treatment of mood disorders. Current Opinion in Psychiatry; 19(1):40-3
Crits-Christoph P, Connolly MB, Gallop R, Barber JP, Tu X, Gladis M, et al. Early improvement during manual-guided cognitive and dynamic psychotherapies predicts 16-week remission status. J Psychother Pract Res 2001;10(3):145-54.

Cuijpers P, van Straten A, Warmerdam L, Andersson G. Psychological treatment of depression: A meta-analytic database of randomized studies. <i>BMC Psychiatry</i> 2008;8,
Cuijpers P, Van Straten A, Warmerdam L, Smits N. Characteristics of effective psychological treatments of depression: A meta-regression analysis. <i>Psychotherapy Research</i> 2008;18(2):225-36.
Cuijpers P, Van Straten A, Warmerdam L, Andersson G. Psychological treatment of depression: a meta-analytic database of randomized studies. <i>BMC Psychiatry</i> 2008;8:36.
De Jonghe F, Hendricksen M, Van Aalst G, Kool S, Peen V, Van R, et al. Psychotherapy alone and combined with pharmacotherapy in the treatment of depression. <i>The British journal of psychiatry: the journal of mental science</i> 2004;185:37-45.
De Maat S, Dekker J, Schoevers R, De Jonghe F. Relative efficacy of psychotherapy and pharmacotherapy in the treatment of depression: A meta-analysis. <i>Psychotherapy Research</i> 2006;16(5):566-78.
De Maat S, Dekker J, Schoevers R, Van Aalst G, Wijk CGV, Hendriksen M, et al. Short psychodynamic supportive psychotherapy, antidepressants, and their combination in the treatment of major depression: A mega-analysis based on three randomized clinical trials. <i>Depress Anxiety</i> 2008;25(7):565-74.
Dekker JJM, Koelen JA, Van HL, Schoevers RA, Peen J, Hendriksen M, et al. Speed of action: The relative efficacy of short psychodynamic supportive psychotherapy and pharmacotherapy in the first 8 weeks of a treatment algorithm for depression. <i>J Affect Disord</i> 2008;109(1-2):183-8.
Driessen E, Van HL, Schoevers RA, Cuijpers P, van Aalst G, Don FJ, et al. Cognitive Behavioral Therapy versus Short Psychodynamic Supportive Psychotherapy in the outpatient treatment of depression: a randomized controlled trial. <i>BMC Psychiatry</i> 2007;7:58.
Dunner DL. Current therapeutic approaches for dysthymic disorder. <i>Expert rev</i> 2003;3(1):119-25.
Dunner DL, Blier P, Keller MB, Pollack MH, Thase ME, Zajecka JM. Preventing recurrent depression: Long-term treatment for major depressive disorder. <i>J Clin Psychiatry</i> 2007;68(4):619-30.
Dunner DL, Blier P, Keller MB, Pollack MH, Thase ME, Zajecka JM. Preventing recurrent depression: Long-term treatment for major depressive disorder. <i>Primary Care Companion to the Journal of Clinical Psychiatry</i> 2007;9(3):214-23.
Ell K, Unützer J, Aranda M, Gibbs NE, Lee PJ, Xie B. Managing depression in home health care: a randomized clinical trial. <i>Home Health Care Serv Q</i> 2007;26(3):81-104.
Ellis P, Hickie I, Bushnell J, Hirini P, Stevens S, Smith DAR. Australian and New Zealand clinical practice guidelines for the treatment of depression. <i>Aust N Z J Psychiatry</i> 2004;38(6):389-407.
Fannon D. Pat Bracken. <i>Psychiatric Bulletin</i> 2008;32(6):240.
Fonagy P, Roth A, Higgitt A. Psychodynamic psychotherapies: Evidence-based practice and clinical wisdom. <i>Bull Menninger Clin</i> 2005;69(1):1-58.
Fonagy P, Roth A, Higgitt A. The outcome of psychodynamic psychotherapy for psychological disorders. <i>Clinical Neuroscience Research</i> 2005;4(5-6 SPEC. ISS.):367-77.
Gibbons MBC, Crits-Christoph P, Hearon B. The empirical status of psychodynamic therapies. <i>Annu</i> 2008;4:93-108.

Gilliam CM, Cottone RR. Couple or individual therapy for the treatment of depression?: An update of the empirical literature. <i>American Journal of Family Therapy</i> 2005;33(3):265-72.
Hansen NB, Lambert MJ, Forman EM. The psychotherapy dose-response effect and its implications for treatment delivery services (DARE structured abstract). <i>Clinical Psychology: Science and Practice</i> 2002;9:329-43.
Hautzinger M. [Psychotherapy of depression]. <i>Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz</i> 2008;51(4):422-9.
Hawker DSJ. Group psychotherapy: Big is beautiful. <i>Clinical Psychology Forum</i> 2007;(175):41-3.
Hecht H, Van Calker D. Evidence-based psychotherapy of chronic depressive disorders. <i>PPmP Psychotherapie Psychosomatik Medizinische Psychologie</i> 2008;58(5):215-24.
Holden C. Future brightening for depression treatments. <i>Science</i> 2003;302(5646):810-3.
Hougaard E, Balslev Jörgensen M. Psykologisk behandling af depression. <i>Ugeskr Laeger</i> 2007;169(16):1444-7.
King M, Sibbald B, Ward E, Bower P, Lloyd M, Gabbay M, et al. Randomised controlled trial of non-directive counselling, cognitive-behaviour therapy and usual general practitioner care in the management of depression as well as mixed anxiety and depression in primary care. <i>Health Technol Assess</i> 2000;4(19):1-83.
Knekt P. A randomized trial of the effect of four forms of psychotherapy on depressive and anxiety disorders. Design, methods, and results on the effectiveness of short-term psychodynamic psychotherapy and solution-focused therapy during a one-year follow-up. Kela: The Social Insurance Institution, Finland Studies in social security and health 2004;
Knekt P, Lindfors O, Laaksonen MA, Raitasalo R, Haaramo P, Jarvikoski A. Effectiveness of short-term and long-term psychotherapy on work ability and functional capacity - A randomized clinical trial on depressive and anxiety disorders. <i>J Affect Disord</i> 2008;107(1-3):95-106.
Knekt P, Lindfors O, Harkanen T, Valikoski M, Virtala E, Laaksonen MA, et al. Randomized trial on the effectiveness of long-and short-term psychodynamic psychotherapy and solution-focused therapy on psychiatric symptoms during a 3-year follow-up. <i>Psychol Med</i> 2008;38(5):689-703.
Lam RW, Kennedy SH. Evidence-based strategies for achieving and sustaining full remission in depression: focus on metaanalyses. <i>Can J Psychiatry</i> 2004;49(3 Suppl 1):17S-26S.
Lau MA. New developments in psychosocial interventions for adults with unipolar depression. <i>Current Opinion in Psychiatry</i> 2008;21(1):30-6.
Leichsenring F. Are psychodynamic and psychoanalytic therapies effective? A review of empirical data. <i>International Journal of Psychoanalysis</i> 2005;86(3):841-68.
Leichsenring F, Leibing E. Supportive-expressive (SE) psychotherapy: An update. <i>Current Psychiatry Reviews</i> 2007;3(1):57-64.
Lewis AJ, Dennerstein M, Gibbs PM. Short-term psychodynamic psychotherapy: Review of recent process and outcome studies. <i>Aust N Z J Psychiatry</i> 2008;42(6):445-55.
Lotz M, Jensen HH. Focus in psychodynamic group therapy. An empirical study of dynamic focus, diagnoses, and symptomatic outcome. <i>Nordic Psychology</i> 2006;58(3):248-61.
Maina G, Forner F, Bogetto F. Randomized controlled trial comparing brief dynamic and supportive therapy with waiting list condition in minor depressive disorders. <i>Psychother Psycho-</i>

som 2005;74(1):43-50.
Markowitz JC, Kocsis JH, Bleiberg KL, Christos PJ, Sacks M. A comparative trial of psychotherapy and pharmacotherapy for "pure" dysthymic patients. <i>J Affect Disord</i> 2005;89(1-3):167-75.
McDermut W, Miller IW, Brown RA. The efficacy of group psychotherapy for depression: A meta-analysis and review of the empirical research. <i>Clinical Psychology: Science and Practice</i> 2001;8(1):98-116.
McPherson S, Cairns P, Carlyle J, Shapiro DA, Richardson P, Taylor D. The effectiveness of psychological treatments for treatment-resistant depression: A systematic review. <i>Acta Psychiatr Scand</i> 2005;111(5):331-40.
Michalak EE, Lam RW. Breaking the myths: New treatment approaches for chronic depression. <i>The Canadian Journal of Psychiatry / La Revue canadienne de psychiatrie</i> 2002;47(7):635-43.
Molenaar PJ, Dekker J, Van R, Hendriksen M, Vink A, Schoevers RA. Does adding psychotherapy to pharmacotherapy improve social functioning in the treatment of outpatient depression? <i>Depress Anxiety</i> 2007;24(8):553-62.
Scott J, Watkins E. Brief psychotherapies for depression: Current status. <i>Current Opinion in Psychiatry</i> 2004;17(1):3-7.
Seligman ME, Steen TA, Park N, Peterson C. Positive psychology progress: empirical validation of interventions. <i>The American psychologist</i> 2005;60(5):410-21.
Seligman MEP, Rashid T, Parks AC. Positive psychotherapy. <i>American Psychologist</i> 2006;61(8):774-88.
Sherbourne CD, Edelen MO, Zhou A, Bird C, Duan N, Wells KB. How a therapy-based quality improvement intervention for depression affected life events and psychological well-being over time: a 9-year longitudinal analysis. <i>Medical Care</i> 2008;46(1):78-84.
Simpson S, Corney R, Fitzgerald P, Beecham J. A randomized controlled trial to evaluate the effectiveness and cost-effectiveness of psychodynamic counselling for general practice patients with chronic depression. <i>Psychol Med</i> 2003;33(2):229-39.
Tasca GA, Mikail SF, Hewitt PL. Group Psychodynamic Interpersonal Psychotherapy: Summary of a treatment model and outcomes for depressive symptoms. <i>Focus on psychotherapy research</i> 2005;
van Schaik DJ, van Marwijk HW, van der Windt AW, Beekman AT, De Haan M, van Dyck R. De effectiviteit van psychotherapie in de eerste lijn bij patienten met een depressieve stoornis: een systematisch overzicht [Effectiveness of psychotherapy for depressive disorder in primary care: a systematic review] (DARE provisional record). <i>Tijdschrift voor Psychiatrie</i> 2002;44:609-19.
Von Sydow K, Behr S, Retzlaff R, Schweitzer-Rothers J. Systematic therapy for adult index patients. A meta-content analysis of 28 randomized, controlled trials. <i>Psychotherapeut</i> 2007;52(3):187-211.
Wampold BE, Minami T, Baskin TW, Callen TS. A meta-(re)analysis of the effects of cognitive therapy versus 'other therapies' for depression. <i>J Affect Disord</i> 2002;68(2-3):159-65.
Ward E, King M, Lloyd M, Bower P, Sibbald B, Farrelly S, et al. Randomised controlled trial of non-directive counselling, cognitive-behaviour therapy, and usual general practitioner care for patients with depression. <i>Br Med J</i> 2000;321(7273):1383-8.
Ward E, King M, Lloyd M. Psychological therapy reduced depression earlier (4 months) but at 1 year was not better than usual general practitioner care. <i>Evidence-Based Medicine</i> 2001;6(4):119.

Watson JC, Gordon LB, Stermac L, Kalogerakos F, Steckley P. Comparing the effectiveness of process-experiential with cognitive-behavioral psychotherapy in the treatment of depression. *J Consult Clin Psychol* 2003;71(4):773-81.

Zettle RD. ACT with Affective Disorders. Hayes, Steven C (Ed); Strosahl, Kirk D (Ed) (2005) A practical guide to acceptance and commitment therapy (pp 77-102) xvi, 395 pp New York, NY, US: Springer Science + Business Media 2005;(Ed):Kirk-102.

Zimmermann G, De Roten Y, Despland J-N. Efficacy, cost-effectiveness and appropriateness of psychotherapy: A review. *Schweiz Arch Neurol Psychiatr* 2008;159(3):119-26.

Falk Leichsenring og Eric Leibings: Psychodynamic psychotherapy: A systematic review of techniques, indications and empirical evidence. *Psychology and Psychotherapy. Theory, Research and Practice* 2007, 80, 21

Hilsenroth, M.J., Ackerman, S.J., Blagys, M.D., Baity, M.R., & Mooney, M.A. (2003). Short-Term Psychodynamic Psychotherapy for Depression: An Examination of Statistical, Clinically Significant and Technique Specific Change. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 191, 349-357.

3. SJEKKLISTER

Sjekkliste oversiktsstudier

Alle spørsmål besvares med enten ja, uklart/delvis eller nei:

1. Beskriver forfatterne klart hvor og hvordan de har søkt etter litteratur?
2. Er litteratursøket tilstrekkelig omfattende?
3. Er det klart beskrevet hvilke kriterier som ble brukt for å bestemme hvilke studier som skulle inkluderes?
4. Er det sikret mot systematiske skjevheter (bias) ved seleksjon av studier?
5. Er kriteriene som er brukt for å vurdere kvaliteten (validiteten) av de inkluderte studiene, klart beskrevet?
6. Er validiteten av alle studiene som det er referert til i teksten, vurdert ved hjelp av relevante kriterier?
7. Er metodene som ble brukt da resultatene ble sammenfattet, klart beskrevet?
8. Ble resultatene fra studiene sammenfattet forsvarlig sett i lys av spørsmålet som oversikten handlet om?
9. Er forfatternes konklusjoner støttet av data og/eller analyser som er beskrevet eller rapportert i oversikten?

Tabell v1: Vurdering av metodisk kvalitet på inkluderte studier - Oversikter

Studie	1	2	3	4	5	6	7	8	9	Vurdering
Abbass 2006	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Høy
Bortolotti 2008	Ja	Ja	Ja	Nei	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Høy
Churchill 2001	Ja	Ja	Ja	Nei	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Høy
Cuijpers 2008	Ja	Uklart	Nei	Nei	Uklart	Uklart	Ja	Ja	Ja	Middels
Leichs. 2001	Ja	Nei	Uklart	Nei	Nei	Nei	Nei	Uklart	Uklart	Lav
Leichs. 2008	Uklart	Nei	Ja	Uklart	Ja	Ja	Ja	Ja	Ja	Høy

Forklaring: Nummer refererer til sjekklstens spørsmål.

Forklaring for vurdering:

Høy kvalitet (ingen begrensinger): Brukes hvis alle eller de fleste kriteriene fra sjekklisten er oppfylt. Dersom noen av kriteriene ikke er oppfylt, må det være veldig lite sannsynlig at studiens konklusjon blir påvirket.

Middels kvalitet (noen begrensinger): Brukes hvis noen av kriteriene fra sjekklisten ikke er oppfylt og/eller der kriteriene ikke er tilfredsstillende beskrevet. Samlet vurdering tilsier at det er lite sannsynlig at studiens konklusjon blir påvirket.

Lav kvalitet (alvorlige begrensinger): Brukes hvis få eller ingen kriterier fra sjekklisten er oppfylt og/eller ikke er tilfredsstillende beskrevet. Samlet vurdering tilsier at det er sannsynlig at studiens konklusjon kan bli endret.

Sjekkliste randomiserte kontrollerte studier

Alle spørsmål besvares med enten ja, uklart/delvis eller nei:

1. Er utvalget tilfeldig fordelt (randomisert) til tiltaks- og kontrollgruppe?
2. Er denne randomiseringen skjult for den som fordeler til gruppene?
3. Er gruppene like ved oppstart av studien?
4. Er gruppene behandlet likt bortsett fra for tiltaket som evalueres?
5. Er deltakere/pasienter uvitende (blindet) med hensyn til hvilken gruppe de er i?
6. Er utøverne eller behandlerne uvitende om hvem som er i hvilken gruppe?
7. Er den som vurderer resultatene og evt. analyserte dataene uvitende om hvilket tiltak deltakerne fikk?
8. Er deltakerne analysert i sin opprinnelige gruppe (Intention-To-Treat)?
9. Er det gjort rede for alle deltakerne ved slutten av studien?
10. Er måling av alle relevante utfall utført standardisert, gyldig og pålitelig?
11. Er resultatene presise?

Tabell v2: Vurdering av metodisk kvalitet på inkluderte studier - RCT

Studie	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	Vurdering
Dunn 2003	Ja	Nei	Ja	Ja	-	-	Nei	Ja	Ja	Ja	Ja	Høy
Salminen 2008	Ja	Nei	Ja	Ja	-	-	Nei	Ja	Ja	Ja	Ja	Høy
Simpson 2003	Ja	Ja	Nei	Ja	-	-	Nei	Ja	Ja	Ja	Ja	Høy

Forklaring: Nummer refererer til sjekklistens spørsmål. Spørsmål 5 og 6 ikke presisert siden "blinding" er umulig for psykososiale intervensjoner.

Forklaring for vurdering:

Høy kvalitet (ingen begrensinger): Brukes hvis alle eller de fleste kriteriene fra sjekklisten er oppfylt. Dersom noen av kriteriene ikke er oppfylt, må det være veldig lite sannsynlig at studiens konklusjon blir påvirket.

Middels kvalitet (noen begrensinger): Brukes hvis noen av kriteriene fra sjekklisten ikke er oppfylt og/eller der kriteriene ikke er tilfredsstillende beskrevet. Samlet vurdering tilsier at det er lite sannsynlig at studiens konklusjon blir påvirket.

Lav kvalitet (alvorlige begrensinger): Brukes hvis få eller ingen kriterier fra sjekklis-
ten er oppfylt og/eller ikke er tilfredsstillende beskrevet. Samlet vurdering tilsier at
det er sannsynlig at studiens konklusjon kan bli endret.