



Psykologtidsskriftet

TEORETISK ARTIKKEL

Effekten av psykoterapi for voksne med depresjon: En tabloid og usystematisk gjennomgang

Stian Solem¹

¹Institutt for psykologi, NTNU

stian.solem@ntnu.no

Publisert: 18.07.2025

Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

KONTAKT: stian.solem@ntnu.no

Abstract



The effect of psychotherapy for depression in adults: A tabloid and unsystematic review

Many of the claims put forward in an episode from the Norwegian Broadcasting Corporation's TV series Folkeopplysningen entitled "Psyk" were based on results from meta-analyses on the effect of psychotherapy for depression. This review takes a closer look at the 415 studies included in the database of studies on treatment for depression. By limiting the review to individual treatments comprising at least 10 sessions and a recognised psychotherapy method (CBT-based therapies, interpersonal therapy and psychodynamic therapy) from studies conducted in Western countries using heterogeneous depression samples, the number of studies was reduced to 11. These 11 studies showed that while many different therapies were tested and many patients improved, response rates varied considerably. Studies using many different control conditions make it difficult to meta-analyse them. Inspection of the studies with the lowest and highest effect sizes from the database also showed that many factors influence the results, and that one should be critical about what is included in meta-analyses. The fact that 415 studies were reduced to 11 suggests that results from meta-analyses may not be truly representative, and that more psychotherapy research is needed.

Keywords: psychotherapy, depression, meta-analysis, CBT

Sammendrag

Metaanalyser om effekten av psykoterapi for depresjon danner bakgrunnen for mange av påstandene som ble fremmet i episoden «Psyk» av NRKs program Folkeopplysningen. I denne gjennomgangen blir det gjort en nærmere vurdering av de 415 studiene som inngår i databasen over studier på behandling av depresjon. Ved å begrense gjennomgangen til individuell behandling med minst ti sesjoner med en anerkjent psykoterapimetode (CBT-varianter, interpersonlig terapi og psykodynamisk terapi) fra vestlige land og med heterogene depresjonsutvalg ble antallet studier redusert til elleve. Disse elleve studiene viste at det er mange ulike terapier som har blitt testet, mange pasienter som blir bedre, men samtidig stor variasjon i responsrater. Bruken av mange ulike sammenligningsbetingelser gjør det vanskelig å metaanalysere resultatene. Inspeksjon av studiene fra databasen med de laveste og høyeste effektstørrelsene viser også at mange faktorer påvirker resultatene, og at man bør være kritisk til hva som inkluderes i metaanalysene. At 415 studier reduseres til 11, tyder på at svarene fra metaanalysene ikke trenger å være veldig representative, og at vi trenger mer forskning på vanlig psykoterapi.

Nøkkelord: psykoterapi, depresjon, metaanalyse, KAT

Hovedbudskapet til NRKs program Folkeopplysningen i episoden «Psyk» i 2022 virket å være at psykoterapi ikke har særlig effekt. Det ble gjengitt at kun én av syv pasienter med depresjon har god behandlingseffekt, et resultat som virker å være hentet fra en metaanalyse av Cuijpers et al. (2014). Etter programmet ble det mye debatt og mange gode nyanserende innspill. Kommentarer handlet om alt fra at man tok fra pasienter håp, forvirret folk, at resultatene var misvisende, at man også bør se på organisatoriske elementer, men også om hvorvidt programmet var realitetsorienterende, og at psykologer ikke må overselge terapieffekter som å ha «svært stor effekt» eller beskrive sine metoder som «revolusjonerende». Effekten av ulike sammenligningsbetingelser (f.eks. venteliste vs. aktiv kontroll) ble også grundig belyst, og det ble påpekt at den perfekte psykoterapistudien trolig er umulig.



I Folkeopplysningen virket det som at man prøvde å svare på spørsmålet rundt effekten av psykoterapi med å vise til metaanalysene av Cuijpers et al. En metaanalyse er en statistisk teknikk for å finne et vektet gjennomsnitt (effektstørrelse) av flere uavhengige enkeltstudier som har samme type problemstilling (som f.eks. effekten av psykoterapi for personer med depresjon). Intensjonen er å oppsummere med større sikkerhet hva behandlingseffekten faktisk er på tvers av alle studiene. Den større sikkerheten er metaanalysenes fordel. En ulempe er at metaanalysene kan inkludere for bredt. Cuijpers et al.s metaanalyser inkluderte en hel rekke av ulike terapivarianter og -formater.

I et debattinnlegg utfordret Solbakken et al. (2022) flere av argumentene fremsatt i Folkeopplysningen og rettet kritikk mot metaanalysene. Dette handlet blant annet om hvordan studier med ventelistekontroll ble ekskludert, og ikke-vestlige studier likeså. De var også kritisk til noen eksklusjoner som ble gjort grunnet metodiske kriterier, samt stilte spørsmål ved noen av kodingsprosedyrene. Et annet punkt de var kritiske til, handlet om innholdet i metaanalysene. Kanskje de inkluderer studier som egentlig ikke er vanlig psykoterapi? Dette punktet fikk kun ett dedikert avsnitt, og spørsmålet er relevant for psykologers praksis, så jeg ønsker å utdype dette punktet og forsøke meg på et svar med en tabloid og usystematisk gjennomgang av studiene i Cuijpers sin database over randomiserte kontrollerte studier (RCT) på depresjon. Mer spesifikt ble det undersøkt hvilke studier databasen har av individuell psykoterapi med en evidensbasert metode som varer over minst ti sesjoner, siden dette er hva norske psykologer læres opp i. I tillegg vil artikkelen undersøke hvilke studier i databasen som viser høyest og lavest effektstørrelse.

Metode



En ting som er kjekt med metaanalysene til Cuijpers sin forskningsgruppe, er at dataene er lett tilgjengelig for alle å undersøke (www.metapsy.org). I databasen «psykoterapi for depresjon» var det 415 unike RCT-studier med til sammen 826 effektstørrelser. Studier som var kodet som individuell behandling, og hvor det var gitt minst ti sesjoner, ble selektert da disse vil ligne mest på det vi kjenner som ordinær poliklinisk DPS-behandling. Valget om minst ti sesjoner var basert på at de mest evidensbaserte behandlingene for depresjon spesifiser alle minst ti timer, samt at dette er nært gjennomsnittlig antall timer for en pasient på DPS. Dette innebar ekskludering av gruppebasert behandling (30.8 % av studiene), veiledet selvhjelp (21.7 %), telefonbaserte behandlinger (3.8 %), ikke-guidet selvhjelp (1.1 %), parterapi (0.5 %) samt alle studier som var kodet som «other». Da gjestod 35.2 % ($k = 146$) av studiene, de som var kategorisert som individuell behandling.

Deretter ble alle studiene med individuell behandling som hadde en tittel, gjennomgått (noen studier manglet titler) for å se om de undersøkte evidensbaserte behandlinger for depresjon. Ulike varianter av CBT (kognitiv atferdsterapi), IPT (interpersonlig terapi) og ISTDP (korttidsdynamisk psykoterapi) er omtalt som evidensbaserte behandlinger for depresjon i tråd med NICE guidelines. Derfor ble studier som ikke spesifiserte en av disse behandlingene i tittelen, ekskludert. Studier som gikk på spesifikke subgrupper av pasienter, ble også ekskludert, fordi på en vanlig norsk DPS får man heterogene pasientgrupper. Videre ble det satt en begrensning til studier gjennomført i vestlige land (Europa, Australia/New Zealand, Nord-Amerika, Mellom-Amerika, Brasil og Russland). Begrensningen til vestlige land medførte at to kinesiske studier ble ekskludert. Studier fra førstelinje («primary care») ble også ekskludert for å få studier som er mest mulig lik DPS-virkeligheten.

Disse begrensningene gjorde at veldig mange studier ble kastet ut. En del studier så på typer behandling som er ukjent/ikke-etablert i retningslinjer (f.eks. «Chinese Chan-based mind-body intervention», «COMET», «Say yes to life», «healthy activity program», «self-control therapy», «body psychotherapy», «task shifting», psykodrama, «body-mind-spirit intervention» og gestaltdialoger). Mange studier har også begrenset behandlingen til spesielle populasjoner som personer med diabetes, HIV, kreft, hjerteproblemer, fødselsdepresjon, studenter, geriatriske utvalg, personer med hoftebrudd, epilepsi, religiøse, personer i fengsel, personer med psykisk utviklingshemming, slag, demens, dårlig syn, eller med MS. Se appendiks A for en oversikt over de ekskluderte studiene med forklaring på hvorfor de ikke ble inkludert.

Resultat



Studier som minner om vanlig DPS-behandling

Etter ekskludering av studier var det kun 13 studier som hadde psykoterapi med en vanlig psykoterapimetode som varte over minst ti sesjoner. Man kan lure på hvorfor det blir såpass få. Svaret ligger kanskje i ekskluderingene. Det kan tenkes at tidsskrifter er lite ivrig på å undersøke vanlig behandling, fordi det oppleves som lite nytenkende. De tenker kanskje at dette er etablerte sannheter. Derfor tvinges forskerne hele tiden til å finne nye vinklinger som å teste effekten av terapi på nye subgrupper eller i andre formater. En oversikt over de 13 studiene som gjenstår, er oppsummert i Tabell 1. At vi går fra 415 studier ned til 13 (3 % av studiene), kan dermed tyde på at studiene inkludert i Cuijpers database ikke er så veldig representative for vanlig behandling (Treatment As Usual; TAU) slik det gjøres ved norske DPS-er.

Etter gjennomlesing av de 13 studiene ble to studier til ekskludert. Det viste seg at Castonguay et al. (2004) sin studie brukte studentterapeuter, så derfor ble den ekskludert. Riktignok selv med studentterapeuter så gikk BDI-skårene (Beck Depression Inventory) fra 27 til 5, og CBT var betydelig bedre enn venteliste. Fonagy et al. (2015) sin studie ble også ekskludert, fordi langtids-psykoanalytisk terapi ble gitt som et tillegg til TAU og pasientene var fra førstelinjen. I studien sin fant de at BDI-skårene gikk fra 37 til 24, og dette var bedre enn TAU på de fleste oppfølgingstidspunkt.

Tabell 1

Effekten av individuell psykoterapi (minst ti sesjoner) for pasienter med depresjon

Forfatter	Mål	Endring	Respons
Barber, 2012	HAM-D	Ingen tall oppgitt	ISTDP: 28% Medisin: 31% Placebo: 24%
Castonguay, 2004	-	-	-
DeRubeis, 2005	HAM-D	Ingen tall oppgitt	CT: 58% Medisin: 58%
Dimidjian, 2006	HAM-D	HAM-D 20+: BA: 23->8 CT: 23->10 Medisin: 24->9 HAM-D 19-: BA: 17->8 CT: 17->7 Medisin: 17->8	HAM-D 20+: BA: 76% CT: 48% Medisin: 49% HAM-D 19-: BA: 39% CT: 65% Medisin: 47%

Forfatter	Mål	Endring	Respons
Elkin, 1989	BDI	CBT: 27->13 IPT: 26->12 Medisin: 27->12 Placebo: 27->15	CBT: 65% IPT: 70% Medisin: 69% Placebo: 51%
Euteneuer, 2017	BDI	BA: 27->15 WL: 26->24	-
Fonagy, 2015	-	-	-
Hagen, 2017	BDI	MCT: 28->6 WL: 27->24	MCT: 75% WL: 5%
Hemanny, 2019	BDI	CT: 31->13 BA: 32->13 TAU (medisin): 31->26	-
Rief, 2018	BDI	CBT: 28->14 WL: 27->23	CBT: 56% WL: 3.4%
Saloheimo, 2016	HAM-D	Kun vist som figur	IPT: 61% KiD: 76% TAU: 68%
Town, 2017	HAM-D	ISTDP: 23->12 TAU (ukjent): 24->19	ISTDP: 36% TAU (ukjent): 3.7%
Wiersma, 2014	IDS	CT: 41->24 TAU (ulik terapi/medisin): 44->32	CT: 41% TAU (ulik terapi/medisin): 19%

Merknad. BA = atferdsaktiverting, BDI = Beck Depression Inventory, ISTDP = korttids psykodynamisk terapi, CBT =

kognitiv atferdsterapi, CT = kognitiv terapi, HAM-D = Hamilton Depression Rating Scale, IDS = Inventory for Depressive

Symptomatology, IPT = interpersonlig terapi, KiD = kurs i depresjonsmestring, MCT = metakognitiv terapi, TAU = behandling

som vanlig, WL = venteliste.

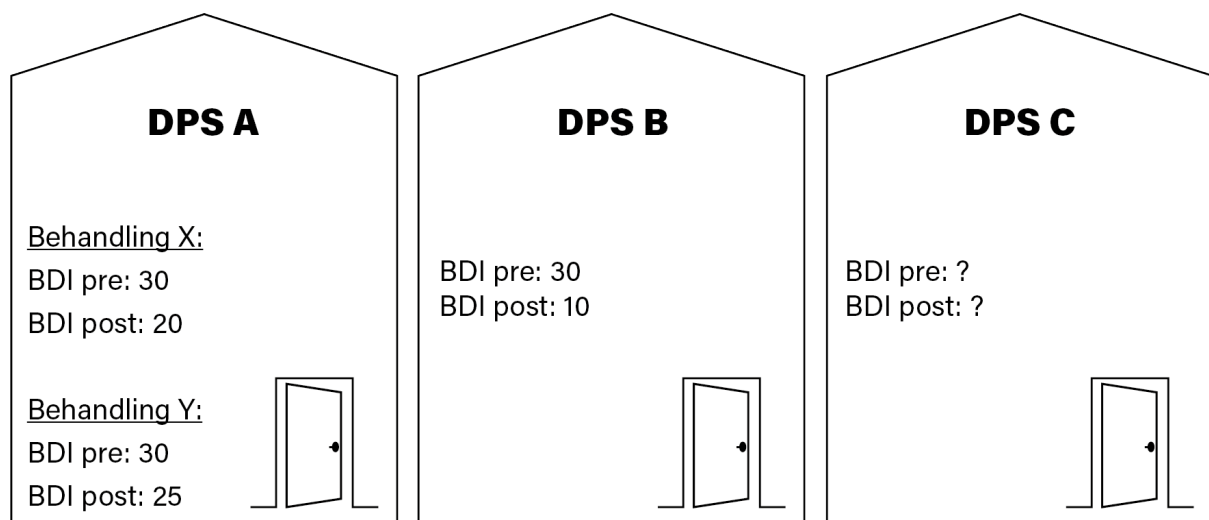
De elleve inkluderte studiene viste tydelig variasjon i en rekke viktige parametere. Det var variasjon i hvor studiene ble gjennomført (f.eks. vanlig klinikk eller ved universitetsklinikker), og det var terapeuter med ulik yrkesbakgrunn, grad av erfaring og opplæring. Kriteriene for å vurdere behandlingsrespons varierte også, hvor noen brukte 50 % reduksjon på spørreskjema, mens andre brukte en gitt terskelverdi på spørreskjemaet. Hvor denne terskelverdien ble satt, varierte derimot. Noen hadde også en kombinasjon av slike kriterier. Enkelte studier rapporterte resultater for pasienter som fullførte behandlingen, mens andre rapporterte for alle som ble randomisert inn i studien. En studie delte også opp resultatene basert på alvorlighetsgraden av depresjon til deltakerne. Visse studier hadde kompetansevurderinger av terapeuter, andre ikke. Behandlingslengden varierte også en del (fra ti til 23 sesjoner). For en nærmere beskrivelse av de elleve studiene, se appendiks B.



Oppsummert ser det ut til at de fleste av disse studiene viser at pasienter får bedring av behandling ut fra responsratene og reduksjonene i depresjonsplager (såkalt innen-gruppe-effekt). Her vil imidlertid noen akademikere være uenig i min tolkning og vise til at andre faktorer kan forklare slik bedring, som f.eks. regresjon mot gjennomsnittet. Forskjellen i disse meningene kan illustreres med Figur 1, hvor vi har tre ulike DPS-er: DPS A har gjennomført en RCT og funnet at behandling X var bedre enn behandling Y, DPS B har målt pasientene sine før og etter behandling, mens DPS C ikke har noen form for kvalitetssikring av forløpene. Basert på tallene de rapporterer, ville jeg foretrukket behandling ved DPS B. DPS A og behandling X har imidlertid for mange akademikere sterkere vitenskapelig troverdighet (på grunn av mellom-gruppe-effekt), selv om innen-gruppe-effektstørrelsen vil være lavere enn hos DPS B.

Figur 1

Hvilken DPS ville du foretrukket for behandling av depresjon?



Behandlingseffekten i de inkluderte studiene virker tydelig sett opp mot ventelistekontroll, men det er vanskeligere å se tydelige forskjeller i studiene som sammenligner psykoterapi med andre gode aktive kontrollbetingelser som psykofarmaka + oppfølging eller gode psykoterapibetingelser. Samtidig kan effekten variere mellom studier. Dette kan handle om faktorer som pasientenes alvorlighetsgrad, terapeutenes kompetanse/erfaring og hva man sammenligner med.

Jeg fikk et forslag om å metaanalysere disse elleve studiene, men jeg tenker det kan være problematisk. En av grunnene til det er at databasen har trukket ut 26 effektstørrelser fra disse elleve



studiene hvor intervensjonene er seks ulike former for psykoterapi (CBT, $k = 12$; BA, $k = 5$; IPT, $k = 3$, ISTDP, $k = 3$; og MCT, $k = 1$), og i sammenligningsbetingelsen finner vi ti studier klassifisert som TAU, ti som «other control» og seks som venteliste. Metaanalyse vil derfor være vanskelig, fordi det blir lite data fra studier som sammenligner de samme betingelsene. For CBT f.eks., som er den vanligste metoden brukt i databasen, er det kun tre effektstørrelser (fra to studier) på CBT vs. TAU. I den ene studien var TAU psykofarmaka + oppfølging av psykiater, og i den andre studien var det sammenlignet med KiD-kurs. Hvis vi hadde flere gode studier med CBT vs. KiD-kurs, kunne vi kanskje sagt noe om hvor bra CBT er sammenlignet med KID-kurs. Vi går glipp av viktige nyanser ved å si at psykofarmaka og KID-kurs er identiske TAU-betingelser.

Selv når sammenligningsbetingelsen skal være ganske så lik, f.eks. psykofarmaka + oppfølging, kan resultatene være varierende. Fire studier hadde medisin som betingelse; i Hemanny et al. (type medisin ikke spesifisert/standardisert) gikk BDI-skårene for medisingruppen fra 31 til 26, i Elkin et al. (imipramine) gikk det fra 27 til 12, hos DeRubeis et al. (paroxetine) responderte 58 % etter medisin (ingen BDI-mål), og i Dimidjian et al. (paroxetine) var det 47/49 % som responderte (BDI fra 36 til 8 for de alvorlige og fra 28 til 8 for de mindre alvorlige). Argumentet mitt er dermed at TAU-betingelser og andre sammenligningsbetingelser kan variere veldig, noe som vil påvirke resultatene sterkt. Et annet poeng er at TAU-betingelser ofte blir veldig dårlig beskrevet i artiklene. Dette kan handle om at det kan være vanskelig å ha oversikt over hva deltakere i TAU får av behandling og oppfølging, fordi TAU sjelden er standardisert eller nøye vurdert (Brattmyr et al., 2024). Bruk av ulike måleinstrument og kriterier for hva som anses som behandlingsrespons, kan også medføre usikkerhet i sammenligning og sammenslåing av studier.

Best og verst i databasen

Siden mange opplever at effektstørrelsene til Cuijpers ikke er veldig imponerende med tanke på psykoterapi, så kan man også stille seg spørsmål om hvilke studier og behandlinger som trekker ned effekten? Det uvektede gjennomsnittet av effektstørrelsene i Cuijpers' database er 0.83. Dette er et tall som vi ofte har hørt i psykoterapieffektdebatten, og som kan tolkes som en stor effektstørrelse. Mange av studiene bidrar imidlertid med negative effektstørrelser i databasen. Disse tyder altså på at psykoterapi har en forverrende effekt. Hva om vi tar en nærmere titt på de tre studiene som rapporterer mest negativ effekt?



Den verste effekten var i Thomas et al. (2019). Denne engelske studien så på BA vs. TAU for personer med depresjon etter slag og brukte studenter som terapeuter. Det som er overraskende gitt den negative effektstørrelsen, er at studien konkluderer med at BA var mer effektivt enn TAU. De i BA hadde PHQ-9-skårer (Patient Health Questionnaire-9) på 10 etter behandling (startet på 16), mens TAU hadde 14 (startet på 17), så dette var en *positiv* effektstørrelse. Men databasen til Cuijpers tar ut to effektstørrelser fra denne studien. Den *negative* effektstørrelsen omhandlet et annet måleinstrument (Stroke Aphasic Depression Questionnaire – Hospital version) som ble skåret av pasientenes partnere. På dette skjemaet var det minimale endringer fra 25 til 24 for BA og likeså for TAU med 19 til 18. Grunnen til at dette gir den mest negative effektstørrelsen med $g = -0.70$, er at effektstørrelsene beregnes kun ved å sammenligne post-skårene på 24 og 18 for de to betingelsene. Derfor kan denne negative effektstørrelsen handle om en skjevhet som eksisterte i utvalget før de startet behandling. Det er derfor ikke nødvendigvis en reell forskjell i behandlingseffekt. Det er dermed lite som tyder på at BA gjorde det dårligere enn TAU.

Nest dårligst er en kinesisk studie på «body-mind-spirit group psychotherapy» (Hsiao et al., 2014). Pasientene hadde diagnosen «adjustment disorder» (F43.2, tilpasningsforstyrrelse), altså ikke depresjonsdiagnose. Dette er med andre ord en type behandling som vi ikke kjenner fra retningslinjene og heller ikke korrekt målgruppe.

Tredje dårligst er en amerikansk studie som ser på terapi for religiøse pasienter (Propst et al., 1992). De aktive behandlingene var alle betydelig bedre enn venteliste, men den negative effektstørrelsen kommer av at «pastoral counseling» gjorde det litt bedre enn ikke-religiøs terapi på noen av måletidspunktene. Oppsummeringen av de negative effektene viser altså at dette kan handle om skjevheter i utvalgene før oppstart (randomiseringen har ikke medført at gruppene har blitt like), det er spesielle utvalg, eller spesiell behandling.

Hvem er det som har verdensrekorden i depresjonsbehandling, ifølge databasen? Hvem har de beste terapeutene eller terapiene? De med best effekt finner vi blant nigerianske pasienter med diabetes som ble gitt «CBT-coaching» (Onyechi et al., 2016). Effektstørrelsen var på imponerende 15.96! BDI-skårene for dem som fikk CBT-coaching, gikk fra 60 til 17, mens kontrollgruppen hadde ingen endring (59 til 59). Med tanke på at maksimum BDI-skåre er 63, så er dette ganske så heftige resultater, kanskje så heftig at man ikke vil ta resultatene for god fisk? De fleste andre studier har utvalg som starter terapi med BDI-skårer rundt 30. På andreplass er det også en nigeriansk studie. Igjen er det benyttet CBT-coaching, men denne gangen med innsatte i fengsel (Eseadi et al., 2018).

Utfordringen for dem som gjennomfører metaanalysene, er at det kan være vanskelig å sparke ut studier selv om man er tvilende til dem. Så lenge de møter inklusjonskriteriene (RCT-design og pasienter med depresjon), så må de analyseres.



Diskusjon

Jeg ville vært mer optimistisk på vegne av psykologisk terapi enn hva som ble formidlet i Folkeopplysningen. Hvis jeg tok inn en pasient med depresjon til behandling som stilte meg spørsmål om prognose, så ville jeg ikke snakket om effektstørrelsene eller «numbers needed to treat»-tallene til Cuijpers. Jeg ville heller fortalt om resultatene fra behandlingsstudien hvor jeg selv var terapeut (Hagen et al., 2017).

Vanlig individuell psykoterapi på 10+ sesjoner med psykologer for pasienter med depresjon ser ut til å være hjelpsomt. Kanskje ikke tydelig bedre enn medisiner, men bedre enn å ikke gjøre noe. Jeg mener at det å vise til Cuijpers' database ikke svarer godt og presist på spørsmålet om hvor effektiv psykoterapi er. Jeg tenker det blir viktig at man setter seg inn i hva slags studier metaanalysene baseres på, og at man er forsiktig med å generalisere. Jeg er ikke generelt negativ til metaanalyser. Det kan være en fin metode for å oppsummere effekten av noe, men man bør granske kritisk hvilke studier som blir inkludert.

Den amerikanske psykologforeningen prøvde også å adressere effekten av psykoterapi (American Psychological Association, 2012), men de unngikk å diskutere spesifikke effektstørrelser: «in studies measuring psychotherapy effectiveness, clients often report the benefits of treatment not only endure, but continue to improve following therapy completion as seen in larger effect sizes found at follow-up (Abbass, et al., 2006; Anderson & Lambert, 1995; De Maat, et al., 2009; Grant, et al., 2012; Leichsenring & Rabung, 2008; Leichsenring, et al., 2004; Shedler, 2010)».

Hvis man undersøker nærmere referansene APA bruker, ser man at de også tyr til metaanalyser. Disse har de samme utfordringene som databasen til Cuijpers. Hvis man ser nærmere på studiene de inkluderer, er det mye som ikke matcher med vanlig behandling ved norske DPS-er. Referansen til Abbass et al. er en metaanalyse av dynamisk behandling, men den tar kun for seg somatiske lidelser. Referansen til Anderson og Lambert er også en metaanalyse av dynamisk behandling. Hvis man ser på sammenligningsbetingelsene, beskrives de som f.eks. hypnose, selvhjelp, støttebehandling og «adult developmental». Beskrivelser av utvalgene inkluderer også litt

uvanlige grupper som blant annet bronkitt, «ødipal» og magesår. Referansen til de Maat et al. var også metaanalyse av dynamisk behandling (minst 50 sesjoner), men de rapporterer ingen mellom-gruppe-effektstørrelser. Referansen til Leichenring og Rabung var også en metaanalyse av dynamisk behandling (minst 50 sesjoner), men de hadde kun åtte mellom-gruppe-effektstørrelser. Referansen til Leichenring et al. var også en metaanalyse av dynamisk behandling hvor de prøvde å se på effekten for spesifikke lidelser, men det kunne de ikke, fordi det var for få studier. Det var f.eks. kun to studier på depresjon. Referansen til Shedler var derimot en usystematisk gjennomgang av andres metaanalyser på dynamisk behandling. Det var imidlertid en studie som ble referert til av APA som ikke var dynamisk behandling (Grant et al., 2012). Denne studien var en RCT som så på kognitiv terapi over 18 måneder for personer med schizofreni.

Å svare ut spørsmålet om psykoterapiens effekt med dagens metaanalyser blir nesten som å spørre «Hvor bra er restaurantene i verden?» for deretter å svare med at TripAdvisor viser en snittkarakter på 3.2 stjerner, eller noe lignende. Å konkludere med at man derfor ikke bør gå på restaurant fordi maten er «gjennomsnittlig», blir feil. På samme måte som at det kan være gode og dårlige kokker, gode og dårlige restauranter, forskjellige typer mat som serveres, forskjellige arbeidsforhold, forskjellig interpersonlig stil på kelnere osv., så vil det samme gjelde for psykoterapi. Det som imidlertid er fint med TripAdvisor sine vurderinger av restauranter, er at du kan få inntrykk av den spesifikke restauranten du vurderer å besøke. Kanskje den har 4.5 stjerner? Samme kvalitetssikring av psykoterapi og klinikker ser man ikke så ofte.

Det er noe skuffende at det kun er én norsk studie i de 415 studiene i databasen til Cuijpers. Det drives imidlertid forskning på behandling av depresjon i Norge, som f.eks. gruppebasert metakognitiv terapi, KiD-kurs, om depresjonsbehandling ved Modum Bad og om internettbasert CBT. Grunnen til at de ikke er inkludert i databasen, er at de ikke har RCT-design, men de kan likevel være informative. For en pasient med depresjon ville det vært betryggende å vite hva snittverdien på BDI er før og etter behandling ved klinikken eller terapeuten man skal til, men som sagt så finnes det mange som har mer kritiske synspunkt enn meg på slike pre-post-design.

Jeg ønsker at alle DPS-er deltar i kvalitetssikringsarbeid og forskning. Dette trenger ikke å være RCT-studier. Det kan være noe så enkelt at man måler endringer fra før til etter behandling, evaluerer resultatene og ser om det er endringer som bør gjøres, før man så evaluerer på nytt for å se om endringene gjorde at resultatene ble bedre. Dette bør være en kontinuerlig prosess som aldri slutter. En nylig metaanalyse på klinisk representativ behandling i de nordiske landene tyder på at det

er altfor lite forskning og kvalitetssikring på vanlig DPS-behandling som blir offentliggjort (Brattmyr et al., 2024). Et annet aspekt når man studerer TAU, er at det ofte er mangelfulle beskrivelser av hva som har blitt gjort. Dermed blir det vanskelig å si hva norsk TAU faktisk består av, og hva man kan forvente av endringer. I Folkeopplysningen ble det sagt at flesteparten av norske terapeuter trolig er eklektiske, noe som virker å støttes av funnene til Brattmyr et al. (2024). Hva som er effekten av eklektisk psykoterapi for depresjon, har vi imidlertid ikke mange gode studier på. Derfor hadde det vært fint å se en sammenligning av slik eklektisk terapi med mer manualbasert terapi som gjøres i RCT-ene.



Å formidle vårt fag i media kan være vanskelig. To timer med intervju kan klippes ned til fem minutter med skjermtid, og det blir gjerne det mest tabloide som trekkes ut og det komplekse forenkles. I selve tv-programmet så handlet første del om økning i psykiske plager. Psykoterapibiten kommer først inn i det 17. minutt og avsluttes i det 29. minutt, før oppmerksomheten vendes mot psykofarmaka. Det er med andre ord ganske så få minutter hvor man skal formidle effekten av psykoterapi. Samtidig handlet mesteparten av psykoterapibiten om EMDR, som ikke er en anbefalt behandling for depresjon. Med andre ord blir det veldig lite tid for å gå grundig inn på hva dataene til Cuijpers faktisk inneholder.

De studiene som ble gjennomgått i min tabloide og usystematiske vurdering, tyder på at vi trenger mer forskning på vanlig behandling, men også at det ikke er kun én av sju (14 %) deprimerte som blir bra ved vanlig psykoterapi. Responsratene for de ulike studiene ligger godt over det. Jeg er enig med min kollega ved NTNU, Joar Halvorsen, hvor han avslutningsvis i programmet anbefaler at om man har moderate–alvorlige plager, så bør man ha lav terskel for å oppsøke hjelp. Det er fordi psykoterapi kan hjelpe mange som har depresjon.

Appendiks A: Årsaker til ekskludering av behandlingsstudier (individualterapi) basert på studiens tittel

Appendiks B: Beskrivelse av de elleve inkluderte studiene

Referanser

Abbass, A., Kisely, S. & Kroenke, K. (2006). Short-term psychodynamic psychotherapy for somatic disorders: Systematic review and meta-analysis of clinical trials. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 78, 265–274. <https://doi.org/10.1159/000228247>

American Psychological Association (2012, August). *Recognition of Psychotherapy Effectiveness*.

<https://www.apa.org/about/policy/resolution-psychotherapy>



Anderson, E. M. & Lambert, M. J. (1995). Short-term dynamically oriented psychotherapy:

A review and meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 15, 503–514. [https://doi.org/10.1016/0272-7358\(95\)00027-M](https://doi.org/10.1016/0272-7358(95)00027-M)

Barber, J. P., Barrett, M. S., Gallop, R., Rynn, M. A. & Rickels, K. (2012). Short-term dynamic psychotherapy versus pharmacotherapy for major depressive disorder: a randomized, placebo-controlled trial. *The Journal of clinical psychiatry*, 73(1), 66–73. <https://doi.org/10.4088/JCP.11m06831>

Brattmyr, M., Lindberg, M. S., Lundqvist, J., Öst, L. G., Solem, S., Hjemdal, O. & Havnen, A. (2024). Clinically representative therapy for Nordic adult outpatients with common mental health problems: A systematic review and meta-analysis. *Scandinavian journal of psychology*, 65(2), 311–320. <https://doi.org/10.1111/sjop.12976>

Castonguay, L. G., Schut, A. J., Aikens, D. E., Constantino, M. J., Laurenceau, J. P., Bologh, L. & Burns, D. D. (2004). Integrative cognitive therapy for depression: a preliminary investigation. *Journal of Psychotherapy Integration*, 14(1), 4. <https://doi.org/10.1037/1053-0479.14.1.4>

Cuijpers, P., Turner, E. H., Mohr, D. C., Hofmann, S. G., Andersson, G., Berking, M. & Coyne, J. (2014). Comparison of psychotherapies for adult depression to pill placebo control groups: a meta-analysis. *Psychological medicine*, 44(4), 685–695. <https://doi.org/10.1017/S0033291713000457>

de Maat, S., de Jonghe, F., Schoevers, R. & Dekker, J. (2009). The effectiveness of long-term psychoanalytic therapy: A systematic review of empirical studies. *Harvard Review of Psychiatry*, 17, 1–23. <https://doi.org/10.1080/10673220902742476>

DeRubeis, R. J., Hollon, S. D., Amsterdam, J. D., Shelton, R. C., Young, P. R., Salomon, R. M., O'Reardon, J. P., Lovett, M. L., Gladis, M. M., Brown, L. L. & Gallop, R. (2005). Cognitive therapy vs medications in the treatment of moderate to severe depression. *Archives of general psychiatry*, 62(4), 409–416. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.62.4.409>

Dimidjian, S., Hollon, S. D., Dobson, K. S., Schmaling, K. B., Kohlenberg, R. J., Addis, M. E., Gallop, R., McGlinchey, J. B., Markley, D. K., Gollan, J. K., Atkins, D. C., Dunner, D. L. & Jacobson, N. S. (2006). Randomized trial of behavioral activation, cognitive therapy, and antidepressant medication in the acute treatment of adults with major

depression. *Journal of consulting and clinical psychology*, 74(4), 658–670. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.74.4.658>



- Elkin, I., Shea, M. T., Watkins, J. T., Imber, S. D., Sotsky, S. M., Collins, J. F., Glass, D. R., Pilkonis, P. A., Leber, W. R. & Docherty, J. P. (1989). National Institute of Mental Health Treatment of Depression Collaborative Research Program. General effectiveness of treatments. *Archives of general psychiatry*, 46(11), 971–983. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.1989.01810110013002>
- Eseadi, C., Obidoa, M. A., Ogbuabor, S. E. & Ikechukwu-Ilomuanya, A. B. (2018). Effects of Group-Focused Cognitive-Behavioral Coaching Program on Depressive Symptoms in a Sample of Inmates in a Nigerian Prison. *International journal of offender therapy and comparative criminology*, 62(6), 1589–1602. <https://doi.org/10.1177/0306624X16687046>
- Euteneuer, F., Dannehl, K., Del Rey, A., Engler, H., Schedlowski, M. & Rief, W. (2017). Immunological effects of behavioral activation with exercise in major depression: an exploratory randomized controlled trial. *Translational psychiatry*, 7(5), e1132. <https://doi.org/10.1038/tp.2017.76>
- Fonagy, P., Rost, F., Carlyle, J. A., McPherson, S., Thomas, R., Pasco Fearon, R. M., Goldberg, D. & Taylor, D. (2015). Pragmatic randomized controlled trial of long-term psychoanalytic psychotherapy for treatment-resistant depression: the Tavistock Adult Depression Study (TADS). *World Psychiatry*, 14(3), 312–321. <https://doi.org/10.1002/wps.20267>
- Grant, P. M., Huh, G. A., Perivoliotis, D., Solar, N. & Beck, A. T. (2012). Randomized trial to evaluate the efficacy of cognitive therapy for low-functioning patients with schizophrenia. *Archives of General Psychiatry*, 69, 121–127. <https://doi.org/10.1001/archgenpsychiatry.2011.129>
- Hagen, R., Hjemdal, O., Solem, S., Kennair, L. E., Nordahl, H. M., Fisher, P. & Wells, A. (2017). Metacognitive Therapy for Depression in Adults: A Waiting List Randomized Controlled Trial with Six Months Follow-Up. *Frontiers in Psychology*, 8, 31. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2017.00031>
- Hemanny, C., Carvalho, C., Maia, N., Reis, D., Botelho, A. C., Bonavides, D., Seixas, C. & de Oliveira, I. R. (2020). Efficacy of trial-based cognitive therapy, behavioral activation and treatment as usual in the treatment of major depressive disorder: preliminary findings from a randomized clinical trial. *CNS spectrums*, 25(4), 535–544. <https://doi.org/10.1017/S1092852919001457>

- Hsiao, F. H., Lai, Y. M., Chen, Y. T., Yang, T. T., Liao, S. C., Ho, R. T., Ng, S. M., Chan, C. L. & Jow, G. M. (2014). Efficacy of psychotherapy on diurnal cortisol patterns and suicidal ideation in adjustment disorder with depressed mood. *General Hospital Psychiatry*, 36(2), 214–219. <https://doi.org/10.1016/j.genhosppsych.2013.10.019>
- Leichsenring, F. & Rabung, S. (2008). Effectiveness of short-term psychodynamic psychotherapy: A meta-analysis. *Journal of the American Medical Association*, 200, 1551–1565. <https://doi.org/10.1001/jama.300.13.1551>
- Leichsenring, F., Rabung, S. & Leibling, E. (2004). The efficacy of short-term psychodynamic psychotherapy in specific psychiatric disorders: A meta-analysis. *Archives of General Psychiatry*, 61, 1208–1216. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.61.12.1208>
- Onyechi, K. C. N., Eseadi, C., Okere, A. U., Onuigbo, L. N., Umoke, P. C. I., Anyaegbunam, N. J., Otu, M. S. & Ugorji, N. J. (2016). Effects of cognitive behavioral coaching on depressive symptoms in a sample of type 2 diabetic inpatients in Nigeria. *Medicine*, 95(31), e4444. <https://doi.org/10.1097/MD.0000000000000444>
- Propst, L. R., Ostrom, R., Watkins, P., Dean, T. & Mashburn, D. (1992). Comparative efficacy of religious and nonreligious cognitive-behavioral therapy for the treatment of clinical depression in religious individuals. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 60(1), 94–103. <https://doi.org/10.1037//0022-006X.60.1.94>
- Rief, W., Bleichhardt, G., Dannehl, K., Euteneuer, F. & Wambach, K. (2018). Comparing the Efficacy of CBASP with Two Versions of CBT for Depression in a Routine Care Center: A Randomized Clinical Trial. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 87(3), 164–178. <https://doi.org/10.1159/000487893>
- Saloheimo, H. P., Markowitz, J., Saloheimo, T. H., Laitinen, J. J., Sundell, J., Huttunen, M. O., Aaro, T., Mikkonen, T. N. & Katila, H. O. (2016). Psychotherapy effectiveness for major depression: a randomized trial in a Finnish community. *BMC Psychiatry*, 16, 131. <https://doi.org/10.1186/s12888-016-0838-1>
- Shedler, J. (2010). The efficacy of psychodynamic psychotherapy. *American Psychologist*, 65, 98–109. <https://doi.org/10.1037/a0018378>
- Solbakken, O. A., Nissen-Lie, H. A., Oddli, H. W., Råbu, M., Stänicke, E., Halvorsen, M. S., Hagen, R. & Strømme, H. (2022). Folkeopplysningens konklusjon er misvisende. *Tidsskrift*

for Norsk psykologforening, 59(11), 1051-1052. www.psykologtidsskriftet.no/artikkel/2022as10ae-Folkeopplysningens-konklusjon-er-misvisende



- Thomas, S. A., Drummond, A. E., Lincoln, N. B., Palmer, R. L., das Nair, R., Latimer, N. R., Hackney, G. L., Mandefield, L., Walters, S. J., Hatton, R. D., Cooper, C. L., Chater, T. F., England, T. J., Callaghan, P., Coates, E., Sutherland, K. E., Eshtan, S. J. & Topcu, G. (2019). Behavioural activation therapy for post-stroke depression: the BEADS feasibility RCT. *Health Technology Assessment*, 23(47), 1–176. <https://doi.org/10.3310/hta23470>
- Town, J. M., Abbass, A., Stride, C. & Bernier, D. (2017). A randomised controlled trial of Intensive Short-Term Dynamic Psychotherapy for treatment resistant depression: the Halifax Depression Study. *Journal of Affective Disorders*, 214, 15–25. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2017.02.035>
- Wiersma, J. E., Van Schaik, D. J., Hoogendorn, A. W., Dekker, J. J., Van, H. L., Schoevers, R. A., Blom, M. B., Maas, K., Smit, J. H., McCullough, J. P., Jr, Beekman, A. T. & Van Oppen, P. (2014). The effectiveness of the cognitive behavioral analysis system of psychotherapy for chronic depression: a randomized controlled trial. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 83(5), 263–269. <https://doi.org/10.1159/000360795>