



Institutt for Psykologi

**Effekten av kognitiv og dynamisk depresjonsbehandling; Meta-analyser
med fokus på temporale aspekter.**

Tom Johan Johnsen

Hovedoppgave Profesjonsstudiet i Psykologi, PSY 2901.

Mai 2014

Veileder: Oddgeir Friborg

Forord

Tromsø 19/03-2014

Denne hovedoppgaven hadde sitt utspring i kandidatens egen interesse for fagfeltet psykoterapi, og fundering på den tidsmessige utviklingen innen behandling. Et utforskende søk i nomenklaturen tydet på at det ikke fantes mange tidligere publiserte empiriske studier rundt fenomenet. Således besluttet kandidaten på egenhånd sommeren 2013 å samle inn de data og det bakgrunnsstoff som trengtes for å gjennomføre holdbare analyser med fokus på tidsmessige aspekter. Dette arbeidet ble utført i tidsrommet juni-desember 2013. Litteratursøk ble utført gjennom universitetsbibliotekets tilgang på databasene PsycINFO og APA Psychnet.

I desember 2013 tok studenten kontakt med veileder Oddgeir Friborg, hovedsakelig med mål om råd og innspill i forhold til metode og statistiske beregninger. Veileder introduserte studenten for dataprogrammet "Comprehensive Meta-Analysis", og var behjelpelig med instruksjoner og forslag til hvordan programmet skal benyttes, og hvilke analyser som bør gjennomføres. Utføring av selve analysene og tolkning av resultatene ble i hovedsak gjort av studenten.

Veileder var i tillegg involvert i prosessen med å ferdigstille studien, hovedsakelig ved å henvise til relevant litteratur, komme med innspill i forhold til hvilke momenter fra analysen som burde vektlegges, og gi råd i forhold til rapportering av resultater, utforming av tabeller/figurer, samt strukturering av studien. For dennes bidrag og innsats, rettes det en stor takk til veileder Oddgeir Friborg!

Tom J Johnsen, student.

Oddgeir Friborg, veileder.

Abstrakt

Denne artikkelen presenterer meta-analyser med fokus på den tidsmessige utviklingen av kognitiv atferds (KAT) og dynamisk terapi mot depresjon. Ved å bruke BDI som utfallsmål og årstall for studie som prediktor, ble meta-regresjonsanalyser utført på grunnlag av effektstørrelser (hedges g) pre/post intervensjon for 98 studier (totalt 2831 pasienter) utført mellom 1977 og 2012. Det ble også utført sammenlikninger mellom behandlingseffekten fra terapi i gruppe og individuelt format, samt mellom dynamisk orientert terapi og KAT. I tillegg ble det kontrollert for øvrige moderatorers (alder, kjønn, studiekvalitet, diagnose, type terapeut og antall sesjoner) innvirkning på behandlingseffekt. Mot prediksjonen om ingen endring som følge av temporal tilhørighet, ble det for helhetlig terapi (alle 98 studiene), samt betingelsene KAT og individuell terapi, funnet en signifikant nedgang i effektstørrelse som følge av tid. For gruppeterapi ble det imidlertid funnet en signifikant bedring i behandlingseffekt med tiden. Mot hypotesen ble det funnet at KAT hadde høyere behandlingseffekt enn dynamisk orientert terapi, mens psykoterapi i det individuelle formatet som predikert viste seg å være bedre enn gruppeterapi. Av øvrige moderatorer ble det funnet at diagnose (mild, moderat, alvorlig eller tilbakevendende depresjon), samt type terapeut (psykolog eller psykologstudent) hadde sammenheng med effektstørrelse. Mulige årsaker til ovenfor nevnte funn blir antydnet, og eventuelle implikasjoner diskutert.

Nøkkelord: Psykoterapeutisk effektivitet, Tidsmessig utvikling, Kognitiv Atferdsterapi, Gruppeterapi, Individuell terapi.

Effekten av kognitiv og dynamisk depresjonsbehandling; Meta-analyser med fokus på temporale aspekter.

Generell introduksjon

Prevalensen av depressive lidelser synes økende (Everyday Health, 2013). I USA har det for eksempel blitt estimert at det totale antallet deprimerte pasienter vil øke med 20 prosent hvert år (Healthline, 2012), en økning som ikke kan forklares kun ut ifra den generelle befolkningsveksten. Globalt er depresjon også en lidelse i vekst, og WHO har kommet med flere anbefalinger om hvordan intervensjoner og tiltak for å bekjempe depresjon kan utformes (WHO, 2012). Verdens Helse Organisasjon anser også depresjon som å være den lidelsen med størst påvirkningskraft med hensyn til DALY, disability adjusted life years, (Wittchen et al., 2011). Behovet for å finne effektive måter å behandle eller forebygge depresjon på, kan derfor karakteriseres som stadig økende. Dette aktualiserer behovet for flere psykoterapistudier både innad og på tvers av terapigrener som kan optimalisere eksisterende terapiformer og identifisere nye. Tidsmessig utvikling, i form av stadig bedre behandlingseffekt innen én behandlingsteknikk/ett behandlingsparadigme, kan føre til betydelige helsegevinster for tilnærmet alle (i alle fall vestlige) land.

Det har de siste år vært en rivende utvikling på tvers av mange arenaer, innen alt fra sport og spill, til teknologi, helse og vitenskap. Gamle prosedyrer og arbeidsformer erstattes av stadig mer effektive løsninger. Innen helsevesenet tar en korsbåndoperasjon i dag betydelig kortere tid, krever mindre ressurser, og har bedre langtidsprognoser enn hva som var tilfelle for 30 år siden (Cirstoiu et al, 2011). Også for inngrep i hjertet (University of South California, 2013), og i den generelle behandlingen av kreft (American Cancer Society, 2012), har utviklingen medført en rask og tydelig forbedring i utfall for pasientene. Formålet med denne studien var å undersøke om det har vært en tilsvarende forbedring eller effektivisering i psykoterapeutisk behandling av depressive lidelser innen det psykisk helsevern.

Den temporale utviklingen av behandlingseffekt

Tankegangen bak denne studien er at psykoterapi og dens forskjellige grener (herunder kognitiv atferdsterapi, forkortet som KAT, og psykodynamisk basert terapi), akkurat som enhver annen prosess i vårt moderne samfunn, med tiden må forventes å utvikle seg til et høyere nivå av effektivitet. Det er tenkelig at de erfaringer som har blitt gjort fra 1970-tallet og framover, kan ha blitt akkumulert og etterhvert overført til handling i form av en

forbedring av terapien. Aspekter av (for eksempel) KAT som viser seg mindre hensiktsmessig kan ha blitt nedtonet, og nye komponenter som viser seg effektive framhevet. Slike justeringer kan så tenkes å ha blitt inkorporert og benyttet av framtidige terapeuter. Har det skjedd noen utvikling innen en terapiform, burde altså denne utviklingen vise seg i form av systematiske justeringer innen behandling - som igjen medfører bedre effekt for pasienten. Det er slik utvikling defineres, det være seg innen kirurgi, smertelindring eller psykoterapi. En terapeut, eller institusjon for utdanning, som ikke tilpasser seg utviklingen av terapi, blir fort akterutseilt. Derfor kan en med høy grad av sikkerhet slå fast at enhver signifikant framgang innenfor en form for psykoterapi, vil bli satt i system (og vise en målbar effekt) relativt hurtig – både i randomiserte kontrollerte studier og klinisk praksis.

Hensikten med denne studien var å undersøke om psykoterapistudier viser en historisk endring i behandlingseffekter uavhengig av modererende forhold. En mer effektiv terapi bør gi seg utslag i større effektstørrelser og større nedgang på BDI i løpet av behandlingen.

Da de fleste terapistudier anvender statistiske metoder til å beskrive intervensjonseffektene, kan variasjon i effektivitet og et eventuelt bedret utfall over år kvantifiseres. Gjennom å anvende en meta-analytisk strategi for å undersøke om behandlingseffekter varierer med publiseringsår, søker denne hovedoppgaven å besvare spørsmålet angående tidsmessig utvikling av terapieffekt. Eventuelle implikasjoner for fremtidig psykoterapiforskning vil diskuteres.

Terapieffekter

Forskere har tidligere beregnet gjennomsnittlige milepæler (benchmarking) for hvilken effekt som kan forventes av psykoterapi som intervensjon mot depresjon, ut ifra endringen på BDI før/etter psykoterapeutisk behandling. Minami et al. (2007) beregnet for eksempel $d = 1.86$ for completers av psykologisk behandling mot depresjon. Dette funnet var et gjennomsnitt på tvers av forskjellige former for psykoterapi. Andre har kommet fram til en gjennomsnittlig pre-post effektstørrelse på 2.2 for empirisk støttede psykoterapier mot depresjon (Westen & Morrison, 2001). Sett i forhold til Cohens (1988) resonnering om at d på 0.2, 0.5 og 0.8 korresponderer til henholdsvis lav, moderat og stor effektstørrelse, virker det klart at psykoterapi har stor effekt mot depresjon.

I det som ofte karakteriseres som den første, statistisk veloverveide, metaanalyse av effekten til psykoterapi, fant Smith & Glass (1977) at psykoterapi har en positiv effekt for størsteparten av pasientene. Dermed ble i praksis den tidligere debatten vedrørende om psykoterapi hadde signifikant effekt og nytteverdi for pasienter avgjort. Deres funn sto i sterk

kontrast til meningene noen av de tidlige ledende forskere på dette feltet var i besittelse av. Blant annet skrev Hans Eysenck, den velkjente personlighetspsykologen, at psykoterapi ikke hadde noen fasiliterende effekt på rekonvalesensen fra nevrotiske lidelser (Eysenck, 1952). Etter hvert som tiden har gått, har psykologisk behandling som fag også fått opparbeidet seg stadig mer kunnskap angående hvilke elementer som konstituerer behandlingseffekt.

Forskning har vist at det kan identifiseres fire grupper med overordnede faktorer som forklarer utfallet av psykoterapi; Klientfaktorer, fellesfaktorer, terapeutfaktorer og teknikkfaktorer. Førstnevnte gruppe består av variabler som kan knyttes direkte til klienten (pasienten). Dette kan være forandringer, eller ting som skjer i pasientens liv, i tillegg til personlighetskarakteristikk og motivasjon.

Fellesfaktorene blir gjort opp av de elementene som er antatt å være gjeldende for alle former av terapi. Inkludert her er håp og tro på forbedring, et plausibelt rasjonale som forklaring på pasientens lidelser, samt arbeidsalliansen mellom terapeut og klient.

Terapeutfaktorer består av variabler knyttet til terapeuten. Dette kan være alt fra kjønn, alder og utdanning, til deres personlige stil og framtoning.

Teknikkfaktorene består av de elementer som varierer mellom de forskjellige terapiformene. Eksempler på hvilke variabler de forskjellige terapiformene varierer fra hverandre på, kan være angående grad av eksponering, vekt på hjemmelekser, hvilken (og hvor stor grad av) struktur som benyttes, og fokusering på indre eller ytre prosesser (for eksempel følelser kontra atferd).

Den største prosentandelen av forklart varians for behandlingsutfallet blir oftest tilskrevet klientfaktorer og fellesfaktorer (hvorav hovedvekten består av arbeidsalliansen). Disse to faktorene har tidligere blitt funnet hver for seg å forklare mellom henholdsvis 30-40 %, og 30-50 % av behandlingsutfallet til psykoterapi (e.g Horvath & Greenberg, 1986; Luborsky et al., 1988). Terapeutfaktorer har blitt funnet å forklare 5- 15 % av behandlingsutfallet (Huppert et al., 2001; Wampold & Brown, 2005), mens opp mot 15 % av de virksomme faktorene i anerkjente terapiformer kan tilskrives variasjoner innen metode eller teknikk (Duncan, Miller, & Sparks, 2004; Lambert, 1992).

Siden den spesifikke teknikkfaktoren (metoden) tilsynelatende utgjør en såpass liten del av den totale terapieffekten, skulle dette teoretisk innebære at terapiutviklingen gjennom de siste 30 år vil gi lite utslag innen relevante effektstørrelser dersom vi holder betydningen av øvrige fellesfaktorer konstant. Funn om at 15 % prosent av de virksomme faktorene kan krediteres variasjoner i teknikk, betyr allikevel at det innen enhver form for psykoterapi finnes et visst forbedringspotensial knyttet til teknikkfaktorer. Spørsmålet er om dette potensialet er

stort nok til at fokusert innsats rettet mot denne problemstillingen vil tjene seg, eller om feltet klinisk behandling heller burde konsentrere seg om andre faktorer knyttet til utfall.

Psykodynamisk terapi

Innenfor det psykodynamiske perspektivet har det de siste årtiene skjedd en utvikling, i form av innovasjon, endring, modifikasjon og videreutvikling - med mål om å oppnå en bedre og hurtigere effekt for pasientene. Utviklingen av behandlingsformer innen korttids psykodynamisk psykoterapi (STPP), framstilt av blant andre Mann (1973) og Malan (1976), samt interpersonlig terapi (Klerman et al., 1984), er bevis på at det er mulig å forsøke å forbedre sin prestasjon, samtidig som man til en viss grad holder seg til sin opprinnelige teoretiske grunnmur. Fra tidligere å ha basert seg på endring som et resultat av relativt langvarige prosesser, har disse nye grenene fra det dynamiske treet forsøkt å få fram terapeutisk endring gjennom mer fokuserte og konsentrerte intervensjoner. Den nåværende studien setter søkelys på effekten av disse nyere måtene å utføre dynamisk orientert terapi på.

Historisk sett har det vært utført få randomiserte, kontrollerte studier av den tradisjonelle psykodynamiske behandlingen. Dette bildet har endret seg noe med inntreden til de tidligere nevnte nye grenene. For å tilpasse seg voksende krav til dokumentert effekt og kostnadseffektivitet, har dynamikere etter hvert sett nødvendigheten av å kunne dokumentere effekten fra sine behandlinger i form av funn fra enten randomiserte kontrollerte studier, eller kliniske feltstudier gjennomført på en empirisk tilfredsstillende måte. Således finnes det tilstrekkelig mengde data fra noe før 1990-tallet og fram til i dag, til at en empirisk undersøkelse av utviklingen av effekten for denne retningen av psykoterapi kan forsøkes.

Når det gjelder kategoriseringen av terapiformer som psykodynamiske av natur eller ikke, strides de lærde. Spesielt har det vært debatt rundt hvor i det dynamiske landskapet interpersonlig terapi befinner seg. Noen mener denne terapiformen bør sorteres under tittelen korttids psykodynamisk terapi (e.g Crits-Christoph, 1992), mens andre mener disse to retningene er kvalitativt så forskjellige at de ikke bør ses på som nært beslektede (e.g Svartberg & Stiles, 1991). Allikevel er de fleste enige om at IPT og psykodynamisk terapi har mange like karakteristikk (Markowitz et al., 1998), selv om konklusjonene om hvilken kurv egget skal legges i er mangfoldige. I denne studien behandles IPT som en form for dynamisk orientert terapi. Forfatteren mener at begrepet «dynamisk orientert» er bredt nok til å omfavne også interpersonlig terapi. Utviklerne av IPT har også sin egen bakgrunn fra nettopp psykodynamisk terapi. En påstand om at IPT har psykodynamisk slektskap, bør således ikke falle på sin egen urimelighet.

Allerede på begynnelsen av 90-tallet ble det gjort meta-analyser av effekten til STPP ovenfor hovedsakelig tilstandene depresjon og angst (Svartberg & Stiles, 1991; Crits-Christoph, 1992), hvor STPP ble sammenlignet med både betingelsen ingen terapi, samt andre former for korttids terapi. Her ble det funnet at STPP har påvisbar behandlingseffekt for disse pasientene. For årtiene før 1990 var det imidlertid ingen standard, alminnelig prosedyre for å måle utfallet av behandlinger i psykodynamisk orienterte studier. For den nåværende studien sin del innebærer dette at det ble funnet få studier fra 1970 og 80-tallet som tilfredsstilte kriteriene for inkludering.

Kognitiv atferdsterapi (KAT)

Psykoterapiforskningen på KAT er beheftet med færre metodologiske utfordringer enn psykodynamisk terapi. Undersøkelser av KAT som anti-depressiv behandling har siden 70-tallet stort sett anvendt tilsvarende metoder og utfallsmål (f. eks. Beck Depression Inventory). Dette har vært mulig da feltet har anvendt standardiserte behandlingsmanualer som terapeutene har blitt trent opp til å følge. Denne metodologien ser vi fram til dags dato, noe som muliggjør en empirisk valid og reliabel sammenligning av effektstørrelser for intervensjoner på tvers av årtier.

De siste 20 år har det funnet sted flere lovende nyvinninger innenfor det kognitiv atferds-psykologiske perspektivet. Alternativer som bygger på grunnmuren til kognitiv terapi har sett dagens lys, som for eksempel KAT kombinert med mindfulness (Segal, Williams, & Teasdale, 2002), Integrert (med elementer fra interpersonlig terapi) kognitiv terapi (Castonguay, 1996), og Metakognitiv terapi (Wells, 2000). Disse har vist lovende effekt i kliniske studier angående behandlingseffekten mot depresjon, men foreløpig er det få studier som har påvist at nyvinningene har signifikant bedre effekt enn den klassiske KAT. Ingen av disse nyere kognitive retningene kan heller sies å ha fått gjennomslag i form av en systematisk praktisering utført av kognitive terapeuter flest.

Når det gjelder ren kognitiv terapi, finnes det en stor mengde forskning og studier som bekrefter denne formen for terapi sin effekt ovenfor depresjon. Vi finner for eksempel metaanalyser fra 1980-tallet (Dobson, 1989), 90-tallet (Gloaguen et al., 1998; Hollon, Shelton, & Loosen, 1991), og fra 2000-tallet (Cuijpers et al., 2008; Wampold et al., 2002) som alle slår fast at kognitiv terapi har høy virkningsgrad ovenfor disse diagnostiske tilstandene. Allikevel finnes det få forsøk på å evaluere utviklingen av effekt med tiden, også for denne formen for psykoterapi. Det finnes metodologiske utfordringer innen forskning på

dette området, men dagens teknologi innenfor statistikk, koblet sammen med den stadig økende tilgangen til artikler, burde muliggjøre også studier av denne typen

Metaanalyse som kunnskapsoppsummering.

Når det er ønskelig å danne seg et helhetlig inntrykk av et fenomen, en virkning, eller en tendens, er metaanalyser å foretrekke framfor enkeltstudier. Også når funn fra forskjellige enkeltstudier er diffuse, svake eller tilsynelatende motstridende, kan metaanalyser vekke studier mer korrekt og identifisere potensielle kilder til variasjon i behandlingseffekter (for eks. varierende metodisk kvalitet). Denne metoden oppsummerer og slår sammen resultater fra flere enkeltstudier, for så å beregne et helhetlig resultat basert på alle deltakerne i alle de inkluderte studiene. Metoden benyttes hyppig for å gi klarere svar på (iblant livsviktige) spørsmål innenfor både somatisk medisin og psykoterapi. Blant annet har metaanalyser vært styrende i den moderne utformingen av hvilke tiltak som skal settes inn ovenfor akutte hjertepasienter (e.g Rienstra et al., 2013). For psykoterapi sin del har metaanalyser ofte blitt benyttet for å sammenligne effekten definerte faktorer har på behandlingsutfall. Disse faktorene kan både sammenlignes direkte mot hverandre (slik som for eksempel i form av terapimetoder, terapeutiske betingelser, demografiske kategorier, etc.), eller utforskes kun ut ifra deres egen påvirkningskraft på behandlingseffekt. Sistnevnte aktualiserer kjernepunktet for denne hovedoppgaven; Faktoren "tid" sin innvirkning på behandlingseffekt skal undersøkes.

Metodiske aspekter

En forutsetning for å gjennomføre reliable metaanalyser, er at de aktuelle studiene i utgangspunktet er så like som mulig, eller blir kontrollert for eventuelle modererende variabelers effekt. Slike variabler kan være antall sesjoner med terapi, type psykiatriske lidelse, alvorlighetsgrad av denne lidelsen, og antall deltakere. Studier har for eksempel vist at større alvorlighetsgrad av en lidelse ofte fører til en høyere effektstørrelse av behandlingen, et fenomen som også er kjent under betegnelsen "regression to the mean" (Garfield, 1986; Lambert, 2001). Dose-respons forholdet i psykoterapi er også veldokumentert (e.g Howard et al., 1986). Flere timer med behandling gir vanligvis større effekt. I tillegg har det iblant blitt observert at store utvalg med deltakere i en studie, kan korrelere med en noe lavere effektstørrelse.

Teoretikere, forskere og klinikere har lenge vært uenige om overføringseffekten av RCT til klinisk behandling. Det største ankepunktet har vært om de strenge

ekskluderingskriteriene til RCT fører til en lite generaliserbar effekt i forhold til hva som kan forventes i klinisk behandling med en mer heterogen populasjon (e.g Persons & Silberschatz, 1998). Noen forskere har antydnet at påviste høyere effektstørrelser fra RCT kommer på grunn av ekskluderingen av pasienter som er vanskelige å behandle (Seligman, 1995; Weston & Morrison, 2001). Det har i tråd med dette blitt funnet at opp mot 76 % av pasienter behandlet for depresjon ved en poliklinikk, ville blitt ekskludert fra RCT på grunn av de strenge eksklusjonskriteriene (Stirman et al., 2003; 2005).

Det har blitt gjort funn både for og imot om KAT levert om ved en poliklinikk er av sammenlignbar effekt som KAT levert i RCTs (Minami et al., 2007; Shafran et al., 2009). I en av de nyere studiene på feltet ble det ikke funnet signifikant forskjell i utfall mellom KAT levert ved RCT og ved klinisk behandling (Gibbons et al., 2010).

Publiserte studier kan variere med tanke på hvilke sluttresultater som rapporteres. Det typiske er å oppgi sluttresultatet fra både de som har fullført et behandlingsforløp (completers), og de som oppfylte kriteriene og startet behandlingen uten å fullføre denne (intention to treat – ITT). Allikevel finnes det studier som kun rapporterer én av delene. I tillegg er det for noen studier ikke åpenbart, eller manglende forklart, om et resultat er utregnet med basis i ITT eller completers. Det benyttes også varierende kriterier for hva som skal defineres som completers: Noen forfattere setter grensen ved et vist antall gjennomførte sesjoner (en faktor som også varierer), mens andre bruker regularitet i oppmøte som kriterium.

Det har tidligere blitt funnet at effektstørrelser kan være noe større for completers versus ITT. For eksempel fant Hans & Hiller (2013) $d = 1.06$ for ITT, og $d = 1.13$ for completers innen klinisk kognitiv behandling av depresjon. Forklaringen bak denne (beskjedne) forskjellen mener disse forfatterne kan finnes i den relativt høye raten av frafall blant pasienter innen kognitiv atferdsterapi. Den nåværende studien har inkludert studiekvalitet som én moderator, rangert på grunnlag av blant annet tilhørighet til RCT/klinisk feltstudie, samt ITT/completers.

Øvrige moderatorer

Selv om det ikke var et primærmål for denne studien, har det blitt valgt å gjøre en helhetlig sammenligning også mellom effekten til KAT og dynamisk psykoterapi, samt effekten mellom gruppe og individuell behandling. De innsamlede dataene lå til rette for slike sammenligninger, og da dette ansees som å være faktorer av høy allmenn interesse, rapporteres og vurderes også disse resultatene.

Tidligere studier og metaanalyser rundt forholdet mellom KAT og dynamisk baserte psykoterapier har ofte vist motstridende resultater. For eksempel fant Cuijpers et al (2007) at interpersonlig terapi var noe mer effektivt ovenfor depresjon enn CBT. Andre har funnet at CBT er den mest virksomme terapien ovenfor denne lidelsen (Gloaguen et al, 1998), mens de fleste ikke har funnet noen signifikant forskjell (Wampold et al, 1997; Wampold et al, 2002; Baardseth et al, 2013). Dette hyppige funnet om lik effekt av alle former for psykoterapi ble utførlig beskrevet allerede på 1970-tallet, i form av begrepet "the Dodo bird effect – everybody has won, and all must have prizes" (Luborsky, Singer & Luborsky, 1975).

I de tilfeller hvor det faktisk har blitt funnet at én metode har bedre effekt enn andre metoder, har det blitt hevdet at den største forklaringen på utfallet av komparative studier kan finnes ved inspeksjon av de ansvarlige forskerne sin egen tilhørighet; I tilfeller hvor denne er kjent, kan man på forhånd korrekte predikere utfallet for 69 prosent av studiene (Luborsky et al, 1999). Det er ukjent i hvor stor grad dette er en aktuell problemstilling også for meta-analyser.

Når det gjelder forskning rundt forholdet mellom KAT levert i gruppeformat eller individuelt, viste en nyere metaanalyse at individuelt levert KAT hadde noe bedre effekt post behandling sammenlignet med gruppeformatet (Huntley, Araya, & Salisbury, 2012). Denne tendensen ble også funnet, dog på et ikke-signifikant nivå, i en annen nylig publisert metaanalyse (Hans & Hiller, 2013).

Denne metaanalysen vil også kontrollere for om de demografiske variablene kjønn og alder har en modererende virkning på behandlingseffekten, samt i hvilken grad alvorlighetsgrad av lidelse, antall sesjoner med terapi og type terapeut virker inn på effektstørrelse. Tidligere funn tyder på at verken alder eller kjønn har signifikante sammenhenger med behandlingseffekt (Joutsenniemi et al., 2012; Wierzbicki, & Pekarik, 1993).

Tidligere forskning har vanligvis ikke påvist noen signifikant forskjell for det endelige behandlingsutfallet fra psykoterapi som følge av terapeutens erfaring (e.g. Beutler, Machado, & Neufeldt, 1994; Christensen & Jacobson, 1994; Leon et al., 2005; Okiishi et al., 2003). Imidlertid tyder noen studier på at erfarne terapeuter kan bruke kortere tid for å oppnå remisjon for sine pasienter, sammenlignet med uerfarne behandlere (e.g. Okiishi et al., 2006). Dette betyr at det for studier med få behandlingssesjoner involvert, kan forventes en forskjell i behandlingseffekt fra studentterapeuter kontra psykologer.

Formål og hypoteser

Oppsummert var hovedhensikten med denne studien å undersøke om styrken i behandlingseffekten fra KAT og psykodynamisk terapi har endret seg over tid, ved å se på den helhetlige utviklingen av effekten til psykoterapi, samt analysere de forskjellige betingelsene KAT/dynamisk og gruppe/individuell terapi hver for seg.

Litteraturgjennomgangen gir ikke grunn til å anta at nyere terapistudier har annen effekt enn eldre terapistudier. I samsvar med dette var forfatterens hovedhypotese at ingen signifikant endring i behandlingseffekt knyttet til temporal affinitet ville vises for noen av de forskjellige betingelsene.

Det underordnede målet var å undersøke flere moderatorers innvirkning på behandlingsutfall. Her predikeres det at individuell terapi vil vise signifikant bedre effekt enn terapi levert i gruppeformat. Til sist ble ingen forskjell i effekt mellom KAT og dynamiske former for terapi predikert.

Metode

Datainnsamling, studier & seleksjonskriterier

Innhenting av data ble foretatt mellom 15. juni og 15. august 2013. Data ble søkt etter og innsamlet fra to av databasene Universitetet i Tromsø har tilgang på; PsykINFO og APA Psychnet. Alle søk ble utført på engelsk. I PsykINFO ble søket "treatment effectiveness evaluation" utført. Dette ga 14.912 treff. I databasen APA Psychnet ble det søkt etter "Depression and study", samt "Depression and treatment". Disse søk ga henholdsvis 5.987, og 1.965 treff. Den totale mengden treff ble altså 22.864 studier. Alle titlene fra år 1970 - 2013 ble screenet, og aktuelle studier fra denne perioden ble plukket ut. For disse ble abstraktet gjennomgått, før artikkelen/studien ble valgt ut til videre lesing eller forkastet. Denne prosessen førte til gjennomgang av 1507 abstrakter, hvorav 414 ferdigstilte studier/artikler ble lastet ned, eller hentet ved (bestilt fra) Universitetsbiblioteket, og gjennomgått. Ved dette trinn ble eksklusjonskriteriene anvendt.

Kriteriene var:

- A; Terapien måtte være av dynamisk (både IPT og STPP) eller kognitiv art.
- B; Unipolar depresjon måtte være deltakernes primære diagnose.
- C; Deltakerne måtte være voksne ved behandlingstidspunktet ($M = > 18$ år)..
- D; Pasientene måtte møte kriteriene for mild, moderat eller alvorlig depresjon.
- E; Terapien må ha blitt utført av en kyndig og opplært psykolog/terapeut.

F; Den psykoterapeutiske intervensjon måtte ha til hensikt å behandle depresjon.

G; Studiene måtte benytte BDI som utfallsmål for behandling.

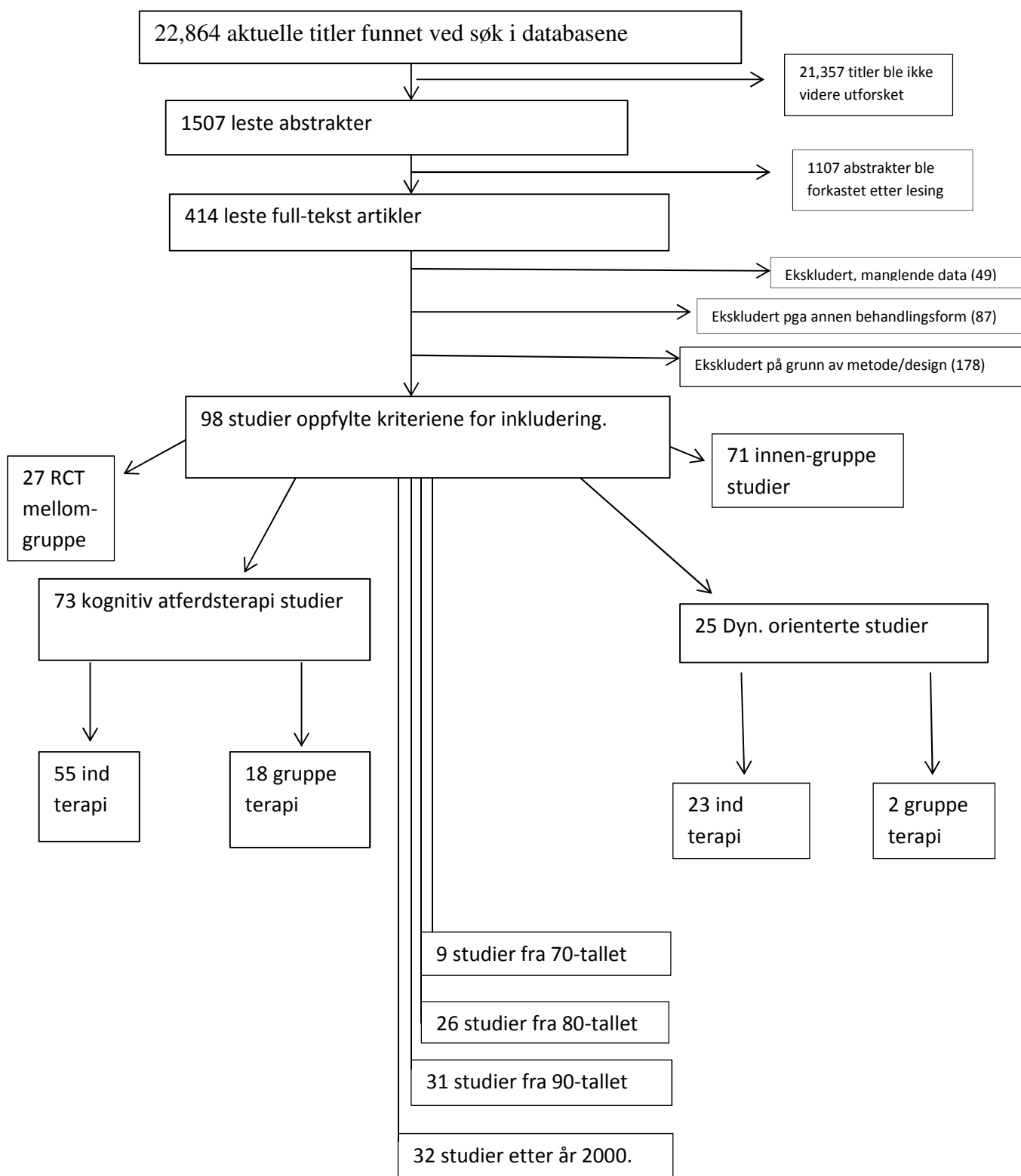
H; Deltakerne skulle ikke ha noen komorbid akutt fysisk, kognitiv eller nevrologisk lidelse.

I; Ingen samtidig psykomedikamentell behandling. For sistnevnte punkt gjelder det at størsteparten av pasientene i en studie må være umedisinerte.

Denne søke-og-seleksjonsprosessen resulterte i et totalt antall på 83 artikler. Noen av artiklene inkluderte flere anvendbare studier/betingelser (for eksempel enkeltartikler som sammenligner to forskjellige terapiformer), slik at det totale antallet studier som ble inkludert i denne meta-analysen var 98.

De inkluderte studiene ble utført i tidsrommet 1977-2012. Av de 98 studiene, var det inkludert 73 med kognitive former for terapi, og 25 dynamiske. Individuell levert terapi sto for 78 studier, og gruppeterapi for 20. Tjuesju studier ble kategorisert som RCT mellomgruppestudier, mens 71 ble kategorisert som innen-gruppe studier. For førstnevnte ble effektstørrelser regnet ut ifra forskjellene pre-post behandling mellom intervensjonsgruppen, og kontrollgruppen. Dette var i alle tilfellene venteliste. For sistnevnte ble det beregnet skårer pre/post basert kun på resultatene fra en intervensjonsgruppe. Ut av disse var i all hovedsak intervensjonsgruppene hentet fra forskjellige randomiserte, kontrollerte studier, som på grunn av metode eller studie-design ikke kunne kategoriseres som RCT i denne analysen. Dette kunne for eksempel være studier som sammenliknet KAT med effekten av anti-depressiva. I slike studier ble kun resultatene fra intervensjonsgruppen som mottok kognitiv terapi benyttet.

Som studie defineres i denne analysen: Innsamling, beregning og rapportering av resultater fra en separat gruppe deltakere, knyttet til en spesifikk behandlingsform. Dette betyr at det i noen tilfeller er inkludert flere studier av for eksempel KAT, fra én artikkel, hvis artikkelen inkluderer to grupper/betingelser for denne terapiformen. I artikler som, for eksempel, separerer og undersøker effekten av KAT i forhold til depresjon med både større og mindre symptomtrykk, har begge disse resultatene blitt inkludert som en egen studie. Ved fastsetting av årstall for studiene, har publikasjonsdatoen blitt benyttet. Utfyllende oversikt av de inkluderte studiene finnes i appendiks A. Figur 1 gir en oversikt over utvalgsprosessen.



Figur 1. Flytdiagram over utvalgsprosessen for studiene.

Den avhengige variabel

For denne studien har det blitt besluttet å anvende én type utfallsmål, i form av selvrapporteringsskjemaet Beck Depression Inventory (Beck et al., 1961). Dette er et verktøy som er lite reaktivt, og høyt spesifikt (i form av at det måler utvalgte depressive symptomer ved egenrapportering).

I samsvar med manualen til den reviderte BDI, samt i tråd med flere andre forskere innenfor feltet depresjonsbehandling (Beach & O'Leary, 1992; Emanuels-Zuurven & Emmelkamp, 1997; Kendall et al., 1987; Murphy et al., 1995; Wright et al., 2005) har det for denne metaanalysen blitt fastsatt at pasientene (deltakerne i studiene) i gjennomsnitt må ha en BDI skåre > 13 for at de aktuelle studiene skal inkluderes. Skårer under dette er vanligvis antatt ikke å tilfredsstillende kriterier for noen grad av klinisk depresjon.

I denne metaanalysen blir rapporteringer fra BDI og BDI-II behandlet som likeverdige. Med manualen til BDI II fantes det vedlagt en konversjonstabell for overføring av skårer til BDI- I normer. Denne har imidlertid ikke blitt anvendt, på grunn av denne analysen sin avhengighet av å benytte standardavvik. En konvertering av totalskåre ville også måttet påvirke beregningen av *Sd*.

Registrerte data & kvalitetsrangering av studier.

Fra de 98 studiene ble det samlet inn demografisk informasjon angående deltakernes kjønn og alder. Fra selve behandlingen ble det samlet inn informasjon om årstall for gjennomføring av intervensjonen, samt om type terapi (KAT/dyn), format av terapi (gruppe/individuell), og varighet av behandlingen (i form av antall sesjoner). Det ble også registrert hvilken type terapeut (psykolog, kurset student, psykiater) som sto for behandlingen, og hentet inn info om diagnose for deltakerne (mild, moderat, alvorlig eller tilbakevendende depresjon). Ved fastsetting av hoveddiagnose for deltakerne i studiene, ble originalforfatterens egne definisjoner benyttet. Dersom ingen slike betraktninger forelå, ble det av nåværende forfattere benyttet en skjønnsmessig kategorisering med utgangspunkt i all relevant data fra de aktuelle studiene. Skårer fra BDI pre og post behandling ble samlet inn for å beregne effektstørrelser.

For å kontrollere om studier basert på RCT eller klinisk behandling, samt resultater basert på ITT eller completers, bidrar forskjellig med tanke på behandlingseffekt, har studiekvalitet blitt inkorporert som moderator.

Kvaliteten på studiene ble vurdert og rangert som høy, medium eller lav av forfatteren ut ifra følgende kriterier: Studie design (RCT mellom-gruppe studie 2 poeng/ innen-gruppe

randomisert studie 1 poeng /klinisk feltstudie 0 poeng); mengde oppgitte data i studien (*Sd* pre 1 poeng / *Sd* post 1 poeng /kjønns og aldersfordeling 1 poeng); og rapportert resultat (completers 1 poeng / ITT 0 poeng). For å bli kategorisert som en studie av høy kvalitet, krevdes det at alle kriteriene var oppfylt (skåre på 6). En skåre på 4-5 kvalifiserte til moderat kvalitet, mens en studie med skåre < 4 ble kategorisert som å ha lav kvalitet. Totalt ble 19 studier rangert som å ha høy kvalitet, 76 medium, og 3 med lav kvalitet. I appendiks B ligger kvalitetsrangeringsskjemaet vedlagt.

Kun 10 av 98 inkluderte studier var kliniske feltstudier, mens de resterende var basert på randomiserte, kontrollerte studier.

Den nåværende studien har ikke undersøkt hva som ligger bak benevnelsen completers for hver enkelt studie, isteden har originalforfatterens definisjon blitt benyttet. Der hvor resultater fra deltakere som har fullført terapi foreligger, har disse blitt foretrukket. Dette betyr at resultater basert på completers av en behandling i denne meta-analysen utgjør cirka 90 prosent av det totale antallet inkluderte studier.

Kvantitativ datasyntese & statistiske utregninger

For studier som ikke hadde rapportert venteliste som kontrollgruppe, ble det regnet ut standardiserte gjennomsnittsforskjeller (SMD) basert på innen-gruppe pre-post skårer. I denne prosessen ble det beregnet standardavvik (SD) basert på forandringsskårene (change scores) pre-post intervensjon. Denne gruppen besto av 71 studier.

For de 27 randomiserte, kontrollerte studiene med betingelsen "venteliste" som kontrollgruppe, ble effektstørrelse regnet ut fra forskjellen mellom pre-post skårer for intervensjon og venteliste, og standardisert ved å benytte forandringsskårene (standardize by change scores). Denne metoden ble foretrukket framfor å standardisere ved bruk av post-skårer, fordi det i studier med lavt antall deltakere kan oppstå gruppeulikheter pre intervensjon til tross for randomiseringen. Dette fenomenet ble observert ved flere av denne metaanalysens inkluderte studier. Change-varianten tar i større grad høyde for slike ulikheter, sammenliknet med den alternative standardisering ved bruk av post-skårer.

En annen fordel med dette valget er at det muliggjør en helhetlig statistisk sammenlikning med både innen-gruppe og mellom-gruppe betingelsene inkludert, da standardavvikene pre intervensjon er tatt med i beregningen for begge betingelsene (med det forbehold at innen-gruppe varianten imputerer et samlet SD-estimat, mens mellom-gruppe varianten er direkte basert på differansen mellom to grupper). Standardisering ved bruk av forandringsskårene er anbefalt når målet er å vurdere endring relativ til pre-intervensjon

skårer (Kulinskaya et al., 2002), og er hyppig benyttet i flere moderne meta-analyser angående vurderinger av behandlingseffekt fra psykoterapi (Abbas et al., 2013; Kishi et al., 2012; McGuire et al., 2014; Watts et al., 2013; Zoogman et al., 2014).

Pre-post korrelasjoner var nødvendig for å kalkulere effektstørrelser. I tilfeller hvor disse ikke var oppgitt i de publiserte studiene, ble anbefalingene fra Rosenthal (1993) om å benytte et estimat på $r = .7$ benyttet.

Hedges g ble gjennomgående benyttet som mål på effektstørrelse (ES). Dette er en versjon av Cohens d , som tar hensyn til, og korrigerer for, eventuell bias fra studier med få deltakere (Hedges & Olkin, 1985).

Alle studiene i betingelsen RCT mellom-gruppe måtte anvende venteliste som kontrollgruppe. Som venteliste defineres også i visse tilfeller TAU (treatment as usual), såfremt det eksplisitt kommer fram fra teksten i studien at denne betingelsen ikke innebærer medisinerer eller psykoterapeutiske intervensjoner.

Alle statistiske utregninger og data-analyser ble utført med programmet Comprehensive Meta-Analysis, Version 2 (Borenstein et al., 2005).

Alle analysene ble utført ved å anvende en random-effects modell (framfor en fixed-effects modell), fordi førstnevnte alternativ antar at den sanne effektstørrelsen vil variere ut i fra de forskjellige karakteristikene ved studiene. Dette betyr at resultatene kan sees på som generaliserbare og representative også for studier/RCTs som ikke er inkludert i analysen. En fixed-effects modell antar at effekten vil være den samme uavhengig av karakteristikker som for eksempel terapeut og setting. Dette vil i praksis begrense generaliserbarheten av funn til å være anvendbar kun i forhold til studier som er identiske med de inkluderte studiene. Med en random-effects modell vil variabilitet i effektstørrelse bli målt ut ifra resultatene fra ett gitt utvalg deltakere i studiene, men samtidig beregnet i forhold til antatte variasjoner i den bakenforliggende populasjonen.

Av samme begrunnelse som ovenfor, ble metoden Unrestricted Maximum Likelihood Meta-regression benyttet ved analyser av de kontinuerlige variablene sin innvirkning på effektstørrelse.

For sammenlikninger av ES mellom kategoriske betingelser, ble alternativet random-effects models og Q-statistics konsekvent benyttet. Sistnevnte test undersøker om det finnes statistisk signifikant variabilitet i effektstørrelse mellom to (eller flere) kategoriske betingelser, kontra forskjeller som kan forventes å inntreffe tilfeldig.

Moderator analyser

Det ble undersøkt om effektstørrelsene varierte ut ifra følgende modererende variabler; Antall sesjoner terapi, kjønnsfordeling, alder, diagnose, terapeut, behandlingsmetode (individuell/gruppe), behandlingsform (CBT/dynamisk), år for gjennomføring av studiene, samt studiekvalitet.

Antallet moderatorer i denne metaanalysen (ni) er i tråd med anbefalinger om at forholdet mellom studieantall og moderatorer ikke er under 10 til en (Borenstein, 2009). For kategoriske moderatorer ble Q-testen benyttet for å undersøke om eventuell variabilitet i effektstørrelse mellom kategoriske betingelser var statistisk signifikant eller tilfeldig, mens det for kontinuerlige moderatorer ble utført meta-regresjonsanalyser.

Publikasjonsbias

For å måle eventuelle upubliserte studier sin potensielle innvirkning på effektstørrelse, ble det for betingelsene gruppeterapi og individuell terapi tatt følgende grep hver for seg; Funnel plottene ble visuelt inspisert, Duvall and Tweedies trim-and-fill metode ble anvendt, og Orwins *fail-safe n* ble utregnet. For sistnevntes del ble et meget konservativt estimat på 0.25 satt som grense for hva som kan karakteriseres å være en triviell effektstørrelse som følge av intervensjon.

Resultater

Deltakere

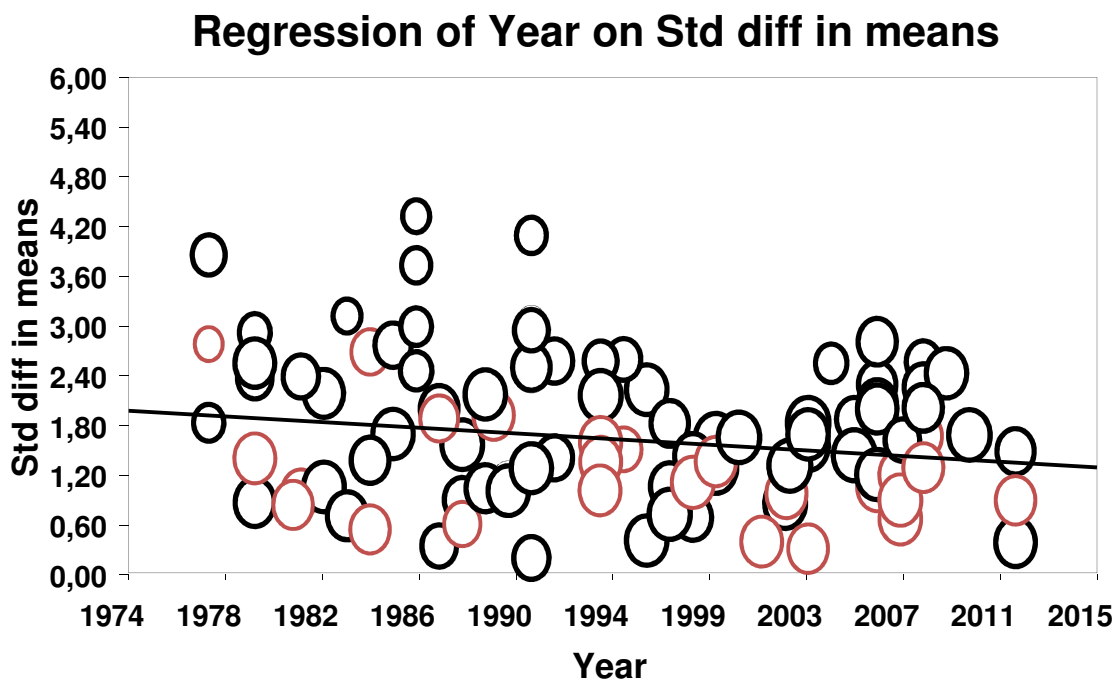
De totalt 98 studiene som var med i denne meta-analysen inkluderte 2832 deltakere mellom 18 og 80 år. Dette ga et gjennomsnitt på 29 deltakere per studie. Antall deltakere i hver studie varierte stort, fra syv til 100. Disse skåret i snitt 24.6 på BDI før behandling ($SD = 4.34$). Median år for publisering var 1994. Deltakerne mottok i snitt 15 sesjoner med psykoterapeutisk behandling ($SD = 6.7$, range = 3 – 37). Menn utgjorde 26.3 % av deltakerne, og gjennomsnittsalderen var 38.9 år ($SD = 11.3$). Den gjennomsnittlige prosentvise nedgangen i symptomtrykkskåre på BDI pre/post behandling var 54.7.

Effekt av psykoterapi

Den gjennomsnittlige vektete effektstørrelsen basert på alle terapistudiene ($k=98$) var $g = 1.59$ (CI .95 = 1.46 – 1.71). En Q-test viste at betingelsene innen-gruppe og mellom-gruppe (RCT) ikke hadde signifikant forskjellig ES fra hverandre ($p = .31$). Heller ikke innenfor terapiretningene KAT ($p = .69$), eller dynamisk terapi ($p = .32$) ble det funnet signifikant forskjell mellom ES for innen og mellom-gruppene.

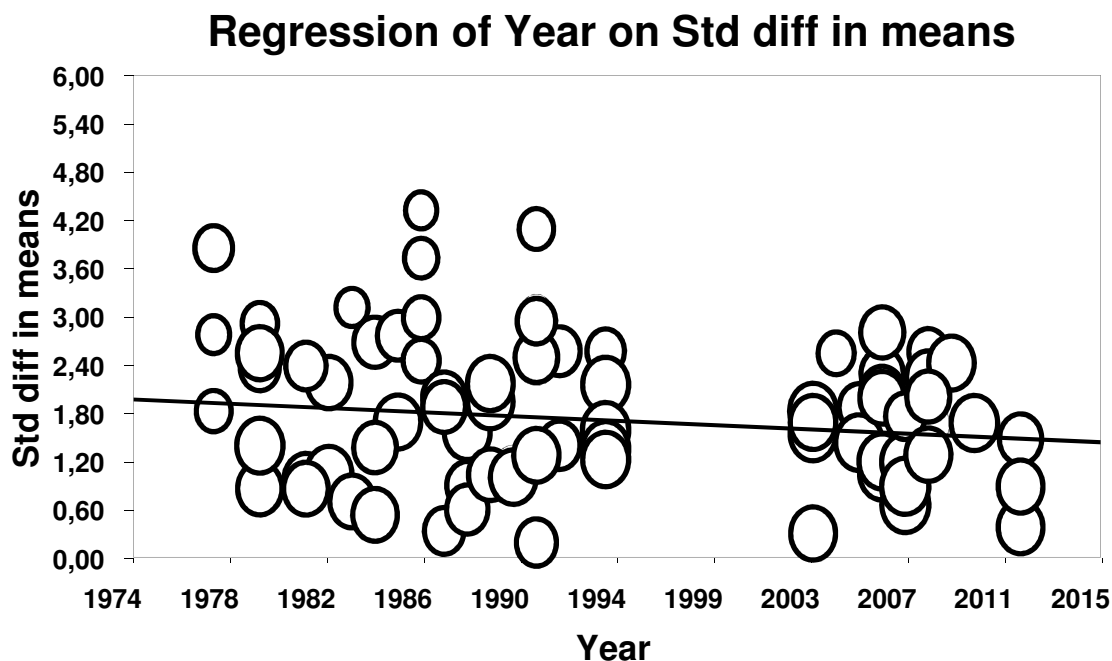
Er effekten av psykoterapi betinget av publikasjonsår?

For alle 98 studiene ble det påvist at ES hadde en signifikant nedgang som følge av år for gjennomføring av behandling ($k = 98, p = .02$). For alle innen-gruppe studiene var den negative tendensen ikke signifikant ($p = .19$), mens nedgangen var signifikant for RCT studiene ($p = .01$). Se tabell 2 for statistiske data. Plot-diagrammet (figur 2) indikerer at nyere intervensjoner var av svakere effekt enn eldre studier. Denne moderasjonseffekten bestod også når de ti kliniske feltstudiene var ekskludert ($k = 88, b_0 = 37.21, b_1 = -0.018, p = .03$).



Figur 2. Her framstilles de forskjellige effektstørrelsene til hver av de 98 studiene i denne analysen, KAT i sort og dynamisk terapi i rødt. Sirklene varierer i størrelse ettersom hvilken vekt de bidrar med i analysen. ES er på vertikallinje, og år for utføring av psykoterapi mot depresjon på horisontallinjen. Meta-regresjonen viser en signifikant nedgang i effektstørrelse som følge av år for gjennomføring av intervensjon; $p = .02$.

Ved visuell inspeksjon av plot-diagrammet (se over) fremkommer et fall i kurven for effektstørrelse for studier i perioden 1995-2002. For å utelukke om disse 20 studiene influerte regresjonsanalysen, ble analysen repetert med disse studiene ekskludert (se figur 3). Den negative tendensen besto, men var ikke signifikant ($k = 78, b_0 = 29.64, b_1 = -0.014, p = .09$).



Figur 3. Her kan regresjonslinjen med vektete plotter for alle studier, minus de fra årene 1995-2002, observeres. Tendensen er en nedgang i effektstørrelse som følge av senere årstall for gjennomføring av studien, dog nå på et ikke-signifikant nivå, $p = .09$.

Ytterligere statistiske utregninger ble gjennomført for å belyse saken grundigere. Det ble nå beregnet en prosentvis forandring på BDI-skjemaet pre/post behandling for alle 98 intervensjonsgruppene, og kalkulert et gjennomsnitt for årtiene 1970, 1980, 1990 og 2000-tallet. Denne utregningen viste at den prosentvise nedgangen i symptomtrykk var størst på 1970-tallet (56.7 %), før den synker jevnt med 1.1 prosentpoeng per tiår, ned til 53.4 % på 2000-tallet. Tabell 1 viser denne utviklingen.

Tabell 1. Denne framstiller den gjennomsnittlige, prosentvise nedgangen på BDI-skjemaet pre/post behandling for alle studier i de forskjellige årtiene 1970, 1980, 1990 og 2000+.

	1970	1980	1990	2000+	Totalt
Antall studier	9	26	31	32	98
Forandring %	56.7	55,6	54,5	53.4	54.69
<i>Sd</i>	15.62	16.04	15.5	12.07	14.44

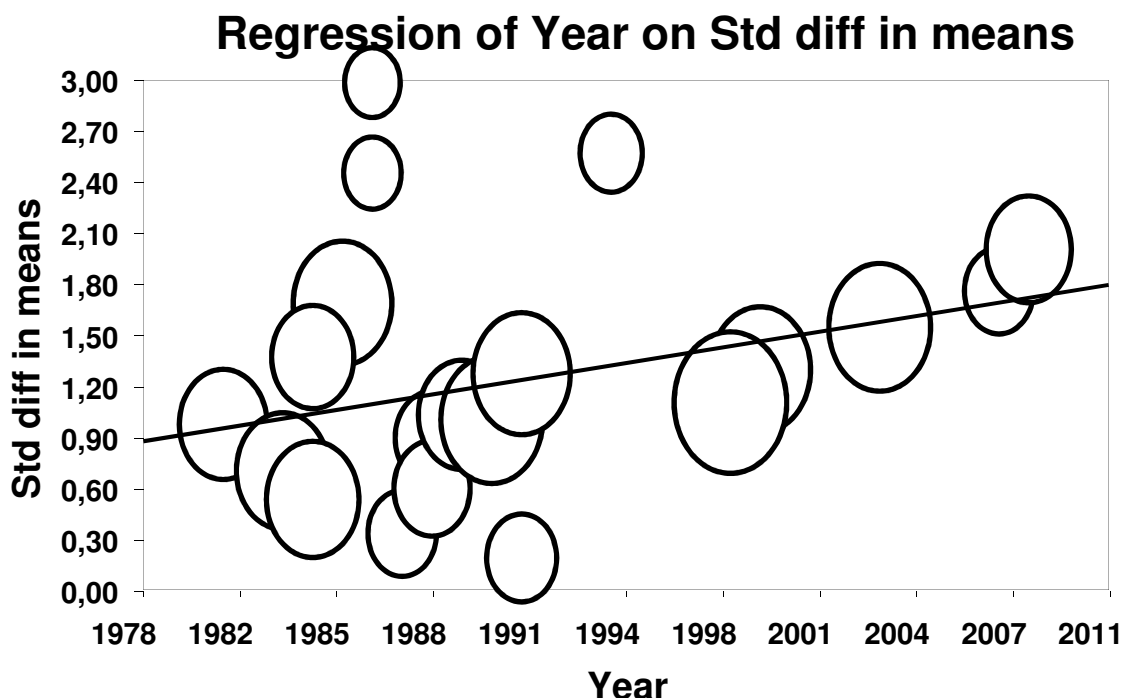
Er den tidsmessige nedgangen i effektstørrelse tilsvarende for KAT og dynamisk terapi?

For alle studier med KAT, finner vi en statistisk signifikant nedgang i ES som følge av år ($p = .03$). For studier med kognitiv terapi levert i det individuelle formatet, finner vi en enda sterkere effekt;

For dynamisk orientert terapi er bildet noe annerledes. Her finner vi ingen helhetlig nedgang i effektstørrelse for alle studiene ($p = .42$).

Er effekten til gruppeterapi betinget av publikasjonsår?

For gruppeterapi ble det funnet en signifikant positiv sammenheng mellom effektstørrelse og år for gjennomføring av behandling ($k = 20, p = .04$). Plotdiagram av dette funnet illustreres i figur 4.



Figur 4. Endring i behandlingseffekt over publikasjonsår for gruppeterapi. ES på vertikallinjen, og år på horisontallinjen. Alle plottene varierer i størrelse i samsvar med studiene sin vekt i analysen. Meta-regresjonen viser en signifikant høyere effektstørrelse for behandlinger av nyere dato; $p = .04$.

Er effekten til individuell terapi betinget av publikasjonsår?

Ved inspeksjon av kun de individuelle terapistudiene (både KAT og dyn inkl.) sin behandlingseffekt, ble det observert en helhetlig negativ assosiasjon mellom effektstørrelse og årstall ($k = 78, p = .000$). En nærmere oversikt over alle sammenhenger mellom effektstørrelse og år for intervensjon finnes i tabell 2.

Tabell 2. Publikasjonsårs innvirkning på effektstørrelse. K = antall studier, b_0 = intercept, b_1 = slope point estimate, innen = innen-gruppe studie betingelsen (within), RCT = Randomiserte kontrollerte studie betingelsen, år = tidspunkt for intervensjon.

Moderator	K	b_0	b_1	95 % CI	$Z(b_1)$	p
<i>År</i>						
Alle studier	98	37.32	-0.018	-0.03, -0.003	-2.31	0.02*
Alle innen	71	24.64	-0.011	-0.03, 0.006	-1.31	0.19
Alle RCT	27	74.58	-0.037	-0.07, -0.008	-2.51	0.01*
Individuell	78	61.21	-0.030	-0.05, -0.01	-3.65	0.00**
KAT individuell	55	69.75	-0.034	-0.05, -0.014	-3.45	0.000***
Gruppe	20	52.61	0.027	0.001, 0.05	2.04	0.04*
KAT alle	73	35.75	-0.021	-0.03, -0.001	-2.13	0.03*
Dyn alle	25	20.89	-0.009	-0.03, 0.014	-0.80	0.42

Note: * $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$.

Publikasjonsbias

For betingelsene gruppe og individuell terapi ble det utført tester over publikasjonsbias. Funnel-plottet til ES for gruppeterapi framviser en relativt invertert symmetrisk form, noe som tyder på at publikasjonsbias ikke spiller en betydelig rolle. Inntrykket ble bekreftet gjennom Duvall og Tweedies trim-and-fill metode, hvor ingen studier ble trimmet/lagt til, og effektstørrelsen forble lik. Kalkuleringer av Orwins *Fail-safe N* identifiserte at 76 upubliserte studier med en effektstørrelse på null, vil være påkrevd for å redusere den nåværende ES til under 0.25.

For effektstørrelsen fra individuell terapi, tyder funnel-plottet på en viss publikasjonsbias. Her faller en stor andel studier oppe til venstre for den inverterte kurven, noe som antyder at studier med lavt antall n bidrar med høyere ES kontra studier med flere deltakere. Duvall og Tweedies trim-and-fill metode la til 16 studier, og justerte g fra 1.70 til 1.49 når publikasjonsbias var gjort rede for. Orwins *Fail-safe N* identifiserte at 371 upubliserte studier med en effektstørrelse på null, vil være påkrevd for å redusere den nåværende ES til under 0.25.

Sammenlikninger mellom effekten av KAT og dynamisk orientert terapi

Effektstørrelsen for de 73 studiene med kognitiv terapi som intervensjon var $g = 1.73$. For de 25 studiene med dynamisk orientert terapi, ble det funnet $g = 1.32$. Analysen viste at de to betingelsene var signifikant forskjellige fra hverandre; $Q(1) = 9.17, p = .001$.

Når vi sammenlikner effektstørrelsen hentet fra kun innen-gruppe betingelsen, ser vi at KAT også her hadde signifikant høyere effektstørrelse; $Q(1) = 6.01, p = .01$.

For mellom-gruppe RCTs var det ingen signifikant ulikhet mellom de to formene for terapi; $Q(1) = 2.35, p = .12$. Retningen er imidlertid lik også i denne analysen, med høyest effektstørrelse for KAT ($g = 1.64$) og lavere for dynamisk terapi ($g = 1.12$).

Sammenlikninger av effekten til gruppe kontra individuell terapi mot depresjon

Den helhetlige effektstørrelsen for de 78 studiene med individuell terapi som intervensjon, var $g = 1.71$. For de 20 studiene med gruppeterapi, ble det funnet $g = 1.24$. Analysen viste at de to betingelsene var signifikant forskjellige fra hverandre; $Q(1) = 12.2, p = .000$. Effektstørrelser hentet fra kun innen-gruppe betingelsen, viste at individuell terapi hadde signifikant høyere behandlingseffekt; $Q(1) = 17.9, p = .000$. Imidlertid ble ikke dette funnet replisert for mellom-gruppe studiene; $Q(1) = 0.19, p = .66$.

Øvrige moderatorer knyttet til KAT

For moderatorene studiekvalitet, sesjoner med terapi, samt alder & kjønn, ble det ikke gjort noen signifikante funn. Analysen påviste imidlertid en signifikant forskjell til fordel for kognitiv terapi levert i det individuelle formatet, kontra gruppeterapi; $Q(1) = 14.1, p = .000$.

Diagnose hadde også sammenheng med ES. Mild depresjon medførte lavest effektstørrelse ($g = 1.3$), moderat depresjon hadde noe høyere effekt ($g = 1.7$) mens størst behandlingseffekt ble funnet for tilbakevendende depresjon ($g = 2.39$), $Q(2) = 7.54, p = .02$.

Til sist ble det funnet en signifikant sammenheng mellom type terapeut og effektstørrelse for KAT sitt vedkommende; $Q(1) = 4.87, p = .03$. Her var terapi utført av psykolog ($g = 1.62$) mer effektiv enn terapi utført av kurset student ($g = 1.16$).

Øvrige moderatorer knyttet til dynamisk terapi

Det ble ikke funnet noen signifikant modererende effekt fra variablene sesjoner med terapi, type terapeut, studiekvalitet eller alder & kjønn. Det ble imidlertid sett at diagnosen moderat depresjon ($g = 1.51$) hadde sammenheng med høyere ES enn mild depresjon ($g = 1.03$); $Q(1) = 5.3, p = .02$. En oversikt over alle moderatorers (inkludert sammenlikninger mellom ind/gruppe og KAT/dyn) innvirkning på effektstørrelse finnes i tabell 3.

Tabell 3. Kontinuerlige (maximum likelihood meta-regresjon) og kategoriske (mixed effects analysis) moderatorer og deres innvirkning på effektstørrelse. k = antall studier, b_0 = intercept, b_1 = slope point estimate, *innen* = innen-gruppe studie betingelsen (within), *RCT* = Randomiserte kontrollerte studie betingelsen. For kategoriske variabler oppgis z verdi for hver enkelt betingelse, og Q verdi for sammenlikningen (total), Hed. g = Effektstr.

Moderator	K	b_0	b_1	95 % CI	$Z(b_1)$	p
Kontinuerlige						
<i>Sesjoner</i>						
KAT	73	1.59	-0.009	-0.04, 0.02	-0.61	0.54
Dyn	25	1.46	-0.01	-0.04, 0.02	-0.52	0.60
<i>Alder</i>						
KAT	68	1.96	-0.005	-0.02, 0.01	-0.58	0.56
Dyn	23	1.63	-0.006	-0.03, 0.01	-0.67	0.50
<i>Kjønnnsford.</i>						
KAT	71	2.02	-0.01	-0.02, 0.002	-1.64	0.10
Dyn	24	1.41	-0.001	-0.01, 0.01	-0.28	0.78
Kategoriske						
<i>Behandling</i>						
KAT	73	1.73	1.57-1,88	22.02	72	
Dyn	25	1.32	1.11-1.53	12.2	24	
Total	98	1.59	1.46-1.71	9.17	1	0.02*
<i>Format</i>						
Individuell alle	78	1.71	1.56-1.85	22.87	77	
Gruppe alle	20	1.24	1.01-1.46	11.01	19	
Total	98	1.56	1.44-1.68	12.17		0.000***
KAT individuell	55	1.87	1.68-2.05	19.62	54	
KAT gruppe	18	1.31	1.08-1.53	11.43	17	
Total	73	1.64	1.49-1.78	14.10	1	0.000***
<i>Diagnose</i>						
Mild	21	1.17	0.96-1.38	11.01	20	
Moderat	64	1.74	1.58-1.90	21.25	63	
Alvorlig	9	1.66	1.8-2.14	6.73	8	
Tilbakevendende	4	2.39	0.89-3.88	3,14	3	
Total	98	1.54	1.42-1.66	19.858	3	0.00**
<i>Studiekvalitet</i>						
Lav	3	1.56	0.93-2.19	4.87	2	
Medium	76	1.62	1.49-1.76	22.84	75	
Høy	19	1.57	1.19-1.95	8.11	18	
Total	98	1.61	1.49-1.74	0.1	97	0.95
<i>KAT-terapeut</i>						
Kurset student	10	1.16	0.77-1.54	5.93	9	
Psykolog	45	1.62	1.46-1.79	19.53	44	
Total	55	1.55	1.40-1.70	4.87	1	0.03*

Note: * $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$

Diskusjon

Temporal utvikling av behandlingseffekt

Hovedfokuset for denne studien var den tidsmessige utviklingen av behandlingseffekten til psykoterapi. Her ga analysene til dels overraskende svar. Helhetlig psykoterapeutisk behandlingseffekt viste en fallende tendens etter hvert som tiden har gått. Dette funnet, som gikk mot hypotesen om ingen endring i effektstørrelse som følge av tid, gjorde seg signifikant gjeldende både helhetlig og ved mellom-gruppe RCT betingelsen, og må således betraktes som reliabelt.

Påfølgende analyser viste at funnet om nedsatt behandlingseffekt som følge av tidsmessig tilhørighet i størst grad gjør seg gjeldende for individuell terapi, samt for terapiformen kognitiv terapi.

I tillegg viser analysene at gruppeterapi har hatt en signifikant bedring av behandlingseffekt som følge av tiden, og at dynamisk orientert terapi (i tråd med hypotesen) ser ut til å stå på stedet hvil.

Holdbarheten i hovedfunnet ble undersøkt ved å inspisere plot-diagrammet som viste en svak reduksjon i effekt rundt årtusen-skiftet (1995-2002). Eksklusjon av disse 20 studiene endret ikke den generelle negative trenden selv om signifikans-nivået ble svekket som følge av færre studier. Konklusjonen om en fallende behandlingseffekt styrkes ved inspeksjon av den gjennomsnittlige prosentvise nedgangen i symptomtrykk som følge av behandling for hvert tiår. Her vises det at effekten til psykoterapi har hatt en jevn nedgang på BDI pre/post behandling på 1.1 prosentpoeng per tiår.

Behandlingseffekter gruppe kontra individuell terapi

Som predikert ble det funnet signifikante forskjeller knyttet til behandlingseffekt mellom individuell terapi og gruppeformatet. På et helhetlig nivå var individuell terapi ($g = 1.71$) gruppeterapi ($g = 1.24$) overlegen. For innen-gruppe studier var funnet tilsvarende, mens det for randomiserte, kontrollerte studier ikke var en signifikant forskjell mellom terapiformene. Noe av grunnen til at funnet ikke ble bekreftet også under RCT-betingelsen, er sannsynligvis at utvalget for denne analysen var lite, med kun åtte gruppe-studier inkludert.

For kun KAT sitt vedkommende ble det også funnet en signifikant forskjell mellom individuell og gruppeterapi, i favør av førstnevnte behandlingsform.

Behandlingseffekter KAT kontra dynamisk terapi.

Det ble også gjennomført analyser som sammenlignet utfallet av psykoterapeutisk behandling innen kognitiv terapi og dynamisk orienterte behandlingsformer. Begge disse retningene av terapi viste seg å ha sterk behandlingseffekt mot depresjon, målt ut ifra pre/post skårer på symptomtrykkskjemaet BDI (KAT $g = 1.73$, Dyn $g = 1.32$). Mot forfatterens prediksjon ble det for denne betingelsen funnet relativt store forskjeller i utfallsmål, til fordel for KAT. Dette funnet gjorde seg signifikant gjeldende både helhetlig, og for innen-gruppe studier. Den samme tendensen ble observert også for RCT, selv om signifikansen her var lavere ($p = .13$). Dette lavere nivået vurderes hovedsakelig å være et utslag av færre studier.

Øvrige moderatorer

Det ble kontrollert for påvirkningen til kliniske feltstudier kontra RCT, uten at noen modererende effekt ble påvist. Dette er i tråd med den innledende resonneringen. Tidligere studiers funn angående variablene kjønn og alder ble bekreftet i denne meta-analysen, hvor det verken for KAT, dynamiske former for terapi, eller begge kombinert, ble gjort noen signifikante funn relatert til behandlingseffekt. For studiekvalitet ble det ikke funnet noen tendenser som tydet på at høy/middels/lav kvalitet på studiene har sammenheng med ES.

Det ble heller ikke påvist noen signifikant forskjell i effektstørrelse som følge av antall sesjoner med terapi. Langt de fleste studiene i denne analysen består imidlertid av intervensjoner med mellom 10 og 20 sesjoner med psykoterapi, noe som gjør at det ikke kan trekkes konklusjoner angående eventuell bedring/forverring av ES for behandlinger med over 20 sesjoner.

For variablene terapeut og diagnostisk tilstand, ble det funnet signifikante forskjeller knyttet til effektstørrelse. For kognitiv terapi ble det funnet at psykologer oppnådde større behandlingseffekt enn psykologstudenter som var spesielt opplærte i denne terapiformen.

Det ble funnet at moderat depresjon fører til høyere effektstørrelser som følge av behandling sammenliknet med mild depresjon. Dette er i samsvar med tidligere observasjoner. For moderat og alvorlig depresjon var ES i denne analysen like. Høyest ES som følge av psykoterapi ble funnet hos de studier som hadde deltakere med tilbakevendende depresjon. Denne kategorien besto imidlertid bare av fire studier. Allikevel virker ikke dette funnet urimelig da det ligger i kriteriegrunlaget for tilbakevendende depresjon at remisjon oppnås mellom de depressive episodene.

Generell diskusjon

Hovedmålet med denne hovedoppgaven var å undersøke utviklingen av behandlingseffekten til psykoterapi mot depresjon over tid. At endring hurtigst skapes gjennom drivkrefter som trekker ulike veier, er et allment akseptert vitenskapelig prinsipp. Ved å undersøke alle forskjellige sider og egenskaper av en grunnleggende idé, innovasjon, eller praktisering, settes man best mulig i stand til å oppdage forbedringspotensial – det være seg gjennom systematisk utprøving eller ved trivielle tilfeldigheter.

For dynamisk terapi kan det konkluderes med denne formen for behandling ikke har hatt forbedring i behandlingseffekt som følge av faktoren tid. For denne metodiske retningen fant imidlertid ikke den nåværende studien entydige bevis på at behandlingseffekten er signifikant synkende. Allikevel er det et faktum at den helhetlige analysen (med både CBT og dyn inkludert) viste en nedadgående effekt.

For kognitiv terapi sin del, ble en manual for hvordan behandling skal utføres utviklet og tatt i bruk på 1970-tallet, for siden å fungere som gullstandard for mange utøvere av kognitiv terapi. Etter hvert spredte bruken av KAT seg i så stor grad at begrepet "den kognitive revolusjonen" ble anvendt. En stor mengde fagfolk lærte seg, og tok i bruk Beck's modell. Men selv innenfor det relativt strenge kognitive rammeverket utføres dagens terapi utvilsomt med en viss variasjon når det gjelder stil og innhold, knyttet til forskjellige miljøer og geografiske områder. Denne variasjonen har imidlertid ikke ført til noen systematisk forbedring av behandlingseffekt, noe denne hovedoppgaven viser.

I stedet er det mulig at nettopp spredningen av KAT, og de medfølgende variasjoner i utførelse, har medvirket til en noe synkende effekt. Forskere har tidligere kommet med advarsler angående tilsynelatende økende grad av terapeutisk avvik fra evidensbaserte intervensjoner i formidlingen av kognitiv terapi (Shafran et al., 2009). Terapeutiske fravik kan ha ført til en viss grad av utvanning av den tradisjonelle kognitive terapi, noe som har ført til en nedgang i effekt. Denne hypotesen støttes gjennom studier som viser at terapeuter som i høy grad følger den opprinnelige behandlingsmanualen innen én teknikk, kan vise til bedre behandlingsutfall enn terapeuter som hyppigere fraviker manualen (Luborsky et al., 1985; 1997). Det er også funnet at terapeutens egen erfaring med den aktuelle terapiformen kun har positiv betydning for behandlingsutfallet om manualen følges (Crits-Christoph et al., 1991). For kognitiv terapi sitt vedkommende er det realistisk å tro at de opprinnelige grunnleggerne av terapiformen også var de som i høyest grad fulgte den opprinnelige, evidensbaserte manualen på best mulig måte – og hadde lengst erfaring med metoden.

På linje med denne tankegangen, viser observasjoner av eldre filmopptak med A. Beck en måte å formidle KAT på som kan være noe ulik slik teknikken utføres blant størstparten av dagens kognitive terapeuter. Beck hadde ingen skjemaer med i sin dialog med pasientene, men kunne formidle og forholde seg til manualen uten slike hjelpemidler. I nyere tid virker det som KAT oftere inkluderer skriftlige skjemaer, i form av for eksempel kognitive kasusformuleringer og situasjonsanalyser. Det er mulig et for stort innslag av skjemaer i kognitiv terapi influerer negativt på andre forhold som også gir terapieffekt, eksempelvis allianse. Bruk av skjemaer i terapi kan være et svært nyttig hjelpemiddel, og en spekulasjon blir derfor om den moderne anvendelsen av skjemaer blir oppfattet som noe mer mekanistisk sammenliknet med tidligere praktisering.

Dette aktualiserer en annen mulig medvirkende faktor til tendensen om nedsatt behandlingseffekt med tiden: arbeidsalliansen. Er det mulig at terapeuter fra tidligere epoker var bedre til å danne en felles forståelse med pasientene, og hadde et bedre samarbeid med disse? Om det virkelig er slik at noen klienter i utgangspunktet er motvillige til å benytte en skriftlig skjema-basert terapi, vil det være naturlig å anta at det ovenfor disse vil være vanskeligere å danne en allianse på premissene til moderne KAT. Derimot vil disse pasienten kunne tenkes å bedre ivaretas om den kognitive dialogen utføres på en muntlig basis.

I denne forbindelse kan det også tenkes at det innen psykoterapeutisk behandling eksisterer et noe mer komplisert bilde enn innledningen til denne hovedoppgaven ga inntrykk av, hva angår de forskjellige faktorerers bidrag til behandlingseffekt. Blant annet er det ikke sikkert faktorene (felles, klient, teknikk og terapeutfaktorer) på en uproblematisk måte kan kvantifiseres og kategoriseres som å tilhøre kun én overordnet kategori. I stedet er det tenkelig at de fleste faktorene virker inn på hverandre på en kompleks måte, slik at en framstilling i form av enkeltfaktorers prosentmessige bidrag til behandlingseffekt blir noe kunstig.

Arbeidsalliansen, for eksempel, er en variabel som historisk sett har falt inn under fellesfaktorene. Men også denne faktoren vil kunne ha en høy grad av variabilitet betinget av metoden som blir anvendt. Det er sannsynlig at én spesifikk metode (for eksempel interpersonlig terapi), vil ha iboende egenskaper som formidler en sterkere arbeidsallianse enn en annen metode (for eksempel ren atferdsterapi). På denne måten kan noe av variansen knyttet til teknikk bli definert (feilaktig) som en ren fellesfaktor. Videre kan det resonneres slik at de forskjellige teknikkene (metodene) også former og påvirker karakteristikker ved terapeuten. Dette kan medføre at en del av terapeutfaktorene sin effekt på behandlingsutfall, egentlig skyldes variasjoner i metode og teknikk.

Uten spesifikke målinger framstår imidlertid mye av resonneringen ovenfor som relativt subjektiv. Det optimale ville vært om alle studiene i denne analysen inneholdt målinger av arbeidsallianse, samt en nøyaktig framstilling av hva som ble gjort i hver sesjon, hvordan det ble gjort, og til hvilken tid det ble gjort. Med slike målinger kunne debatten om bidrag til behandlingseffekt blitt gjort mer substansiell. Dessverre var det for de aller fleste studiene få anvendbare data oppgitt rundt disse punktene.

Innenfor fellesfaktorene finner vi også placebo-effekten. Her kan det stilles spørsmål om denne har blitt svekket ettersom tiden har gått. I startfasen til den kognitive epoken, ble KAT hyppig framstilt som gullstandarden for behandling av mange lidelser. I ettertid har derimot stadig flere studier (se innledningen) funnet at denne metoden ikke er overlegen andre teknikker, og at det ofte kan ses et relativt høyt frafall av pasienter også innen denne formen for terapi. Koblet sammen med den økende tilgangen til slik informasjon for publikum, blant annet via internett, er det ikke utenkelig at håpet og troen på kognitiv terapi sin virkning har blitt noe mindre i nyere årtier.

Med blikket rettet mot de tidligere omtalte teknikkfaktorene, kan det diskuteres om funnet med nedgående temporal behandlingseffekt er et uforanderlig utfall, eller om det finnes et forbedringspotensial her som ikke er oppfylt. Hvis teknikkfaktorene tenkes å stå bak opp i mot 15 % av behandlingseffekten til psykoterapi, virker det ikke som et urimelig krav at enhver form for ny psykoterapi bør kunne ha et visst realiserbart forbedringspotensial som følge av tid i eksistens. I så måte framstår det som noe kunstig at KAT tilsynelatende nådde en takeffekt allerede i løpet av de første årene denne teknikken ble systematisk anvendt.

Når vi i tillegg fakturerer inn betydningen av fellesfaktorene, og den forbedring av kunnskap som også her burde ha blitt ervervet i løpet av de siste 30-40 årene, blir det vanskelig å akseptere at den manglende tidsmessige forbedringen innen individuell psykoterapi virkelig er/burde være uforanderlig (eller nedadgående!).

På den andre siden kan denne studien sees på som et sterkt signal om at terapi i gruppeformatet beveger seg i riktig retning. Med tanke på de stadig økende krav til kostnadseffektivitet (som gruppeterapi i høy grad ivaretar), må denne tendensen vurderes som svært lovende. Noe av forklaringen på hvorfor terapi i dette formatet har hatt økning av effektstørrelse med tiden, kan finnes ved å anvende resonneringen fra innledningen, om at de erfaringer som blir gjort vil være med på å styre måten en behandling tilbys på i framtiden – med mål om stadig forbedring. For gruppeterapi sin del har det tradisjonelt sett vært gode muligheter for tilbakemeldinger i plenum fra pasientene, både underveis og ved slutten av terapiforløpet. Det er tenkelig at tilbakemeldinger i dette formatet har større påvirkningskraft i

forhold til endringer enn ved individuell terapi. Samtidig er det ikke umulig at terskelen for å gi konstruktiv og kritisk feedback er lavere i en gruppesetting.

Til tross for den tidsmessige forbedringen innen gruppeterapi, viste det individuelle formatet seg å ha signifikant høyere effekt. Det kan imidlertid være tenkelig at et forbehold med tanke på publikasjonsbias må tas i tolkningen av resultatene. For individuell terapi viste bias seg å være betydelig, og det er ikke umulig at den publikasjonsjusterte ES for individuell terapi ikke vil være signifikant høyere enn ES for gruppeterapi. Med dette forbehold i minnet, må allikevel det helhetlige resultatet karakteriseres som et noe sterkere funn enn den relativt svake trenden om superioritet for individuell terapi observert i andre nyere studier. (Huntley et al., 2012; Hans & Hiller, 2013).

All den tid tidligere studier har kommet til forskjellige konklusjoner angående behandlingseffekten for formene kognitiv terapi og dynamisk terapi, virker den relativt sterke forskjellen ved de nåværende analysene noe overraskende. Et forbehold må allikevel tas i forhold til i hvilken grad den symptomspesifikke forskjellen i ES som ble funnet i analysen, er gjeldende også for global fungering. Psykologisk god helse er ikke bare fravær av negative symptomer, men også tilstedeværelse av indre kapasitet og ressurser (Shedler, 2010). Begrepene opplevd drivkraft, følelse av mening, og en forstand av frihet til å realisere seg selv er også verdt å nevne i denne sammenhengen. I så måte er det mulig KAT i større grad enn dynamisk orientert terapi målsetter seg å lette på spesifikke negative symptomer, slik som målt av blant annet BDI.

Svakheter og forbehold ved studien

I denne studien har kun selvrapporteringskjemaet BDI blitt benyttet for å beregne behandlingseffekt. Det må bemerkes at dette ikke er et universelt gyldig måleinstrument for alle sider av en depresjon, men hovedsakelig er et mål på subjektivt opplevd ubehag i forhold til symptomer som er vanlige ved depresjon – med de begrensninger dette innebærer i forhold til tolkning og vurdering av symptomlette/behandlingseffekt. Denne studien måler ikke forbedring på et mer generelt og globalt nivå. I tillegg har skjemaet BDI gjennomgått forandringer i løpet av de 40 år kognitiv terapi har blitt praktisert. Fra den opprinnelige BDI, til en revidert og mer brukervennlig BDI-Ia (Beck, Steer, & Garbin, 1988), fram til dagens BDI-II, er det imidlertid ikke store ulikheter (Beck et al., 1996). Sistnevnte utgave har fått inkorporert et item som setter søkelyset på hypokondri. Bortsett fra dette framstår skjemaene som i all hovedsak lik hverandre. Allikevel kan det ligge en liten, modererende effekt i forhold til resultatene som følge av denne faktoren. Alle tegn tyder imidlertid på at en slik

eventuell effekt vil tilgodese nyere studier, da tendensen er en noe høyere skåre på BDI-II kontra den originale BDI (Beck et al., 1996). Det er dermed lite sannsynlig at det helhetlige funnet om negativ utvikling av effekt blir påvirket av dette forholdet.

Et annet aspekt vedrørende BDI, er at skårer hentet herifra kun framstår som en statistisk verdi for denne studien, og ikke som et rent klinisk mål. Det er for eksempel ikke umulig at selv studier hvor ingen pasienter oppnår remisjon, framviser høye effektstørrelser. Et bedre klinisk mål ville vært antallet pasienter som droppet under en definert cut-score for BDI, eksempelvis < 19. Bruk av varianter med Cohen's d vil ikke ta høyde for dette.

Det knytter seg usikkerhetsmomenter og subjektive vurderinger til hva som konstituerer psykodynamisk basert terapi, og som en følge av dette, hvilke studier som ble inkludert i sammenlikningsbetingelsen KAT kontra dynamisk terapi. Disse, i navnet forskjellige formene for terapi (STTP, Brief dynamic therapy og interpersonlig terapi), kan isolert sett tenkes å ha forskjellige behandlingseffekter/effektstørrelser på gruppenivå hver for seg. For eksempel har enkeltstudier vist at ITP har tilsvarende effektstørrelse som KAT (e.g Elkin et al., 1989).

Det må også nevnes at alle artikler som inngår i denne analysen ble funnet ved søk i kun to databaser. Selv om disse har et omfattende innhold, er det mulig at søk gjennom flere kilder ville ha ført til et noe større/annerledes utvalg av studier.

Til sist er det verdt å merke seg at analysene og teksten for denne studien er utformet som en relativt bred hovedoppgave på feltene temporal utvikling / komparativ sammenligning innen psykoterapeutisk behandlingseffekt, og ikke nødvendigvis som en enkeltartikkel ment for publisering i et vitenskapelig tidsskrift. Hvis/når sistnevnte formål blir aktuelt, kan analysene og teksten snevres ned og tilpasses tilsvarende.

Implikasjoner

Den rent praktiske betydningen av denne studien vil hovedsakelig være å medvirke til bevisstgjøring av tendensene innen moderne psykoterapi. Hvis psykoterapi utført i dag har lavere effekt enn for 30-40 år siden, vil dette kunne sette spørsmålsteget ved nåværende komparative studier som sammenligner behandlingseffekten fra nye metoder og teknikker med for eksempel KAT. I ytterste konsekvens kan dette medføre at selv om en ny teknikk gjennom sammenlikningsstudier fra 2014 viser seg å være jevn god med klassisk KAT, kan den nye teknikken fortsatt ha svakere effekt enn den klassiske kognitive terapi fra 70-tallet (!).

Det faktum at psykoterapi viser en synkende trend, betyr imidlertid at muligheten for signifikant forbedring også bør være til stede, og at behandlingsutfall er en faktor som i aller

høyeste grad kan påvirkes. I så måte anbefales det å sette inn tiltak i form av videre forskning og randomiserte studier, for å finne oppskriften bak den optimale formidlingen av kognitiv terapi.

Angående sistnevnte punkt avdekker denne metaanalysen at det eksisterer et behov for å inkludere mer informasjon fra enkeltstudier som tar for seg behandlingseffekter. Således anbefales det at framtidige studier over dette tema innhenter og rapporterer nøyaktige oversikter angående innholdet i hver sesjon av terapien som utføres. Mål på arbeidsalliansen mellom terapeut og pasient kan også med fordel inkluderes, da denne faktorens bidrag til behandlingssuksess bør settes i sammenheng med innholdet av terapien. Ved å inkludere disse mål settes vi bedre i stand til å komme med empiriske vurderinger av teknikkforms eventuelle betingning av arbeidsalliansen, samt se hvilke spesifikke komponenter av terapi som har størst effekt.

Konklusjon

Denne studiens hovedfokus var å undersøke virkningen faktoren "tid" har på behandlingsutfall. Resultatene fra flere metaanalyser påviste at den generelle behandlingseffekten fra individuell psykoterapi, og da hovedsakelig KAT, har vært synkende fra slutten av 1970-årene og fram til i dag. Hypoteser om årsaken til dette funnet ble foreslått; det kan skyldes mulige variasjoner innen den terapeutiske formidlingen av terapi; en svakere arbeidsallianse i moderne terapi; eller en svekkelse av placebo-effekten som følge av tid.

Funn om synkende behandlingseffekt gjaldt imidlertid ikke for gruppeterapi. Her har det tilsynelatende vært en stigning i effektstørrelse som følge av tid. Én mulig hypotese for dette resultatet fremmes; Det er mulig dette formatet av terapi har en iboende større grad av oppmerksomhet rettet mot å oppmuntre og ivareta feedback fra både terapeuter og pasienter, for så å inkorporere dette i framtidig behandling.

Oppsummert kan det konkluderes med at psykoterapeutisk intervensjon mot depresjon har god effekt. Imidlertid er tendensen en synkende behandlingseffekt. Videre forskning er påkrevd for bekreftelse av funn fra denne studien.

Referanser

- *Abbass, A. (2002). Intensive Short-term Dynamic Psychotherapy in a private psychiatric office: clinical and cost effectiveness. *Am J Psychother*, 56(2), 225-232.
- Abbass, A. A., Rabung, S., Leichsenring, F., Refseth, J. S., & Midgley, N. (2013). Psychodynamic Psychotherapy for Children and Adults: A Meta-Analysis of Short-Term Psychodynamic Models. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 52, 1241-45.
- American Cancer Society. (2012). The History of Cancer. Lastet ned 01/03-2014. <http://www.cancer.org/acs/groups/cid/documents/webcontent/002048-pdf.pdf>
- Baardseth, T. P., Goldberg, S. B., Pace, B. T., Wislocki, A. P., Frost, N. D., Siddiqui, J. R., . . . Wampold, B. E. (2013). Cognitive-behavioral therapy versus other therapies: Redux. *Clinical Psychology Review*, 33(3), 395-405.
- *Baker, A. L., & Wilson, P. H. (1985). Cognitive-behavior therapy for depression: The effects of booster sessions on relapse. *Behavior Therapy*, 16(4), 335-344.
- *Barkham, M., Shapiro, D. A., Hardy, G. E., & Rees, A. (1999). Psychotherapy in two-plus-one sessions: outcomes of a randomized controlled trial of cognitive-behavioral and psychodynamic-interpersonal therapy for subsyndromal depression. *J Consult Clin Psychol*, 67(2), 201-211.
- *Beach, S. R. H., & O'Leary, D. K. (1992). Treating depression in the context of marital discord: Outcome and predictors of response of marital therapy versus cognitive therapy. *Behavior Therapy*, 23(4), 507-528.
- Beck, A. T., Ward, C. H., Mendelson, M., Mock, J. E., & Erbaugh, J. K. An inventory for measuring depression. *Archives of General Psychiatry* 1961,4 561–571.
- *Beck, A. T., Hollon, S. D., Young, J. E., Bedrosian, R. C., & Budenz, D. (1985). Treatment of depression with cognitive therapy and amitriptyline. *Arch Gen Psychiatry*, 42(2), 142-148.
- Beck, A. T., Steer, R., & Garbin, M. (1988). Psychometric properties of the Beck Depression Inventory: Twenty-five years of evaluation. *Clinical Psychology Review*, 8, 77-100.
- Beck, A. T., Steer, R. A., Ball, R., & Ranieri, W. F. (1996). Comparison of beck depression inventories-IA and-II in psychiatric outpatients. *Journal of Personality Assessment*, 67, 588-597.
- *Beutler, L. E., Engle, D., Mohr, D., Daldrup, R. J., Bergan, J., Meredith, K., & Merry, W. (1991). Predictors of differential response to cognitive, experiential, and self-directed psychotherapeutic procedures. *J Consult Clin Psychol*, 59(2), 333-340.
- Beutler, L. E., Machado, P. P. P., & Neufeldt, S. (1994). Therapist variables. In A. E. Bergin & S. L. Garfield (Eds.), *Handbook of psychotherapy and behavior change* (4th ed., pp. 259—269). New York: Wiley.
- *Blackburn, I. M., & Moore, R. G. (1997). Controlled acute and follow-up trial of cognitive therapy and pharmacotherapy in out-patients with recurrent depression. *Br J Psychiatry*, 171, 328-334.
- Borenstein, M. (2009). Effect sizes for continuous data. In H. Cooper, L. V. Hedges, & J. C. Valentine (), *The handbook of research synthesis and meta-analysis*, pp. 221-235. New York: Russell Sage Foundation.
- Borenstein, M., Hedges, L., Higgins, J., & Rothstein, H. (2005). *Comprehensive Meta-Analysis (Version 2) [Computer software]*. Englewood, NJ: Biostat
- *Bright, J. I., Baker, K. D., & Neimeyer, R. A. (1999). Professional and paraprofessional group treatments for depression: a comparison of cognitive-behavioral and mutual support interventions. *J Consult Clin Psychol*, 67(4), 491-501.

- *Carrington, C. H. (1979). A comparison of cognitive and analytically oriented brief treatment approaches to depression in Black women. *Dissertation Abstracts International*, 40, 2829.
- Castonguay, L. G. (1996). *Integrative cognitive therapy for depression treatment manual*. Unpublished manuscript, The Pennsylvania State University.
- * 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), 4-20.
- Christensen, A., & Jacobson, N. S. (1994). Who (or what) can do psychotherapy? The status and challenge of nonprofessional therapies. *Psychological Science*, 5, 8–14.
- Cirstoiu, C., Circota, G., Panaitescu, C., & Niculaita, R. (2011). The Advantage of Arthroscopic Anterior Cruciate Ligament Reconstruction with Autograft from the Tendons of the Semitendinosus – Gracilis Muscles for the Recovery of the Stability of the Knee. *Maedica*, 6(2): 109–113.
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences (2nd ed.)*. Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- *Constantino, M. J., Marnell, M. E., Haile, A. J., Kanther-Sista, S. N., Wolman, K., Zappert, L., & Arnow, B. A. (2008). Integrative cognitive therapy for depression: A randomized pilot comparison. *Psychotherapy (Chic)*, 45(2), 122-134.
- Crits-Christoph, P. (1992). The efficacy of brief dynamic psychotherapy: a meta-analysis. *The American journal of psychiatry*, 149(2), 151-158.
- Crits-Christoph, P., Baranackie, K., Kurcias, J. S., Beck, A. T., Carroll, K., Perry, K., et al. (1991). Meta-analysis of therapist effects in psychotherapy outcome studies. *Psychotherapy Research*, 1, 81–91.
- Cuijpers, P., van Straten, A., Andersson, G., & van Oppen, P. (2008). Psychotherapy for depression in adults: A meta-analysis of comparative outcome studies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 76(6), 909-922.
- *Dimidjian, S., Hollon, S. D., Dobson, K. S., Schmaling, K. B., Kohlenberg, R. J., Addis, M. E., . . . 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.
- Dobson, K. (1989). A meta-analysis of the efficacy of cognitive therapy for depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 57, 414–419.
- Duncan, B. L., Miller, S. D., & Sparks, J. (2004). *The Heroic Client. A revolutionary way to improve effectiveness through client-directed, outcome informed Therapy*. San Francisco: Jossey-Bass.
- *Dunn, R. J. (1979). Cognitive modification with depression-prone psychiatric patients. *Cognitive Therapy and Research*, 3(3), 307-317.
- *Elkin, I., Shea, M. T., Watkins, J. T., Imber, S. D., Sotsky, S. M., Collins, J. F., . . . et al. (1989). National Institute of Mental Health Treatment of Depression Collaborative Research Program. General effectiveness of treatments. *Arch Gen Psychiatry*, 46(11), 971-982.
- *Emanuels-Zuurveen, L., & Emmelkamp, P. M. (1996). Individual behavioural-cognitive therapy v. marital therapy for depression in maritally distressed couples. *Br J Psychiatry*, 169(2), 181-188.
- *Emanuels-Zuurveen, L., & Emmelkamp, P. M. (1997). Spouse-aided therapy with depressed patients. *Behav Modif*, 21(1), 62-77.
- Everyday Health (2013). Stats and Facts About depression in America. Lastet ned 20/01-2014. <http://www.everydayhealth.com/health-report/major-depression/depression-statistics.aspx>

- Eysenck, H. J. (1952). The effects of psychotherapy: an evaluation. *Journal of Consulting Psychology, 16* (5), 319-324.
- *Faramarzi, M., Alipor, A., Esmaelzadeh, S., Kheirkhah, F., Poladi, K., & Pash, H. (2008). Treatment of depression and anxiety in infertile women: cognitive behavioral therapy versus fluoxetine. *J Affect Disord, 108*(1-2), 159-164.
- *Forman, E. M., Herbert, J. D., Moitra, E., Yeomans, P. D., & Geller, P. A. (2007). A randomized controlled effectiveness trial of acceptance and commitment therapy and cognitive therapy for anxiety and depression. *Behav Modif, 31*(6), 772-799.
- *Gallagher, D. E., & Thompson, L. W. (1982). Treatment of major depressive disorder in older adult outpatients with brief psychotherapies. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice, 19*, 482-490.
- *Gallagher-Thompson, D., & Steffen, A. M. (1994). Comparative effects of cognitive-behavioral and brief psychodynamic psychotherapies for depressed family caregivers. *J Consult Clin Psychol, 62*(3), 543-549.
- Garfield, S. L. (1986). Research on client variables in psychotherapy. In S. L. Garfield & A. E. Bergin (Eds.), *Handbook of psychotherapy and behavior change* (3rd ed., (pp. 213–256). New York: Wiley.
- *Gardner, P., & Oei, T. P. (1981). Depression and self-esteem: an investigation that used behavioral and cognitive approaches to the treatment of clinically depressed clients. *J Clin Psychol, 37*(1), 128-135.
- Gibbons, C. J., Fournier, J. C., Stirman, S. W., DeRubeis, R. J., Crits-Christoph, P., & Beck, A. T. (2010). The clinical effectiveness of cognitive therapy for depression in an outpatient clinic. *Journal of Affective Disorders, 125*(1–3), 169-176.
- Gloaguen, V., Cottraux, J., Cucherat, M., & Blackburn, I. M. (1998). A meta-analysis of the effects of cognitive therapy in depressed patients. *Journal of Affective Disorders, 49*(1), 59-72.
- *Guthrie, E., Kapur, N., Mackway-Jones, K., Chew-Graham, C., Moorey, J., Mendel, E., . . . Tomenson, B. (2001). Randomised controlled trial of brief psychological intervention after deliberate self poisoning. *BMJ, 323*(7305), 135-138.
- Hans, E., & Hiller, W. (2013). Effectiveness of and dropout from outpatient cognitive behavioral therapy for adult unipolar depression: A meta-analysis of nonrandomized effectiveness studies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 81*(1), 75-88.
- Healthline. (2012). Unhappiness by the Numbers: 2012 Depression Statistics. Last updated 01-10/2013. <http://www.healthline.com/health/depression/statistics-infographic>
- Hedges, L. V., & Olkin, I. (1985). *Statistical methods for meta-analysis*. New York, NY: Academic Press.
- *Hersen, M., Himmelhoch, J. M., Thase, M. E., & Bellack, A. S. (1984). Effects of social skill training, amitriptyline, and psychotherapy in unipolar depressed women. *Behavior Therapy, 15*(1), 21-40.
- *Hogg, J. A., & Deffenbacher, J. L. (1988). A comparison of cognitive and interpersonal-process group therapies in the treatment of depression among college students. *Journal of Counseling Psychology, 35*(3), 304-310.
- Hollon, S. D., Shelton, R. C., & Loosen, P. T. (1991). Cognitive therapy and pharmacotherapy for depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 59*(1), 88-99.
- *Hollon, S. D., DeRubeis, R. J., Evans, M. D., Wiemer, M. J., Garvey, M. J., Grove, W. M., & Tuason, V. B. (1992). Cognitive therapy and pharmacotherapy for depression. Singly and in combination. *Arch Gen Psychiatry, 49*(10), 774-781.

- Horvath, A. O., & Greenberg, L. S. (1986). The development of the working alliance inventory. In L. S. Greenberg & W. M. Pinsoff (Eds.), *The Psychotherapeutic Process: A research handbook*. New York: Guilford Press.
- Howard, K. I., Kopta, S. M., Krause, M. S., & Orlinsky, D. E. (1986). The dose–effect relationship in psychotherapy. *American Psychologist*, *41*, 159–164.
- Huntley, A. L., Araya, R., & Salisbury, C. (2012) Group psychological therapies for depression in the community: systematic review and meta-analysis. *Br J Psychiatry*; *200*:184–90.
- Huppert, J. D., Bufka, L. F., Barlow, D. H., Gorman, J. M., Shear, M. K., & Woods, S. W. (2001). Therapists, therapist variables, and cognitive-behavioral therapy outcome in a multicenter trial for panic disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *69*, 747-755.
- *Jacobson, N. S., Dobson, K., Fruzzetti, A. E., Schmalig, K. B., & Salusky, S. (1991). Marital therapy as a treatment for depression. *J Consult Clin Psychol*, *59*(4), 547-557.
- *Jacobson, N. S., Dobson, K. S., Truax, P. A., Addis, M. E., Koerner, K., Gollan, J. K., . . . Prince, S. E. (1996). A component analysis of cognitive-behavioral treatment for depression. *J Consult Clin Psychol*, *64*(2), 295-304.
- Joutsenniemi, K., Laaksonen, M. A., Knekt, P., Haaramo, P., & Lindfors, O. (2012) Prediction of the outcome of short- and long-term psychotherapy based on socio-demographic factors. *Journal of Affective Disorders*, *141*, 331-342.
- Kendall, P. C., Hollon, S. D., Beck, A. T., Hammen, C. L., & Ingram, R. E. (1987). Issues and recommendations regarding use of the Beck Depression Inventory. *Cognitive Therapy and Research*, *11*, 289-299.
- *King, M., Sibbald, B., Ward, E., Bower, P., Lloyd, M., Gabbay, M., & Byford, S. (2000). 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. *Health Technol Assess*, *4*(19), 1-83.
- Kishi, M., Kafantaris, V., Sunday, S., Sheridan, E. M, & Correll, C. U. (2012). Are antipsychotics effective for the treatment of anorexia nervosa? Results from a systematic review and Meta-analysis. *J Clin. Psychiatry*, *73* (6), 757-766.
- Klerman, G. L., Weisman, M. M., Rounsaville, B. J., & Chevron, E. S. (1984). *Interpersonal psychotherapy of depression*. New York: Basic Books.
- *Kornblith, S., Rehm, L., O'Hara, M., & Lamparski, D. (1983). The contribution of self-reinforcement training and behavioral assignments to the efficacy of self-control therapy for depression. *Cognitive Therapy and Research*, *7*, 499–528.
- Kulinskaya, E., Morgenthaler, S., & Staudte, R. G. (2002). *Meta-Analysis: A Guide to Calibrating and Combining Statistical Evidence*. Hoboken, NJ: Wiley.
- *Kwon, S. M., & Oei, T. P. (2003). Cognitive change processes in a group cognitive behavior therapy of depression. *J Behav Ther Exp Psychiatry*, *34*(1), 73-85.
- *Laidlaw, K., Davidson, K., Toner, H., Jackson, G., Clark, S., Law, J., . . . Cross, S. (2008). A randomised controlled trial of cognitive behaviour therapy vs treatment as usual in the treatment of mild to moderate late life depression. *Int J Geriatr Psychiatry*, *23*(8), 843-850.
- Lambert, M. J. (1992). Psychotherapy outcome research. In: Norcross, J. C., & Goldfried, M. R. (ed.). *Handbook of Psychotherapy Integration*. New York: Basic.
- Lambert, M. J. (2001). The status of empirically supported therapies: Comment on Westen and Morrison's (2001) multidimensional meta-analysis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *69*, 910–913.
- Leon, S. C., Martinovich, Z., Lutz, W. and Lyons, J. S. (2005), The effect of therapist experience on psychotherapy outcomes. *Clin. Psychol. Psychother.*, *12*: 417–426.

- *Lieberman, R. P., & Eckman, T. (1981). Behavior therapy vs insight-oriented therapy for repeated suicide attempters. *Arch Gen Psychiatry*, 38(10), 1126-1130.
- Luborsky, L., Singer, B., & Luborsky, L. (1975). Comparative studies of psychotherapies: Is it true that "everyone has won and all must have prizes"? *Archives of General Psychiatry*, 32(8), 995-008.
- Luborsky, L., McLellan, A. T., Woody, G. E., O'Brien, C. P., & Auerbach, A. (1985). Therapist success and its determinants. *Archives of General Psychiatry*, 42, 602-611.
- Luborsky, R. P., Crits-Christoph, P., Mintz, J., & Auerbach, A. (1988). *Who will benefit from psychotherapy? Predicting therapeutic outcomes*. New York: Basic Books.
- Luborsky, L., McLellan, A. T., Diguier, L., Woody, G., & Seligman, D. A. (1997). The psychotherapist matters: Comparison of outcomes across twenty-two therapists and seven patient samples. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 4, 53-63.
- Luborsky, L., Diguier, L., Seligman, D. A., Rosenthal, R., Krause, E. D., Johnson, S., . . . Schweizer, E. (1999). The researcher's own therapy allegiances: A "wild card" in comparisons of treatment efficacy. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 6, 95-106.
- *Luty, S. E., Carter, J. D., McKenzie, J. M., Rae, A. M., Frampton, C. M., Mulder, R. T., & Joyce, P. R. (2007). Randomised controlled trial of interpersonal psychotherapy and cognitive-behavioural therapy for depression. *Br J Psychiatry*, 190, 496-502.
- Malan, D. H. (1976). *The Frontier of Brief Psychotherapy*. New York: Plenum
- Mann, J. (1973). *Time-Limited Psychotherapy*. Cambridge: Harvard University Press.
- *Markowitz, J. C., Klerman, G. L., Clougherty, K. F., Spielman, L. A., Jacobsberg, L. B., Fishman, B., . . . Perry, S. W. (1995). Individual psychotherapies for depressed HIV-positive patients. *Am J Psychiatry*, 152(10), 1504-1509.
- *Markowitz, J. C., Kocsis, J. H., Fishman, B., Spielman, L. A., Jacobsberg, L. B., Frances, A. J., . . . Perry, S. W. (1998). Treatment of depressive symptoms in human immunodeficiency virus-positive patients. *Arch Gen Psychiatry*, 55(5), 452-457.
- Markowitz, J. C., Svartberg, M., & Swartz, H. A. (1998). Is IPT time-limited psychodynamic psychotherapy? *The Journal of psychotherapy practice and research*, 7(3), 185-195.
- *McBride, C., Atkinson, L., Quilty, L. C., & Bagby, R. M. (2006). Attachment as moderator of treatment outcome in major depression: a randomized control trial of interpersonal psychotherapy versus cognitive behavior therapy. *J Consult Clin Psychol*, 74(6), 1041-1054.
- McGuire, J. F., Piacentini, J., Brennan, E. A., Lewin, A. B., Murphy, T. K., Small, B. J., et al (2013, desember). A meta-analysis of behavior therapy for tourette syndrome. *Journal of Psychiatric Research*. Advance online publication.
- *McLean, P. D., & Hakstian, A. R. (1979). Clinical depression: comparative efficacy of outpatient treatments. *J Consult Clin Psychol*, 47(5), 818-836.
- * McNamara, K., & Horan, J. J. (1986). Experimental construct validity in the evaluation of cognitive and behavioral treatments for depression. *Journal of Counseling Psychology*, 33(1), 23-30.
- *Merrill, K. A., Tolbert, V. E., & Wade, W. A. (2003). Effectiveness of cognitive therapy for depression in a community mental health center: a benchmarking study. *J Consult Clin Psychol*, 71(2), 404-409.
- Minami, T., Wampold, B. E., Serlin, R. C., Kircher, J. C., & Brown, G. S. (J.). (2007). Benchmarks for psychotherapy efficacy in adult major depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 75(2), 232-243.
- *Murphy, G. E., Carney, R. M., Knesevich, M. A., Wetzell, R. D., & Whitworth, P. (1995). Cognitive behavior therapy, relaxation training, and tricyclic antidepressant medication in the treatment of depression. *Psychol Rep*, 77(2), 403-420.

- * Neimeyer, Robert A., & Feixas, Guillem. (1990). The role of homework and skill acquisition in the outcome of group cognitive therapy for depression. *Behavior Therapy*, 21(3), 281-292.
- *Nezu, A. M. (1986). Efficacy of a social problem-solving therapy approach for unipolar depression. *J Consult Clin Psychol*, 54(2), 196-202.
- *Nylen, K. J., O'Hara, M. W., Brock, R., Moel, J., Gorman, L., & Stuart, S. (2010). Predictors of the longitudinal course of postpartum depression following interpersonal psychotherapy. *J Consult Clin Psychol*, 78(5), 757-763.
- Okiishi, J., Lambert, M. J., Nielsen, S. L., & Ogles, B. M. (2003), Waiting for supershrink: An empirical analysis of therapist effects. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 10, 361-373.
- Okiishi, J. C., Lambert, M. J., Eggett, D., Nielsen, L., Dayton, D. D., & Vermeersch, D. A. (2006). An analysis of therapist treatment effects: Toward providing feedback to individual therapists on their clients' psychotherapy outcome. *Journal of Clinical Psychology*, 62(9), 1157-1172.
- * Persons, J. B., Burns, D. D., & Perloff, J. M. (1988). Predictors of dropout and outcome in cognitive therapy for depression in a private practice setting. *Cognitive Therapy and Research*, 12(6), 557-575.
- Persons, J. B., & Silberschatz, G. (1998). Are results of randomized controlled trials useful to psychotherapists? *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66(1), 126-135.
- *Persons, J. B., Bostrom, A., & Bertagnolli, A. (1999). Results of Randomized Controlled Trials of Cognitive Therapy for Depression Generalize to Private Practice. *Cognitive Therapy and Research*, 23(5), 535-548.
- *Persons, J. B., Roberts, N. A., Zalecki, C. A., & Brechwald, W. A. (2006). Naturalistic outcome of case formulation-driven cognitive-behavior therapy for anxious depressed outpatients. *Behav Res Ther*, 44(7), 1041-1051.
- *Peterson, A. L., & Halstead, T. S. (1998). Group cognitive behavior therapy for depression in a community setting: A clinical replication series. *Behavior Therapy*, 29(1), 3-18.
- *Power, M. J., & Freeman, C. (2012). A randomized controlled trial of IPT versus CBT in primary care: with some cautionary notes about handling missing values in clinical trials. *Clin Psychol Psychother*, 19(2), 159-169.
- *Propst, L. R. (1980). The comparative efficacy of religious and nonreligious imagery for the treatment of mild depression in religious individuals. *Cognitive Therapy and Research*, 4, 167-178.
- *Reynolds, W. M., & Coats, K. I. (1986). A comparison of cognitive-behavioral therapy and relaxation training for the treatment of depression in adolescents. *J Consult Clin Psychol*, 54(5), 653-660.
- Rienstra, M., Damman, K., Mulder, B. A., Van Gelder I. C., McMurray, J. V., & Van Veldhuisen, D. J. (2013). Beta-Blockers and Outcome in Heart Failure and Atrial Fibrillation: A Meta-Analysis. *JCHF*;1(1):21-28.
- *Rohan, K. J., Roecklein, K. A., Tierney Lindsey, K., Johnson, L. G., Lippy, R. D., Lacy, T. J., & Barton, F. B. (2007). A randomized controlled trial of cognitive-behavioral therapy, light therapy, and their combination for seasonal affective disorder. *J Consult Clin Psychol*, 75(3), 489-500.
- Rosenthal, R. (1993). *Meta-analytic procedures for social research*. Newbury Park: CA: Sage
- * Roth, D., Bielski, R., Jones, M., Parker, W., & Osborn, G. (1982). A comparison of self-control therapy and combined self-control therapy and antidepressant medication in the treatment of depression. *Behavior Therapy*, 13(2), 133-144.

- *Rush, A., Beck, A., Kovacs, M., & Hollon, S. (1977). Comparative efficacy of cognitive therapy and pharmacotherapy in the treatment of depressed outpatients. *Cognitive Therapy and Research*, 1, 17-37.
- *Salminen, J. K., Karlsson, H., Hietala, J., Kajander, J., Aalto, S., Markkula, J., . . . Toikka, T. (2008). Short-term psychodynamic psychotherapy and fluoxetine in major depressive disorder: a randomized comparative study. *Psychother Psychosom*, 77(6), 351-357.
- *Sava, F. A., Yates, B. T., Lupu, V., Szentagotai, A., & David, D. (2009). Cost-effectiveness and cost-utility of cognitive therapy, rational emotive behavioral therapy, and fluoxetine (Prozac) in treating depression: a randomized clinical trial. *J Clin Psychol*, 65(1), 36-52.
- Segal, Z. V., Williams, J. M. G., & Teasdale, J. (2002). *Mindfulness-based cognitive therapy for depression: A new approach to preventing relapse*. New York: Guilford Press.
- Seligman, M. E. P. (1995). The effectiveness of psychotherapy: The Consumer Reports study. *American Psychologist*, 50(12), 965-974.
- *Selmi, P. M., Klein, M. H., Greist, J. H., Sorrell, S. P., & Erdman, H. P. (1990). Computer-administered cognitive-behavioral therapy for depression. *Am J Psychiatry*, 147(1), 51-56.
- *Shaffer, C. S., Shapiro, J., Sank, L. I., & Coghlan, D. J. (1981). Positive changes in depression, anxiety, and assertion following individual and group cognitive behavior therapy intervention. *Cognitive Therapy and Research*, 5(2), 149-157.
- Shafran, R., Clark, D. M., Fairburn, C. G., Arntz, A., Barlow, D. H., Ehlers, A., . . . Wilson, G. T. (2009). Mind the gap: Improving the dissemination of CBT. *Behaviour Research and Therapy*, 47(11), 902-909.
- *Shapiro, D. A., Barkham, M., Rees, A., Hardy, G. E., Reynolds, S., & Startup, M. (1994). Effects of treatment duration and severity of depression on the effectiveness of cognitive-behavioral and psychodynamic-interpersonal psychotherapy. *J Consult Clin Psychol*, 62(3), 522-534.
- Shedler, J. (2010). The efficacy of psychodynamic psychotherapy. *American Psychologist*, 65, 98-109.
- *Simpson, S., Corney, R., Fitzgerald, P., & Beecham, J. (2003). A randomized controlled trial to evaluate the effectiveness and cost-effectiveness of psychodynamic counselling for general practice patients with chronic depression. *Psychol Med*, 33(2), 229-239.
- Smith, M. L., & Glass, G. V. (1977). Meta-analysis of psychotherapy outcome studies. *American Psychologist*, 32, 752-760.
- *Spinelli, M. G. (1997). Interpersonal psychotherapy for depressed antepartum women: a pilot study. *Am J Psychiatry*, 154(7), 1028-1030.
- *Steuer, J. L., Mintz, J., Hammen, C. L., Hill, M. A., Jarvik, L. F., McCarley, T., . . . Rosen, R. (1984). Cognitive-behavioral and psychodynamic group psychotherapy in treatment of geriatric depression. *J Consult Clin Psychol*, 52(2), 180-189.
- Stirman, S. W., DeRubeis, R. J., Crits-Christoph, P., & Brody, P. E. (2003). Are Samples in Randomized Controlled Trials of Psychotherapy Representative of Community Outpatients? A New Methodology and Initial Findings. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 71(6), 963-972.
- Stirman, S. W., DeRubeis, R. J., Crits-Christoph, P., & Rothman, A. (2005). Can the Randomized Controlled Trial Literature Generalize to Nonrandomized Patients? *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 73(1), 127-135.
- *Strauman, T. J., Vieth, A. Z., Merrill, K. A., Kolden, G. G., Woods, T. E., Klein, M. H., . . . Kwapil, L. (2006). Self-system therapy as an intervention for self-regulatory dysfunction in depression: a randomized comparison with cognitive therapy. *J Consult Clin Psychol*, 74(2), 367-376.

- *Stravynski, A., Verreault, R., Gaudette, G., Langlois, R., Gagnier, S., & Larose, M. (1994). The treatment of depression with group behavioural-cognitive therapy and imipramine. *Can J Psychiatry*, 39(7), 387-390.
- Svartberg, M., & Stiles, T. C. (1991). Comparative effects of short-term psychodynamic psychotherapy: A meta-analysis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 59(5), 704-714.
- *Taylor, F., & Marshall, W. Experimental analysis of a cognitive behavioral therapy for depression. *Cognitive Therapy and Research* 1977,1 59–72.
- *Thase, M. E., Simons, A. D., Cahalane, J., McGeary, J., & Harden, T. (1991). Severity of depression and response to cognitive behavior therapy. *Am J Psychiatry*, 148, 784-89.
- *Thompson, L. W., Gallagher, D., & Breckenridge, J. S. (1987). Comparative effectiveness of psychotherapies for depressed elders. *J Consult Clin Psychol*, 55(3), 385-390.
- *Thyme, K. E., Sundin, E. C., Stahlberg, G., Lindstrom, B., Eklof, H., & Wiberg, B. (2007). The outcome of short-term psychodynamic art therapy compared to short-term psychodynamic verbal therapy for depressed women. *Psychoanalytic Psychotherapy*, 21(3), 250-264.
- USC. (2013). Cardiothoracic surgery. Lastet ned 07/02-2014.
<http://www.cts.usc.edu/hpg-minimallyinvasivebypassurgery.html>
- Wampold, B. E., Mondin, G. W., Moody, M., Stich, F., Benson, K., & Ahn, H. (1997). A meta-analysis of outcome studies comparing bona fide psychotherapies: Empirically, "all must have prizes." *Psychological Bulletin*, 122(3), 203-215.
- Wampold, B. E., Minami, T., Baskin, T. W., & Callen, S. T. (2002). A meta-(re)analysis of the effects of cognitive therapy versus 'other therapies' for depression. *Journal of Affective Disorders*, 68(2–3), 159-165.
- Wampold, B. E., & Brown, G. S. (2005). Estimating variability in outcomes attributable to therapists: a naturalistic study of outcomes in managed care. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 73, 914–923.
- *Watson, J. C., Gordon, L. B., Stermac, L., Kalogerakos, F., & Steckley, P. (2003). Comparing the effectiveness of process-experiential with cognitive-behavioral psychotherapy in the treatment of depression. *J Consult Clin Psychol*, 71(4), 773-781.
- Watts B. V., Schnurr P. P., Mayo L., Young-Xu Y., Weeks W. B., & Friedman M. J. (2013). Meta-analysis of the efficacy of treatments for posttraumatic stress disorder. *Journal of Clinical Psychiatry* 74, 541 -550.
- Wells, A. (2000). *Emotional disorders and metacognition: Innovative cognitive therapy*. Chichester, UK: Wiley.
- *Wells, A., Fisher, P., Myers, S., Wheatley, J., Patel, T., & Brewin, C. R. (2012). Metacognitive therapy in treatment-resistant depression: a platform trial. *Behav Res Ther*, 50(6), 367-373.
- *Westbrook, D., & Kirk, J. (2005). The clinical effectiveness of cognitive behaviour therapy: outcome for a large sample of adults treated in routine practice. *Behav Res Ther*, 43(10), 1243-1261.
- Westen, D., & Morrison, K. (2001). A multidimensional meta-analysis of treatments for depression, panic, and generalized anxiety disorder: An empirical examination of the status of empirically supported therapies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 69, 875–899.
- WHO. (2012). Depression fact sheet. Lastet ned 03-10/2013.
<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs369/en/index.html>
- *Wierzbicki, M., & Bartlett, T. S. (1987). The efficacy of group and individual cognitive therapy for mild depression. *Cognitive Therapy and Research*, 11(3), 337-342.

- Wierzbicki, M., & Pekarik, Gene. (1993). A meta-analysis of psychotherapy dropout. *Professional Psychology: Research and Practice*, 24, 190-195.
- *Wilson, P. H., Goldin, J. C., & Charbonneau-Powis, M. (1983). Comparative efficacy of behavioral and cognitive treatments of depression. *Cognitive Therapy and Research*, 7, 111–124.
- Wittchen H. U., Jacobi F., Rehm J., Gustavsson A., Svensson M., Jonsson B., et al. (2011). The size and burden of mental disorders and other disorders of the brain in Europe 2010. *Eur. Neuropsychopharmacol.* 21, 655–679.
- * Wollersheim, J. P., & Wilson, G. L. (1991). Group treatment of unipolar depression: A comparison of coping, supportive, bibliotherapy, and delayed treatment groups. *Professional Psychology: Research and Practice*, 22(6), 496-502.
- *Wright, J. H., Wright, A. S., Albano, A. M., Basco, M. R., Goldsmith, L. J., Raffield, T., & Otto, M. W. (2005). Computer-assisted cognitive therapy for depression: maintaining efficacy while reducing therapist time. *Am J Psychiatry*, 162(6), 1158-1164.
- *Zettle, R. D., & Rains, J. C. (1989). Group cognitive and contextual therapies in treatment of depression. *J Clin Psychol*, 45(3), 436-445.
- Zoogman, S., Goldberg, S. B., Hoyt, W. T., Miller, Lisa. (2014, januar). Mindfulness interventions with youth: A meta-analysis. *Mindfulness*. Advance online publication.

*Artikler som er inkludert i analysene.

Appendix A.

Forfatter	Studie/betingelse	År	ITT/comp	Type	Form	Diag.	N	Hedges g
Abbass	Korttids psykodynamisk ter.	2002	Completers	Klinisk	Ind	Mild	73	1.27
Baker & Wilson	CBT	1985	Completers	RCT	Gruppe	Mod.	31	1.65
Barkham et al	:CBT	1999	Completers	RCT	Ind	Mild	62	1.61
	:IPT	1999	Completers	RCT	Ind	Mild	54	1.26
Beach & O'Leary	CBT	1992	Completers	RCT	Ind	Mod.	15	1.36
Beck et al	CT	1985	Completers	RCT	Ind	Mod.	18	2.64
Beutler et al	CBT	1991	Completers	RCT	Gruppe	Mod.	21	1.27
Blackburn & Moore	CBT	1997	Completers	RCT	Ind	Tilbak.	24	0.70
Bright et al	CBT	1999	Completers	RCT	Gruppe	Mod.	27	1.26
Carrington	:CT	1979	Completers	RCT	Ind	Mod.	11	2.49
	:Analytisk orientert terapi	1979	Completers	RCT	Ind	Mod.	11	2.80
Castonguay et al	Integrativ CT	2004	Completers	RCT	Ind	Mod.	11	2.44
Constantino et al	:Integrativ CT	2008	Completers	RCT	Ind	Mod.	11	2.36
	:CT	2008	Completers	RCT	Ind	Mod.	11	1.53
Dimidjian et al	:CBT, lav alvorlighetsgrad dep	2006	Completers	RCT	Ind	Mod.	20	1.00
	:CBT, høy alvorlighetsgrad dep	2006	Completers	RCT	Ind	Alvor.	25	2.18
Dunn	CT	1979	Completers	RCT	Ind	Mod.	10	2.16
Elkin et al	:CBT	1989	Completers	RCT	Ind	Mod.	37	1.90
	:IPT	1989	Completers	RCT	Ind	Mod.	47	2.13
Emanuel-Zuurveen & Emmelkamp	CBT	1996	Completers	RCT	Ind	Mod.	14	0.38
Emanuel-Zuurveen & Emmelkamp	CBT	1997	Completers	RCT	Ind	Mod.	10	0.97
Faramarzi et al	CBT	2008	Completers	RCT	Gruppe	Mod.	29	1.98
Forman et al	CT	2007	Completers	RCT	Ind	Mild	44	0.65
Gallagher & Thompson	:CT	1982	Completers	RCT	Ind	Mod.	27	2.12
	: Relasjonell dynamisk ter.	1982	Completers	RCT	Ind	Mod.	24	1.04
Gallagher-Thompson & Steffen	:CBT	1994	Completers	RCT	Ind	Mild	36	1.32
	:Korttids dyn. ter.	1994	Completers	RCT	Ind	Mild	30	1.19
Guthrie et al	Dynamisk interpersonlig ter.	2001	Completers	RCT	Ind	Mod.	58	0.32
Hersen & Bellack	Korttids dynamisk terapi	1984	Completers	RCT	Ind	Alvor.	22	2.58
Hogg & Deffenbacher	:CBT	1988	Uklart	RCT	Gruppe	Mod.	13	0.87
	:IPT	1988	Uklart	RCT	Gruppe	Mod.	14	0.58
Hollon et al	CBT	1992	Completers	RCT	Ind	Tilbak.	16	2.44
Jacobson et al	:CBT høy alvorlighetsgrad	1991	Completers	RCT	Ind	Alvor.	7	2.63
	:CBT lav alvorlighetsgrad	1991	Completers	RCT	Ind	Mod.	13	3.82
	:CBT/BMT*høy alvorlighetsgrad	1991	Completers	RCT	Ind	Mod.	11	1.11
	:CBT/BMT*lav alvorlighetsgrad	1991	Completers	RCT	Ind	Mod.	8	2.75
Jacobson et al	CBT	1996	Completers	RCT	Ind	Alvor.	50	2.19
King et al	CBT	2000	completers	RCT	Ind	Mod.	63	1.63
Kornblith et al	CBT	1983	Completers	RCT	Gruppe	Mod.	11	0.65
Kwon & Oei	CBT	2003	Completers	Annen**	Gruppe	Mod.	35	1.51
Laidlaw et al	CBT	2008	Completers	RCT	Ind	Mild	20	1.23
Libermann & Eckmann	:CBT	1981	Completers	Klinisk	Ind	Mod.	12	2.22
	:Dyn. orientert	1981	Completers	Klinisk	Ind	Mod.	12	0.80
Luty et al	:CBT	2007	ITT	RCT	Ind	Mod.	86	1.18
	:Interpersonlig terapi	2007	ITT	RCT	Ind	Mod.	91	0.98
Markowitz et al	IPT	1995	Completers	RCT	Ind	Mod.	14	1.46

Forfatter	Studie/betingelse	År	ITT/comp	Type	Form	Diag.	N	Hedges g
Markowitz et al	:CBT	1998	Completers	RCT	Ind	Mod.	17	0.67
	:IPT	1998	Completers	RCT	Ind	Mod.	17	1.39
McBride et al.	:CBT	2008	Completers	RCT	Ind	Mod.	29	2.73
	:Interpersonlig terapi	2008	Completers	RCT	Ind	Mod.	27	1.93
McLean & Hakstian	:CBT	1979	Completers	RCT	Ind	Mod.	10	2.49
	:Korttids dynamisk terapi	1979	Completers	RCT	Ind	Mod.	10	1.36
McNamara & Horan	:CBT	1986	Completers	RCT	Ind	Mod.	10	3.95
	:CT	1986	Completers	RCT	Ind	Mod.	10	3.40
Merrill, Tolbert & Wade	CBT	2003	Completers	Klinisk	Ind	Mod.	100	1.81
Murphy et al	CBT	1995	ITT	RCT	Ind	Tilbak.	11	2.39
Neimeyer & Feixas	CBT	1990	Uklart	RCT	Gruppe	Mod.	24	0.97
Nezu	CT	1986	Completers	RCT	Gruppe	Mod.	11	2.87
Nylen et al	Interpersonlig terapi	2010	uklart	RCT	Ind	Mod.	60	1.65
Persons et al	CBT	1988	Completers	Klinisk	Ind	Mod.	35	1.53
Persons et al	:CBT	1999	ITT	RCT	Ind	Mod.	27	1.32
Persons et al	CBT	2006	Completers	Klinisk	Ind	Mod.	38	1.17
Peterson & Halstead	CBT	1998	Completers	Klinisk	Gruppe	Mod.	97	1.09
Power & Freeman	:CBT	2012	Completers	RCT	Ind	Alvor.	46	0.38
	:Interpersonlig terapi	2012	Completers	RCT	Ind	Alvor.	54	0.88
Propst	CT	1979	Completers	RCT	Ind	Mild	11	0.79
Reynolds & Coats	CBT	1986	Completers	RCT	Gruppe	Mod.	10	2.35
Rohan et al	CBT	2007	Completers	RCT	Gruppe	Mod.	13	1.71
Rush et al	CT	1977	Completers	RCT	Ind	Tilbak.	18	3.68
Salminen et al	Korttids dynamisk ter.	2008	Completers	RCT	Ind	Mod.	21	2.17
Sava et al	CT	2009	Uklart	RCT	Ind	Mod.	49	2.38
Selmi et al	CBT	1990	Completers	RCT	Ind	Mod.	12	1.07
Shaffer et al	:CBT	1981	Completers	RCT	Gruppe	Mod.	10	0.90
Shapiro et al	:CBT	1994	Completers	RCT	Ind	Mild	58	2.12
	:IPT	1994	Completers	RCT	Ind	Mild	59	1.57
Simpson et al	Psykodynamisk ter.	2003	Uklart	RCT	Ind	Mild	29	0.30
Spinelli	Interpersonlig terapi	1997	Completers	Pilot	Ind	Mod.	13	1.70
Steuer et al	:CBT	1984	Completers	RCT	Gruppe	Mild	10	1.25
	:Korttids dynamisk ter.	1984	Completers	RCT	Gruppe	Mild	10	0.49
Strauman et al	CT	2006	Completers	RCT	Ind	Mod.	18	1.97
Stravynski et al	CBT	1994	Completers	RCT	Gruppe	Mod.	9	2.32
Taylor & Marshall	:CBT	1977	Completers	RCT	Ind	Mod.	7	2.60
	:CT	1977	Completers	RCT	Ind	Mod.	7	1.71
Thase et al	:CBT høy alvorlighetsgrad	1991	Completers	Klinisk	Ind	Alvor.	38	2.42
	:CBT lav alvorlighetsgrad	1991	Completers	Klinisk	Ind	Mod.	21	2.40
Thompson, Gallagher & Breckenridge	:CBT	1987	Completers	RCT	Ind	Mod.	27	1.97
	: Kort. dyn	1987	Completers	RCT	Ind	Mod.	24	1.85
Thyme et al	:Korttids dyn. kunst terapi	2008	Completers	RCT	Ind	Mild	21	0.81
	:Korttids dynamisk terapi	2008	Completers	RCT	Ind	Mild	18	0.92
Watson et al	CBT	2003	Completers	RCT	Ind	Mod.	33	1.64
Wells et al	Metakognitiv terapi	2012	Completers	Pilot	Ind	Alvor.	10	1.35
Westbrook & Kirk	CBT – Cond. severely depressed	2005	Completers	Klinisk	ind	Alvor.	95	1.42
Wierzbicki & Bartlett	:CBT	1987	Completers	RCT	Gruppe	Mod.	9	0.32
	:CBT	1987	Completers	RCT	Ind	Mod.	9	1.97

Forfatter	Studie/betingelse	År	ITT/comp	Type	Form	Diag.	N	Hedges g
Wilson, Godin & Charbonneau-Powis	CT	1983	Completers	RCT	Ind	Mod.	8	2.94
Wollersheim & Wilson	CBT	1991	Completers	RCT	Gruppe	Mod.	10	0.18
Wright et al	CBT	2005	Completers	RCT	Ind	Mod.	15	1.82
Zettle & Rains	CBT	1989	Completers	RCT	Gruppe	Mod.	10	0.94

Diag. = Primærdiagnose for deltakerne i studien (Mild, moderat, alvorlig eller tilbakevendende depresjon).

*CBT kombinert med giftemålsterapi.

**Ikke randomisert, kontrollert studie.

Appendiks B:

****Kvaliteten på studiene regnes ut ved hjelp av et totalt poengsystem, basert på følgende faktorer:**

Oppgitte data i studien:

SD pre = 1 poeng

SD post = 1 poeng

Kjønnsfordeling og gj. alder = 1 poeng

Kun *M* pre og post skåre = 0 poeng

Studie design

RCT between group = 2 poeng

RT (randomized trial) within group = 1 poeng

Klinisk feltstudie/pilotstudie/annen studie = 0 poeng

Resultatgrunnlag

Resultater basert på completers av en behandling: 1 poeng

Resultater basert på ITT av en behandling / uklart om completers/ITT = 0 poeng

6 poeng = høy kvalitet.

4-5 poeng = middels kvalitet.

0-3 poeng = lav kvalitet