

Psykologiske behandlingsformer for depresjon med vekt på individualiserte tilnærminger

I Helsedirektoratets retningslinjer for behandling av tilbakevendende depresjoner er både medikamentell og psykologisk behandling beskrevet som sentralt, spesielt de strukturerte psykologiske tilnærmingene. Artikkelen gir en kort beskrivelse av de vanligste terapiformene og en avsluttende vurdering.

TEKST

Hans M. Nordahl

Egil W. Martinsen

Catharina E. A. Wang

PUBLISERT 5. januar 2012

ABSTRACT:

Psychological treatments for depression with an emphasis on individual interventions
Most patients with depression will initially be treated by general practitioners with antidepressants and supportive therapy when they seek help. Psychological treatments are most commonly offered in specialist health care and are not easily accessible for the majority of depressed patients. The dominating forms of psychological treatments are short-term therapies, such as interpersonal therapy, cognitive-behavioural therapy and psychodynamic therapies. In addition to specific therapeutic techniques common factors are also important. The paper aims to present the typical approaches used in mental health care in Norway. We argue that four elements are common, and this is in accordance with the national guidelines for the treatment of depression. These are: (1) Emphasis on the therapeutic alliance, (2) providing knowledge and psycho-education about depression, (3) the use of focused treatment targets, and (4) emphasis on coping with problems related to depression. It seems to be a common ground for most psychological approaches to depression. We aim to describe some core features of the most common psychological treatments, and we indicate to what degree they address these common elements.

Keywords: major depression, psychological treatments, common factors, specific factors

EMNER

Dyp depresjon

Psykologisk behandling

Fellesfaktor

Spesifikke faktorer

De aller fleste mennesker med milde og moderate depresjoner^[1] behandles hos fastlegen med antidepressive medikamenter sammen med støttesamtaler (McCracken

et al., 2006). En stor andel får hjelp, men en betydelig gruppe sitter igjen med restsymptomer etter behandling. For noen blir tilstanden kronisk, og mange får tilbakefall. Etter en depressiv episode får 50–60 % tilbakefall innen ett år (Gloaguen, Coottraux, Cucherat & Blackburn, 1998), og dette ser ut til å gjelde uansett hvor lenge de har blitt behandlet med medikamenter på forhånd. For hvert tilbakefall øker sannsynligheten for et nytt, og faren for fremtidig kronifisering stiger (Forshall & Nutt, 1999; Mueller et al., 1999). Forekomsten av selvmord hos mennesker med vedvarende eller alvorlig tilbakevendende depresjon er høyere enn i befolkningen for øvrig og er antatt å ligge på omtrent 6 % (BlairWest, Mellsop & EyesonAnnan, 1997). Depresjon øker også sannsynligheten for kroppslige sykdommer og reduserer forventet levetid (Mykletun & Øverland, 2010).

⁷ For å skille de ulike nivåene av klinisk depresjon baserer man seg vanligvis på antall innfridde kriterier i ICD-10 (Mild~4 kriterier; Moderat~5–6 kriterier; Alvorlig~7 eller flere kriterier). I tillegg kommer grad av funksjonssvikt og varighet av symptomene, som også avspeiler depresjonens alvorlighetsgrad.

«Vi finner mange likhetstrekk mellom de vanligste psykologiske behandlingsmetodene som brukes i dag, men det er betydelig variasjon i hvor sterkt de ulike prinsippene vektlegges»

Kriteriene for depressiv episode (jfr ICD-10,1992) inkluderer typiske kjernesymptomer som nedstemthet, tap av interesse og glede, og redusert energi som medfører økt tretthet og redusert aktivitet. Depresjonsdiagnosen er heterogen i den forstand at to personer som oppfyller de diagnostiske kriteriene, kun trenger å ha et par symptomer til felles. I tillegg kan depresjon oppstå i sammenheng med andre psykiske symptomidelser, utviklingsog personlighetsforstyrrelser, rusproblemer og somatiske tilstander. Bredden i symptomutforming og komorbiditet viser til stor variasjon i årsaksforhold hva angår sårbarhet, utløsende og vedlikeholdende faktorer.

Lidelsens tilbakevendende karakter er forsøkt forklart med utgangspunkt i ulike årsaksforhold og opprettholdende faktorer. Disse inkluderer sårbarhetsfaktorer som går forut for den første depressive episoden, og sårbarhet som oppstår etter en depressiv episode (psykologiske arr). Forskning viser at tilbakevendende depresjoner spesielt synes å ramme mennesker som har negative selvskjemaer (Halvorsen, Wang, Eisemann & Waterloo, 2010), som grubler mye (Nolen-Hoeksema, 1991), som har hatt depresjoner tidligere (Mueller et al., 1999), og som har ufullstendig bedring og restsymptomer (Se Nordahl, 2004 for en gjennomgang). Tilbakefall synes å være sterkere relatert til hvor

mange restsymptomer på depresjon pasienten har etter avsluttet behandling, enn hvor deprimert pasienten var i utgangspunktet. Fokus på restsymptomer er derfor av betydning ved tilbakefallsforebygging (Jarret et al., 2001).

Mens fokus i behandling av depresjon primært har vært på akutt behandling av enkeltepisoder, har forskere og klinikere i økende grad blitt opptatt av lidelsens tilbakevendende karakter og tendens til kroniske forløp. Depresjon er et stort folkehelseproblem, som bidrar betydelig til sykefravær og uføretrygd (Dalgard & Bøen, 2008). Tilstandens tilbakevendende karakter nødvendiggjør flere innfallsvinkler til problemet, så vel individuell sårbarhet og behandling som sosiale og samfunnsmessige forhold.

Spesielt viktig blir forebyggende tiltak for å hindre at depresjon oppstår, å redusere varigheten av en depressiv episode, og å forebygge tilbakefall.

Det er godt dokumentert at adekvat medikamentell behandling viser en bedringsrate på rundt 50 %. Ved depresjon er det også en betydelig placeborespons, og tendensen i nyere undersøkelser viser at forskjellen mellom aktivt medikament (SSRI) og placebo er liten ved moderate depresjoner, men forskjellen i favør av aktive medikamenter er større dersom depresjonen er av alvorlig karakter (Kirsch et al., 2008). Bare 20–30 % blir friske av medikamentell behandling (Ferrier, 1999; Paykel et al., 1999). Medikamentell behandling har en relativt hurtig innsettende effekt allerede etter 2–4 uker, men seponering medfører stor fare for tilbakefall (Turner, Matthews, Linardatos, Tell & Rosenthal, 2008). Strukturert psykologisk behandling, slik som kognitiv og interpersonlig terapi, medfører derimot at tendensen til tilbakefall etter avsluttet behandling er mindre enn med antidepressiv medikasjon (Elkin et al., 1989).

De nasjonale retningslinjene for behandling av depresjon åpner for at hovedparten av depresjoner, som ligger i området mild til moderat, primært skal behandles av psykososiale intervensjoner, men at antidepressive medikamenter kan vurderes dersom de psykososiale tiltakene ikke har effekt (Helsedirektoratet, 2009). Ved alvorligere og langvarige depresjoner er det ofte nødvendig å kombinere psykologisk og medikamentell behandling, da effekten av kombinasjonen synes å være bedre enn hvert av enkelttiltakene alene (Hirshfeld et al., 2002; Keller et al., 2000).

Psykologiske behandlingstilbud i det norske helsevesenet er kognitiv atferdsterapi, interpersonlig terapi, psykodynamisk orientert terapi, familierapi og gruppeterapi. Disse behandlingsformene er i dag underbygget av ulike grader av evidens (NICE, 2004, Helsedirektoratet, 2009). Forskningen på de ulike psykologiske behandlingsformer er ennå mangelfull, og spesielt er studier av langtids oppfølging etter behandling mangelvare.

De fleste terapiretningene har utviklet modellspesifikke mekanismer som fokuseres i behandling av depresjoner (Roth & Fonagy, 2005). De ulike behandlingsmetodene tar utgangspunkt i en spesifikk forståelse av årsaker og mekanismer for lidelsene og anvender særegne begreper for dette. Således kan det være vanskelig å peke på en felles mekanisme eller på en bestemt effektiv ingrediens som er felles for de ulike

psykologiske behandlingsformene for depresjon. Bruken av begreper og språk for sentrale mekanismer kan være uklar eller overlappende. Det er vanlig å anta at det meste av behandlingsrespons kan forklares gjennom flere faktorer, som fellesfaktorer (for eksempel terapeutisk relasjon eller håp hos klienten), uspesifikke faktorer (naturlige svingninger i sinnsstemninger, overskudd), og spesifikke faktorer (for eksempel reduksjon av depressiv grubling).

De nasjonale retningslinjene har i stor grad vektlagt betydningen de psykososiale tilnærmingene har for dette arbeidet (Helsedirektoratet, 2009). Pasienter som i dag søker hjelp for sin depresjon, er ofte ikke sikre på hvilken type behandling de får. Det er et spørsmål om de psykososiale intervensjonene psykologene bruker ved depressive lidelser, reflekterer de anvisninger og anbefalinger som er gitt fra nasjonalt hold.

Målet med denne artikkelen er derfor å beskrive de vanligste psykologiske behandlingsformene for depresjon som anvendes i Norge, og kort omtale de antatte virksomme faktorene i hver hovedtilnærming. Med dette som bakgrunn trekker vi frem hva som kan være felles prinsipper og handlingsmåter i arbeid med depresjoner. Vårt mål er derfor ikke å finne ut hva som er den beste behandlingsmetoden, men snarere å se i hvilken grad de ulike metodene dekker det man regner som viktig for behandling av depresjoner i dag.

Fellesfaktorer og spesifikke faktorer

Som felles faktorer regnes først og fremst de endringsprosessene som skapes i den terapeutiske alliansen, samt forventningsfaktorer som troverdighet og håp om forandring (Hougaard, 1996). Den terapeutiske alliansen omfatter trygghet, aksept og bekreftelse, men også samarbeid og enighet om innhold og mål i behandlingen (Weinberger & Rasco, 2007). Tidligere undersøkelser har vist at terapeutisk allianse predikerer utfall av behandling (Martin, Garske & Davis, 2000), og mange terapeuter vektlegger denne som kjernen i behandlingseffekten.

BOKS 1. PRINSIPPER I INTERPERSONLIG TERAPI

BOKS 1. PRINSIPPER I INTERPERSONLIG TERAPI

- Fokus på den terapeutiske allianse er viktig i IPT. Tilknytningsteori (Bowlby) er utgangspunkt for tenkning rundt allianse og utvikling av depresjon
- IPT bruker psykoedukasjon, som praktisk informasjon om pasientens lidelse med formål å styrke pasientens kunnskap om mestring av interpersonlige situasjoner. IPT fokuserer først og fremst på interpersonlige og relasjonelle aspekter ved personens depresjon
- Depresjon utløses av bestemte livshendelser; tapsopplevelser, rolleendringer, eller mellommenneskelige problemer som individet ikke klarer å løse eller tilpasse seg
- IPT beskriver depresjon som en funksjonssvikt i forhold til å kunne omstille seg til endrede livsbetingelser hvor fokus er på å løse reelle hverdagsproblemer. Den sosiale tilpasningen og pasientens kommunikasjon rundt følelser og behov må bedres, slik at den mellommenneskelige funksjonen og kommunikasjonsevnen restitueres
- IPT tilbyr mange praktiske råd og tips om mestring av hverdagslige utfordringer, og råd om regularitet og forbedret kommunikasjon med andre

Terapeuten kan fremme den terapeutiske alliansen ved å vise ubetinget aksept, være genuin og varm og på denne måten bidra til at pasienten føler seg verdsatt og ivaretatt i behandlingssituasjonen (Rogers, 1951). Ulike retninger vektlegger betydningen av relasjonen med pasienten forskjellig, fra å være et samarbeidsprosjekt og et slags arbeidsteam omkring spesielle mål (Beck, Rush, Shaw & Emery, 1979) til at relasjonsarbeidet og klargjøringen av overføringsreaksjonen er selve målet i terapien (Blatt, 1998).

Man antar at både spesifikke faktorer og felles faktorer gir behandlingseffekt. Mens noen argumenterer for at felles faktorer har større betydning enn spesifikke faktorer (Ahn & Wampold, 2001; Lambert & Ogles, 2004), har dette blitt imøtegått av andre (Chambless, Ollendick, 2001; Siev & Chambless, 2007). I mange nyere tilnærminger til behandling av angst og depresjon er ikke den terapeutiske relasjonen spesifikt vektlagt. Et vanlig synspunkt i kognitiv terapi og atferdsterapi er at fellesfaktorer er viktige, men ikke tilstrekkelige alene, og at man bør ha spesifikke tilnærminger til spesifikke lidelser (Beck et al., 1979).

Bordins modell (1979) om tre sentrale komponenter i den terapeutiske allianse har vært svært innflytelsesrik for terapeuter som vektlegger terapeutisk allianse i betydningen genuin, rasjonell og målrettet kontakt med behandleren. Bordin beskrev at de tre sentrale komponentene i utvikling av terapeutisk allianse er at behandler og pasient er enige om terapiens målsettinger og hvordan en skal arbeide for å nå disse, samt at det emosjonelle båndet mellom behandler og pasient er godt. I en psykodynamisk setting har blant annet Bordin vektlagt det affektive båndet som spesielt viktig i alliansen. Men nyere studier av effekten av kognitiv terapi har vist at enighet mellom pasient og terapeut om mål og middel i behandling er det viktigste, og båndet mindre viktig (Webb et al., 2011). I utviklingen av instrumentet «Working Alliance Inventory» (WAI) har

Bordin bidratt til å fokusere på det genuine samarbeidsforholdet mellom pasient og terapeut og gått bort fra et ensidig fokus på overføring og motoverføring i terapiens relasjonsarbeid. Dette har bidratt til at man i større grad kan studere komponenter i alliansen i forhold til ulike terapeutiske tilnærminger.

Det har vært et konsistent funn at oppmuntring, støtte og sympati er viktig i pasientens helingsprosess (se for eksempel Safran & Muran, 2000), og dette indikerer at terapeutisk allianse er sentralt i psykologisk behandling av deprimerte. Spørsmålet er imidlertid om effekten av den terapeutiske alliansen er vektlagt uforholdsmessig mye, da korrelasjonen mellom allianse og effekt av behandling ligger på mellom 0,22 og 0,25, som forklarer omtrent 6–8 % av variansen av en behandlingseffekt (se f.eks Martin et al., 2000). Blant andre Safran og Muran (2006) har da også etterlyst andre prosessvariabler som kan forklare effekten av psykologisk behandling. Vi trenger flere studier av terapeutkompetanse i behandlingsstudier av depresjon, da undersøkelser viser at terapeutens kompetanse i en spesifikk metode kan ha stor betydning for utfallet hos deprimerte pasienter (Kuyken & Tsivrikos, 2009).

Det er også en utfordring å definere de spesifikke faktorene som har som formål å redusere pasientens depresjon. Her vektlegger de ulike terapimodellene forskjellige kausale mekanismer i utvikling og opprettholdelse av lidelsen. Nedenfor vil vi kort belyse noen av de vanligste ved depresjon.

Interpersonlig terapi (IPT)

IPT ble utviklet av Klerman og medarbeidere på 80-tallet (Klerman, Weissman, Rounsaville & Chevron, 1984) og bygger i prinsippet på Harry Stack Sullivans tanker om at sentralt i depresjon er en funksjonssvikt i interpersonlig fungering. I henhold til IPT er depresjon en sammensatt lidelse som påvirkes av mange faktorer, blant annet genetiske, biokjemiske, utviklingspsykologiske og personlighetsmessige. Dermed er et hovedfokus på mellommenneskelige relasjoner et pragmatisk valg, en arena hvor alle disse faktorene kommer til uttrykk. Sentralt i IPT er at emosjonell nedstemthet og interpersonlig fungering henger nøye sammen, og i behandling arbeider en med å hjelpe pasientene til bedre mestring på ulike interpersonlige problemområder. I IPT er det noen sentrale livsområder som en forsøker å identifisere, og som behandlingen fokuseres på. De interpersonlige problemområdene omfatter sorgreaksjoner etter tapsopplevelser; problemskapende rolleendring (bytte jobb, pensjonering, barna flytter ut), pågående mellommenneskelige konflikter og manglende interpersonlig kompetanse (sosial utilstrekkelighet). Modellen postulerer at depresjon utløses når relasjonene til viktige andre brytes eller forandrer seg. Når depresjonen tiltar, blir personen mer tilbaketrukket og utvikler en følelse av hjelpeløshet og utilstrekkelighet. Dette skaper passivitet og isolasjon, som bidrar til å opprettholde plagene (Weissman, Markowitz & Klerman, 2000). Målet i behandlingen er å bryte denne onde sirkelen ved å utvikle bedre mestring og problemløsningsferdigheter på de mellommenneskelige områdene som utløste taps- eller sorgprosessen.

Den terapeutiske alliansen i IPT bygger på Bowlbys tenkning om tilknytning, hvor det mest basale prinsippet er at tapsopplevelser og endringer i sosial rolle er knyttet til nedstemthet og tristhet, og at denne effekten svekker den mellommenneskelige fungeringen. Relasjonen til pasienten er svært viktig i IPT, da et av de sentrale temaene i terapien er å forbedre pasientens kommunikasjon rundt følelser og behov, slik at den mellommenneskelige fungeringen og kommunikasjonsevnen restitueres.

Interpersonlig psykoterapi er i utgangspunktet en korttids terapi (inntil 20 sesjoner), som er godt dokumentert i behandling av depresjon (Spanier & Frank, 1998), og som også er virksom i behandling av andre lidelser, som sosial angst (Lipsitz, Markowitz, Cherry & Fyer, 1999), bulimi (Fairburn, Jones, Peveler et al., 1991) og dystym lidelse (Markowitz, 1997). Det er påpekt at effekten av IPT og kognitiv terapi er ganske likeverdige på depresjon. Dette kan skyldes at det er store likhetstrekk ved at begge er strukturerte tilnærminger som er tidsavgrenset, anvender hjemmeoppgaver og bruker spesifikke fokus og måleinstrumenter (Ablon & Jones, 2002).

Effekten av IPT er undersøkt i forhold til depressiv episode (Weissman, Klerman, Prusoff, Sholomskas & Padian, 1981; Elkin et al., 1989) og tilbakevendende depresjon (Frank et al., 1990). Effekten ved depressiv episode er på linje med effekten av kognitiv terapi og antidepressive medikamenter. Tilbakefallsprosenten etter avsluttet behandling er lav (20–30 %), og omtrent som ved kognitiv terapi og ved vedlikeholdsbehandling med antidepressive medikamenter. Ved tilbakevendende depresjoner er effekten moderat til god.

Kognitive tilnærminger

Kognitiv terapi er i utgangspunktet en strukturert korttidsterapi som egner seg for behandling av en lang rekke psykologiske lidelser, spesielt angst og depresjon. I dag foreligger det flere kognitive tilnærminger som har spesifikke behandlingsmodeller for depresjon, for eksempel kognitiv atferdsterapi (CBT; Beck et al., 1979), meditasjonsbasert kognitiv atferdsterapi (MBCT; Segal, Teasdale & Williams, 2002), og metakognitiv terapi (Wells, 2009).

«Vi håper at vi går inn i en fremtidig klinisk praksis der pasientene kan ha en klarere forventning til hvilken behandling de får for sin depresjon dersom de søker hjelp hos psykolog»

Kognitiv atferdsterapi

Kognitiv atferdsterapi er en lidelsesspesifikk behandling for depresjon. Forklaringsmodellen for tilbakevendende depresjoner bygger i all hovedsak på de

samme prinsippene som for behandling av en depresjonsepisode. Den eneste modifikasjonen er at Becks modell postulerer at personer med tilbakevendende eller kroniske depresjoner har en større sårbarhet i form av sterkere forankrede dysfunksjonelle skjemaer eller grunnleggende leveregler.

BOKS 2. PRINSIPPER I KOGNITIV TERAPI

- Terapeuten bør ha en aktiv, dirigerende stil og samarbeide tett med pasienten om målsettinger, hjemmeoppgaver og agenda for timene
- Informasjon om depressive symptomer og bevisstgjøring av typiske tanker, følelser og atferd ved denne tilstanden bidrar til at pasienten kan distansere seg fra symptomene
- Depresjon opprettholdes av negative automatiske tanker og tilbaketrukket passiv atferd
- Tanker, følelser og atferd påvirker hverandre - det er sentralt at den deprimerte personen forstår sampillet mellom disse og hvordan tanker og følelser påvirker hverandre
- Endring i depresjon forutsetter endring i kognisjoner og atferd, og ofte vil atferdsendring og aktivisering være viktigst i første fase av behandling ved alvorlig depresjon
- Bruk av hjemmeoppgaver er sentralt for å øke pasienten aktivisering og involvering i behandlingen

Det sentrale prinsippet i den kognitive modellen ved depresjon er at personer har vedvarende negative tanker om seg selv, andre mennesker og om fremtiden. Dette er betegnet som den depressive triade (Beck et al., 1979). Fokus er på hvordan klienten utvikler negative automatiske tanker innenfor disse tre domene (selv/andre/fremtiden). Typisk for deprimerte er også at de har generell uhensiktsmessig tankestil, der informasjon feiltolkes. Eksempler på slik tankestil er svart-hvitt-tenkning («enten er det perfekt eller så er det mislykket»), diskvalifisering av det positive («det sier du bare for å trøste meg»), eller personliggjøring («det er sikkert min feil»). Disse tankestilene bør bevisstgjøres og endres, fordi de skaper sårbarhet i møte med hverdagens stress og utfordringer.

For pasienter med tilbakevendende depresjoner ser man mer uttalte grunnoppfatninger av personens selv eller andre. Disse kaller Beck «core beliefs»; på norsk brukes ofte begrepet grunnleggende leveregler. Disse er negative, globale, ensidige selvoppfatninger, som primært etableres i barndommen som et resultat av erfaringer i forhold til foreldre og jevnaldrende. Vanlige eksempler på dette er «jeg er udugelig» (mestringssvikt), «ingen er glad i meg» (uelskbar), «jeg er en taper» (lav sosial anseelse). Slike leveregler er ofte implisitte eller latente og dukker opp til overflaten i situasjoner som minner om tidligere erfaringer. Når en leveregel aktiveres, vil negative tanker forme personens opplevelse av situasjonen, og han/hun vil reagere følelsesmessig og forsterke de negative tankeprosessene og feiltolkningene.

«Hovedprinsipper i de vanligste psykologiske intervensjonene for depresjoner er allianse med pasienten, formidling av kunnskap om depresjon, et avgrenset eller spesifikt fokus i behandling, og at man bidrar til konkrete mestringstiltak»

Personen vil se mørkt på fremtiden og utvikle depressive symptomer (motivasjonsløshet, tilbaketrekning, konsentrasjonsproblemer, søvnproblemer, dårlig matlyst osv.). Etter hvert som de depressive symptomene øker, vil de negative tankene om egen fungering og mestring også øke, og resultatet blir en selvforsterkende ond sirkel av tiltagende depresjon og håpløshet.

I den kognitive modellen er en mer opptatt av hva som vedlikeholder depresjon enn hva som utløste den. Depresjon blir vedlikeholdt av de negative tankestrukturene og den tilbaketrukne, passive atferden, som påvirker følelser og kroppslige forhold. Ved å endre de negative automatiske tankene endres ikke bare symptomene, men også ens sårbarhet for fremtidig aktivisering av negative tanker. Behandling av tilbakevendende depresjoner er estimert til 15–20 timer, og følger en manualbasert protokoll (Beck et al., 1979).

I Becks manual for behandling av depresjon vektlegges det at den effektive behandler fremstår som varm, tilstrekkelig empatisk og genuin i sin respons til pasienten, i tråd med Rogers tilnærming (Rogers, 1951). I tillegg vektlegges likeverdighet mellom pasient og terapeut slik at terapeuten ikke inntar noen ekspertrolle, men en rolle som samarbeidende utforsker og teamarbeider (Beck et al., 1979).

BOKS 3. PRINSIPPER I MEDITASJONSBASERT KOGNITIV TERAPI

BOKS 3. PRINSIPPER I MEDITASJONSBASERT KOGNITIV TERAPI

- Den terapeutiske allianse er ikke spesielt fremhevet i MBCT, og tilnærmingen er ofte benyttet som et manualisert program på gruppebasis
- MBCT har en psyko-edukativ tilnærming hvor fokus på ressurser og ferdigheter er sentralt
- Meditasjonsbasert kognitiv terapi er en tilnærming som anvender meditasjons- og pusteteknikker for å skape en mental endring fra «gjøre-modus» til «være-modus»
- I stedet for å utfordre og endre tenkning lærer pasienten å erfare sine tanker og følelser i nuet og se på disse som indre mentale hendelser som man kan distansere seg fra
- Spesielt er meditasjonsteknikker sentrale, med fokus på pust som fungerer som et fokus for oppmerksomheten
- Kognitive teknikker anvendes som et supplement for å håndtere negative tanker, slik at de depressive følelsene ikke får for stor plass
- MBCT er spesielt indikert for pasienter som har hatt tre eller flere depressive episoder, og er først og fremst en tilbakefallsforebyggende tilnærming

Effekten av kognitiv terapi ved tilbakevendende eller langvarige depresjoner er relativt god og regnes som vel dokumentert (Dobson et al., 2008; Hollon, Stewart & Strunk, 2006). Det har vært diskutert hva som er de viktigste elementene i kognitiv atferdssterapi, å arbeide med tankene eller med atferden. I store kontrollerte forsøk har en funnet at ved de dypeste depresjonene er atferdsaktivering mest virksomt, mens ved milde og moderate depresjoner er arbeidet med tankene mest effektivt (Dimidjian et al., 2006).

Meditasjonsbasert kognitiv terapi (MBCT)

«Mindfulness based cognitive therapy» ble introdusert av Teasdale, Segal og Williams (1995), som en behandling for pasienter med tilbakevendende eller kronisk depresjoner. Behandlingsprotokollen (Segal et al., 2002) bygger på en integrering av Teasdales «Interacting cognitive subsystems model» (ICS), meditasjonsbasert stressreduksjonsbehandling (Kabat Zinn, 1990) og kognitive teknikker (Beck et al., 1979). MBCT ser ut til å ha god effekt for pasienter med tilbakevendende depresjoner (Teasdale et al., 2000). Sammenlignet med vedlikeholdsdoser av SSRI er MBCT minst like effektiv (Segal et al., 2010). Selv om indikasjonene for å bruke MBCT fortsatt ikke er ferdig kartlagt, er metoden indikert for tilbakevendende depresjoner med tre eller flere tilbakefall (Ma & Teasdale, 2004). I MBCT trenes pasienten til å anvende meditasjonsteknikker for å takle stress, ubehag, vonde tanker og følelser på en ikke-dømmende aksepterende måte, kun som psykologiske hendelser som passerer gjennom bevisstheten. Metoden går ut på at pasienten lærer å meditere og med det lettere kan distansere seg fra depressiv grubling og depressive tanker, og på denne måten bli mindre sårbar for nye episoder av depresjon. Behandlingen kan foregå ved at pasienter trener ukentlig i grupper. Fokus i samlingene er å oppleve alt som skjer «i nuet», på en

åpen, ikke-forutinntatt og ikke-dømmende måte, hvor indre prosesser blir sett på som mentale hendelser som en ikke trenger å dvele ved.

Det er mer arbeid som bør gjøres for å finne undergrupper av deprimerte som er spesielt egnet for denne behandlingen (Coelho, Canter & Ernst, 2007), med bakgrunn i at foreløpig er det de med tre eller flere depressive episoder som har spesiell nytte av MBCT. Mye tyder på at spesielt pasienter som har tidlig debut av depresjon med høyt innslag av depressiv grubling, kan profittere på MBCT (Kuyken et al., 2008; Teasdale et al., 2000).

Metakognitiv terapi (MCT)

Metakognitiv terapi er en nyere kognitiv tilnærming som skiller seg fra standard kognitiv atferdsterapi, ved at fokus i større grad er på kognitive selvregulerende prosesser som oppmerksomhet, bekymring og grubling (Wells, 2009). Metakognitiv terapi er omtalt i en egen artikkel i dette temanummeret og omtales derfor ikke videre her.

Psykodynamiske tilnærminger

Psykodynamiske tilnærminger består av flere ulike retninger, og det er registrert over 200 varianter. Et hovedskille går mellom psykoanalyse og psykodynamisk psykoterapi, hvor sistnevnte bygger på psykoanalytisk teori, men er en mer eklektisk variant med mer fokus på sosiale og interpersonlige aspekter. En aktuell nyere utvikling er mentaliseringsbasert psykoterapi, som hovedsakelig har fokus på utvikling av selvregulering ved personlighetsforstyrrelser (Bateman & Fonagy, 2004). Den psykoanalytiske modellen har gjennomgått ulike omskrivninger, og er fortsatt et sentralt perspektiv for mange psykologer. I psykoanalytisk teori er det også formulert en spesifikk mekanisme for utvikling av depresjon, og denne beskrives nedenfor (Greenberg & Mitchell, 1983).

I psykoanalytisk tenkning er depresjon i første rekke beskrevet som en reaksjon på et konkret tap av en nærstående elsket person eller som et symbolsk tap, som ved avvísning eller å miste kontakten med en betydningsfull person (Abraham, 1917/1960). Barn som opplever enten for lite eller for mye kjærlighet og omsorg fra foreldrene sine, er i faresonen for å utvikle senere depresjon, ved at mangel på omsorg og bekræftelse fører til emosjonell deprivasjon og lav selvfølelse. De som har fått mye omsorg og kjærlighet, vil i henhold til psykodynamisk teori oppleve en følelse av forsømmelse, deprivasjon og tomhet og rette sin frustrasjon mot avdøde av den grunn. Dette kan indusere en følelse av skyld og skuffelse over egne reaksjoner, sinne eller aggresjonen vil rettes mot en selv – og en vil en oppleve ytterligere skyld, selvkritikk og depresjon. I nyere varianter av psykodynamisk behandling av depresjoner fokuseres det mer på aktuelle relasjonelle vansker enn på fortidige hendelser, og terapeuten arbeider med å bevisstgjøre uhensiktsmessige forsvarsmekanismer og overføringsreaksjoner (Greenberg & Mitchell, 1983). Andre retninger innenfor psykodynamisk psykoterapi vektlegger tilknytningsprosessen (Fonagy, 2001). I dag fremstår enkelte retninger

innenfor psykodynamisk psykoterapi som mer målrettet og strukturert, hvor terapeuten har en langt mer aktiv interagerende og problemløsende stil (McCullough, 2003). For McCullough (2003) er en sentral psykodynamisk konflikt definert som en affekt-fobi, som er en uhensiktsmessig håndtering av ens konfliktfylte følelser. En person som sliter med sorg, kan unngå følelser av tristhet ved å bli sint i stedet. Sinnet kan skape konflikter og negative reaksjoner hos andre, og i stedet for å sørge kan man ende opp med andre problemer. I «Short-term dynamic psychotherapy» (STDP) kan dette håndteres gjennom en sterk allianse i kombinasjon med systematisk desensitivisering ved å tilnærme seg og tolerere sine egne følelser eller sorgen på en gradvis systematisk måte (McCullough, 2003).

BOKS 4. PRINSIPPER I PSYKODYNAMISK TERAPI

- De sentrale kjernekonflikter kommer til uttrykk som emosjonelle reaksjoner overfor terapeuten (overføring). Dette kan aktivere terapeutens følelser overfor pasienten (motoverføring), og det er en målsetting å skape innsikt å bearbeide (korrigere) overføringsprosessene
- Følelser og følelsesmessige konflikter omkring tap eller symbolsk tap er sentralt
- Følelsesmessige konflikter kommer ofte på en ubevisst måte til uttrykk i relasjoner til nærstående andre
- Fokus i behandling er på de reelle følelser i terapeut-pasient-forholdet her og nå, og den emosjonelle korreksjonen som skjer i terapien, kan da bidra til at overføringsreaksjonen oppheves og samhandling med andre bedres
- Overveldende følelser og konflikter takles ved avvergemekanismer eller forsvarsmekanismer, som demper eller forskyver emosjonelle reaksjoner og former symptomer på depresjon og vansker med å fungere i forhold til andre
- Informasjon og råd om mestring av hverdagslige utfordringer er etter hvert fremhevet som viktig

Effekten av strukturert psykodynamiske terapier er undersøkt i noen få studier, som blant annet er oppsummert i metaanalyser og artikkelgjennomganger (Churchill et al., 2001). Cochrane-rapporten viser til at det er relativt få studier på effekten av denne tilnærmingen, og resultatene har vært sprikende (Gallagher-Thompson & Steffen, 1994; McLean & Hakstian, 1979; Shapiro et al., 1994). Selv om effekten har tendert til å være lavere enn ved andre strukturerte terapier for depresjon, som IPT og CBT (Roth & Fonagy, 2005), kan STDP ha en rolle i behandlingen av depresjoner, ved at det er rapportert moderate behandlingseffekter ved langtidsoppfølging.

Diskusjon

Vi har kort gjennomgått de vanligste individuelt rettede terapiformer for depresjoner og belyst de antatt mest sentrale virksomme mekanismene i terapiformene. Det er i dag

mye kunnskap om effekten av flere psykologiske behandlinger av depresjon, men det er vanskelig å sammenligne dem. Kognitiv og interpersonlig terapi er manualiserte metoder som har like god effekt som optimal medikamentell behandling (Roth & Fonagy, 2006; NICE, 2004).

På lang sikt har de psykologiske behandlingsformene klare fortrinn ved at de har mindre tilbakefallsrate enn SSRI (Elkin et al., 1998; Hollon et al., 2006). Psykodynamisk tilnærming er også dokumentert å være effektiv, men i noe mindre grad (se Churchill, Hunot, Corney et al., 2001; Roth & Fonagy, 2006). Muligens kan det være subgrupper av deprimerte hvor psykodynamisk langtidsterapi er indikert, men vi trenger mer kunnskap om dette. En metaanalyse som sammenlignet psykodynamiske metoder med kognitive, har ikke funnet særlige forskjeller (Leichsenring, 2001). utfordringen i slike metaanalyser er at måling av effektstørrelser ikke i seg selv gir svar på effekten av metodene, fordi dette bør evalueres i direkte sammenligninger.

Ser vi på den teoretiske presentasjonen av de ulike hovedformene for behandling, kan vi oppsummere følgende trekk som er felles for de psykologiske tilnærmingene: (1) at terapeuten har en aktiv og støttende rolle med god allianse mellom pasient og terapeut, (2) at pasienten erverver kunnskap eller innsikt om sin depresjon, (3) at man har et avgrenset eller spesifikt fokus i behandlingen, og (4) at man i terapien vektlegger mestring og selvhjulpenhet i forhold til depresjonen.

BOKS 5. PRAKTISKE BEHANDLINGSTILTAK

Noen praktiske tiltak ved depresjon som bør iverksettes og supplere punktene ovenfor er (jf. NICE, 2004)

- Kartlegg og ta hensyn til tidligere behandlingsrespons og erfaringer hos pasienten
- Oppmuntre til selvhjelpsstrategier for fysisk aktivitet (daglig); søvn (rytme, søvnhygiene) og daglig planlegging av aktiviteter
- Undersøk om pasienten har problemer med alkohol, piller eller annen form for avhengighet (for eksempel spilleavhengighet)
- Kartlegg pasientens situasjon når det gjelder sosial støtte og nettverk
- Vurder suicidalfare. Spør direkte og klargjør pasientens tanker og følelser om dette om dette. Gjør avtaler om håndtering og samarbeid dersom pasienten opplever suicidale tanker som ukontrollerbare
- Skaff informasjon om og vurder pårørendes situasjon, for eksempel barn og eldre som bor sammen med pasienten
- Vurder om det skal legges opp til tilsyn i form av jevnlig telefonstøtte eller tett oppfølging
- Involver familiemedlemmer, venner og helsepersonell rundt pasienten i planleggingen av behandlingsopplegget for pasienten

Det første felles elementet er at *terapeuten er aktiv og støttende* og vektlegger samarbeidsalliansen med pasienten. Alle psykologiske perspektiver beskriver

betydningen av å bygge en god allianse. Den terapeutiske alliansen er muligens ikke tilstrekkelig for tilfriskning eller avgjørende som endringsagent, men den synes å være viktig for at pasienten finner seg til rette i terapien og samarbeider om den psykologiske behandlingen. Psykodynamiske terapier arbeider mer eksplisitt gjennom selve relasjonen til pasientene, ved å fokusere på overførings- og motoverføringsreaksjoner, selv om man ikke alltid arbeider aktivt med dette i behandlingen. Her varierer psykologiske behandlingsformer vesentlig. Noen hevder at den terapeutiske relasjonen i seg selv er det kurative elementet, mens andre vektlegger relasjonen som en nødvendig forutsetning for å jobbe med endring og utvikling med andre metoder. Relasjonen er derfor sentral, om enn på litt forskjellige måter i alle psykologiske tilnærminger. Milton Erickson understreket betydningen av relasjonen på sin måte: «Merely to make the correct diagnosis of the illness and to know the correct method of treatment is not enough. Fully as important is that the patient be receptive of the therapy and cooperative in regards to it. Without the patient's full cooperativeness, therapeutic results are delayed, distorted, limited or even prevented» (Erickson, 1965, s. 57).

Det andre elementet er at pasienten får *kunnskap og informasjon om depresjon*, og lærer å skille den depressive erfaringen fra selvet. Ved å forstå mer av depresjonens karakter og fremtredelsesmåter vil pasientene være i stand til å skille symptomene fra seg selv som person (endre symptomene fra egosyntone til egodystone). Her er det sentralt å bevisstgjøre pasienten om at når en er deprimert, mister man all interesse og glede over ting, trekker seg unna og fokuserer lett på negative aspekter ved tilværelsen. Samtidig kjennes kroppen tom eller energiløs, og mange opplever seg også kroppslig syke. Psykoedukasjon og kunnskap om depresjon kan derfor være nyttig for å kunne distansere seg fra symptomene og mobilisere krefter til å utfordre dem. I varierende grad vil man ut fra alle hovedperspektiver snakke med pasienten om disse generelle sidene ved depresjoner, selv om dette har vært mindre fokusert i dynamisk orienterte tilnærminger enn i IPT og kognitiv terapi.

Det tredje elementet i behandlingen av depresjon er at man benytter en *strukturert og fokusert* tilnærming, med fokus på relevante handlingsoppgaver i terapien. I dette ligger at man anvender en samtaleform som impliserer høy grad av aktivitet hos terapeuten, med fokus på gitte temaer (for eksempel: dysfunksjonelle skjemaer, tap av funksjon eller rolle, forsterkningsbetingelser, sinne mot selvet, eller fortrengning av sorg/sinne). Terapeutens aktive rolle hjelper pasienten til å forholde seg til de sentrale temaene, og på denne måten fokusere inn og avgrense rammene for samtalen. Dette har i de senere årene blitt mer fremhevet som viktig i terapi for depresjon (NICE, 2004). Alle overnevnte terapiformer kjennetegnes ved fokus på spesifikke temaer, selv om temaene og funksjonsområdene er ulike.

Det fjerde elementet omhandler å lære pasienten spesifikke metoder for *mestring av depresjon*. Det har vært forsøkt flere metoder for å øke den deprimerte pasientens mestringsevne, ved innsikt og selvforståelse og ved konkrete handlingsoppgaver.

Mestringsperspektivet er blitt en trend til å hjelpe pasienten til å håndtere stress og krav på en alternativ måte, og terapeuter fra ulike tilnærminger bruker dette. Dette inkluderer blant annet å være mer aktiv, fysisk aktivitet, å dele opp oppgavene i mindre, mer overkommelige, deler, problemløsning av daglige utfordringer, unngå svart-hvitt-tenkning, bruk av fokus og oppmerksomhet og annet. Dette er det ofte nyttige å begynne med tidlig i behandlingen.

I tillegg til de ovennevnte kan terapeuten gi råd og skape bevisstgjøring omkring livsstil og fokus på hva som holder en frisk (se boks 5). Dette elementet er sterkt fremhevet i forebyggende tilnærminger, som for eksempel «Kurs i Mestring av Depresjon» (KiD; Dalgard & Bøen, 2008).

Med utgangspunkt i de ovennevnte prinsippene kan man spørre om i hvilken grad de vanligste psykologiske metodene som tilbys i dag er vitenskapelig og faglige legitime. Ifølge Marks (2002) må fire kriterier være innfridd for at en psykologisk behandling med rette kan betraktes som vitenskapelig og legitim virksomhet:

- 1) Behandlingen må være innrettet mot et bestemt problem eller en bestemt lidelse og ha en reliabel virkning som varer ved, er kostnadseffektiv, og er akseptabel for brukerne.
- 2) Det bør identifiseres spesifikke komponenter (dvs. faktorer) i behandlingen som bidrar til bedring.
- 3) De psykologiske mekanismene som er involvert i endring, må kunne studeres.
- 4) Behandlingsmodellen bør kunne forklare hvorfor noen, men ikke andre, har effekt av behandlingen.

Marks hevder at det neppe er noen terapiformer for depresjon som innfrir disse kriteriene, men at nyere forskning bedre ivaretar dette og har styrket kunnskapen om effekten av spesifikke faktorer. Kriteriene er interessante, for de kan bringe klinisk psykologisk forskning på behandlingsmetoder videre. Imidlertid vil vi fremheve at psykologiske metoder ikke kan ha fokus på effektivitet alene, men på hensiktsmessighet, kostnadsaspekter på lang sikt og aksept av behandlingen fra klienten. Videre tror vi at effektivitetsbegrepet ikke bare bør dreie seg om metoden i seg selv, men også om dens tilgjengelighet og anvendelighet til å legge til rette for hensiktsmessig og effektivt samarbeid mellom klient og terapeut. I et slikt perspektiv stiller vi oss skeptiske til å skille så klart mellom relasjonelle faktorer (felles faktorer) og spesifikke teknikker (metoder).

Det er samlet sett en enorm mengde forskning som er gjennomført på psykologiske behandlingsformer for depresjon. Likevel er det et paradoks at det ofte er vanskelig å sammenligne metodene for å finne ut om den ene er mer hensiktsmessig enn den andre. Det er få studier som direkte har sammenlignet behandlingsformene. Sammenligningene bygger i stor grad på metaanalyser. Disse har mange feilkilder ved at de samler undersøkelser med ulike utvalg og måleinstrumenter, ulik behandlingstid og gir lite sammenlignbar informasjon om dose-respons-effekter. Ikke minst oppgis ofte ikke graden av etterlevelse av behandlingstilnærming og

behandlerkompetanse. Betydningen av terapeutens kompetanse for utfall av behandling, er lite studert men er antagelig like viktig som selve metoden for å forklare forskjeller i behandlingseffekter. Dette innebærer at det foreløpig vil være forbundet med stor usikkerhet å konkludere entydig om hvilken behandling som er mest effektiv. Vi har derfor sett det som mer hensiktsmessig å beskrive hva som kan være felles prinsipper og handlingsmåter innenfor disse tilnærmingene i arbeid med depresjoner.

Konklusjon

Vi har pekt på noen hovedprinsipper som synes å være sentrale i de vanligste psykologiske intervensjonene for depresjoner. Disse er allianse med pasienten, formidling av kunnskap eller innsikt om depresjon, at man har et avgrenset eller spesifikt fokus i behandling (struktur), og at man bidrar til konkrete mestringstiltak og økt selvhjelpenhet i forhold til å håndtere depresjonen. Vi finner mange likhetstrekk mellom de vanligste psykologiske behandlingsmetodene som brukes i dag, men det er betydelig variasjon i hvor sterkt de ulike prinsippene vektlegges. Vi håper at vi går inn i en fremtidig klinisk praksis der pasientene kan ha en klarere forventning til hvilken behandling de får for sin depresjon dersom de søker hjelp hos psykolog.

Teksten sto på trykk første gang i Tidsskrift for Norsk psykologforening, Vol 49, nummer 1, 2012, side 40-48

TEKST

Hans M. Nordahl

KONTAKT: hans.nordahl@svt.ntnu.no

Egil W. Martinsen

Catharina E. A. Wang

+ [Vis referanser](#)

Referanser

Ablon, J. S. & Jones, E. E. (2002). Validity of controlled clinical trials of psychotherapy: Findings from the NIMH treatment of depression collaborative research program. *American Journal of Psychiatry*, 159, 775-783.

Abraham, K. (1916/1960). The first pregenital stage of libido. *Selected papers in psychoanalysis*. New York: Basic Books.

Ahn, H. & Wampold, B. E. (2001). Where oh where are the specific ingredients? A Meta-Analysis of Component Studies in Counseling and Psychotherapy. *Journal of Counseling Psychology*, 48, 251-257.

Bateman, A. & Fonagy, P. (2004). *Psychotherapy for borderline personality disorder: Mentalization-based treatment*. Oxford: Oxford University press.

Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F. & Emery, G. (1979). *Cognitive therapy of depression*. New York: Guilford Press.

BlairWest G. W., Mellsop G. W. & EyesonAnnan M. L. (1997). Down-rating lifetime suicide risk in major depression. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 95, 259-263.

- Blatt, S.J. (1998). Contributions of psychoanalysis to the understanding and treatment of depression. *Journal of the American Psychoanalytic Association*, 46, 723-752.
- Bordin, E. S. (1979). The generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance. *Psychotherapy: Theory, Research & Practice*, 16, 252-260.
- Chambless, D. L. & Ollendick, T. H. (2001). Empirically supported psychological interventions: Controversies and evidence. *Annual Review of Psychology*, 52, 685-716.
- Churchill, R., Hunot, V., Corney, R., Knapp, M., Mc-Guire, H., Tylee, A. et al., (2001). A systematic review of controlled trials of the effectiveness and cost-effectiveness of brief psychological treatments for depression. *Health Technology Assessment*, 5, 1-173.
- Coelho, H. F., Canter, P. H. & Ernst, E. (2007). Mindfulness-based cognitive therapy: evaluating current evidence and informing future research. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 75, 1000-1005.
- Dalgard, O. S. & Bøen H. (2008). Forebygging av depresjon med hovedvekt på individrettet metoder. Rapport 2008:1. Folkehelseinstituttet. Oslo.
- Dimidjian, S., Hollon, S. D., Dobson, K. S., Schmalting, K. B., Kohlenberg, R. J., Addis, M. E. et al. (2006). Randomized trial of behavioral activation, cognitive therapy, and antidepressant medication in the acute treatment of adults with major depression. *Journal of Clinical and Consulting Psychology*, 74, 658-670.
- Dobson, K. S., Hollon, S. D., Dimidjian, S., Schmalting, K. B., Kohlenberg, R. J., Gallop, R. et al. (2008). Randomized trial of behavioral activation, cognitive therapy, and antidepressant medication in the prevention of relapse and recurrence in major depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 76, 468-477.
- 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. *Archives of General Psychiatry*, 46, 971-982.
- Erickson, M. H. (1965). The use of symptoms as integral part of hypnotherapy. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 8, 57-65.
- Fairburn, C. G, Jones, R., Peveler, R., Carr, S. J., Solomon, R. J., O'Conner, M. E. et al. (1991). Three psychological treatments for bulimia nervosa: A comparative trial. *Archives of General Psychiatry*, 48, 463-469.
- Ferrier, I. N. (1999). Treatment of major depression. Is improvement enough? *Journal of Clinical Psychiatry*, 60, 10-14.
- Fonagy, P. (2001). *Attachment theory and Psychoanalysis*. London: Other Press LCC.
- Forshall, S. & Nutt, D.J (1999). Maintenance pharmacotherapy of unipolar depression. *Psychiatric Bulletin*, 23, 370-373.
- Frank, E., Kupfer, D. J., Perel, J. M., Cornes, C., Jarrett, D. B., Mallinger, A. G. et al. (1990). Three-Year Outcomes for Maintenance Therapies in Recurrent Depression. *Archives of General Psychiatry*, 47, 1093-1099.
- Gallagher-Thompson, D. & Steffen, A. M. (1994). Comparative effects of cognitive-behavioral and brief psychodynamic psychotherapies for depressed family caregivers. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 62, 543-549.
- Gloaguen, V., Coottraux, J., Cucherat, M. & Blackburn, I. (1998). A meta-analysis of the effects of cognitive therapy in depressed patients. *Journal of Affective Disorders*, 49, 59-72.
- Greenberg, J. R. & Mitchell, S. A. (1983). *Object relations in psychoanalytic theory*. Cambridge: Harvard University press.
- Halvorsen, M., Wang, C. E., Eisemann, M. & Waterloo, K. (2010). Dysfunctional attitudes and early maladaptive schemas as predictors of depression: A 9-year follow-up study. *Cognitive Therapy and Research*, 34, 368-379.

- Helsedirektoratet (2009). Nasjonale retningslinjer for diagnostisering og behandling av voksne med depresjon i primær- og spesialisthelsetjenesten. Oslo: Helsedirektoratet.
- Hirschfeld, R. M., Dunner, D. L., Keitner, G., Klein, D. N., Koran, L. M., Kornstein, S. G. et al. (2002). Does psychosocial functioning improve independent of depressive symptoms? A comparison of nafazodone, psychotherapy and their combination. *Biological Psychiatry*, 51, 123-133.
- Hollon, S. D., Stewart, M. O. & Strunk, D. (2006). Enduring effects for cognitive behavioural therapy in the treatment of depression and anxiety. *Annual Review of Psychology*, 57, 285-315.
- Hougaard, E. (1996). Psykoterapi, teori og forskning. København, Dansk psykologisk Forlag.
- Jarrett, R. B., Kraft, D., Doyle, J., Foster, B. M., Eaves, G. & Silver, P. C. (2001). Preventing recurrent depression using cognitive therapy with and without a continuing phase. *Archives of General Psychiatry*, 58, 381-388.
- Kabat-Zinn, J. (1990). Full catastrophe living: Using the wisdom of your body and mind to face stress, pain, and illness. New York: Guilford Press.
- Keller, M. D., McCullough, J. P., Klein, D. N., Arnow, B., Dunner, D. L., Gelenberg, A. J. et al. (2000). A comparison of nefazodone, the cognitive behavior analysis system of psychotherapy and their combination for the treatment of chronic depression. *New England Journal of Medicine*, 342, 1462-1470.
- Kirsch, I., Deacon, B. J., Huedo-Medina, T. B., Scoboria, A., Moore, T. J. & Johnson, B. (2008). Initial severity and antidepressant benefits: A meta-analysis of data submitted to the Food and Drug Administration. *PLoS Medicine*, 5, e45. doi:10.1371/journal.pmed.0050045v
- Klerman, G. L., Weissman, M. M., Rounsaville, B. J. & Chevron, E. S. (1984). Interpersonal psychotherapy of depression. New York: Basic Books.
- Kuyken, W., Byford, S., Taylor, R. S., Watkins, E., Holden, E., White, K. et al. (2008). Mindfulness-based cognitive therapy to prevent relapse in recurrent depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 76, 966-978.
- Kuyken, W. & Tsivrikos, D. (2009). Therapist competence, comorbidity and cognitive-behavioral therapy for depression. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 78, 42-48.
- Lambert, M. J. & Ogles, B. M. (2004). The efficacy and effectiveness of psychotherapy (5th ed.). New York: John Wiley & Son.
- Leichsenring, F. (2001). Comparative effects of psychodynamic therapy and cognitive behavior therapy in depression: A meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 21, 401-419.
- Lipsitz, J. D., Markowitz J. C., Cherry, S. & Fyer A. J. (1999). Open trial of interpersonal psychotherapy for the treatment of social phobia. *American Journal of Psychiatry*, 156, 1814-1816.
- Ma, S. H. & Teasdale, J. D. (2004). Mindfulnessbased cognitive therapy for depression: Replication and exploration of differential relapse prevention effects. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 74, 31-40.
- Markowitz J. C. (1997). Interpersonal Psychotherapy for Dysthymic Disorder. Washington DC: American Psychiatric Press.
- Marks, I. M. (2002). The maturing of therapy: Some brief psychotherapies help anxiety/depressive disorders but mechanisms of action are unclear. *The British Journal of Psychiatry*, 180, 200-204.
- Martin, D. J., Garske, J. P. & Davis, M. K. (2000). Relation of the therapeutic alliance with outcome and other variables: A meta-analytic review. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68, 438-450.
- McCracken, C., Dalgard, O. S., Ayuso-Mateos, J. L., Casey, P., Wilkinson, G., Lehtinen, V. et al. (2006). Health service use by adults with depression: community survey in five European countries. Evidence from the ODIN study. *British Journal of Psychiatry*, 189, 161-167.
- McCullough, L. (2003). Treating affect phobia: A manual for short term dynamic psychotherapy. New York: Guilford Press.

- McLean, P. D. & Hakstian, A. R. (1979). Clinical depression: Comparative efficacy of outpatient treatments. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 47, 818-836.
- Mueller, T. I., Leon, A. C., Keller, M. B., Solomon, D. A., Endicott, J., Coryell, W. et al. (1999). Recurrence after recovery from major depressive disorder during 15 years of observational follow-up. *American Journal of Psychiatry*, 156, 1000-1006.
- Mykletun, A. & Øverland, (2010). Dør man av vanlige psykiske lidelser? *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 47, 756-758.
- National Institute for Clinical Excellence (2004). Depression: The management of depression in primary and secondary care. www.nice.org.uk
- Nolen-Hoeksema, S. (1991). Responses to depression and their effects on the duration of depressive episodes. *Journal of Abnormal Psychology*, 100, 569-582.
- Nordahl, H. M. (2004). Alvorlige stemningslidelser: Kognitiv Terapi ved tilbakefall og resistente unipolare depresjoner. *Tidsskrift for Kognitiv Terapi*, 5, 6-12.
- Paykel, E. S., Scott, J., Teasdale, J. D., Johnson, A. L., Garland, A., Moore, R. et al. (1999). Prevention of relapse in residual depression by cognitive therapy: A controlled trial. *Archives of General Psychiatry*, 56, 829-835.
- Rogers, C. R. (1951). *Client-centered therapy*. Boston: Houghton Mifflin.
- Roth, A & Fonagy, P. (2005). *What works for whom?* 2nd ed. New York: Guilford Press.
- Safran, J. D. & Muran, J. C. (2000). *Negotiating the therapeutic alliance: A relational treatment guide*. New York: Guilford Press.
- Safran, J. D. & Muran, J. C. (2006). Has the concept of the therapeutic alliance outlived its usefulness. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 43, 286-291.
- Segal, Z. V., Bieling, P., Young, T., MacQueen, G., Cooke, R., Martin, L. et al. (2010). Antidepressant monotherapy, vs sequential pharmacotherapy and mindfulness-based cognitive therapy, or placebo, for relapse prophylaxis in recurrent depression. *Archives of General Psychiatry*, 67, 1256-1264.
- Segal, Z.V., Teasdale, J. D. & Williams, J. M. G. (2002). *Mindfulness-based Cognitive therapy for depression: A new approach for preventing relapse*. New York. Guilford Press.
- Siev, J. & Chambless, D. L. (2007). Specificity of treatment effects: Cognitive therapy and relaxation for generalized anxiety and panic disorders. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 4, 513-522.
- 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-behavioural and psychodynamic interpersonal therapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 63, 378-387.
- Spanier, C. & Frank, E. (1998). Maintenance Interpersonal Psychotherapy: A preventive treatment for Depression. I J.C. Markowitz (red.), *Interpersonal psychotherapy for Dysthymic Disorder* (s. 67-96). Washington DC: American Psychiatric Press.
- Teasdale, J. D., Segal, Z. V. & Williams, M. G. (1995). How does cognitive therapy prevent depressive relapse and why should attentional control (Mindfulness) training help? *Behavior Research and Therapy*, 33, 225-239.
- Teasdale, J. D., Segal, Z. V., Williams, M. G., Ridgeway, V. A., Soulsby, J. M. & Lau, M. A. (2000). Prevention of relapse/recurrence in major depression by mindfulness-based cognitive therapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68, 615-623.
- Turner, E. H., Matthews, A. M., Linardatos, E., Tell, R. A. & Rosenthal, R. (2008). Selective publication of antidepressant trials and its influence on apparent efficacy. *New England Journal of Medicine*, 358, 252-260.
- Webb, C. A., DeRubeis, R. J., Amsterdam, J. D., Shelton, R., Hollon, S. D. & Dimidjian, S. (2011). Two aspects of the therapeutic alliance: Differential relations with depressive symptom change. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. DOI: 10.1037/a0023252

Weinberger, J. & Rasco, C. (2007). Empirically Supported Common Factors. I S. G. Hofmann & J. Weinberger (red.), *The art and science of psychotherapy* (s. 103-131). New York: Taylor & Francis Group.

Weissman, M. M., Markowitz, J. C. & Klerman, G. L. (2000). *Comprehensive guide to Interpersonal psychotherapy*. New York: Basic Books.

Weissman, M. M., Klerman, G. L., Prusoff, B. A., Sholomskas, D. & Padian, N. (1981). Depressed Outpatients: Results One Year After Treatment With Drugs and/or Interpersonal Psychotherapy. *Archives of General Psychiatry*, 38, 51-55.

Wells, A. (2009). *Metacognitive therapy for anxiety and depression*. New York: Guilford Press.

World Health Organization. (1992). *The ICD-10 classification of mental and behavioral disorders*. Geneva: WHO.