



16-08-2021

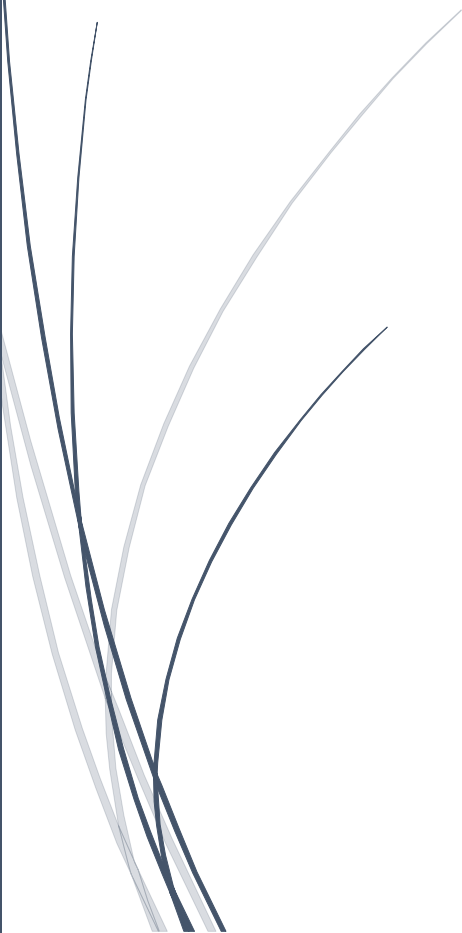
Sammenligning af kognitiv og psykodynamisk terapi med henblik på langtidseffekten efter afsluttet behandling af unipolar depression

Herunder et systematisk review

10. semester - kandidatspeciale

Aalborg Universitet

Vejleder: Gry Kjærdsdam Telléus



Emil Porsborg Sørensen Studier nr. 20154423
Antal blanke + mellemrum: 136904 svarende til
57,04 normalsider

Abstract

Unipolar depression is an affective disorder and a common mental illness both in Denmark and globally. Depression can be devastating for the individual's life quality and is an economical burden for societies. Depression has a recurrent nature which complicates the treatment of depression. The recommended treatment for unipolar depression in Denmark is a combination of pharmaceutical treatment and psychotherapy if the depression is diagnosed as moderate or severe. Included amongst the recommended psychotherapies are cognitive-behavioral and psychodynamic therapy. Throughout several empirical studies it has been found that both cognitive-behavioral and psychodynamic therapy are effective in treating unipolar depression and that there is no significant difference of the effectiveness between the two psychotherapies at post-treatment. The aim of this systematic review was to investigate if there was difference at long-term. To be included the participant was diagnosed with mild to severe depression and were equal to or above eighteen years. Only RCT-studies were included, and the studies had to compare psychodynamic and cognitive therapy with a follow-up minimum half a year after end of treatment. The outcome of interest was the rate of remission, the rate of relapse/recurrence and depressive symptoms at a follow-up measurement. Only studies that applied measuring instruments to measure depressive symptoms were included. A search was carried out on four electronic databases. The databases used were PsycNET, Embase, PubMed and Cochrane library. Four trials and a total sample of 804 intention-to-treat participants were included in this systematic review. The result of this systematic review showed no significant difference of the effectiveness between the two psychotherapies at the follow-up period. The risk of bias was assessed for all the included studies, and all studies were judged to have a high risk of bias. The most typical cause for this judgment was due to a high amount of missing data and implications of blinding the participants to the conditions. This systematic review had some methodological limitations. First only one author performed the systematic review and all its processes, causing a higher risk of errors. Second only a few studies were included. Given the high risk of bias judgment and this systematic review's methodological limitations the result should be interpreted with caution.

Indhold

Kapitel 1: Introduktion	1
Problemformulering	3
Rationale og formål	3
Specialets opbygning	5
Afgrænsning	5
Kapitel 2: Teoretisk baggrund for unipolar depression og behandling	6
Unipolar depression: Definition og hyppige symptomer	6
Hvordan diagnosticeret unipolar depression?	7
Hvem rammes?	8
Behandling af unipolar depression	10
Remission og tilbagefald	12
Kapitel 3: Kognitiv adfærdsterapi	14
Teorien bag terapiformen	14
Kognitiv behandling	15
Kapitel 4: Psykodynamisk terapi	16
teorien bag terapiformen	16
Psykodynamisk behandling	18
Kapitel 5: Metode	21
Randomiserede kontrollerede studier	21
Systematisk review	23
PRISMA Statement	26
Protokol	26
Inklusions- og eksklusionskriterier	27
Population.....	27
Intervention og sammenligning	28
Udbytte	29
Yderlige inklusions- og eksklusionskriterier	29
Informationskilder	30
Søgestrategier	31
Studie selektionsprocesser	32
Første sorteringsfase	32
Anden sorteringsfase	33
Tredje sorteringsfase	33
Dataindsamlingsprocessen	34
Dataindsamling af udbytte.....	34

Dataindsamling af variabler	35
Undersøgelse af Risk of bias ved de inkluderede studier	36
De fem domæner i RoB 2	37
Kapitel 6: Sammenligning af langtidseffekten mellem kognitiv og psykodynamisk terapi.	39
Studie selection	39
Studiernes individuelle karakteristika	40
De inkluderede studiers samlede karakteristika	42
Risk of bias ved de inkluderede studier.	43
Resultaterne for de inkluderede studier.	44
Kapitel 7: Diskussion	46
Diskussion af resultaterne	46
Dropouts	46
follow-up tidslængden	48
Remissionsraten	49
Supplerende farmakologisk behandling.	55
Relevansen af dette systematiske review	56
Den høje risiko for bias og troværdigheden ved resultaterne	56
Metodiske begrænsninger	59
Mangelfuld empiri	59
Søgestrategien	60
Kun en forfatter	60
Mulige ubalancer i sammenligningen af de inkluderede studier	60
Reviewets systematik og struktur.	61
Kapitel 8: Konklusion	62
Referenceliste	64

Bilag

1. Studie karakteristika

Kapitel 1: Introduktion

Ifølge de nationale kliniske retningslinjer for non-farmakologiske behandling af unipolar depression, udformet af Sundhedsstyrelsen i 2016, er unipolar depression den mest forekommende affektive lidelse i Danmark (Sundhedsstyrelsen, 2016, p. 63). Der blev i 2007 estimeret, at 61.000 voksne individer bliver ramt af unipolar depression årligt, og at der er en livsrisiko for at få en depression på 17-18% (Sundhedsstyrelsen, 2016, p. 63). Globalt set er unipolar depression også hyppigt forekommende. World Health Organization (WHO) lancerede i 2001 en undersøgelse, som skulle undersøge summen af sygdomme og skader globalt set i år 2000 (Üstün, Ayuso-Mateos, Chatterji, Mathers, & Murray, 2004, p. 386ff). I år 2000 var depression den fjerde største sygdomsbyrde globalt set (Üstün et al., 2004, p. 386), og det estimeres til lige, at depression vil være den største sygdomsbyrde i høj indkomst lande i 2030 (Cuijpers, 2017, p. 7). Depression er altså et velkendt og udbredt fænomen, både nationalt og internationalt. For det enkelte individ er det at have en depression belastende for livskvaliteten, men det er også samfundsøkonomisk belastende, da individer der er depressive i mange tilfælde, ikke er i stand til at opretholde et almen fuldtidsjob (Sundhedsstyrelsen, 2007, pp. 90-91). Det virker således, af flere grunde, fordelagtigt at tilbyde klienterne den type behandling, der giver det bedste resultat behandlingsmæssigt- og med bedst remissionsrate for at imødekomme såvel det personlige, som de samfundsøkonomiske udfordringer.

Hos Dansk Selskab for Almen Medicin (DSAM) anbefales det, at man behandler unipolar depression medicinsk og/eller terapeutisk, afhængig af graden af depressionen (Dansk Selskab for Almen Medicin, Unipolar depression, *Behandling*, tilgået d. 11/06-2021). Der findes adskillige antidepressive præparater, som kan ordineres til klienten ud fra en lægefaglig vurdering. Ligeledes findes der forskellige psykoterapeutiske behandlinger, som klienter kan henvises til eller selv opsøge for egen betaling. I en større undersøgelse af adskillige systematiske reviews og metaanalyser fandt Cuijpers (2017), at udelukkende farmakologisk behandling er omtrent lige så effektivt, som udelukkende psykoterapeutisk behandling (Cuijpers,

2017, pp. 7-13). Er det ikke bedst at vælge den behandling som er billigst for at mindske den samfundsøkonomiske belastning?

Både Cuijpers og Sundhedsstyrelsen finder, at kombinationen af farmakologisk og psykoterapeutisk behandling giver et bedre udbyttet, end de to behandlingstyper stående alene (Cuijpers, 2017; Sundhedsstyrelsen, 2016). Sundhedsstyrelsen fandt evidens for, at kombinationen af farmakologisk og psykoterapeutisk behandling, også er mere omkostningseffektivt, end farmakologisk behandling alene (Sundhedsstyrelsen, 2007, p. 87). Dertil er kombinationen en formodet bedre samfundsøkonomisk løsning. Dette skyldes især, at unipolar depression har en tilbagevendende karakter, så den bedst mulige behandling betyder, at risikoen for tilbagefald bliver lavere, hvilket samfundsøkonomisk er mindre belastende (Sundhedsstyrelsen, 2007, p.87ff).

Det er i den tilbagevendende karakter ved unipolar depression, at dette speciales fokus ligger. Det vurderes, at mellem 40 og 60 % som har haft en svær unipolar depression, vil få et tilbagefald (Bockting, Hollon, Jarret, Kuyken, & Dobson, 2015, p. 17), men i en metaanalyse der undersøgte, om tilbagefaldsraten efter minimum 2 år var lavere hos klienter med depression, som var i psykoterapeutisk behandling, i forhold til klienter som ikke var i behandling, fandt man, at tilbagefaldsraten var højere hos klienter, som ikke modtog psykoterapeutisk behandling (Steinert, Hoffman, Kruse, & Leichsenring, 2014, p. 107). Derfor virker det relevant at undersøge hvilken terapiform i kombination med farmakologisk behandling, der er bedst til at hindre sådanne tilbagefald i at finde sted. Sundhedsstyrelsen anbefalede psykoterapeutiske behandlinger imod unipolar depression er enten kognitiv adfærdsterapi, interpersonel terapi eller psykodynamisk terapi (Sundhedsstyrelsen, 2016, pp. 16-26). Denne anbefaling er udformet på baggrund af evidensbaserede systematiske undersøgelser foretaget af en arbejdsgruppe under Sundhedsstyrelsen (Sundhedsstyrelsen, 2016). Undersøgelserne viste, at der ikke skulle være forskel på effekten mellem kognitiv adfærdsterapi og psykodynamisk terapi, eller mellem kognitiv adfærdsterapi og interpersonel terapi (Sundhedsstyrelsen, 2016, pp.16-26). Der blev ikke foretaget en undersøgelse imellem interpersonel- og psykodynamisk terapi. Sundhedsstyrelsens evidensgrundlag for de anbefalede terapiformer var svag ud fra en vurdering baseret på Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation (GRADE) (Sundhedsstyrelsen, 2016, pp. 20-26), så

sammenligningen skal betragtes varsomt. Desuden var sundhedsstyrelsens undersøgelse baseret på forskningsstudier, der ikke nødvendigvis forholdt sig til langtidseffekten af den terapeutiske behandling (Sundhedsstyrelsen, 2016, pp. 20-26). Formålet med denne undersøgelse, er således at undersøge, om psykodynamisk terapi og kognitiv adfærdsterapi er forskellige ved behandlingen af unipolar depression, i forhold til langtidsvirkningen af terapien.

Problemformulering

Er der ved behandlingen af unipolar depression forskel på psykodynamisk terapi og kognitiv adfærdsterapi i forhold til en langvarig virkning?

Med denne problemformulering er det hensigten at undersøge om der er forskel på symptomniveau, tilbagefaldsraten eller/og remissionsraten, minimum et halvt år efter behandlingsafslutning.

Rationale og formål

Effekten af kognitiv adfærdsterapi og psykodynamisk terapi ved behandlingen af unipolar depression er ikke et udforsket område. En metaanalyse viste, at psykoterapi som behandling af unipolar depression, har et bedre udbytte, end at være på en venteliste (ikke i behandling), ved en moderat til stor effekt (Barth et al., 2013, p. 1). Dette fund var baseret på 198 studier, hvor syv psykoterapeutiske interventionstyper var inkluderet, herunder psykodynamisk- og kognitivadfærdsterapi (Barth et al., 2013, p. 1). To separate RCT-studier fandt at kognitiv adfærdsterapi, var lige så effektivt som antidepressiva til behandlingen af depression (Thase et al., 2007, p. 739; DeRubeis, Gelfand, Tang, & Simons, 1999, pp. 1007-1013). Et RCT-studie om tilbagefald af Hollon et al. (2005) fandt, at kognitiv adfærdsterapi var lige så effektivt til at hindre tilbagefald, som antidepressiva (Hollon et al., 2005, pp. 417-422). Selv efter terapien var afsluttet. I studiet modtog gruppen forsat antidepressiva, indtil follow-up dataene blev indsamlet (Hollon et al., 2005, pp. 417-422). Ved en mega-analyse af Short Psychodynamic supportive therapy (SPST), baseret på tre RCT-studier, fandt man at ved behandlingen af unipolar depression, var det ingen forskel på udelukkende

farmakologisk behandling og udelukkende psykodynamiske terapi (Maat et al., 2008, pp. 565–574).

Et stort overblik af Cuijpers (2017) over adskillige metaanalyser bekræfter også, at kognitiv adfærdsterapi og psykodynamisk terapi, som behandling af unipolar depression, er omtrent lige så effektivt som farmakologisk behandling, og at begge terapiformer er mere effektivt, end at være på en venteliste, hvor man ikke modtager behandling (Cuijpers, 2017, pp. 7-19). Således peger litteraturen på, at både kognitiv adfærdsterapi og psykodynamisk terapi, med fordel kan anvendes til behandlingen af unipolar depression.

Forskellen mellem udbyttet af kognitiv adfærdsterapi og psykodynamisk terapi ved behandlingen af depression er heller ikke et uudforsket område. Ved en scoping af adskillige metaanalyser virker det ikke umiddelbart til, at en terapiform er signifikant bedre end den anden (Braun, Gregor og Tran, 2013; Cuijpers, Van Straten, Andersson, & van Oppen 2008; Dreissen et al., 2010; Leichsenring, 2001; Steinert, Munder, Rabung, Hoyer, & Leichsenring, 2017). Dette systematiske review ønsker at undersøge forskellen i langtidseffekten ved kognitiv og psykodynamisk terapi minimum et halvt år efter behandlingens afslutning. Hertil er de ovennævnte metaanalyser ikke fyldestgørende til besvarelsen af dette. Nogle af studierne er over 10 år gammel (Cuijpers et al., 2008; Dreissen et al., 2010; Leichsenring, 2001) og et af studierne inkluderer også andre studier end RCT-studier (Dreissen et al., 2010), hvilket kan være problematisk i forhold til selektionsbias. Det er ikke problematisk i sig selv, at nogle af metaanalyserne er over 10 år gamle, men det betyder, at der kan være nutidige RCT-studier, der ikke har været inkluderet i disse og som kunne have givet et andet resultat samlet set. I forhold til langtidseffekten, har kun en (Leichsenring, 2001) af de ovennævnte metaanalyser haft inkluderede studier med minimum et halvt års follow-up, hvor de andre metanalyser har baseret deres resultater i forhold til en forskel ved langtidseffekten på inkluderede studier, hvor follow-up dataene har været under et halvt år efter behandlingsafslutning. Den eneste metaanalyse der udelukkende sammenlignede de to terapiformer med en follow-up på minimum seks måneder efter behandlingsafslutning, beskriver selv en problematik omkring, at for få studier var inkluderet (Leichsenring, 2001, p. 415).

Ud fra scoping'en vedrørende dette speciales interesseområde, synes der at være en mangel på en opdateret analyse i forhold til forskellen på langtidsvirkningen, minimum et halvt år efter behandlingsafslutning ved behandlingen af unipolar depression, hvor klienter behandles med enten kognitiv adfærdsterapi, eller psykodynamisk terapi. Hertil er rationalet og formålet med dette systematiske review at undersøge denne mulige forskel.

Specialets opbygning.

Dette speciale har til formål at besvare ovenstående problemformulering ved at gennemfører et systematisk review, hvor PRISMA guidelines (Page et al, 2021) over reviews og metaanalyser anvendes, som struktur til udformningen. I dette speciales systematiske review, vil der udelukkende inkluderes randomiserede kliniske studier (RCT-studier), for så vidt muligt at minimere risikoen for bias.

Dette speciale vil først redegøre for den teoretiske baggrund, ved både depression og specialets omhandlende psykoterapeutiske behandlinger. Dertil vil der gennemgå den metodiske teori og baggrund, i henhold til specialets metodiske fremgangsmåde. Efter dette, vil der blive udført et systematisk review, hvorefter fundene, vil blive diskuteret.

Afgrænsning

Selvom det er påvist, at kombinationen af farmakologisk og psykoterapeutisk behandling er mere effektivt til behandlingen af moderat til svær unipolar depression, end en af de to behandlingsformer alene (Cuijpers, 2017; Sundhedsstyrelsen, 2016), vil dette systematiske review ikke forholde sig dybdegående til den farmakologiske del af behandlingen. Baggrunden for dette er, at der i forvejen er begrænset empiri mht. longitudinelle studier indenfor emnet, derfor sættes kombinationen ikke som en forudsætning for inklusion, men forholder sig blot til baggrundsviden om, at medicinering under behandling øger effekten af behandlingen. Det vil dog blive undersøgt, hvor vidt de inkluderede studier i specialets systematiske review, selv forholder sig til forsøgsdeltagernes medicinering, og studierne vil opvejes i forhold til dette. Sundhedsstyrelsen har anbefalet tre psykoterapeutiske behandlinger: interpersonel, kognitiv og psykodynamisk terapi. Dette speciale forholder sig kun til to af de anbefalede behandlingsformer. Dette skyldes kompleksiteten af at skulle

undersøge tre behandlingsformer imellem. Ud fra en vurdering af tid og ressourcer, forholder dette speciale sig således udelukkende til kognitiv adfærdsterapi og psykodynamisk terapi.

Kapitel 2: Teoretisk baggrund for unipolar depression og behandling

Dette kapitel vil først beskrive, hvad der kendetegner en unipolar depression, og hvem der rammes af en depression. Dertil vil diagnosticeringen af unipolar depression samt behandlingstilgangen gennemgås.

Unipolar depression: Definition og hyppige symptomer

Unipolar depression er en affektiv lidelse, hvilket vil sige at unipolar depression er forbundet med ændringer i humøret, energiniveauet og selvbilledet (Kessing & Miskowiak, 2017, p. 347). Der findes andre depressive kategorier end unipolar depression, men som stadig betragtes som en unipolar depression, da symptomer er omtrent de samme. Her ser vi blandt andet vinterdepression (Kessing, Pedersen, Jespersen, Kristensen & Øgard, 2021) og fødselsdepression (Videbech, Kristensen & Øgard, 2021).

Ved unipolar depression er et typisk kendetegn, at man ikke oplever samme niveau af glæde ved ting, der normalt skaber glæde forinden depressionens indtruffen (Kessing & Miskowiak, 2017, p. 347f). Hyppigt føler den depressive sig nedtrykt, men det er ikke altid at dette symptom er til stede (Kessing & Miskowiak, 2017, p. 348). I stedet for nedtrykthed kan den depressive opleve at være ude af stand til at føle noget, eller opleve angst, irriterbarhed eller opleve somatiske problematikker (Kessing & Miskowiak, 2017, p. 348), hvor de mest almindelige somatiske symptomer på depression er hovedpine, mavesmerter eller rygsmerter (Stotland, 2012, p. 41).

Ud over de ovennævnte symptomer kan unipolar depression have en negativ påvirkning på koncentrationsevnen, appetitten, søvn og sexlysten (Stotland, 2012, p. 39). Desuden ses det ofte at depression er stærk forbundet med følelser som skyldfølelse, håbløshed og hjælpeløshed (Stotland, 2012, p. 39). Unipolar depression kan også lede til både kognitive og sociale konsekvenser. I forhold til de sociale

konsekvenser, ser man påvirkning ved emotionelle og sociale færdigheder. Ved de kognitive konsekvenser kan depression lede til indlærings- og hukommelsesvanskeligheder (Kessing & Miskowiak, 2017, p. 358). I nogle tilfælde kan depression endda lede til demens (Kessing & Miskowiak, 2017, p. 358). De kognitive konsekvenser kan blive følgevirkninger, der vare ved selv efter remission (Stotland, 2012, pp. 37-45).

I sværere tilfælde af depression kan klienten opleve psykotiske symptomer som f.eks. hallucinationer og vrangforestillinger (Kessing & Miskowiak, 2017, p. 349). Dette hører dog til de mere sjældne tilfælde. Mere almindeligt er selvmordstanker og ifølge Kessing og Miskowiak (2017) formoder man, at halvdelen af selvmord i Danmark skyldes depression (Kessing & Miskowiak, 2017, p. 358). Unipolar depression kan også udløse andre psykiske lidelser så som angst, stress eller spiseforstyrrelser, men omvendt kan disse andre psykiske lidelser også udløse en depression (Kessing & Miskowiak, 2017, p. 352).

Selve ordet depression bliver i dag anvendt i hverdags sproget af ikke fagfolk til beskrivelsen af at være i en trist eller energinedsat tilstand. I Danmark er det f.eks. normalt at anvende udtryk som: jeg føler mig lidt depressiv for tiden eller det er godt nok deprimerende. Dette kan være problematisk i forhold til forståelsens af, at der er forskel mellem at have depressive symptomer og have depression som en psykisk lidelse (Stotland, 2012, p. 41). Problematikken ligger i, at almene mennesker bebrejder dem med depression som psykisk lidelse for ikke at kæmpe imod eller ikke at tage sig sammen (Stotland, 2012, p. 41f). Fordi man selv har mærket depressive symptomer og symptomer på depression er naturlige, er forståelsen for passiviteten eller hjælpeløsheden, som blandt andet ses i den psykiske lidelse, svær (Stotland, 2012 p. 41f).

Hvordan diagnosticeret unipolar depression?

Depression kategoriseres i tre niveauer: let depression, moderat depression og svær depression (Dansk Selskab for Almen Medicin, Behandling, *Unipolar depression*, tilgået d. 11/06-2021). Graden af depression afhænger af mængden af symptomer og hvilket symptomer den depressive har. International Classification of Diseases and Related Health Problems (ICD-10), er af WHO udviklet til at klassificere sygdomme,

hvor der anvendes relevante måleinstrumenter til klassifikationen (Poulsen & Simonsen, 2017, pp. 165-182). ICD-10 er et eksempel på en metode til at diagnosticere unipolar depression og klassifikationen anvendes f.eks. i den danske kliniske praksis (Kessing & Miskowiak, 2017, p. 350). Ud fra ICD-10 defineres graden af depressionen ud fra tilstedeværelsen af nogle kernesymptomer og ledsagersymptomer (Kessing & Miskowiak, 2017, p. 348). Et eksempel på et kernesymptom er nedtrykthed og et eksempel på et ledsagersymptom er nedsat selvtillid (Kessing & Miskowiak, 2017, p. 348). Ved tre ud af tre kernesymptomer og fem ud af syv ledsagersymptomer diagnosticeres svær depression (Kessing & Miskowiak, 2017, p. 348). Ved tilstedeværelsen af to kernesymptomer og fire ledsagersymptomer diagnosticeres moderat depression (Kessing & Miskowiak, 2017, p. 348). Ved minimum to kernesymptomer og minimum to ledsager symptomer diagnosticeres let depression (Kessing & Miskowiak, 2017, p. 348).

Depression diagnosticeres ligeledes ud fra om der er tale om et enkelt tilfælde, om det er en tilbagevendende depression eller om depression er kronisk (dystymi) (Kessing & Miskowiak, 2017, pp. 348-359). Ved en diagnosticering af en depressiv enkeltepisode, har klienten ikke tidligere haft depression, ved tilbagevendende depression har klienten haft en tidligere enkeltepisode og ved dystymi har depression været mere end to år eller også har der været adskillige enkeltepisoder over længere tid (Kessing & Miskowiak, 2017, p. 348).

Ifølge Kessing og Miskowiak (2017) anbefales det i kliniks praksis at diagnosticeringen af unipolar depression foretages med hjælp fra semistruktureret interviews, hvor ICD-10 benyttes som en supplerende kvantitativ skala (Kessing & Miskowiak, 2017, p. 350). Et eksempel på sådan et semistruktureret interview kunne være Beck Depression Inventory (BDI). Altså bør man ikke udelukkende stille diagnosen ud fra kvantitative kriterier.

Hvem rammes?

I princippet kan alle rammes af depression. Som Kessing og Miskowiak (2017) beskriver det, findes der ikke en enkeltstående begrundelse, som kunne forklare hvem der rammes af depression (Kessing & Miskowiak, 2017, p. 354), men som der nu vil illustreres, er nogle mere sårbare for udviklingen af en depression end andre.

Ifølge Kessing og Miskowiak (2017), skelnes der imellem nogle disponerende faktorer og nogle udløsende faktorer, som begge er afgørende for udviklingen af en depression (Kessing & Miskowiak, 2017, pp. 353-355). En af de disponerende faktorer er arv (Kessing & Miskowiak, 2017, p. 354). Dette speciale vil ikke gå i dybden med arvemassen og dets forbindelse med sårbarhed for udviklingen af depression, dog er en vigtig forståelse for arvets betydning, at man formoder, at ca. halvdelen af dem der udvikler en depression, har forbindelse med arvelighed (Kessing & Miskowiak, 2017, p. 353). Der synes at være forbindelse mellem arv og udsættelse for et trauma, i en kritisk fase i den tidlige barndom (Saveanu og Nemeroff, 2012, p. 60). Selvom to individer har oplevet et sammenligneligt trauma i barndommen, er det ikke sikkert begge personer udvikler en depression (Saveanu og Nemeroff, 2012, p. 60). Hertil påpeger Saveanu og Nemeroff (2012) netop at der er genetiske faktorer, som spiller en rolle i udviklingen af en depression (Saveanu og Nemeroff, 2012, p. 60).

En anden disponerende faktor er opvækst (Kessing & Miskowiak, 2017, p. 353). Adskillige studier påpeger at barndomstraumer, såsom svigt, seksuel misbrug, fysisk eller psykisk vold osv. øger risikoen for at få en depression i voksenlivet (Saveanu og Nemeroff, 2012, p. 59). Dog påpeges det at kun ca. 50 % af individerne som har oplevet et barndomstraume, udvikler en psykisk lidelse (Saveanu og Nemeroff, 2012, p. 59). Noget kunne tyde på, at visse faktorer har betydning for resiliens. Ifølge Kessing og Miskowiak (2017) er stabilitet og omsorg i opvæksten med til at opbygge resiliens overfor en senere udvikling af depression, da individets oplevelse af stabilitet og omsorg i barndommen har betydning for dannelsen af gode og støttende relationer i voksenlivet (Kessing & Miskowiak, 2017, p. 353).

Individer kan altså være mere disponible for at udvikle en depression grundet f.eks. en arvet sårbarhed eller et barndomstraume, men det der udløser depression kan i nogle tilfælde skyldes en mere nutidig hændelse for individet. Dette anskues for det udløsende faktorer (Kessing & Miskowiak, 2017, pp.353-355).

Ifølge Kessing og Miskowiak, (2017) er en af de udløsende faktorer stress (Kessing & Miskowiak, 2017, p. 354). Der kan være mange årsager til stress som f.eks. arbejde eller familielivet, men hvis der er disponerende faktorer, som har skabt en sårbarhed, kan stressen være en udløsende faktor for depressionen. En anden

udløsende faktor er psykosocial belastning (Kessing & Miskowiak, 2017, p. 354). En fysisk skade kan være psykisk belastende. Selvom det er biologiske omstændigheder, kan det forårsage en psykosocial belastning, da individets funktionsniveau kan være hæmmet, hvilket kan påvirke individets livskvalitet. Der kan være sociale omstændigheder så som skilsmisse eller overgreb, der skaber belastning (Kessing & Miskowiak, 2017, p. 354). Pengeproblemer kan både være stressende, men også have betydning for den psykosociale belastning, idet økonomiske mangler, kan begrænse de sociale muligheder. Et studie viste, at fattigdom er forbundet med depression (Stotland, 2012, p. 41). Ved at hjælpe individer ud af fattigdom, mindsker det risikoen for udviklingen af en depression (Stotland, 2012, p. 41).

Overordnet set kan roden til depressionens opståen være kompliceret. Dette skyldes formodentlig at depressionens opståen ikke behøves at være en direkte reaktion på ændringer i livsomstændighederne. Depressionen kan udvikles flere år efter den egentlig årsag til depressionsdannelsen. Derfor bør psykoterapi overvejes som en fordel til behandlingen af depression, da roden til depression muligvis undersøges og findes, hvorved en ændring kan skabes.

Behandling af unipolar depression

Behandling af unipolar depression afhænger af graden af depression. Ved let depression er det ikke sikkert at farmakologisk eller psykoterapeutisk behandling bliver tilbudt (Kessing & Miskowiak, 2017, p. 359). Om der bør tilskyndes behandling, er en vurdering, der foretages af fagpersonen på området. Ved moderat til svær unipolar depression lyder anbefalingen, at klienten tilbydes, som minimum, farmakologisk behandling og måske i kombination med en psykoterapeutisk behandling (Kessing & Miskowiak, 2017, p. 359). Det kan i svære tilfælde være nødvendigt at indlægge den depressive (Kessing & Miskowiak, 2017, p. 359). Årsagen til dette kunne ligge til grund i selvmordstanker eller planlagt forsøg.

At stille efter den fulde helbredelse ved behandlingen af unipolar depression er en nylig tilgang, hvor man tidligere så behandlingen som en succes, hvis klienten oplevede forbedringer i humøret og/eller at klientens funktionsniveau var øget (Stotland, 2012, p. 37). Hvis klienten ikke opnåede forbedring efter psykoterapeutisk behandlingen, ansås det i psykologiske kredse, at klienten havde ubevidst modstand til forandring, eller at klienten besad en depressiv personlighedsstruktur (Stotland, 2012, p. 37). Den manglende forbedring skyldtes altså ikke behandlingen, men lå

alene til grunde i klienten selv. Det var et postulat denne konklusion blev draget ud fra, da der ingen videnskabelig undersøgelse på området var til rådighed i denne tid (Stotland, 2012, p. 37). Ligeledes var der for omkring 60 år siden ikke udviklet måleinstrumenter til at vurdere klientens funktionsniveau (Stotland, 2012, p. 38). I dag er det anderledes, da man søger den fulde helbredelse af depression og klienten bebrejdes ikke for den manglende helbredelse (Stotland, 2012, p. 37). Desuden har vi adskillige måleinstrumenter til både at måle klientens funktionsniveau, men også klientens livskvalitet og symptomniveau. Det er måleinstrumenter som f.eks. BDI og The Quality of Life In Depression Scale (QLDS). Stotland (2012) beskriver, at i dag har man fokus på klientens tilstand og på funktionsniveauet, og ikke bare på symptomniveauet (Stotland, 2012, pp. 37ff).

At definere helbredelse af unipolar depression er svært. Det ville kræve, at man havde kendskab til klientens generelle humør og symptomer forinden depressionen (Stotland, 2012, p. 39). Hvordan skal man sætte en standard for, hvad der er normalt velbefindende? Ligeledes hvad er et normalt stadie for et generelt humør? *"how content, stable, or happy is a normal person supposed to be?"* (Stotland, 2012, p. 40.). Som Stotland beskriver det, er det usandsynligt at klienten forinden depressionen, var konstant glad og tilfreds (Stotland, 2012, p. 40). Det giver derfor mening at se på funktionsniveau. Kan klienten opretholde et job? Være der for familien? Eller hvordan er klientens resiliens overfører modstand i livet? Ifølge Stotland (2012) bør målet med behandlingen af depression være at opnå resiliens frem for en normalisering af humøret (Stotland, 2012, p. 40).

Når der planlægges behandling for unipolar depression, lægges der en strategi for, hvordan man bedst muligt behandler klienten, blandt andet ud fra graden af depression. Det kan være overvejede strategier som farmakologisk behandling, psykoterapeutisk behandling bedst rettet til individet eller en kombination af begge. Desværre er det ikke altid, at strategierne bliver udført efter planen. Dette kan skyldes behandlingsresistens (Kessing & Miskowiak, 2017, p. 364). *"Ca. 10-20 % af patienter med depression opnår mangelfuld eller ingen effekt af to eller flere behandlingsforsøg og omtales i klinisk praksis som havende en behandlingsresistent depression."* (Kessing & Miskowiak, 2017, p. 364). Denne resistens kan skyldes, at klienten ikke for taget medicinen udskrevet til klienten. Der kan være mange forklaringer på, hvorfor klienten ikke tager medicinen. Det kan skyldes en

miskommunikation mellem udskriveren og modtageren, eller der kan være andre diagnoser på spil som ikke er opdaget, hvilket kan gøre, at medicineringen ikke virker optimalt, eller at mængden ikke er tilstrækkelig (Kessing & Miskowiak, 2017, p. 364). Der kan også være modstand hos klienten overfor præparatet (Kessing & Miskowiak, 2017, p. 364; Stotland, 2012, p. 42). Ud fra Stotland (2012) har mange modstand overfor antidepressiva, med tanker om at det ikke virker, at medicinindustrien der producerer antidepressiva, kun er interesseret i at tjene penge eller at antidepressiva giver bivirkninger som f.eks. permanente hjerneskader, eller at man havner i en zombietilstand (Stotland, 2012, p. 42). Professionelle fagpersoner har også udtrykt en negativ attitude overfor antidepressiva, hvor det f.eks. har været på tale, at antidepressiva øger risikoen for selvmord (Stotland, 2012, p. 42). Man kan dog overveje, om der er hold i den sidstnævnte, da der på flere af de antidepressive præparater står skrevet, at en mulig bivirkning er selvmordstanker. Stotland (2012) fremhæver alle disse tanker som irrationelle fordomme (Stotland, 2012, p. 42). Om der reelt set er sandhed i disse fordomme, er en større undersøgelse i sig selv, men ud fra Cuijpers (2017) undersøgelse af diverse metanalyser og reviews, indikeres der som tidligere nævnt, at udelukkende farmakologisk behandling er omtrent lige så effektivt som udelukkende psykoterapeutisk behandling til behandlingen af unipolar depression (Cuijpers, 2017). Derudover påvises der, at farmakologisk behandling imod unipolar depression giver bedre udbytte, end ingen behandling (Cuijpers, 2017). Ud fra disse undersøgelser virker det til, at der er en tendens til, at antidepressiva virker som hensigten. Der kan selvfølgelig være en interesse fra medicinalindustrien i at finde et vis fund (Cuijpers, 2017, p. 11), men dette er igen en større undersøgelse, som dette speciale ikke vil berøre.

Remission og tilbagefald

I dag har vi adskillige måleinstrumenter til at vurdere niveauet af depressive symptomer, og disse instrumenter kan ligeledes anvendes til, at vurdere om en klient har opnået remission. Et eksempel på et måleinstrument er Hamilton Depression Rating Scale (HAM-D), hvor der ved en score på syv eller derunder, vurderes at klienten ikke længere er depressiv. Hvis klienten ud fra et måleinstrument vurderes til at have opnået remission, er det ikke ensbetydende med, at klienten nødvendigvis

er symptomfri, men det betyder, at klienten ikke har symptomer nok til at kunne diagnosticeres med depression.

Ved behandlingen af unipolar depression vil der normalt opnås remission efter to til fire måneder ifølge Kessing og Miskowiak (2017, p. 357), hvor reducerede somatiske symptomer, som smerter, synes at være det første tegn på remission (Stotland, 2012, p. 41). Dog kan remissionen ikke garanteres ved behandling. Der virker til at være en tendens til, at mange klienter ikke opnår remission. I en større undersøgelse kaldt Sequenced Treatment Alternatives to Relieve Depression (STAR*D), hvor der var inkluderet 2876 forsøgsparticipanter med depression, viste det sig at 70 % opnåede remission, hvor 30 % ikke gjorde (Stotland, 2012, p. 44). Behandling kan dermed ikke garantere remission og kun knap 2/3 opnåede remission i undersøgelsen. I undersøgelsen var alle inkluderede forsøgsparticipanterne svært depressive (Howland, 2008, p. 21), og derfor bør antallet af forsøgsparticipanter, der opnåede remission, ikke afspejle den generelle remissionsrate for unipolar depression. Der synes at være en tendens til, at jo svære graden af depression er, jo lavere er remissionsraten (Stotland, 2012, p. 44), hvilket vil sige, at hvis undersøgelsen havde inkluderet let og moderat depressive forsøgsparticipanter, havde remissionsraten formodentlig været højere.

Behandlingen af depression, om det så er farmakologisk, psykoterapeutisk eller begge, er ikke den eneste faktor, der er afgørende for opnåelsen af remission. Ud over at barndomstraumer øger risikoen for at få depression senere i livet, medfører det også, at hvis individer med barndomstraumer får depression, har disse individer sværere ved at opnå remission, og har depression i længere tid. (Saveanu og Nemeroff, 2012, p. 59). Man må formode at alle de disponerende faktorer tidligere beskrevet, og ikke bare barndomstraumer, kan påvirke individets chance for at opnå remission. Klienten selv er også en afgørende faktor for opnåelsen af remission. Hvis ikke de integrerer behandlingen, om så den er farmakologisk eller terapeutisk, sker der ingen udvikling (Stotland, 2012, p. 45). Som tidligere beskrevet kan der være modstand både overfor farmakologisk og psykoterapeutisk behandling, hvilket kunne påvirke remissionsraten.

Opnåelsen af remission er desværre ikke en garanti for, at symptomerne ikke kan vende tilbage. Det er langt fra unormalt, at depression er tilbagevendende (Kessing &

Miskowiak, 2017, p. 357) og omkring otte ud af ti der har haft en svær depression, vil få tilbagefald en eller flere gange (Tomba og Fava, 2012, p. 93). Allerede ved moderat depression er der 50 % risiko for, at depressionen vil vende tilbage, og for hver ny depressiv episode, øges risikoen igen (Kessing & Miskowiak, 2017, p. 357).

Kapitel 3: Kognitiv adfærdsterapi

Teorien bag terapiformen.

Tanken bag den kognitive terapi er, at vores erfaringer gennem livet er med til at forme hvordan vi anskuer og interagerer med verden (Sudak, 2012, p. 100). Sammen med de erfaringer vi gør os, påvirker forudbestemte biologiske, genetiske, temperamentsmæssige, sociale og udviklingsfaktorer måden hvorpå, vi behandler informationer (Sudak, 2012, p. 100). Igennem et opvokset miljø og de livserfaringer man har gjort sig, bliver ens tanker rettet imod tidligere erfarede mønstre (Sudak, 2012, p. 100f). På den måde bliver vores informationsbearbejdning automatiserede, hvis ikke informationsbearbejdningen bevidst bliver anfægtet. Når et individ er depressiv, ses det som oftest, at informationsbearbejdning er negativt betonet. Altså at individets tanker bliver negative, og samtidig bliver tankerne ofte også irrationelle (Sudak, 2012, p. 100f). Det kan være tanker som f.eks. at ingen kan lide en eller at man sikkert dummer sig, fordi det gør man jo altid. En automatiserede negativ informationsbearbejdning er et kendetegn ved depression og denne negative informationsbearbejdning, kan lede til isolation og passivitet (Sudak, 2012, p. 101). Ifølge Sudak (2012) forblindes individet med depression for positive erfaringer og nye erfaringer bliver påvirket af en negativ selektiv hukommelse (Sudak, 2012, p. 100f).

Når først indlærte automatiserede negative informationsbearbejdning er rodfæstet, starter en nedadgående negativ spiral, hvor den ene negative tanke ud fra tidligere erfaringer forstærker den næste, og individet bliver konstant forstærket i sin negative oplevelse af verden og sig selv interagerende i den. Denne cyklus kan lede til følelsen af håbløshed og kan i værste tilfælde lede til selvmordstanker (Sudak, 2012, p. 101).

Kognitiv behandling

Kognitiv adfærdsterapi er en praktisk og handlingsbaseret terapi, hvor hjemmearbejde er en del af behandlingen (Sudak, 2012, p. 99ff). Ifølge Sudak (2012) er, ud fra den kognitive tankegang, terapeutens evne til at lære klienten kognitive teknikker, og at terapeuten kan forstå og overholde en vis procedure, vigtigere end selve alliancen for udbyttet (Sudak, 2012, p.101). Målet med den kognitive adfærdsterapi er at ændre den negative informationsbearbejdning ved at guide klienten til at lave kognitive rekonstrueringer (Sudak, 2012, p. 101). For at kunne ændre informationsbearbejdningen kræver det først og fremmest, at de automatiske negative tanker opdages og identificeres (Sudak, 2012, p. 104). Terapeutens rolle er at anfægte det irrationelle i den negative automatiserede informationsbearbejdningen. Dette gøres til dels ved samtale, men også ved at lede klienten ud i hjemmearbejde i form af behavioristiske øvelser, hvor at klienten gør sig positive erfaringer (Sudak, 2012, p. 101) ”*Behavioral activation is an essential element of CBT for moderate to severe depression*” (Sudak, 2012, p. 103). Når klienten har dannet nogle erfaringer, italesættes erfaringerne ud fra et rationelt og objektivt perspektiv. Klienten kan nu drage nye konklusioner ud fra en ny levet livserfaring (Sudak, 2012, p. 104). Man forsøger således at få klienten til aktivt at omdanne automatiserede negative tankemønstre. Ved hjælp af disse aktiviteter og erfaringer, øges klientens selvaktivitet, og klienten kan derved selv ændre typiske depressive problematikker så som søvn, kost og manglende egenomsorg (Sudak, 2012, p. 103).

At sætte mål for terapien er vigtigt ved behandlingen af depression, fordi det øger motivationen for forandring (Sudak, 2012, p. 102). Der samarbejdes om disse mål og laves løbende nye målsætninger, hvis et tidligere mål er opnået. Strategier for behandlingen og herigennem løbende nye målsætninger, bliver blandt andet dannet ved målinger i spørgeskemaer og ved feedback fra klienten (Sudak, 2012, p. 102). Det handler om at finde klientens styrker og kapaciteter, for så at anvende disse til at skabe forandringer (Sudak, 2012, p. 102).

Psykoedukation er en vigtig del af den kognitive terapi (Sudak, 2012, p. 105). Ved at lære klienten hvad en depression er og ved oplyse klienten om deres tillærte informationsbearbejdning, giver det klienten bedre forudsætninger for at skabe forandringer (Sudak, 2012, p. 105f.). Hvis klienten opnår en forståelse af hvad en

depression er, kan dette i sig selv modvirke håbløsheden (Sudak, 2012, p. 105f.). Håbløshed er i høj fokus ved kognitiv terapi, fordi følelsen er stærkt forbundet med selvmordstanker (Sudak, 2012, p. 105). Terapeutens opgave er at anfægte sandheden i negative oplevelser og tanker som kan lede til håbløshed (Sudak, 2012). Psykoedukation kan også medvirke til at hindre tilbagefald, idet tillærte teknikker og forståelsen for ideen med teknikkerne, kan anvendes efter behandlingen, hvor psykoedukationen har etableret en mere rationel anskuelse af problematikkerne hos klienten (Sudak, 2012, p. 99ff).

Kapitel 4: Psykodynamisk terapi

teorien bag terapiformen

Psykodynamisk teori er en videreudvikling af Freuds psykoanalysen (Deal, 2007, p. 184; Gabbard, 2005, p. 4). Siden den psykodynamiske teoris oprindelse er der sket adskillige modifikationer og udviklinger i terapiformen ((Deal, 2007, p. 184ff), hvilket besværliggør en generel beskrivelse af teorien bag terapiformen. Derfor beskrives kun dele af teorien, og der forsøges at tage udgangspunkt i de nutidige modifikationer og teorier, da dette systematisk review, inkludere moderne empiriske studier, hvor den formodet psykodynamiske terapi i de inkluderede studier, tager udgangspunkt i moderne modifikationer af terapiformen. Til trods for den lange udvikling af teorien og de mange løbende modifikationer, har Deal (2007) forsøgt fanget den overordnede essens af den psykodynamiske teori, hvilket bedst illustreres i et direkte citat. *“Psychodynamic theory attempts to explain human behavior in terms of intrapsychic processes and the repetition of interpersonal patterns that are often outside of an individual’s conscious awareness and have their origins in childhood experiences.”* (Deal, 2007, p. 185). Psykodynamisk teori forsøger altså at forklare en sammenhæng mellem menneskelig adfærd og ubevidste processer (Deal, 2007, pp. 185- 189).

Ifølge Gabbard (2005) læner moderne psykodynamisk teori sig op ad deficitmodellen (Gabbard, 2005, p. 4). Ud fra deficitteorien ses mennesker som isoleret, fragmenteret og sårbare (Deal, 2007, p. 189). I henhold til modellen og teorien bag, kan problematikker i barndommen lede til en mangel på psykiske strukturer eller

svækkede psykiske strukturer. Når de psykiske strukturer ikke er robuste, kan det have en negativ betydning for individets selvbillede og selvværd, hvilket leder til en uhensigtsmæssig afhængighed af bekræftelse fra de omgivende personer (Gabbard, 2005, p. 4). Denne ofte overafhængighed er for individet en nødvendighed for at nærme sig en følelse af psykisk balance (Gabbard, 2005, p. 4).

Som det også fremstår ovenfor, er barndommen et vigtigt element i den psykodynamiske teori. Barnets omgivende miljø og dets forbindelse til barnets udvikling er af stor betydning da, ud fra teorien, det voksne individs personlighed formes gennem barndommen (Gabbard, 2005, p. 11). Gennem gentagende interaktioner i barndommen, med nære relationer skabes en selvforståelse og forståelse af en selv i relation til andre (Deal, 2007, p. 187f). Denne forståelse og teori kaldes objektrelationsteorien (Deal, 2007, p. 187f) og anvendes også i moderne psykodynamiske terapi (Gabbard, 2005, p. 3ff). Indre objektrelationer er på sin vis ubevidste tillærte måder at interagere med andre, der er blevet dannet ud fra tidligere erfaringer (Gabbard, 2005, p. 8). For den voksne bliver de gentagende interaktioner til ubevidste mentale repræsentationer af os selv og af andre, og danner grobund for udviklingen af selvet (Deal, 2007, p. 188f; Gabbard, 2005, p. 4). Repræsentationerne starter som kognitive konstruktioner, skabt af erfaringer, ideer og hukommelse, men tager herefter form i det emotionelle og bliver kognitiv-affektive scenarier, der udspilles i fremtidige relationer (Deal, 2007, p. 187f). Hvis barnets omgivende miljø har været uhensigtsmæssig i forhold til en sund udvikling, kan dette lede til problematiske indre objektrelationer og hermed problematiske ubevidste mentale repræsentationer, som kan forårsage interpersonelle problemer (Gabbard, 2005, p. 4). Symptomer og adfærd afspejler ubevidste processer, som beskytter mod undertrykte ønsker og følelser (Gabbard, 2005, p. 7). F.eks. kan en depressiv person isolere sig selv, hvilket beskytter individet imod at møde andre, der kunne aktivere ubehagelige følelser, som er forbundet med ubevidste indre objektrelationer.

Hvis det voksne individ i sin barndom kunne påvirke nære relationer, ved hjælp af både nonverbal og verbal kommunikation, til at agere på kommunikationen, og få tilfredsstillet et behov, betyder det for det voksne individ, at der er internaliseret en trykthed i relationer med andre, med en tiltro til egne relationelle evner og tillid til de omgivende personer (Deal, 2007, p. 188f). De nære relationer og objektet bliver en forlængelse af en selv, når man er barn (Deal, 2007, p. 189). Barnet spejler sig i de

nære relationer, søger bekræftelse i egne evner og personlighed, og oplever at sammensmelte med de nære relationer (Deal, 2007, p. 189). Alt sammen for at føle tryghed, at føle sig fuldendt og føle at man hører til (Deal, 2007, p. 189). Man kunne derimod forestille sig at hvis det voksne individ som barn, ikke blev mødt i sin kommunikation og oplevede f.eks. omsorgssvigt, må dette, for det voksne individ, lede til en manglende tillid og tryghed til andre og til sig selv. Dette komplicerer det voksne individs relationer. Følelser som angst, tristhed, vrede osv. kan opstå i relationelle situationer, uden at individet er klar over, hvorfor de opstår (Gabbard, 2005, p. 8). Følelserne bliver automatiseret og frembringes i lignende situationer, selvom individet ikke er klar over sammenhængen.

Ud fra Gabbard (2005) er psykodynamisk teori også en teori om psykisk determinisme (Gabbard, 2005, p. 9f). Tidligere erfaringer skaber ubevidste mekanismer, der medvirker til, hvordan det voksne individ træffer beslutninger (Deal, 2007, p. 189; Gabbard, 2005, p. 9f). Dog menes der stadig at vi har frie valg, hvilket vil sige, at ikke alle valg er ubevidste, men mængden af bevidstlige valg er begrænset (Gabbard, 2005, p. 9f). Om det er bevidste eller ubevidst valg der træffes, er alt adfærd ikke tilfældigt, men meningsfuldt og har til grunde i lyster, forsvarsmekanismer, objektrelationer og forstyrrelser i individets selv (Gabbard, 2005, p. 10).

Psykodynamisk behandling

Psykodynamisk terapi arbejder i det ubevidste og i det relationelle (Gabbard, 2005, p. 6ff; Deal, 2007, p. 185ff). Klientens relationelle historik undersøges for at opnå en forståelse af klientens ubevidste indre relationelle konflikter (Gabbard, 2005, p. 6ff). Dertil er det terapeutens opgave at føre terapien således, at klienten opnår en indsigt i sine ubevidste relationelle konflikter. Hvis klienten opnår en forståelse for egne ubevidste mekanismer, giver det klienten en mulighed for at træffe nye valg og bryde en tidligere automatik. Terapeuten har derfor nogle værktøjer og opgaver i den psykodynamiske terapi, som skal facilitere klientens muligheder for indsigt.

I den psykodynamiske behandling er den terapeutiske alliance vigtig. Klienten skal føle sig tryk ved terapeuten og mærke at terapeuten vil klienten det bedste, fordi den psykodynamiske terapi arbejder med svære, ubehagelige og undertrykte følelser, og

klienten skal turde at bevæge sig ud i det farlige og ukendte (ubevidste) (Gabbard, 2005, p. 7). Men alliancen skal ikke forstås, som om der ikke må være konflikt imellem terapeut og klient. Der kan være stor læring i en konflikt mellem terapeut og klient, som afspejler klientens ubevidste relationelle konflikter (Gabbard, 2005, p. 12). Her anvendes begrebet overføring som et terapeutisk værktøj (Gabbard, 2005, p. 12). Terapeuten bliver ubevidst anskuet og sammenlignet med en nær person fra barndommen (Gabbard, 2005, p. 12). Dertil bliver de samme følelser, som ved interaktionen med den tidlige nære person, aktiveret ved interaktionen med terapeuten (Gabbard, 2005, p. 12). Altså bliver det et genspil af et tidligere mønster for klienten og når dette udspilles i det terapeutiske rum, giver det den opmærksomme terapeut mulighed for at arbejde med dette tillærte mønster (Gabbard, 2005, p. 12). Således er da at lytte til klientens erindringer fra barndommen et værktøj og en vigtig del af behandlingen, fordi de kan være forbundet med problematikkerne i deres voksenliv (Gabbard, 2005, p. 11). I overføringen har terapeuten mulighed for at vise klienten andre interaktionsmuligheder. Ved at tilbyde klienten en anden interaktionsmulighed, end hvad der var forventeligt hos klienten, kan dette anvendes til forståelsen af problematikken, og dette er en faktor for forandring (Gabbard, 2005, p. 13). Hvis terapeuten er opmærksom på interaktionen og klientens overføring, kan terapeuten fremstå som en kompensering for de mangler, der er knyttet til barndommen, og derved som et håb for en løsning af konflikterne og et håb for helbredelse (Gabbard, 2005, p. 13). Det er ikke kun i samtalen, at overføringen bliver tydelig. Både verbale og nonverbale, som f.eks. kropssprog, er vigtige observationer, som den psykodynamiske terapeut skal gøre sig i det kliniske rum (Gabbard, 2005, p. 7).

Ligesom klienter har overføringer, har terapeuten også modoverføringer (Gabbard, 2005, p. 13f). Modoverføringen er, som overføring, også et terapeutiske værktøj i den psykodynamiske terapi. Terapeuten kan også ubevidst opleve klienten som en nær person fra terapeuten's barndom, men hvis terapeuten bliver bevidst om denne modoverføring, kan opdagelsen anvendes til at modvirke forstyrrelser i terapien, som kommer fra terapeuten's side (Gabbard, 2005, p. 13f). Her skal terapeuten være opmærksom på sig selv, i forhold til følelsen af at være placeret i en bestemt rolle af klienten, som mere handler om terapeuten's egne indre relationelle konflikter. Terapeuten's indsigt kan anvendes til at forme en hensigtsmæssig respons på

klientens overføring. Modoverføringen er ikke nødvendigvis forbundet med terapeutens egen historik, men kan også ligge til grunde i klientens overføring (Gabbard, 2005, p. 13f). Klientens måde at interagere med terapeuten kan være på samme vis som klientens interaktioner med andre personer end terapeuten, og hertil kan der være et mønster i interaktionen, der aktiverer en bestemt følelse hos personen klienten kommunikerer med. Altså at den aktiverede følelse og modoverføring afspejler det klienten, ubevidst eller bevidst, også skaber hos relationer uden for det terapeutiske rum.

Terapi kan for klienten være skræmmende og dette er der fokus på i den psykodynamiske terapi. Der kan hos klienten være en frygt for at aktivere ubehagelige følelser, og denne frygt kan lede til en modstand imod terapien (Gabbard, 2005, p. 15). Frygten er rodfæstet i genaktivering af tidligere ubehagelige relationelle scenarier, og ved f.eks. ikke at møde op til terapien eller skabe en psykisk afstand til terapeuten, undgås det ubehagelig, og det bliver et forsvar imod forandring (Gabbard, 2005, p. 15). Det at forblive i vante mønster, selvom det er hindrende for at blive psykisk velbefindende, er mere velkendt og dermed mere sikkert. Modstanden giver formodentlig klienten en følelse af kontrol. Denne frygt og modstand, bruges terapeutisk, ved italesættelse af det, åbner det muligheden for forandring (Gabbard, 2005, p. 15).

På den måde er den psykodynamisk terapi en måde at tænke på (Gabbard, 2005, p. 4). At se sig selv som terapeut i et interpersonelt spil med klienten, hvor begge inddrager ubevidste konflikter ind i interaktionen og relationen til hinanden (Gabbard, 2005, p. 4). Det er terapeutens opgave at adskille symptomer og adfærd i forhold til hvad der kan forklares ved dynamiske faktorer (Gabbard, 2005, p. 10). Ligeledes er det vigtigt at terapeuten anfægter det unikke i hver klient, selvom klienten rammer en bestemt psykopatologisk kategori (Gabbard, 2005, p. 5), som f.eks. depression. To klienters historier er ikke ens, selvom deres diagnose måske er.

Kapitel 5: Metode

Randomiserede kontrollerede studier

Et RCT-studie er et kvantitativt studie, der bedst muligt følger anvisningerne for et sandt eksperiment, idet der i RCT-studier anvendes randomisering (Donnon, 2012, pp. 82-84). I et sandt eksperiment observeres og måles en afhængig variabel nøje, hvor uafhængige variabler kontrolleres, hvor de kan (Coolican, 2014, pp. 63-67). Randomiseringen er et forsøg på kontrol af uafhængige variabler. Der er en længere debat, om kliniske RCT-studier er sande eksperimenter, grundet mange formodet usete variabler, idet mennesker indgår i eksperimentet. Dette speciale forholder sig ikke til denne debat.

Der bør være minimum to grupper, som testes i et RCT-studie (Donnon, 2012, pp. 82-84). Typisk er der en testgruppe og en kontrol gruppe, men der kan sagtens være flere testgrupper, som testes på kryds og tværs. I et RCT-studie tilvælges og fravælges forsøgsdeltagere ud fra forudbestemte inklusions- og eksklusionskriterier (Moher et al., 2010, pp. 1-23). Der skal helst rekrutteres forsøgsdeltagere nok til, at forsøget er pålideligt. For at estimere dette kan der udføres en power analyse (Hariton & Locascio, 2018, p. 1). De inkluderede forsøgsdeltagere, allokeres tilfældigt i en af studiets grupper. Denne tilfældige allokering betegnes randomisering og er en vigtig del og en forudsætning for et RCT-studie (Donnon, 2012; Hariton og Locascio, 2018; Moher et al., 2010). Det er vigtigt, at hverken forsøgsdeltager eller de forsøgsansvarlige ved, hvilken gruppe forsøgsdeltageren ender i (Hariton & Locascio, 2018, p. 1). Dette skal forblive tilfældigt og uigennemskueligt. Når forsøgsdeltagerne ikke ved, hvilket gruppe de er endt i, kaldes dette et *single blind*, og når hverken forsøgsdeltagerne og forsøgsudøvere ved hvilken gruppe forsøgsdeltagerne er endt i, kaldes dette et *double blind* (Coolican, 2014, p. 108f).

Fordelen og en årsag til randomiseringen er, at denne proces fjerner selektions bias (Moher et al., 2010, pp. 1-22; Hariton & Locascio, 2018, p. 1). F.eks. at forsøgsdeltageren ikke vælges ud fra de forsøgsansvarliges ønskede udbytte af studiet, eller at alle med en lang uddannelse kommer i en gruppe, og alle med en kort uddannelse kommer i en anden gruppe. Den totale tilfældige allokering lader disse mulige variabler forblive i chancen frem for at være et tilvalg.

“The premise for randomization in both true experimental designs and clinical RCTs is an attempt by the researcher to control for all other potential influences (i.e., independent variables (IVs) that include general demographic characteristics of study participants or the manipulated variable of interest, and dependent variables (DVs) that provide the researcher with measures/assessments of change to participants’ intended outcomes.” (Donnon, 2012, p. 83).

Jo mere allokeringen og kendskabet til hvilken gruppe man er i, er uforudsigelig og uigennemskuelig, jo stærkere fremstår studiet (Moher et al., 2010, pp. 1-22).

I et RCT-studie bliver der foretaget enten en pre- og posttest, eller alene en posttest (Donnon, 2012, p. 83). Imellem pre- og post-testen, eller forinden en posttest, hvis der ikke foretages en pre-test, er der en intervention (Donnon, 2012, p. 83). Denne intervention kunne være et farmakologisk præparat, eller en psykoterapeutisk behandling. Ved hjælp af pre- og posttestningsdataene fra de to grupper, kan dataene sammenlignes og det er muligt at analysere, om der er signifikant forskel imellem grupperne. RCT-dataene skal helst være synlig og gennemsigtig, så andre læsere nemt kan forstå den fundne data (Hariton & Locascio, 2018, p. 1). Den hyppigste måde at opnå data på i et RCT-studie er enten ved en intention-to-treat (ITT) analyse, eller en analyse per protokol, men der findes også andre metoder (Hariton & Locascio, 2018, p. 1). Ved per protokolanalysen analyseres kun dataene fra de forsøgsdeltagere, som gennemførte hele forsøget, og ved ITT, bliver alle der er randomiseret i grupper analyseret, også selvom de ikke gennemfører behandlingen. ITT er den analyse, der forbindes med den mindste risiko for bias (Hariton & Locascio, 2018, p.1). Den indsamlede data fra RCT-studiet, kan, hvis resultaterne er der til det, påvise en hyppig tendens af den testede intervention. Logisk set må det

dog forblive en tendens, hvis forsøget indeholder forsøgsparticipanter, da RCT-studiets population kun er et udsnit af den fuldkomne population.

Systematisk review

Når forfattere ønsker at besvare et forskningsspørgsmål, hvor besvarelsen har til grunde allerede eksisterende forskning på området, giver et systematisk review mulighed for dette. *“Systematic reviews are secondary studies that summarize the best scientific evidence available by means of explicit and rigorous methods to identify, select, appraise, analyze and summarize the empirical studies that enable responding to specific questions.”* (Perestelo-Pérez, 2013, p. 49). Et systematisk review indsamler derved evidens fra adskillige videnskabelige studier, for så at sammenstille og sammenligne den fundne data. Denne proces bliver gennemført ved hjælp af systematiske videnskabelige strategier (Perestelo-Perez, 2013, p. 49ff). Ved denne systematiske tilgang reduceres risikoen for bias, hvilket er det systematiske reviews formål, da bias er et tidligere kritikpunkt ved det klassiske litterære review, hvor systematikken er mere mangelfuld (Perestelo-Perez, 2013, p. 50). Der eksisterer et udvalg af guidelines til at følge systematikken punktvis, heriblandt PRISMA Guidelines (Page et al., 2021), som vil blive beskrevet løbende. Disse guidelines har nogle fællestræk, i forhold til punkter der bør følges systematisk. De fælles punkter opsummerer og sammensætter Perestelo-Perez (2013) for at hjælpe forfattere med at udføre et systematisk review på bedste vis (Perestelo-Perez, 2013).

I et systematisk review er det vigtigt at have en klar og forståelig beskrivelse af problemformulering, men også over hvordan besvarelsen af problemformulering planlægges gennem valgte strategier og systematikker (Perestelo-Perez, 2013, pp. 49ff). En på forhånd fastlagt struktur, inden selve påbegyndelsen af arbejdet med det systematiske review i form af f.eks. søgning efter studier og bearbejdning af den fundne data, hjælper med at minimere bias. Her gør det sig gældende at inklusions- og eksklusionskriterierne for studierne der søges efter, er forudbestemt inden selve søgning (Perestelo-Perez, 2013, pp. 49ff). Det kunne være kriterier for de inkluderede forsøgsparticipanter, i henhold til, om det er en bestemt diagnose, eller et bestemt symptomniveau der undersøges. Forudbestemmelsen for inklusions- og

eksklusionskriterier gælder også, hvilken type intervention der undersøges og hvad interventionen sammenlignes med (Perestelo-Perez, 2013, pp. 50-52). Sammenlignes intervention f.eks. med en kontrolgruppe, eller en anden form for intervention? Hvilke forskellige udbytter som det systematiske review skal indsamle, er ligeledes vigtigt (Perestelo-Perez, 2013, pp. 50-52). Sidst er det også vigtigt at fastsætte, hvilket type studier der inkluderes i det systematiske review (Perestelo-Perez, 2013, pp. 50-52). I dette speciales systematiske review inkluderes f.eks. RCT-studier ud fra en vurdering om at disse studier reducerer risikoen for selektionsbias. Ved andre undersøgelser er det ikke sikkert, at udelukkende inkluderer RCT-studier er den bedste løsning til besvarelsen af én given problemformulering.

Der findes værktøjer til at hjælpe med at holde sig til den forudbestemte systematiske struktur og dermed vedholde den røde tråd. PICOS er et af de værktøjer, der er udviklet til netop dette formål (Perestelo-Perez, 2013, pp. 51-56). PICOS står for: Population, Intervention, Comparison, Outcome og Study type (Methley, Campbell, Chew-Graham, McNally, & Cheraghi-Sohi, 2014). PICOS er en videreudvikling af den oprindelige PICO, hvor med PICOS der er mulighed for at begrænse det systematiske review, i forhold til forudbestemte inkluderede studietyper (Methley et al., 2014, p. 2). Dette er en fordel i studier, hvor mængden af tid og ressourcer er begrænset, da søgningen ikke bliver for bred.

Når alle kriterier til besvarelse af problemformulering er forudbestemt og fastlagt, påbegyndes en søgning for information. Søgningen bør foretages på minimum tre elektroniske databaser (Perestelo-Perez, 2013, p. 53). Igen er det vigtigt forinden selve søgningen at vise forudbestemte søgestrategier og kriterier, for at mindske bias. Her bør forudbestemmes nødvendige søgte informationer og søgeord (keywords), der indgår i søgningens søgestreng (Perestelo-Perez, 2013, pp. 50ff). Generelt bør den udformede PICOS være til hjælp ved denne proces. Når søgningen er foretaget, skal de fundne studier igennem en systematisk selektionsproces, hvor de enkelte studier fra- og tilvælges ud fra de forudbestemte kriterier (Perestelo-Perez, 2013, pp. 50ff). Det er vigtigt, at denne selektion ikke bliver foretaget af en forfatter, men at der er flere øjne på studiet, som vurderes og sorteres, da en forfatter alene nemt kan lave fejl (Perestelo-Perez, 2013, p. 53f). I den første fase af selektionsarbejdet læses titler og abstrakts, hvor de pågældende studier enten

tilvælges eller fravælges (Perestelo-Perez, 2013, p. 53). De studier som ikke blev ekskluderet fuldtekstlæses efterfølgende for igen at sortere i studierne (Perestelo-Perez, 2013, p. 53). Ifølge Perez (2013) bør der ved fuldtekstlæsningsprocessen, begrundes hvorfor, studier bliver ekskluderet (Perestelo-Perez, 2013, p. 53). I dette systematiske review begrundes samtlige eksklusioner og dermed ikke kun dem der blev ekskluderet ved fuldtekstlæsningen. Begrundelserne for ekskluderingerne kan ses i et flowchart (figur 3). Til hele selektionsarbejdet kan PICOS modellen endnu engang være behjælpelig til denne proces. Igen beskrives det af Perez (2013), at det er vigtigt minimum to personer, gennemgår selektionsarbejdet (Perestelo-Perez, 2013, p. 53).

Når de inkluderede studier er fundet, undersøges disse studier for deres metodiske design, udførte analyser og deres resultater i forhold til studiernes validitet og reliabilitet (Perestelo-Perez, 2013, p. 54). Begrundelsen for dette er, at de inkluderes studiers validitet og reliabilitet påvirker det systematiske reviews validitet og reliabilitet (Perestelo-Perez, 2013, p. 54). Hvis dette systematiske review skal konkludere på et overordnet fund, er det vigtigt, at kvaliteten og risikoen for bias ved de inkluderede studier undersøges. Igen påvirker de inkluderede studiers risiko for bias det systematiske reviews risiko (Perestelo-Perez, 2013, p. 54). I dette systematiske review anvendes værktøjet Revised Cochrane risk-of-bias tool for randomized trials (RoB 2) (Higgins, Savović, Page, & Sterne, 2019), til bedømmelsen af risikoen for bias ved det inkluderede studier.

Ved de inkluderede studier indsamles den relevante data (Perestelo-Perez, 2013, p. 54). Hvilket data der indsamles, bør forinden indsamlingen være forudbestemt for at bevare en systematik og troværdighed i reviewet (Perestelo-Perez, 2013, p. 54). Når dataene er udledt, analyseres der på de inkluderede studiers fund, hvortil de sammenstilles og sammenlignes (Perestelo-Perez, 2013, p. 55). Herefter fortolkes der på resultaterne, hvor resultaterne skal være gennemsigtigt for læseren og resultaterne skal diskuteres ud fra en videnskabelig præmis (Perestelo-Perez, 2013, p. 55). Det er vigtigt, at der i det systematiske review er en tydelig fremstilling af reviewets metodiske begrænsninger samt kvaliteten af reviewet (Perestelo-Perez, 2013, p. 55).

Ud fra Perestelo-Perez (2013) fremstilling af hvordan det systematiske review bør udføres, er der meget for fremtidige forfattere at holde styr på. Men der er udviklet guides til udformningen af systematiske reviews som f.eks. PRISMA Statement (Page et al., 2021), der kan hjælpe forfatteren med at holde systematikken.

PRISMA Statement

Dette systematiske review anvender PRISMA statement (Page et al., 2021) som guide til udformning af det systematiske review. PRISMA statement er designet til udformningen af både systematiske reviews og metaanalyser, hvor den grundlæggende ide med anvendelsen af guiden er at skabe en gennemsigtighed ved det systematiske review og for at kunne påvise en troværdighed ved de fundne resultater (Page et al., 2021, p. 1). Hvis PRISMA statement følges nøje, vil det systematiske review være detaljeret i sin beskrivelse af diverse indgående processer (Page et al., 2021, p. 1). I dette systematiske review er dette blevet vurderet som en fordel og er begrundelsen for anvendelsen. Til PRISMA statement er der udviklet en checkliste som forfattere kan anvende til at arbejde systematisk (Page et al., 2021, p. 1ff). Dette systematiske review har på bedste vis forsøgt at følge denne checkliste som guide til udformning af det systematiske review, men da PRISMA statement også er designet til udformningen af metaanalyser, er ikke alle punkter på checklisten anvendt. Dertil har dette systematiske review nogle metodiske begrænsninger, der har medvirket til, at visse punkter i checklisten ikke er fulgt. Her ses f.eks., at de inkluderede studie har benyttet forskellige måleinstrumenter til målingen af dette systematiske reviews ønskede udbytte, hvilket komplicere visse statistiske muligheder.

Protokol

I forbindelsen med udførelsen af dette systematiske review er der ikke udformet en protokol. Denne beslutning er fortaget ud fra, at processerne i det systematiske review er grundig beskrevet og derfor er det begrænset, hvor meget en protokol kan bidrage med supplerende informationer.

Inklusions- og eksklusionskriterier

Der vil i dette afsnit skabes et overblik over inklusions- og eksklusionskriterierne. Ud fra PRISMA's guide til udformningen af et systematisk review eller metaanalyse, kan PICO modellen gavnligt anvendes til at opstille inklusionskriterierne for, om et studie skal inkluderes i reviewet eller metaanalysen (Page et al. 2021, p. 4f). Grundet begrænset tid og ressourcer vælges her i stedet, at anvende PICOS modellen (Methley et al., 2014). Dette betyder, at dette systematiske review vil begrænse sig i studie designs, og ikke inkludere alle former for designs. Den udformede og fastsatte PICOS model kan ses i figur 1. nedenfor.

P (population)	I (intervention)	C (comparators)	O (outcome of interest)	S (study design)
Forsøgsdeltagerne er diagnosticeret med let til svær unipolar depression. Forsøgsdeltagerne er 18 år eller derover.	Forsøgsdeltagerne er tilfældigt allokert til enten psykodynamisk eller kognitive terapi, hvor de behandles for unipolar depression.	Sammenligning mellem psykodynamisk og kognitive terapi.	Niveauet af depressive symptomer, tilbagefaldsraten eller remissionsraten minimum et halvt år efter behandlingsafslutning.	RCT-studier.

Figur 1.

Population

Forsøgsdeltagerne skal være diagnosticerede med let til svær depression og skal være 18 år eller op efter. Om depressionen er grundet i en enkelt periode, er tilbagevendende eller om der er tale om dystymi, har ikke betydning for inklusionen. Alle disse forhold inkluderes. Forsøgsdeltagere med manisk enkeltepisode eller bipolar lidelse inkluderes ikke, da det vurderes at de maniske perioder, som forekommer ved bipolar depression, kan være forstyrrende for målingerne af

depressive symptomer. Formålet med dette systematiske review er at undersøge, hvilken af to terapiformer der bedst kan facilitere en langtidsvarig remission. Hvis klienten med bipolar depression er i en manisk periode, kan klienten opleve stor glæde, og resultaterne fra måleinstrumenter som f.eks. BDI kunne være misvisende, i forhold til at påvise en mulig langtidsvarende remission efter et behandlingsforløb. Så selvom både bipolar og unipolar depression kategoriseres som affektive lidelser (Kessing & Miskowiak, 2017), er det i dette review, kun unipolar depression som undersøges. Unipolar depression kan kategoriseres i adskillige underkategorier. Her ses, som tidligere nævnt, vinterdepression, fødselsdepression, kronisk depression, double depression osv. Disse underkategorier inkluderes i dette systematiske review, da disse stadig bliver betragtet som unipolar depression, som beskrevet i kapitel 2. Forsøgsdeltagere med hjerneskader eller andre kognitive nedsættende lidelser ekskluderes, med forbehold for at depression i sig selv kan påvirke kognitive funktioner.

Intervention og sammenligning

I dette systematiske review inkluderes studier, der indeholder en sammenligning af udbyttet mellem kognitivadfærdsterapi og psykodynamisk terapi ved behandlingen af unipolar depression. Der findes adskillige afgreningerne af både psykodynamisk terapi og kognitiv adfærdsterapi. Her ses blandt andet Short Psychodynamic Supportive Psychotherapy (SPSP) (Maat et al., 2008). Så længe disse afgreninger stadig følger grundprincipperne for enten kognitiv eller psykodynamisk terapi, inkluderes studier, der anvender disse afgreninger. Dertil inkluderes også terapier med andre formater, end en til en, som f.eks. gruppeterapi eller familieterapi. Ved familieterapi er det vigtigt, at dataene fra forsøgsdeltagere der er under 18 år, ikke inkluderes. Der inkluderes kun studier, som selv sammenligner effekten af psykodynamisk terapi og kognitiv adfærdsterapi. Det vil sige, at studie der udelukkende undersøger effekten af en af de to terapiformer, ikke vil anvendes som sammenligningsgrundlag. Man kunne have inkluderet disse studier og så have sammenlignet deres udbyttet, men som Cuijpers (2017) beskriver det, er det bedre at undersøge studier der selv fortager sammenligningen, da dette kan betragtes som en

mere direkte evidens, i forhold til forskellen i effekten (Cuijpers, 2017, p. 10). Alle andre studier end RCT-studier ekskluderes. Forsøgsparticipanterne inkluderet i dette systematiske review, er allokeres tilfældigt til en af de to terapiformer, for at hindre selektionsbias. Denne allokeringsform forekommer automatisk, da der kun inkluderes RCT-studier.

Udbytte

Udbyttet der i dette systematiske review har interesse, er niveauet af depressive symptomer, antallet af forsøgsparticipantere der har opnået remission eller/og antallet af tilbagefald minimum et halvt år efter behandlingsafslutning. De inkluderede studier skal anvende måleinstrumenter, som måler depressive symptomer. Her kunne et eksempel på et måleinstrument være BDI eller HAM-D. Måleinstrumenterne behøves ikke at være identiske studierne imellem, men de depressive symptomer må ikke vurderes alene ud fra kvalitative interviews, hvor talværdier ikke anvendes. Der udledes data fra pre-behandling (baseline), post-behandling og på follow-up målinger. Alle tre periodiske målinger behøves ikke at være til stede. Follow-up målinger er et inklusionskriterie, men studierne inkluderes stadig hvis pre-behandlingsdata er til rådighed men ikke post og ligeledes omvendt. Hvis både baseline- og postdata er til rådighed i det pågældende studie, er det en styrke i evidensen, men ikke en forudsætning for inklusion i dette review. Det kræves blot, at der kan foretages en sammenligning mellem enten pre- eller postdata og follow-up data. Dertil er det inklusionskrav, ligesom ved follow-up dataene, at der ved baseline eller post-behandling, er anvendt måleinstrumenter til vurderingen af depressive symptomer, således at baseline- eller post-behandlingsværdierne kan sammenlignes med follow-up værdierne. For at imødekomme en mulig forvirring, er det vigtigt at understrege, at selvom der i PICOS-modellen (figur 1) beskrives, at tilbagefaldsraten og remissionsraten har interesse, er det stadig et inklusionskrav, at raten er udarbejdet ved hjælp af måleinstrumenter, der måler depressive symptomer.

Yderligere inklusions- og eksklusionskriterier

Sammen med ovenstående kriterier, er det ligeledes et inklusionskrav, at studierne højst er 30 år gammelt (1990). Kun engelsk- eller dansksproget studier er inkluderet

og studiet skal indeholde en testet population på minimum 20 personer, hvor de så vidt muligt er fordelt ligeligt og tilfældigt i enten et psykodynamisk eller kognitivt terapiforløb. Internetbaseret terapi er ekskluderet på baggrund af usikkerhed i mulige påvirkende variabler, i forhold til ikke-internet baseret terapi.

Nedenstående Figur 2. giver et overordnet overblik over yderlige inklusions- og eksklusionskriterier.

Inklusionskriterier	særlige eksklusionskriterier
<ul style="list-style-type: none"> - Studiet er på engelsk eller dansk. - Publikationsdatoen senest 1990. - Minimum N på 20 - Ligeligt fordelt population imellem to grupper. 	<ul style="list-style-type: none"> - Internetbaseret terapiform

Figur 2.

Informationskilder

De anvendte databaser som blev brugt til informationssøgningen, var PsycNET, Embase, PubMed og Crochane library. Alle databaser blev tilgået d. 30/10-2020. Dertil blev der foretaget en backward søgning ved de endelige inkluderede tekster, samt ved metaanalyser der er sammenlignelige med dette review, fundet under scopingfasen. Dette blev gjort ud fra studierne egne anvendte referencer.

Backwardsøgningen blev foretaget 12/11-2020. Der er i samtlige anvendte databaser brugt samme filtre, bortset fra en enkelt ændring i Crochane library. Ved alle anvendte databaser blev disse filtre selekteret: all fields og publiciteret indenfor de sidste 30 år. Ved Crochane library blev der også tilvalgt filtret Trials, grundet en for omfattende mængde data.

Søgestrategier

Ved samtlige tilgængelige databaser blev følgende søgeformel anvendt:

cognitive therapy* OR cognitive behavioral OR CBT OR cognitive-behavioral* OR cognitive-behavioral therapy*
AND
psychodynamic therapy* OR psychodynamic* OR PDT OR BPT OR short-term psychodynamic* OR short-term psychodynamic psychotherapy OR STPP OR SPSP OR Psychodynamic–Interpersonal Therapy* OR PI
AND
longitudinal* OR long-term effect* OR long-term* OR lasting effect* OR follow-up OR follow up OR long-lasting OR Recurrent OR relapse
AND
depression* OR depressed* OR affective disorder*

De anvendte keywords i denne søgeformel blev fundet igennem flere processer. Først blev der igennem scopingfasen fundet studier, som undersøgte tematikker, der var relevant for dette systematiske review. Dernæst blev disse studier gennemgået, enten alene ud fra deres abstrakt, eller også blev den fulde tekst læst. Ved hjælp af denne gennemgang blev der fundet inspiration til keywords. De fundne keywords blev gennemgået for eventuelle synonymer eller anden sammenlignelig terminologi ved hjælp af PsycNETs værktøj *APA Thesaurus*. Sidst blev de dannede keywords og en midlertidige søgeformel præsenteret for specialevejlederen, hvorefter der i samarbejde blev modificeret i keywords og søgeformel.

Et eksempel på resultatet af en fuld søgning ved databasen PsycNet kunne se således ud:

164 Results for Any Field: cognitive therapy* OR Any Field: cognitive behavioral OR Any Field: CBT OR Any Field: cognitive-behavioral* OR Any Field: cognitive-behavioral therapy* AND Any Field: psychodynamic therapy* OR psychodynamic* OR PDT OR BPT OR short-term psychodynamic* OR short-term psychodynamic psychotherapy OR STPP OR SPSP OR Psychodynamic– Interpersonal Therapy* OR PI AND Any Field: longitudinal* OR Any Field: long-term effect* OR Any Field: long-term* OR Any Field: lasting effect* OR Any Field: follow-up OR Any Field: follow up OR Any Field: long-lasting OR Any Field: Recurrent OR Any Field: relapse AND Any Field: depression* OR Any Field: depressed* OR Any Field: affective disorder* AND Year: 1990 To 2020

Studie selektionsprocesser

I henhold studieselectionen og dette systematiske reviews validitet, har kun en forfatter vurderet alle fundne referencer for deres brugbarhed. De fundne referencer gennem søgningen af de forskellige anvendte databaser, blev behandlet og sorteret gennem referencesoftwareen Rayyan (Ouzzani, Hammady, Fedorowicz, & Elmagarmid, 2016). Gennem dette software blev der foretaget tre screeningsfaser. Processen blev gentaget tre gange som en kvalitetssikringsprocedure. Dette blev gjort som en kompensation for, at kun en forfatter udførte studieselectionen. Som beskrevet tidligere bør der være flere øjne på samme studie inden det vurderes, om studiet bør inkluderes eller ekskluderes (Perestelo-Perez, 2013). En af årsagerne er risikoen for at overse relevante studier. ”*Assessment of each record by one reviewer- Single Screening is an efficient use of time and resources, but there is a higher risk of missing relevant studies*” (Page et al. 2021, p. 9). Da dette ikke har været muligt at imødekomme, er den gentagende proces en kompensation for dette. Som hjælp til selektionsarbejdet blev den udformede PICOS model (figur 1.) anvendt.

Første sorteringsfase.

Ved første sorteringsfase blev der frasorteret duplikationer. Rayyan softwaren oplyste om mulige duplikationer, hvor efter at der manuelt blev vurderet, om det på første hånd var tale om en duplikation. Hvis dette var tilfældet, blev duplikationen slettet. Rayyan oplyste om den procentvise ensartethed, men for at sikre at softwaren ikke fejlagtigt vurderede en duplikation, blev abstracts læst ved de mulige duplikationer. Da duplikationer var vurderet og sorteret, blev der efterfølgende sorteret ud fra titel og/eller abstract i de resterende artikler. Heri blev artiklerne placeret i to kategorier, som var en del af Rayyans indbyggede mulighed. Første kategori var excluded og anden kategori var maybe. Ved excluded kategorien blev der ved hjælp af softwaren givet en label for årsagen til eksklusion. Denne label blev anvendt til beskrivelsen af årsager til eksklusion i specialets systematiske reviews flowchart (figur 3)

Anden sorteringsfase

Abstracts af de studier som var placeret i maybe, blev endnu engang gennemgået. Her blev studierne selekteret fra, hvis ikke de stemte overens med PICOS modellen. Hvis abstracts af studierne stemte overens med PICOS modellen, blev der foretaget en fuldtekst læsning. Hvis Studierne overholdt alle forudbestemte kriterier for dette systematiske review, blev studierne placeret i kategorien included.

Tredje sorteringsfase

Sidst blev de inkluderede tekster og tidligere fundne metaanalyser anvendt til en backward søgning for at finde yderlige oversete artikler. Årsagen til at de fundne metaanalyser i scopingfasen blev brugt til en backwardsøgning, er også for at kvalitetssikre dette systematiske review. Hvis der i metanalyserne fandtes artikler, som stemte overens med dette reviews inklusions kriterier, ville dette betyde, at søgestrategien muligvis ikke har været tilstrækkelig. Ingen nye studier blev fundet i backwardssøgningen. Dermed blev det konkluderet at søgningen og selektionsarbejdet var tilstrækkeligt. Efter denne fase var alle de inkluderede studier fundet til dette systematiske review.

Dataindsamlingsprocessen

De udledte data af de inkluderede artikler, blev alene fortaget af forfatteren til specialet. Dataindsamlingsprocessen blev udført manuelt uden hjælp fra eventuelle software, men de relevante studier blev fuld tekst læst, med øje for den ønskede data.

Dataindsamling af udbytte

Den højest prioriteret indsamling af data, var niveauet af depressive symptomer, remissionsraten eller tilbagefaldsraten ved follow-up fra både kognitiv adfærdsterapigruppen og fra psykodynamisk terapigruppen. Hvis studierne målinger af depressive symptomer ved baseline blev oplyst, blev dette udledt og hvis studierne havde data vedrørende niveauet af depressive symptomer, remissionsraten eller tilbagefaldsraten ved postintervention, blev dette også udledt. Der blev indsamlet rådata fra måleinstrumenterne der målte depressive symptomer, hvis dette var muligt. Hvis rådataen ikke var tilgængelig, skulle der som minimum være oplyst follow-up data, hvor studiets vurderede sammenligningen mellem psykodynamisk terapi og kognitiv terapi, stadig var baseret på måleinstrumenter. Det kunne være antallet af tilbagefald ved follow-up perioden, som blev oplyst i studiet. Hvis studiets data var foruden rådata, men dataene var baseret på en gennemsnitlig difference mellem behandlingsformerne, blev denne data indsamlet. Hvis studiet skulle indeholde adskillige follow-up data fra flere perioder, blev data kun indsamlet fra den seneste follow-up periode, der som minimum var på seks måneder efter post-behandling.

Indsamlet data - udbytte
Rådata over niveauet af depressive symptomer, målt gennem måleinstrumenterne.
Gennemsnitlig difference mellem effekten af enten kognitiv eller psykodynamisk terapi, hvor difference er baseret på måleinstrumenter over depressive symptomer.
tilbagefaldsraten, hvor vurderingen om tilbagefald er baseret på måleinstrumenter over depressive symptomer.

Remissionsraten, hvor vurderingen om tilbagefald er baseret på måleinstrumenter over depressive symptomer.
--

Dataindsamling af variable

Blandt de variable der blev indsamlet, var graden af depression ved baseline blandt studierne inkluderede forsøgsparticipanter en af disse. Med det menes der, at der blev indsamlet, om forsøgsparticipanterne var diagnosticeret med let, moderat eller svær depression inden selve interventionen påbegyndte. Hvis studierne inkluderede forsøgsparticipanter var diagnosticerede med andet end unipolar depression, blev dette også indsamlet. Dertil blev det indsamlet om den unipolar depression var forbundet med fødselsdepression, vinterdepression, kronisk depression osv. Der blev indsamlet data vedrørende evt. supplerende behandling med antidepressiva under forsøget og om forsøgsparticipanterne var på farmakologisk behandling i perioden mellem postbehandling og follow-up målingen. Endvidere blev data om psykoterapeutisk intervention indsamlet. Herunder forskellige afgreninger af enten psykodynamisk eller kognitiv terapi. Her kunne det f.eks. være en modificeret psykodynamisk terapi, der til forskel fra den traditionelle form var kortidsbaseret med en fast ramme for antallet af sessioner. Antal terapisesioner, forsøgsparticipanter, og fordelingen i interventionsgrupperne blev ligeledes indsamlet. Antallet af forsøgsparticipanter ud fra intention-to-treat (ITT) princippet indsamles, hvilket vil sige populationen ud fra randomiseringen forinden interventionens start og inden forsøgsparticipanter f.eks. dropper ud af studiet. Endelig blev måleinstrumenter anvendt i studierne indsamlet.

Indsamlet data - variable
Måleinstrumenter anvendt til måling af depressive symptomer
Baseline diagnosticeringen af depression: let, moderat eller svær. Ligeledes om det er tale om unipolar

depression ved fødselsdepression, vinterdepression, kronisk depression osv.
Farmakologisk behandling i kombination med psykoterapeutisk behandling eller efter psykoterapeutisk behandling.
Psykoterapeutisk interventionsform.
Antallet af sessioner i psykoterapeutisk behandling
Nationalitet – hvor er studiet er fortaget.
Tidslængden på længste follow-up periode.
Antal forsøgsdeltagere ud fra ITT
Anden intervention uden for protokol mellem post behandling og follow-up.

Undersøgelse af Risk of bias ved de inkluderede studier

Evidensen i de inkluderede studier bør undersøges nøje for risikoen for bias.

Risikoen for bias kan have betydning for hvor stærk evidensen fremstår, da der kan i det pågældende studie være fortaget systematiske afvigelser, som giver et skævt billede af den fundne evidens (Page et al., 2021, p. 11f). Dertil findes der adskillige værktøjer til hjælp med at fortage en bedømmelse af bias.

Til vurderingen af risikoen for bias ved de inkluderede studier i dette speciales systematiske review blev RoB 2 værktøjet anvendt (Higgins et al., 2019). Værktøjet er særlig udviklet til randomiserede kontrollerede studier, og da dette speciales systematiske review alene inkludere RCT-studier, findes dette værktøj særligt relevant. Ifølge Higgins et al. 2019, skulle RoB 2 dækker over mulige risikoer for bias (Higgins et al., 2019, p. 2). Her bliver de kategoriserede i fem domæner som er randomiseringsprocessen, afvigelser fra interventionshensigten, manglende data fra udbytte, målingen af udbyttet og selektionen af rapporterede resultater (Higgins et al., 2019, pp. 2-67). Signalerende spørgsmål er et vigtigt element i dette værktøj (Higgins et al., 2019). De angiver fem svar muligheder som er ja, formodentlig ja,

formodentlig nej, nej og ingen information. Disse svarmuligheder anvendes ved udformede spørgsmål ved hvert domæne over risiko for bias (Higgins et al., 2019). Ideen med dette er, at gennem en algoritme der findes i RoB 2, kan der foretages en vurdering af risikoen ved bias ved hvert domæne (Higgins et al., 2019). Ved svarmulighederne formodentlig ja eller formodentlig nej, er det vigtigt at studiet gennemgås grundigt for informationer, der kunne lede til disse svar (Higgins et al., 2019, p. 3). Hvis der ingen grundlag er for at lave disse formodninger, må det kategoriseres som ingen information. Ud fra signalspørgsmålene vil den guidede algoritme hjælpe med at besvare, om der ved det enkelte studie er lav, moderat eller høj risiko for bias. Moderat risiko er ikke betegnelsen RoB 2 bruger, hvor RoB 2 i stedet anvender betegnelsen nogle bekymringer (Higgins et al., 2019, p. 3f), men kategoriseringen moderat risiko for bias er i dette systematiske review valgt som erstatning for denne betegnelse. Ved bedømmelse af risiko for bias er det vigtigt, at bedømmeren ikke gætter sig til svaret (Higgins et al., 2019, p. 4). I tilfælde af usikkerhed er det bedre at udelade et svar. ” *If review authors do not have a clear rationale for judging the likely direction of the bias, they should not guess it.*” (Higgins et al., 2019, p. 4). Ved bedømmelse af høj risiko for bias ved et enkelt domæne, betyder det ifølge RoB 2 guiden, at den samlede vurdering af risiko for bias ved det enkelte studie også er høj (Higgins et al., 2019, p. 4). Altså er den værste bedømmelse ved en af de fem domæner afgørende for den fulde bedømmelse af studiets risiko for bias. Dette speciale følger RoB 2 vejledningen på dette område. RoB 2 har ikke udformet en anbefaling i forhold til vurderingen af adskillige studier som f.eks. ses i systematiske reviews eller metaanalyser. Her beskriver Higgins et al. (2019) en usikkerhed i, hvor mange studier af alle inkluderede studier man bør undersøge for risikoen ved bias (Higgins et al., 2019, p. 6). Grundet det lave antal af inkluderede studier i dette speciales systematiske review, er der udført en bedømmelse af risikoen for bias ved samtlige inkluderede studier.

De fem domæner i RoB 2

Bias ved randomiseringsprocessen.

Disse bias omhandler, om forsøgsdeltagerne er tilfældig allokeret til en af studiets interventionsgrupper. Som tidligere beskrevet, kan det være en problematisk selektionsbias, hvis ikke allokeringen er tilfældig. Ligeledes undersøges der også her, om allokeringen var skjult for både forsøgsdeltagerne og forsøgsudøverne (Higgins

et al., 2019, pp. 10-20). Det vil sige, at de involverede i forsøget først har kendskab til resultatet af allokeringen, efter at allokeringen er fortaget. Sidst forholdes der til, om der er ubalance imellem grupperne (Higgins et al., 2019, pp. 10-20).

Bias ved afvigelse af tilsigtet intervention

En formodentlig hyppig årsag til denne type bias i kliniske studier kommer af at forsøgsparticipanterne er klar over hvilken gruppe og type intervention de er endt i. Hvis ikke dette er skjult for forsøgsparticipanterne, kaldes dette for en unblinded condition (Higgins et al., 2019, pp. 21-38). Ved denne bias ansues også, om der er fortaget en per protokol analyse, intention-to-treat (ITT) analyse eller en modificeret ITT-analyse (Higgins et al., 2019, pp. 21-38).

Bias ved manglende data

Det kan være flere årsager til manglende data i et studie (Higgins et al., 2019, pp. 39-48). Det kan f.eks. skyldes, at nogle forsøgsparticipantere er droppet ud forinden forsøgets ende, eller forsøgsparticipantere kan undlade at udfylde nødvendige spørgeskema, så udbyttet fra disse forsøgsparticipantere er manglende. Uanset årsagen kan den manglende data øge risikoen for bias. Risikoen for manglende data er stor, når forsøgsparticipantere indgår i et forsøg, men hvis den manglende data er signifikant lille, kan det vurderes, at den manglende datamængde ikke er stor nok, til at bias bør være afgørende for vurderingen af resultaterne (Higgins et al., 2019, pp. 39-48).

Bias ved målingerne af udbyttet

Der kan være fejl i målingerne af udbyttet, så de sande værdier ikke bliver repræsenteret (Higgins et al., 2019, pp. 49-57). En af årsagerne til dette kunne være, at der fejlagtigt er blevet anvendt et måleinstrument, som ikke måler det intentionelle udbytte (Higgins et al., 2019, pp. 49-57). Det kan ligeledes være, at to forskellige måleinstrumenter er anvendt på grupperne, eller at tiden i interventionen hvor målingen er fortaget, er forskellige i grupperne (Higgins et al., 2019, pp. 49-57). I forhold til dette speciales systematiske reviews dataindsamlingsfokus, har det f.eks. været vigtigt at have øje for om baseline, post-behandling og follow-up målinger over depressive symptomer, blev fortaget på samme tid i de to grupper. En anden faktor der kan lede til bias i udbyttet, er hvis forsøgsparticipanterne ikke er blinded to condition, eller hvis forsøgsparticipanterne er klar over, hvilket gruppe de er endt i, så de kan søge informationer omkring interventionen (Higgins et al., 2019, pp. 49-57). I dette systematiske review, har forsøgsparticipanterne og behandlerne ikke kunne være blinded,

men ud fra RoB 2 er der mulighed for at kompensere for dette, så de inkluderede studier ikke automatisk ikke bliver kategoriseret med høj risiko for bias.

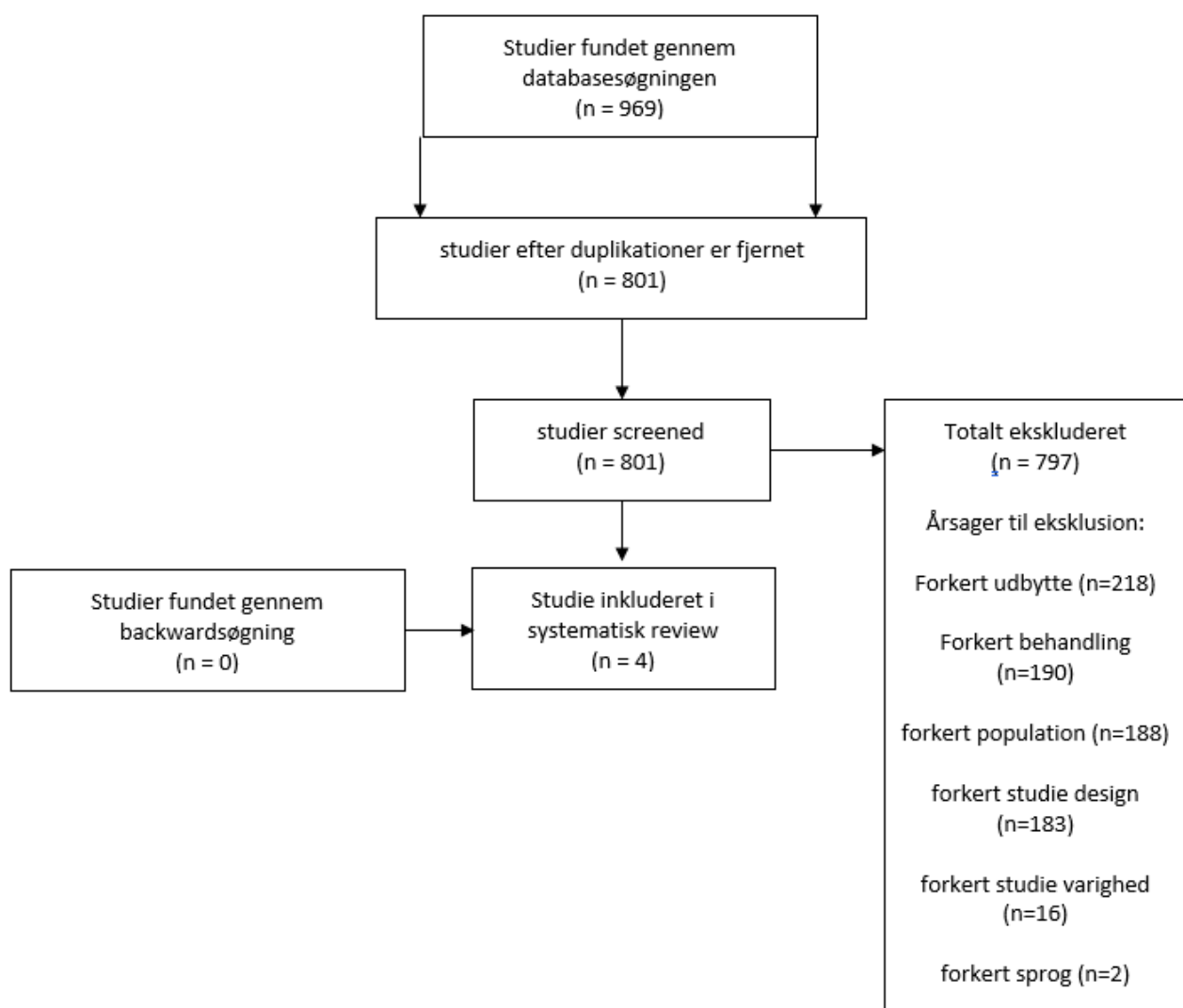
Bias ved selektiv udvælgelse af rapporteret resultater

Denne type bias omhandler forsøgsudøvernes selektion af resultater. Hvis flere interventioner eller forskellige udbytter er til rådighed og der f.eks. kun selekteres at afrapportere interventioner eller udbytte som har signifikans, kan der her være tale om bias (Higgins et al., 2019, pp. 58-67). Her bør bedømmes om studiets forudbestemte procedure for udledningen af bestemte udbytter, er fyldt til ende, eller om der er afvigelser ved produceren i et selektivt format (Higgins et al., 2019, pp. 58-67). Der bør ligeledes bedømmes ud fra om der ved forskellige målinger ved bestemte tidspunkter, kun er afrapporteret nogle af de tidsbestemte målinger (Higgins et al., 2019, pp. 58-67). Dette kan skabe bias. Ligeledes bør der her bedømmes ud fra, om der ved brugen af adskillige analyser kun afrapporteres enkelte analyser (Higgins et al., 2019, pp. 58-67).

Kapitel 6: Sammenligning af langtidseffekten mellem kognitiv og psykodynamisk terapi.

Studie selektion

Gennem søgningen ved de forskellige databaser blev der fundet 969 studier. Ved backwardsøgningen blev ingen yderlige studier fundet. Af de 969 fundne studier, blev 168 af studierne vurderet som duplikationer og disse blev fjernet. Dette efterlod 801 studier til sortering. Efter de tre sorteringsprocesser var gennemgået, blev 794 studier ekskluderet, hvilket efterlod 4 studier som blev inkluderet i dette systematiske review. Årsagen til ekskluderingen kan ses i det udformede flowchart (figur 3).



Figur 3. inspiration til figur fundet gennem: Page et al., 2021, the bmj | BMJ 2021;372:n160 | doi: 10.1136/bmj.n160, p. 19.

Studiernes individuelle karakteristika

Nedenfor (figur 4) ses et udsnit af den fulde tabel over de inkluderedes studie karakteristika. Den fulde tabel kan findes i bilag 1. Tabellen giver et overblik over nationalitet, relevant interventionsform anvendt i forsøget, størrelsen på sample, anvendte måleinstrumenter, follow-up varigheden og udbyttet både ved baseline, postbehandling og ved follow-up. Ved follow-up er der i tabellen kun registreret den sidste follow-up måling, i tilfældet hvor studiet har fortaget follow-up målinger over flere perioder

Figur 4.

Forfatter, årstal og antal cited	Land	Studiets formål	relevant interventionstype til sammenligning	ITT Sample (N)	Måleinstrumenter anvendt til vurdering af depression	Antal år på follow-up efter afsluttet behandling	Pre-behandling outcome (baseline)	Post-behandling outcome	Follow-up outcome (data fra sidste follow-up måling, hvis flere follow-up målinger)
Cooper et al. 2003 antal cited: 229	England	At evaluere langtidseffekten af tre behandlingsinterventioner ved behandlingen af fødselsdepression	CBT og PT	N = 193 43 i CBT 48 i counselling 50 i PT 52 i kontrolgruppe	DSM-III-R; EPDS; SCID	5 år	alle diagnosticeret svært depressive	EPDS (Mean score(SD)): PT = 8.9 (4.2) CBT = 9.2 (4.8) SCID: PT = 71 % uden depression CBT = 57 % uden depression	EPDS (Mean score(SD)): PT = 9.0 (4.5) CBT = 8.9 (5.8) SCID (rating om kliniskdepression): PT = 79 % uden depression CBT = 83 % uden depression
Dreissen et al. 2013 antal cited: 8	Holland	At sammenligne effekten af kognitiv- adfærdsterapi og psykodynamisk terapi.	CBT og SPSP	N = 341 164 i CBT 177 i SPSP	HAM-D; IDS-SR	minimum 30 uger		Estimated Mean Difference (SD): HAM-D = 0.24 (0.90) Cohen's d = 0.02 (95% CI = -0.24-0.27) IDS-SR = 1.94 (1.92) Cohen's d = -0.08 (95% CI = -0.38-0.22)	Estimated Mean Difference (SD): HAM-D = 1.94 (1.01) Cohen's d = 0.14 (95% CI = -0.14-0.42) IDS-SR = 2.99 (2.22) Cohen's d = 0.12 (95% CI = -0.23-0.48)

De inkluderede studiers samlede karakteristika

Den totale ITT-population ved de fire inkluderede studier var på 804 forsøgsparticipanter. ITT-populationen var nært ligeligt fordelt mellem interventionsformerne og kontrolgruppen hvis dette var med i studiet. To af de fire inkluderede studier inddrog andre interventionsformer end CBT og PT (Cooper, Murray, Wilson, & Romaniuk, 2003; Gallagher-Thompson, Hanley-Peterson, & Thompson, 1990). To af de fire studier sammenlignede udelukkende mellem CBT og PT (Dreissen et al., 2013; Shapiro et al., 1995.). Et af fire studier anvendte en kontrolgruppe (Cooper, et al., 2003). Af de 804 forsøgsparticipanter i ITT-populationen, blev der udledt follow-up data fra 525 forsøgsparticipanter. Et gennemsnitligt tab af data fra forsøgsparticipanter på ca. 35 %. Her skal det tages i betragtning, at denne talværdi er baseret på alle studiers sidste follow-up måling, hvis der i studierne skulle være mere end en follow-up måling. Den længste follow-up var på 5 år og den korteste follow-up var på 6 måneder. Mellem post behandlingen og follow-up målingerne har forsøgsparticipanterne i tre af de fire inkluderede studier modtaget yderligere behandling (Dreissen et al., 2013; Shapiro et al., 1995; Gallagher-Thompson et al. 1990). Et af studierne oplyste ikke, om klienterne have modtaget yderlig behandling (Cooper, et al., 2003).

En af de fire inkluderede studier, medtog forsøgsparticipanter diagnosticeret med let til svær depression (Shapiro et al., 1995). De resterende tre studier, inkluderede forsøgsparticipanter diagnosticerede udelukkende med svær depression (Cooper, et al., 2003; Dreissen et al., 2013; Gallagher-Thompson et al. 1990), hvor det ene studies inklusionskrav også var fødselsdepression (Cooper, et al., 2003). I forhold til supplerende farmakologisk behandling, har forsøgsparticipanterne i to af de inkluderede studier modtaget antidepressiva under forsøget (Dreissen et al., 2013; Shapiro et al., 1995). I Dreissen et al. (2013) studiet, blev alle forsøgsparticipanter, ifølge protokol, tilbudt farmakologisk behandling i kombination med terapien, da alle var svært depressive ved baseline (Dreissen et al., 2013). 6 % af forsøgsparticipanterne afviste anbefalingen og modtog ikke medicin (Dreissen et al., 2013). I studiet af Shapiro et al. (1995) modtog kun nogle af forsøgsparticipanterne supplerende farmakologisk behandling (Shapiro et al., 1995.). Dette skyldes at forsøgsparticipanterne repræsenterede en lav til svær grad af depression (Shapiro et al., 1995.). I studiet af Gallagher-Thompson et al. (1990), fremstår det indirekte, at forsøgsparticipanterne ikke modtog

supplerende farmakologisk behandling under forsøget (Gallagher-Thompson et al., 1990). Da dette ikke direkte er oplyst, må det betragtes som om, at der ingen informationer er på området, og dermed vil dette speciale ikke tage denne formodning med i betragtningen af studiet. I studiet af Cooper et al. (2003), var det ikke oplyst, om der har været supplerende farmakologisk behandling under forsøget (Cooper et al., 2003).

Til målingen af depressionsniveauet, blev der i alle inkluderede studier anvendt mere end et måleinstrument. BDI blev anvendt i to af de inkluderede studier (Gallagher-Thompson et al., 1990; Shapiro et al., 1995). HAM-D blev anvendt i to af de inkluderede studier (Dreissen et al., 2013; Gallagher-Thompson et al. 1990). Dertil anvendte de inkluderede studier andre måleinstrumenter til målingen af depressionsniveauet, der ikke blev anvendt i de andre inkluderede studier. Disse måleinstrumenter kan findes i bilag 1.

Risk of bias ved de inkluderede studier

Til vurdering af risiko for bias ved de inkluderede studier blev værktøjet RoB 2 (Higgins et al., 2019) anvendt. Ved alle inkluderede studier blev der vurderet en høj risiko for bias. Grundet tid og ressourcer er der fremlagt besvarelsen af samtlige signalspørgsmål, ved hvert studie, men i den metodiske diskussion findes en forklaringen på de hyppigste årsager til en høj risiko for bias. I figur 5 ses vurderingen af risikoen for bias ved hvert enkelt domæne, samt den samlede vurdering af risikoen ved hvert enkelt studie.

Studie	Bias ved randomiseringsprocessen	Bias ved afvigelse af tilsigtet intervention	Bias ved manglende data	Bias ved målingerne af udbyttet	Bias ved selektiv udvælgelse af rapporteret resultater	Samlede vurdering af bias
Cooper et al. 2003	Lav risiko	Lav risiko	Høj risiko	Lav risiko	Lav risiko	Høj risiko
Dreissen et al. 2013	Høj risiko	Høj risiko	Høj risiko	Høj risiko	Lav risiko	Høj Risiko
Gallagher-Thompson et al. 1990	Høj risiko	Moderat risiko	Høj risiko	Moderat risiko	Høj risiko	Høj risiko
Santos et al. 2020	Moderat risiko	Høj Risiko	Høj risiko	Lav risiko	Lav risiko	Høj risiko
Shapiro et al. 1995	Høj risiko	Lav risiko	Lav risiko	Lav risiko	Lav risiko	Høj risiko

Figur 5. inspiration til modellen fundet ved Hollands, G. J., Carter, P., Answer, S., King, SE., Jebb, S. A., Ogilvie, D., Shemilt, I., Higgins, J. P. T., & Marteau, T. M. Altering the availability or proximity of food, alcohol, and tobacco products to change their selection and consumption. *Cochrane Database of Systematic Reviews 2019, Issue 9. Art. No.: CD012573. DOI: 10.1002/14651858.CD012573.pub3.* p. 80.

Resultaterne for de inkluderede studier

Dreissen et al. (2013) tog udgangspunkt i HAM-D scoren, for at vurdere om forsøgsdeltagerne have opnået remission (Dreissen et al., 2013, p. 1042). Hvis scoren i HAM-D var syv eller derunder, blev de vurderet, at forsøgsdeltageren havde opnået remission (Dreissen et al., 2013, p. 1042). Alle forsøgsdeltagere var ved baseline diagnosticeret med svær depression. De fandt, at ved post behandling havde 24,3 % opnået remission i Cognitive-Behavioral Therapy (CBT) gruppen og i Psychodynamic Therapy (PT) gruppen var det 21,3 %, der havde opnået remission (Dreissen et al., 2013, p. 1043). Hertil blev det vurderet, at der ikke var signifikant forskel. Ved follow-up, minimum et halvt år efter afsluttet behandling, fandt man heller ingen signifikant forskel. 34,7 % i CBT-gruppen havde opnået remission og i PT-gruppen var det 26,8 % (Dreissen et al., 2013, p. 1045). Videre analyser blev

fortaget i forhold til differencen mellem terapiformerne, hvor både HAM-D og IDS-SR indgik, og her fandt man igen ingen signifikant difference imellem de to terapiformer (Dreissen et al., 2013, p. 1045).

I studiet af Cooper et al. (2003), vurderede man ud fra Structured Clinical Interview for DSM–III–R (SCID), om forsøgsparticipanterne havde opnået remission (Cooper et al., 2003, p. 413). Alle forsøgsparticipantere var ved baseline svært depressive. Ved post behandling fandt man en forskel på remissionsraten ved CBT-gruppen og PT-gruppen. 57 % af forsøgsparticipanterne i CBT-gruppen havde opnået remission, og i PT-gruppen var dette 71 % (Cooper et al., 2003, p. 418). Cooper et al. (2003) foretog adskillige follow-up målinger og allerede ved første måling, 4,5 måneder efter post behandling, var differencen udlignet (Cooper et al., 2003, p. 418). Ved sidste follow-up, 5 år efter post behandling, havde 83 % i CBT-gruppen og 79 % i PT-gruppen opnået remission (Cooper et al., 2003, p. 418). Det blev her vurderet, at der ingen signifikant forskel var på de to terapiformer i forhold til remissionsraten (Cooper et al., 2003, p. 418).

I studiet af Gallagher-Thompson et al. (1990) vurderede man ud fra Research Diagnostic Criteria (RDC), om forsøgsparticipanterne havde opnået remission (Gallagher-Thompson et al., 1990, p. 371). Alle forsøgsparticipanterne var svært depressive ved baseline. Hverken ved post behandling eller ved to års follow-up fandt man en signifikant difference i remissionsraten grupperne imellem (Gallagher-Thompson et al. 1990, pp. 371-373). Ved post behandling havde 52 % opnået remission i Cognitive Therapy (CT) gruppen og 47 % havde opnået remission i PT-gruppen. Ved follow-up var det 69% i CT-gruppen og 79% i PT-gruppen, der havde opnået remission.

I studiet af Shapiro et al. (1995) testede man fire grupper (Shapiro et al., 1995). En Psychodynamic-Interpersonal therapy (PI) gruppe og en CBT-gruppe, der begge fik 8 sessioners behandling og ligeledes var der to grupper med enten PI eller CBT som behandlingsform, der modtog 16 sessioners behandling. Forsøgsparticipanterne inkluderet i studiet var let til svært depressive. Ud fra en analyse over både BDI og Symptom Checklist—90—Revised (SCL-90-R-D) viste rædselsmålingen at 8 sessioners PI behandling var mindre effektiv end de andre 3 grupper (Shapiro et al., 1995, p. 382). De andre tre grupper imellem viste ingen signifikant difference (Shapiro et al., 1995, p. 382).

Til vurderingen af remission blev BDI skalaen anvendt (Shapiro et al., 1995, p. 382f). Ved post behandling havde 11 i 8 sessioners PI-gruppen, 14 i 8 sessioners CBT-gruppen, 13 i 16 sessioners PI-gruppen og 15 i 16 sessioners CBT-gruppen opnået remission (Shapiro et al., 1995, p. 382f). Af de 11 i 8 sessioners PI-gruppen der havde opnået remission, havde 6 forsøgsdeltagere vedholdt remissionen ved follow-up målingen et år efter (Shapiro et al., 1995, p. 382f). For 8 sessioners CBT-gruppen var det 6 ud af 14 der havde vedvarende remission (Shapiro et al., 1995, p. 382f). For 16 sessioners PI-gruppen og 16 sessioners CBT-gruppen var det hhv. 7 ud af 13 og 11 ud af 15 (Shapiro et al., 1995, p. 382f). Både ud fra remissionsraten og overordnet set har der ikke været evidens til at kunne påvise en difference mellem CB og PI.

Ingen af de fire inkluderede studier har kunne påvise en signifikant forskel mellem psykodynamisk og kognitivadfærdsterapi, ved langtidseffekten målt ud fra en follow-up periode på minimum seks måneder efter afsluttet behandling.

Kapitel 7: Diskussion

I dette kapitel vil der først blive diskuteret ud fra resultaterne i de inkluderede studier. Fundene vil blive sammenlignet med andre relevante studier. Dernæst vil bedømmelsen af risikoen for bias i de inkluderede studier diskuteres. Sidst vil der gennemgås metodiske begrænsninger ved dette systematiske review.

Diskussion af resultaterne

Resultaterne i dette systematiske review er sammenligneligt med resultaterne i metanalyserne af Braun, Gregor og Tran (2013), Cuijpers et al. (2008), Dreissen et al. (2010), Leichsenring (2001) og Steinert et al. (2017), idet der ikke har kunne påvise en signifikant forskel i langtidseffekten mellem kognitiv adfærdsterapi og psykodynamisk terapi ved behandlingen af unipolar depression, hvor dette systematiske review indeholdt studier med follow-up på minimum et halvt år, som et inklusionskrav. Dertil er der andre ligheder og forskelle ved de ovennævnte metanalyser og dette systematiske review, som her vil gennemgås.

Dropouts

I forhold til antallet af dropouts er der i metanalyserne af Braun, Gregor og Tran (2013) og Cuijpers et al. (2008) et højere antal i CBT-grupperne end i PT-grupperne. Dette fund er bemærkelsesværdig da Braun, Gregor og Tran (2013) fandt, at deres inkluderede klienter generelt var mere accepterende overfor den kognitive terapiform i forhold til mange andre terapiformer, herunder også psykodynamisk terapi (Braun, et al., 2013, p. 10). I dette systematiske review, har der i to af de fire inkluderede studier været en lille tendens til at antallet af dropouts er højere i CBT end i PT (Gallagher-Thompson, 1990; Shapiro, 1995). Dog beskriver ingen af de inkluderede studier dropoutfordelingen som signifikant anderledes grupperne imellem. Ifølge Cuijpers et al. (2008) er en mulig forklaring til det højere antal af dropouts i CBT i deres metaanalyse, at det kognitive er svært at forstå for klienten (Cuijpers et al., 2008, p. 919). Om der er hold i denne forklaring, er svært at vide, men hvis vi ser på psykodynamisk terapi, skal klienten opnå indsigt og forståelse for egne automatiserede dynamiske mekanismer, der ubevidst spiller en rolle i nutidige relationer, grundet tidlige hyppige interaktionsmønstre med nære barndomsrelationers. Om kompleksiteten af den psykodynamiske forståelse er sammenligneligt med kompleksiteten ved den kognitive forståelse, handler måske mere om klientens karakteristika, end den egentlig kompleksitet i den teoretiske forståelse. En anden forklaring på det højere antal dropouts i CBT-gruppen er, at der i terapien gives hjemmearbejde (Cuijpers et al., 2008, p. 919). I forhold til PT er denne terapiform ikke designet til at give hjemmearbejde på samme måde som CBT, og det er ikke utænkeligt, at hjemmearbejdet kan være afskrækkende for nogle klienter. Dog kunne man også forestille sig, at det at skulle fortage en rejse ind i det ubehagelige ubevidste, hvor stærke negative emotioner muligvis rumstere, ligeså kan være afskrækkende. Hvis årsagen til den høje dropout i CBT skyldes, at klienterne ikke følte, at de fik noget ud af terapien, eller at klienterne var så svært depressive, at det var svært for dem at møde op til terapien, kan den manglende data fra disse klienter påvirke det målte udbytte (Higgins, et al., 2019, p. 40). CBT udbyttet kunne hermed havde fremstået for positive i forhold til den sande værdi i studierne af Cuijpers et al. (2008) og Braun, Gregor og Tran (2013). Dog var der i metanalysen af Cuijpers et al. (2008) en overvægt af studier, der undersøgte CBT end f.eks. studier der undersøgte PT, hvor der ved PT faktisk var en generelt højere rate af dropouts, men her kunne der ikke påvises en signifikans grundet et lavt antal studier over PT (Cuijpers et al., 2008, p. 919). Det forklares at det derfor var nemmere at opnå en

signifikans for dropouts ved CBT, end ved andre terapiformer (Cuijpers et al., 2008, p. 919).

Antallet af dropouts har ikke været et tilvalgt sekundært udbytte, som dette systematiske review har søgt data omkring, men ved bedømmelsen af risikoen for bias ved de inkluderede studier, var den lille tendens et sidefund, som blev vurderet informativ. I dette systematiske review vurderes der ikke, at den lille tendens til et højere antal dropouts i CBT har betydning for reviewets samlede resultat.

follow-up tidslængden

Rationalet bag dette systematiske review har været, at jo længere tid der gik før follow-up målingen blev foretaget, jo bedre kunne det påvises, om effekten af terapien var mere vedholden i en af de to terapiformer. Om dette rationale er holdbart, vil nu diskuteres.

I fire af de ovennævnte metanalyser var der inkluderet studier med follow-up målinger på under seks måneder (Braun, et al., 2013; Cuijpers et al., 2008; Dreissen et al., 2010; Steinert et al., 2017). Hyppigt var follow-up målingen foretaget tre måneder efter behandlingsafslutningen, men der blev inkluderet helt ned til en uges follow-up (Braun, et al., 2013). Til trods for at dette systematiske review kun inkluderede studier med minimum seks måneders follow-up, har dette ikke dannet et anderledes resultat end tidligere metaanalyser. Derfor kan det overvejes om det gav mening at have et inklusionskrav på minimum seks måneder. I metanalysen af Cuijpers et al. (2008) blev det testet, om bestemte follow-up tidsperioder havde betydning for udbyttet terapiformerne imellem (Cuijpers et al., 2008, p. 917). Her blev der vurderet ud fra 1-3 måneder, 4-6 måneder og 7-12 måneders follow-up (Cuijpers et al., 2008, p. 917). Man fandt ingen evidens for, at forskellen i effekten mellem terapiformerne ændrer sig over tid (Cuijpers et al., 2008, p. 917). Dertil kunne dette systematiske review have inkluderet follow-up målinger under seks måneder. Dog vurderes det stadig som en styrke, at dette systematiske review kun inkluderede studier med minimum seks måneders follow-up. I et naturalistisk studie, med en follow-up på ti år, der undersøgte definitionen af helbredelse ved svær depression, fandt man det fornuftigt at sætte en standard på fire til seks måneder

vedvarende remission, før der kan vurderes fuld helbredelse (Furukawa et al., 2008, p. 38). Hvor der ved vurderingen af fuld helbredelse efter to måneders vedvarende remission vil være problematikker ved signifikansen af den fulde helbredelse grundet risikoen for tilbagefald efter denne tidsramme (Furukawa et al., 2008, p. 38). Ud fra dette studie synes det fornuftigt at sætte et inklusionskrav på minimum seks måneders, hvis der ønskes at undersøge om remissionen er vedvarende efter behandlingen og om der er forskel på den vedvarende remission terapiformerne imellem. I et andet studie der undersøgte hvor længe kognitiv terapi hindrede tilbagefald, fandt man at efter tre og et halvt år forhindrede CBT ikke længere tilbagefald (Paykel et al., 2005, p. 59). Forsøgsparticipanterne i studiet var diagnosticerede med svær depression (Paykel et al., 2005, p. 60). Om effekten af den kognitive terapi er forsvundet efter de tre og et halvt år, beskrives ikke, men så længe den kognitive terapi kan hindre tilbagefald, før tre og et halvt år er gået, må dette betyde, at effekten af terapien stadig er at finde inden for denne tidsramme. Med studierne af Furukawa et al. (2008) og Paykel et al. (2005), som baggrundsviden er det fordelagtigt at undersøge effekten ved en follow-up på minimum fire måneder og gerne op til tre og et halvt år, hvis målet er at undersøge om terapierne hindre tilbagefald og/eller undersøgelsen om terapierne faciliterer fuld helbredelse.

Remissionsraten

At alle de inkluderede studier i dette systematiske review analyserer på remissionsraten, er en tilfældighed. Dette gav mulighed for en videre analyse af remissionsraten og hertil er et sidefund at resultaterne i tre af de fire inkluderede studier viste en lav remissionsrate ved postbehandling, til trods for at forsøgsparticipanterne modtog enten psykodynamisk eller kognitivbehandling. (Gallagher-Thompson et al., 1990; Driessen et al, 2013; Shapiro et al. 1995). Ved at se på differencer mellem de inkluderede studier, samt andre empiriske studier, er mulige årsager til den lave remissionsrate blevet undersøgt.

Antallet af terapisesioner og remissionsraten.

I de tre inkluderede studier som oplyste antallet af terapisesioner, viste en ligelig fordeling mellem grupperne (Gallagher-Thompson et al., 1990; Driessen., et al, 2013; Shapiro et al. 1995). I studiet af Shapiro et al. (1995) testede man fire grupper.

To af grupperne fik enten 8 psykodynamisk eller kognitive terapisesessioner, de resterende to grupper fik 16 sessioner i enten psykodynamisk eller kognitiv adfærdsterapi. Gruppen der modtog 8 sessioner med psykodynamisk terapi, viste sig signifikant mindre effektiv end de andre tre grupper til behandlingen af depression (Shapiro, et al., 1995, p. 382). Hertil var 8 terapisesessioner med kognitiv terapi således signifikant bedre, end 8 sessioner med psykodynamisk terapi. Shapiro et al. (1995) beskriver i deres studie en mulig forklaring på den signifikante difference. ” *The insufficiency of eight-session PI treatment to secure maintenance of gains is consistent with clinical lore suggesting that longer treatment is necessary to bring about psychodynamic change.*” (Shapiro, et al., 1995, p. 384).

Siden der ikke var signifikant forskel mellem psykodynamisk og kognitiv terapi ved 16 terapisesessioner, kunne der være hold i deres forklaring. Dette efterlader en undren om kognitiv adfærdsterapi generelt set, er bedre egnet til kortidsterapi end psykodynamisk terapi? Men siden de psykodynamiske terapiformer anvendt i de inkluderede studier, er designet til kortidsterapi, giver det mere mening at undersøge om antallet af terapisesessioner som helhed har betydning for udbyttet af psykoterapeutisk terapi mod depression.

I det inkluderede studie af Dreissen et al. (2013), var forsøgsparticipanterne i studiet fra baseline alle diagnosticerede med svær depression og kun 22,7 % af forsøgsparticipanterne opnåede remission ved post-behandling (Dreissen et al., 2013, p. 1047). Som en del af forklaringen på den lave remissionsrate beskriver Dreissen et al. (2013), at når behandlingen af unipolar depression er tidsbegrænset, kan man ikke forvente en høj remissionsrate (Dreissen et al., 2013, p. 1048). Depression er svær at behandle og symptomerne holder godt ved, hvilket også øger risikoen for tilbagefald (Dreissen et al., 2013, p. 1047). Men hvis vi ser på remissionsraten i de andre inkluderede studier, er antallet af terapisesessioner ikke nødvendigvis forbundet med en lav remissionsrate. I studiet af Gallagher-Thompson et al. (1990), havde 52 % af forsøgsparticipanten opnået remission ved post-behandling (Gallagher-Thompson et al., 1990, p. 372) og forsøgsparticipanterne blev tildelt mellem 16 og 20 terapisesessioner, hvor i studiet af Dreissen et al. (2013) blev forsøgsparticipanterne tilbudt 16 terapisesessioner. I studiet af Shapiro et al. (1995), så man på den overordnede succesrate, ud fra om forsøgsparticipanterne forblev symptomfrie uden at søge yderligere behandling efter post-

behandlingen (Shapiro, et al., 1995, p. 384). Her lå succesraten på 29 % og forsøgsdeltagerne fik som nævnt enten 8 terapisesessioner eller 16.

I studiet af Gallagher-Thompson et al. (1990) ses en væsentligt bedre remissionsrate end ved studierne af Shapiro et al. (1995) og Dreissen et al. (2013). Selvom forsøgsdeltagerne i studiet af Gallagher-Thompson et al. (1990), var ved baseline svært depressive, beskrives det stadig at resultaterne skal betragtes varsomt, da forsøgsdeltagerne var frivillige, der havde psykisk overskud til selv at søge terapeutisk behandling frem for bare farmakologisk behandling (Gallagher-Thompson et al., 1990, p. 373). Desuden var forsøgsdeltagerne ved fysisk godt helbreds (Gallagher-Thompson et al., 1990, p. 373). I studiet af Dreissen et al. (2013), var forsøgsdeltagerne tilknyttet psykiatrien, og opsøgte ikke selv behandlingen i forsøget, men blev tilbudt at indgå i forsøget af praktiserende (Dreissen et al., 2013, p. 1048). Derved kan forsøgsdeltagerne i studiet af Dreissen et al. (2013) havde været svære ramt af depression, end i studiet af Gallagher-Thompson et al. (1990). I studiet af Shapiro et al. (1995), var forsøgsdeltagerne diagnosticerede med let til svær depression, hvilket burde have bedre forudsætninger for remissionsraten end studierne af Gallagher-Thompson et al. (1990) og Dreissen et al. (2013). En mulig årsag til dette kan have til grunde i anvendelsen af kun 8 terapisesessioner i to af grupperne, hvor der mellem 16 og 20 terapisesessioner i studierne af Gallagher-Thompson et al. (1990) og Dreissen et al. (2013).

De ovenstående faktorer besværliggør en besvarelse af, om antallet af terapisesessioner har indflydelse på remissionsraten, men en nylig metaregressionsanalyse fandt kun en lille sammenhæng mellem antallet af terapisesessioner og effekten af behandlingen af depression (Cuijpers, Huibers, Ebert, Koole, & Andersson, 2013, p.1ff). Så bortset fra den signifikante forskel ved 8 psykodynamiske terapisesessioner i Shapiro et al. (1995) studiet, er det måske andre faktorer end antallet af terapisesessioner, der forårsager den lave remissionsrate.

Socioøkonomiske forhold og remissionsraten

I studiet af Dreissen et al. (2013), forklares den lave remissionsrate også ved at de inkluderede forsøgsdeltagere socioøkonomiske status (Dreissen et al., 2013, p. 1048). Flere af de inkluderede forsøgsdeltagere i studiet havde en lav indtjening og socioøkonomisk status (Dreissen et al., 2013, p. 1048). I et studie der undersøgte sammenhængen mellem den socioøkonomiske status og effekten af behandlingen af

depression, fandt man, at arbejdsklassen og klienter med lav indkomst oplevede signifikant mindre forbedring end middelklassen (Falconnier, 2009, pp. 148-154). Derved kan studiet af Dreissen et al. (2013), have haft ringere vilkår for opnåelsen af remission end de andre inkluderede studier, hvis ikke også de inkluderede forsøgsparticipanter med lav indkomst. I studiet af Cooper et al. (2003), var forsøgsparticipanternes uddannelsesniveau meget blandet, hvilket indikerer en mulig blandet socioøkonomisk status (Cooper et al., 2003, p. 415). I studiet af Gallagher-Thompson oplyses der ikke om den socioøkonomiske status (Thompson, Gallagher, & Breckenridge, 1987, p. 386f). I studiet af Shapiro et al. (1995) var de inkluderede forsøgsparticipanter arbejdende indenfor kontor eller finans (Shapiro et al., 1995, p. 379) med en generelt højere socioøkonomisk status, end i studiet af Dreissen et al. (2013). Der beskrives dog i studiet af Shapiro et al. (1995), at dem der ikke gennemførte behandlingen, havde et gennemsnitligt lavere uddannelsesniveau, end dem som gennemførte behandlingen (Shapiro et al., 1994, p. 524). Hvis vi ser på remissionsraten ved postbehandling, er den både lav ved studiet Shapiro et al. (1995) og ved studiet af Dreissen et al. (2013), så den socioøkonomiske status alene er muligvis ikke nok til at forklare den lave remissionsrate.

Sammenhæng mellem remissionsrate og follow-up tiden efter behandlingsafslutning.

Ud fra de fire inkluderede studier i dette systematiske review synes der at være en tendens til, at remissionsraten stiger over tid. Jo længere tid der går før follow-up målingen bliver foretaget, jo højere virker remissionsraten. I studiet af Dreissen et al. (2013), havde 34,7 % i CBT-gruppen og 26,8 % i PT-gruppen opnået remission, hvor follow-up målingen blev foretaget omtrent et halvt år efter behandlingsafslutning. I studiet af Shapiro et al. (1995) blev follow-up målingen foretaget et år efter behandlingsafslutning og næsten halvdelen af forsøgsparticipanterne havde været ustabile i forhold til remission. Med ustabil menes at klienten søgte yderligere behandling eller/og oplevede tilbagevendende symptomer (Shapiro, et al., 1995, p. 384). I studiet af Gallagher-Thompson et al. (1990) blev det registreret at ved to års follow-up havde 69 % i CT og 79% i PT opnået remission. Sidst havde man i studiet af Cooper et al. (2003), fundet at 83 % i CBT og 79 % i PT opnået remission ved en follow-up på 5 år. Spørgsmålet er om det er en tilfældighed eller om tid er en helbredende

faktor i sig selv? I et systematiske review og metaanalyse af Whiteford et al. (2013), hvor man undersøgte remissionsraten for ubehandlede individer med svær depression, fandt man at 23 % havde opnået remission efter 3 måneder på en venteliste, ved et halvt år var det 32 % og ved et år var det 53 %, der havde opnået remission (Whiteford et al., 2013, p. 1569). Hvis dette studie sammenlignes med resultaterne i de inkluderede studier, synes effekten af terapien ved follow-up ikke imponerende. Ved studiet af Dreissen et al. (2013) lå antallet der opnåede remission i PT-gruppen efter et halvt år lavere, end dem i studiet af Whiteford et al. (2013), der ikke modtog behandling. Samme fænomen er til stede ved forsøgsparticipanterne i begge grupper i studiet af Shapiro et al. (1995), under et års follow-up måling. Forklaringen på den høje remissionsrate i studiet af Whiteford et al. (2013), kan muligvis findes i forsøgsparticipanternes karakteristika. I det systematiske review og metanalyse af Whiteford et al. (2013) blev der inkluderet børn og unge i studiet, og som der i studiet beskrives, synes børn og unge generelt at have en højere chance for at opnå remission (Whiteford et al., 2003, pp. 1570-1589). I studiet af Shapiro et al. (1995) og Dreissen et al. (2013), var der kun inkluderet voksne individer. Desuden er der definitionsvanskeligheder i studiet af Whiteford et al. (2013) i forhold til svær depression (major depression). Det står uklart om alle var diagnosticeret svært depressive ved baseline, som var et inklusionskrav i studiet, når det i studiets konklusion beskrives, at deres konklusion muligvis ikke gælder svært depressive, da der på ventelisten potentielt set var en overrepræsentation af mild til moderat depression ((Whiteford et al., 2013, pp. 1569f). Hvis forsøgsparticipanterne i studiet af Whiteford (2013) ikke var diagnosticeret med svær depression ved baseline, kunne det forklare, hvorfor forsøgsparticipanterne i studiet af Dreissen et al. (2013) ikke havde et højere antal af individer, der opnåede remission, i forhold til populationen i studiet af Whiteford et al. (2013). Dog var forsøgsparticipanterne i studiet af Shapiro et al. (1995) diagnosticerede med let til svær depression, så forklaringen på den lave remissionsrate er ikke at finde i diagnosticeringen ved baseline. Her kan forklaringen muligvis findes i kravet til remissionen. I studiet af Shapiro et al. (1995), blev klienterne vurderet ustabile og vurderet til ikke at have opnået sand remission, hvis klienterne havde søgt yderlig behandling, eller havde oplevede tilbagevendende symptomer efter behandlingsafslutning og inden follow-up målingen (Shapiro et al., 1995, pp. 379-384). Dertil kan kravet for remission være strammere, end ved studiet

af Whiteford et al. (2003), som ikke beskriver eventuelle tilbagevendende symptomer i mellem follow-up perioderne.

For at besvare ovenstående spørgsmål, så kan det vurderes ud fra studiet af Whiteford et al. (2003), at healing forekommer over tid, så selvom et individ diagnosticeret med depression ikke er i behandling, kan individet stadig opnå remission over tid. Ud fra remissionsraten ved forsøgsparticipantere som ikke er i behandling, versus dem som er i behandling, er det muligt at effekten af terapien er overdrevet. Dog som beskrevet tidligere, påpeger flere studier, at psykoterapeutisk behandling mod depression stadig har større effekt end ingen behandling.

Overblik over den lave remissionsrate

Ved en gennemgang af de inkluderede studier i dette systematiske review, i henhold til at finde differencer, synes der ikke at kunne findes en enkeltstående faktor, der kan forklare, hvorfor remissionsraten er lav ved post-behandlingen af depression. Der er formodentlig flere faktorer, som f.eks. depressionens karakteristika, socioøkonomiske forhold og terapiens struktur, som alt sammen påvirker remissionsraten. Hvis depressionen ansues på et mere teoretisk plan, kan det være behandlingsresistens og depressionens generelle tilbagevendende natur, som kunne forklare den lave remissionsrate.

Hvis vi vender tilbage til STAR*D studiet, opnåede 70 % af de inkluderede forsøgsparticipantere, som var diagnosticeret med svær depression, remission (Shern & Moran, 2009, p. 1459). Til sammenligning med de inkluderede studier er dette tal højt. Dog skyldes den høje remissionsrate formodentlig studiets design, som giver fordele, i forhold til dette systematiske reviews inkluderede studier. Derfor bør sammenligningen betragtes med varsomhed. I STAR*D studiet, fik forsøgsparticipanterne op til fire behandlingsforløb (Howland, 2008, p. 23). Hvis den første behandling ikke lykkedes, blev der tilbudt en ny behandling med f.eks. et nyt antidepressivt præparat (Howland, 2008, p. 23). Forsøgsparticipanterne havde desuden mulighed for at vælge blandt nogle forskellige behandlingsformer, som kunne være enten udelukkende farmakologisk behandling, hvor forskellige antidepressiva var til rådighed eller farmakologisk behandling kombineret med kognitiv adfærdsterapi (Howland, 2008, p. 23). Hver af de fire behandlingsforsøg varede 12 uger (Howland, 2008, p. 23). Studiet indeholdt også en follow-up på et år, men til forskel for dette systematiske reviews inkluderede studier, blev forsøgsparticipanterne tilbudt at forsætte

med behandlingen, indtil follow-up målingen blev fortaget (Howland, 2008, p. 24). Dertil er der i STAR*D studiet behandling op til et helt år, hvor der i de inkluderede studier højest har været 20 sessioners behandling. Sidst er det også vigtigt at fremhæve, at ved første behandling i STAR*D studiet, havde kun 30 % opnået remission (Mendlewicz, 2008, p. 374).

Supplerende farmakologisk behandling.

I to af de fire inkluderede studier, blev forsøgsparticipanterne tilbudt supplerende farmakologisk behandling ud over den psykoterapeutiske behandling (Dreissen et al., 2013; Shapiro et al., 1995). Dette er ikke et problem, i forhold til risikoen for bias.

Tilbuddet om supplerende behandling til forsøgsparticipantene, i form af medicin, skaber ikke bias, så længe det er angivet i protokollen, at dette kan forekomme (Higgins, et al., 2019, p. 21). Tværtimod er dette en styrke i studiet, da det afspejler den virkelige verden og studiet bliver hermed mere naturalistisk (Higgins, et al., 2019, p. 21ff). Ved sammenligningsgrundlaget mellem de inkluderede studier kan der her være et problem, idet at der er en ubalance imellem studier. Som tidligere beskrevet, er kombination af farmakologisk og psykoterapeutisk behandling mere effektivt, end en af de to behandlingsformer stående alene. Dette betyder, at der er større chance for, at de to inkluderede studier der anvender den kombinerede behandling, har bedre odds for en større effekt, end de inkluderede studier hvor der muligvis kun anvendes psykoterapeutisk behandling. I dette systematiske review vurderes det ikke til at påvirke besvarelsen af problemformuleringen, så længe der er balance imellem grupperne i de enkeltstående studier. Hvis CBT-gruppen ikke har signifikant flere forsøgsparticipantere, der modtager supplerende farmakologisk behandling, end PT-gruppen, eller omvendt, er der balance imellem grupperne. I studiet af Dreissen et al. (2013), blev det undersøgt, om de forsøgsparticipantere der modtog farmakologisk, var balanceret ligeligt mellem grupperne, og her fandt man ingen signifikant forskel (Dreissen et al., 2013, p. 1042). I Shapiro et al. (1995) studiet, er det ikke oplyst om der er balancen mellem grupperne, i forhold til supplerende farmakologisk behandling, og i de sidste to inkluderede studier er der ikke oplyst om de fik supplerende farmakologisk behandling (Cooper et al., 2003; Gallagher-Thompson, 1990), hvilket betyder, at vi ikke kan vide, om der har været en ubalance mellem grupperne i disse tre inkluderede studier.

Dertil kan studierne ikke betragtes ligevægtige imellem hinanden, og resultaterne for dette systematiske review skal betragtes med varsomhed.

Relevansen af dette systematiske review

Ifølge Cuijpers (2017) bør man ikke spille penge og ressourcer på udviklingen af en ny terapiform til behandlingen af depression (Cuijpers, 2017, p. 14). Ud fra adskillige studier der undersøger psykoterapeutisk behandling af depression, har det ikke vist sig at en terapiform er mere effektiv end den anden (Cuijpers, 2017, p. 14). Måske har Cuijpers (2017) ret, eller også er det at smide håndklædet i ringen. Dette speciale vil ikke diskutere, om det giver mening at udvikle en ny terapi til behandlingen af depression, men ud fra dette systematiske review samt tidligere metaanalyser, giver det stadig mening at forske i forskellen mellem de allerede eksisterende terapiformer. Der er, som Cuijpers (2017) også pointerer, masser af studier der forsker i forskellen mellem terapiformerne, men der er overraskende få langitudinelle studier, der undersøger forskellen mellem kognitiv og psykodynamisk terapi med en follow-up måling. Denne mangel på follow-up studier fremgår også i tidligere metanalyser (Cuijpers et al., 2008, p. 917; Dreissen et al., 2010, p. 32). Dertil virker forskellen mellem kognitiv adfærdsterapi og psykodynamisk terapi ved behandlingen af depression ikke tilstrækkeligt undersøgt, når der er så få langitudinelle studier og når tidligere metanalyser påpeger en mangel på studier.

“It is also worth further examining the differences between treatments in the longer term. Many depressive disorders are chronic, and relapse rates are high. The question of whether treatments are equally efficacious for the longer term is at least as important as their efficacy in the short term.” (Cuijpers, et al., 2008, p. 919).

Med dette citat understreges relevansen for dette systematiske review.

Den høje risiko for bias og troværdigheden ved resultaterne

Risikoen for bias blev bedømt høj ved alle de inkluderede studier, og dette kan have betydning for den overordnede troværdigheden ved fundene i dette systematiske

review (Higgins et al., 2019, p. 4), men forklaringen på den høje risiko for bias skyldes ikke nødvendigvis, at studierne ikke har haft øje for risikoen, i forhold til den metodiske fremgangsmåde eller design.

Dette systematiske review undersøgte forskellen mellem to psykoterapeutiske interventionsgrupper, og hertil vil der uundgåeligt blive dannet komplikationer i forhold til blinding. Forsøgsudøverne har været klar over, hvilken intervention de udførte på forsøgsparticipanterne, og dermed også hvilken gruppe forsøgsparticipanterne endte i. Det samme gør sig formodentligt gældende for forsøgsparticipanterne. Dette kan lede til bias, grundet afvigelser ved den intentionelle behandling (Higgins et al., 2019, p. 23). F.eks. kan terapeuternes personlige holdning, til den terapiform de udøver ved behandlingen af forsøgsparticipanterne smitte af på forsøgsparticipanterne, eller påvirke måden hvorpå terapien bliver udført. Hvis forsøgsparticipanterne er klar over, hvilken gruppe de er endt, kan det lede til en utilfredshed, der gør, de dropper ud af studiet.

Tre af de fire inkluderede studier undersøgte, om terapiformen blev udført efter hensigten (Dreissen et al., 2013; Cooper et al., 2003; Shapiro et al., 1995).

Overordnet set virkede det ud fra analyser i to af studierne (Cooper et al., 2003; Shapiro et al., 1995) til, at terapierne blev udført efter hensigten. I studiet af Cooper et al. (2003) blev måleinstrumentet Therapist Rating Scale (TRS) anvendt til analysen (Cooper et al., 2003, p. 414f). I studiet af Shapiro et al. (1995) fandt man gennem en analyse, at udførelsen af terapierne havde en korrekthed på 97 % (Shapiro, et al., 1995, p. 378). Dette var til trods for, at begge terapiformer blev udført af samme terapeut (Shapiro, et al., 1995, p. 378), hvilket man umiddelbart kunne forestille sig, ville skabe komplikationer. I studiet af Dreissen et al. (2013) er vurderingen, om interventionsformen blev udført efter hensigten mangelfuld. For det første blev der kun vurderet på udførelsen af kognitiv terapi og for det andet understøttes vurderingen ikke ud fra en systematisk analyse, men bedømmes ud samtaler i supervision (Dreissen et al., 2013, p. 1048). Selvom der ved den manglende blinding bedømmes en risiko for bias, er der ikke her, den største risiko er bedømt i de inkluderende studier. Det var ved den manglende data i de inkluderende studier.

Selvom der samlet set, ved alle inkluderede studier, var der et gennemsnitligt tab af data fra forsøgsparticipantere på ca. 35 %, som nævnt i kapitel 6, er det ikke så meget

mængden af manglende data, men en mulig årsag til den manglende data der kan være problematisk i forhold til bias. Hvis årsagen til den manglende data kan være forbundet med det ønskede, målte udbytte, kan den manglende data påvirke den sande værdi (Higgins, et al., 2019, p. 40). I dette review var udbyttet der havde interesse, om klinerne opnåede remission ved behandlingen af depression. Dertil var der interesse i udviklingen fra baseline til en follow-up måling, i henhold til, om klinerne bevægede sig fra eksempelvis en diagnosticerede svær depression, til et symptomniveau, der lå lavere end baseline værdien. Som nævnt i kapitel 2 er almindelige symptomer på depression, blandt andet håbløshed og nedsat energiniveau. Disse symptomer samt andre kan lede til en passivitet, og antagelsesvis, jo svære depression er, jo højere er risikoen for passiviteten. Pointen er, at symptomerne på depression kan være årsagen til den manglende data. Forsøgsparticipanterne og særligt dem med den sværeste grad af depression, kunne have det så skidt, at de simpelthen ikke mødte op til interventionen og dermed bliver de inkluderet studiers fund for positive og afvigende i forhold til den sande værdi.

I forhold til denne problematik har de inkluderede studier nogle begrænsninger. I Dreissen et al. (2013) studiet, fandt man ingen signifikant forskel imellem grupperne, i forhold til antallet af dropouts, hvilket er modvirkende i forhold til risikoen for bias, men 53,9 % af dem der droppede ud, mødte ikke op til interventionen uden at angive en forklaring på, hvorfor de ikke mødte op (Dreissen et al., 2013, p. 1043). Vi kan altså ikke vide, om årsagen til at de ikke mødte op, skyldes symptomerne på depressionen, eller om det var dem, der var hårdest ramt af depression, som ikke mødte op. I Gallagher-Thompson et al. (1990) studiet, droppede 11 forsøgsparticipantere ud af studiet, uden at give en forklaring på hvorfor, ved en intention-to-treat population på 120 forsøgsparticipantere (Thompson, et al., 1987, p. 385ff). Der var en ubalance i antallet der droppede ud grupperne imellem, hvor der i CBT-gruppen var den største drop-out rate (Thompson, et al., 1987, p. 387), hvilket i sig selv kan skabe en risiko for bias. Dog bedømmes den største risiko for bias i dette studie, ved at der var signifikant forskel på BDI-scoringen mellem dem gennemførte terapien og dem der droppede ud ((Thompson, et al., 1987, p. 387). Det vil sige, at dem der droppede ud, generelt set havde det værre, end dem der gennemførte terapien, og af netop denne årsag, kan det give afvigelser i resultaterne, i forhold til den sande værdi. Det inkluderet studie af Gallagher-Thompson et al. (1990) er en videre analyse af

Thompson et al. (1987) studiet, hvor forskellen mellem studierne er, at i Gallagher-Thompson et al. (1990) studiet ses der på follow-up data, men ud fra samme oprindelige population. Derfor findes informationer vedrørende intention-to-treat populationen i Thompson et al. (1987) studiet. I Cooper et al. (2003) studiet og Shapiro et al. (1995), var der ligeledes dropouts, men der beskrives ikke, hvorfor forsøgsparticipanterne droppede ud, og der fremstår ingen ubalance i forhold til fordelingen af dropouts i de forskellige interventionsgrupper.

Selvom inklusionskriterierne ved dette systematiske review i sig selv kan facilitere en høj risiko for bias, grundet den kliniske setting og kravet om langitudinelle studier, ændre det ikke på det faktum, at risikoen er blevet bedømt høj og at dette kan have betydning for troværdigheden af fundene.

Metodiske begrænsninger

Mangelfuld empiri

Meget få studier blev inkluderet i dette systematiske review. Kun fire studier var inkluderet, hvilket betød, at resultaterne kom til at stå svagt og derfor må resultaterne betragtes varsomt. En årsag til det lave antal inkluderede studier kunne være, at inklusionskriterierne har været for snævre. Hvis der f.eks. var accepteret studier med en follow-up på under seks måneder, ville der med stor sandsynlighed, havde være flere studier inkluderet. I metaanalysen af Steinert et al. (2017), kan der f.eks. findes to inkluderede studier, som sammenligner PT og CBT med en follow-up på tre måneder (Steinert, 2017, p. 946f). Dette systematiske review inkluderede udelukkende studier, som selv sammenlignede kognitiv adfærdsterapi og psykodynamisk terapi i forhold til effekten af terapien. Selvom dette ifølge Cuijpers (2017), er en mere direkte evidens (Cuijpers, 2017, p. 10) og dermed en styrke i dette review, har det stadig påvirket mængden af inkluderede studier. Sidst kunne man havde inkluderet andre studier end udelukkende RCT-studier, men dette havde formodentlig formet det systematiske review til en mere eksplorativ størrelse og havde skabt store ændringer i reviewets generelle design. Et vigtigt fund i dette systematiske review, er den manglende empiri på langitudinelle studier.

Søgestrategien

Der blev foretaget en søgning på fire databaser, hvilket er en styrke i dette studie, da søgningen ifølge Perestelo-Perez (2013) bør foretages på minimum tre elektroniske databaser (Perestelo-Perez, 2013, p. 53), men grundet en omfattende mængde studier som skulle selekteres i, blev der ved en af databaserne tilvalgt et filter, som ikke blev tilvalgt ved de andre databaser. Her er der tale om filteret, der udelukkede studier, som ikke var videnskabelige forsøg. Selvom filteret havde relevans, men da dette ikke blev foretaget ved samtlige databaser, kan det overvejes, om dette har været en metodisk begrænsning.

Kun en forfatter

Ved søgningen, selektionsarbejdet og dataudledningen blev processerne kun gennemgået af en forfatter. Dertil kan der nemt have opstået fejl, hvor relevante studier blev frasorteret eller at de inkluderede studiers data blev fejlvurderet. For at mindske risikoen for fejl, har nærværende forfatter repliceret processerne tre gange.

Som en del af inklusionen, blev det vurderet, at varianter af den psykodynamiske terapi og kognitive terapi var accepteret, så længe varianterne fulgte grundprincipperne ved teorien bag terapiformerne. Både beskrivelsen og inklusionskriteriet har muligvis været for vag. Vurderingen er foretaget ud fra dette reviews forfatters fortolkning. Problematikken ses f.eks. ved studiet af Shapiro et al. (1995), der anvender en psykodynamisk-interpersonel terapi (PI). Om det enten er en psykodynamisk terapi med integrerede elementer fra den interpersonelle terapi, en interpersonel terapi med integrerede elementer fra den psykodynamisk terapi eller om det er en ny terapiform der har integreret elementer fra andre terapiformer, har betydning for, om studiet af Shapiro et al. (1995) var fejlinkluderet i dette systematiske review. Ved en videre undersøgelse er, Ifølge Guthrie og Moorey (2018), PI er en psykodynamisk terapi (Guthrie & Moorey, 2018, p. 299f), hvilket betyder at studiet af Shapiro et al. (1995) har været inden for inklusionskriterierne.

Mulige ubalancer i sammenligningen af de inkluderede studier

i tre ud af fire studier var forsøgsdeltagerne svært depressive, og i de sidste studier var forsøgsdeltagerne let til svært depressive. Dertil kan der være en ubalance i resultaterne mellem studierne, og for at undgå en mulig metodisk begrænsning, kunne man havde valgt at udelukkende inkludere forsøgsdeltagere, der var svært depressive. Det samme gør sig gældende ved de anvendte måleinstrumenter i de inkluderede studier. De inkluderede studier anvendte forskellige måleinstrumenter, hvor der i nogle studier er anvendt et måleinstrument, hvor observatøren og ikke klienten har ratede på måleinstrumentet. Her ser vi f.eks. HAM-D. I andre af de inkluderede studier er der anvendt måleinstrumenter, hvor klienten har ratede. Her ses eksempelvis BDI. Måleinstrumenternes forskelligartethed kunne havde en betydning for sammenligningen mellem studierne. Her kunne man havde valgt at inkludere resultater der kun er baseret på et måleinstrument f.eks. BDI eller man kunne havde valgt at fokusere udelukkende på anerkendte observatør ratede måleinstrumenter. Sidst kunne der ved vurderingen af remission og tilbagefald, være forskellige standarder de inkluderede studier imellem. Her kunne et inklusionskriterie være en fastsat ramme for, hvad der defineres som remission og tilbagefald, hvortil kriterierne undersøges i de inkluderede studier. Siden de inkluderede studier selv undersøgte forskellen mellem CBT og PT, og særligt når alle de inkluderede studier opnåede samme resultat, at der ikke er forskel på langtidseffekten ved behandlingen af unipolar depression, hvor der sammenlignes mellem CBT og PT, vurderes disse metodiske begrænsninger ikke kritiske.

Reviewets systematik og struktur.

Grundet den manglende empiri til besvarelsen af dette systematiske reviews problemformulering er der foretaget ændringer i søgestrategien og i inklusionskriterierne. Derved er anbefalingen af Perestelo-Perez (2013), om at både inklusionskriterier og søgestrategier er forudbestemt inden arbejdet påbegyndes (Perestelo-Perez, 2013, pp. 49ff), ikke er blevet overholdt, og dette har betydet at risikoen for bias i dette systematiske review, er blevet større. Ændringer omhandler blandt andet tidsrammen for, hvor gamle de inkluderede studier måtte være. Til start var rammen fastsat ved maksimalt ti år gamle, men blev ændret til maksimalt trediv

år gamle. Der blev også ændret i inklusionskravet for graden af depression. Her gik ændringen fra at kun inkludere studier, hvis forsøgsdeltager var svært depressive, til også at inkludere forsøgsdeltagere med mild eller moderat depression. Dog beskriver Perestelo-Perez (2013), at grundet uforudsete omstændigheder kan det til tider være nødvendigt at ændre på de forudbestemte strategier (Perestelo-Perez, 2013, p. 51). I dette systematiske review, var det lave antal af inkluderede studier overraskende og dertil blev ændringerne vurderet nødvendige.

Beslutningen om ikke at have en tilhørende protokol, kan være metodisk begrænsning. Beslutningen blev taget på baggrund af det meget deskriptive udførte systematiske review, men til trods for dette, kan det have en negativ betydning for det systematiske reviews gennemsigthed.

Kapitel 8: Konklusion

Dette systematiske review undersøgte, om der var forskel på psykodynamisk terapi og kognitiv adfærdsterapi, i henhold til langtidsvirkningen ved behandlingen af unipolar depression. Til denne undersøgelse blev der udført et systematisk review, hvor inklusionskriterierne var, at forsøgsdeltagerne skulle være diagnosticerede med let til svær depression og at studierne skulle indeholde en follow-up på minimum seks måneder efter behandlingsafslutning. Ved udførelsen af dette systematiske review viste resultaterne ingen signifikant forskel mellem psykodynamisk terapi og kognitiv adfærdsterapi, i forhold til langtidsvirkningen ved behandlingen af unipolar depression. Dette fund stemmer overens med tidligere metaanalyser, hvor langtidsvirkningen til forskel, blev sammenlignet ved follow-up målinger under seks måneder efter behandlingsafslutning (Braun, Gregor & Tran, 2013; Cuijpers et al., 2008; Dreissen et al., 2010; Steinert et al., 2017).

Et sidefund ved dette systematiske review var, at mange af forsøgsdeltagerne ikke opnåede remission, hverken ved behandlingsafslutning, eller i tiden op til follow-up målingerne, selvom forsøgsdeltagerne var i behandlingen for unipolar depression. Der synes at være en tendens til, at faktorer som antallet af terapisesioner, socioøkonomiske forhold, depressionens karakteristika og tid påvirker chancen for opnåelse af remission hos individer diagnosticeret med unipolar depression. Ud fra et teoretisk plan synes miljøet og udviklingen i barndommen også at have betydning for opnåelsen af remission. De inkluderede studier i dette systematiske review, blev alle

bedømt til at have en høj risiko for bias. Dertil var den hyppigste årsag manglende data samt komplikationer i forhold til blinding. Dette systematiske review havde nogle metodiske begrænsninger, hvor det at kun en forfatter har udført dette systematiske review og det lave antal af inkluderede studier, har vægtet højt.

Til trods for de metodiske begrænsninger og de inkluderedes studiers bedømte høje risiko for bias, konkluderes der ud fra resultaterne i dette systematiske review samt tidligere metanalyser, at der synes at være en klar tendens til, at der ikke er forskel på langtidseffekten ved behandlingen af unipolar depression, ved en sammenligning mellem psykodynamisk terapi og kognitiv adfærdsterapi.

Referenceliste

1. Barth, J., Munder, T., Gerger, H., Nüesch, E., Trelle, S., Znoj, H., Jüni, P., & Cuijpers, P. (2013). Comparative Efficacy of Seven Psychotherapeutic Interventions for Patients with Depression: A Network Meta-Analysis. *PLoS Med* 10(5): e1001454, 1-17.
doi:10.1371/journal.pmed.1001454
2. Bockting, C. L., Hollon, S. D., Jarret, R. B., Kuyken, W., & Dobson, K. (2015). A lifetime approach to major depressive disorder: The contributions of psychological interventions in preventing relapse and recurrence. *Clinical Psychology Review* 41, 16–26.
<https://doi.org/10.1016/j.cpr.2015.02.003>.
3. Braun, S. R., Gregor, B., & Tran, U. S. (2013). Comparing Bona Fide Psychotherapies of Depression in Adults with Two Meta-Analytical Approaches. *LoS ONE* 8(6): e68135.
doi:10.1371/journal.pone.0068135
4. Coolican, H. (2014). *Research Methods and Statistics in Psychology*, (6.ed.). Hove, East Sussex: : Psychology Press & New York, NY: Psychology Press.
5. Cooper, P. J., Murray, L., Wilson, A., & Romaniuk, H. (2003). Controlled trial of the short- and long-term effect of psychological treatment of post-partum depression – 1. Impact on maternal mood. *British Journal of Psychiatry*, 182,. 412-419. DOI:
<https://doi.org/10.1192/bjp.182.5.412>
6. 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*, , Vol. 76, No. 6, 909–922. DOI: 10.1037/a0013075

7. Cuijpers, P., Huibers M., Ebert, D. D., Koole, S. L., & Andersson, G. (2013) How much psychotherapy is needed to treat depression? A metaregression analysis. *J Affect Disord. Jul;149(1-3): 1-13*. DOI: 10.1016/j.jad.2013.02.030.
8. Cuijpers, P. (2017). Four Decades of Outcome Research on Psychotherapies for Adult Depression: An Overview of a Series of Meta-Analyses. *Canadian Psychology / Psychologie canadienne 2017, Vol. 58, No. 1, 7–19*. <https://doi.org/10.1037/cap0000096>
9. Dansk Selskab for Almen Medicin (2008). *Behandling. Unipolar depression pp. 1-13*. tilgået d. 11/06-2021 fra: <https://vejledninger.dsam.dk/depression/?mode=visKapitel&cid=105&gotoChapter=134>.
10. Deal, K. H. (2007). Psychodynamic Theory. *Advances in Social Work Vol. 8 No. 1, 184-195*. <https://doi.org/10.18060/140>
11. DeRubeis, R. J., Gelfand, L. A., Tang, T. Z., & Simons, A. D. (1999). Medications Versus Cognitive Behavior Therapy for Severely Depressed Outpatients: Mega-Analysis of Four Randomized Comparisons. *Am J Psychiatry 1999; 156, 1007–1013*.
12. Donnon, T. (2012). Experimental or RCT research designs: a crisis of nomenclature in medical education. *Canadian Medical Education Journal 3(2), 82-85*. DOI: <https://doi.org/10.36834/cmej.36606>
13. Driessen, E., Cuijpers, P., Maat, S. C. M., Abbass, A. A., Jonghe, F., & Dekker, J. J. M. (2010). The efficacy of short-term psychodynamic psychotherapy for depression: A meta-analysis. *Clinical Psychology Review 30, 25–36*. DOI:10.1016/j.cpr.2009.08.010

14. Driessen, E., Van, H. L., Don, F. J., Peen, J., Kool, S. Westra, D., Hendriksen, M., Schoevers, R. A., Cuijpers, P., Twisk, J. W. R., & Dekker, J. J. M. (2013). The Efficacy of Cognitive-Behavioral Therapy and Psychodynamic Therapy in the Outpatient Treatment of Major Depression: A Randomized Clinical Trial. *Am J Psychiatry*; 170. 1041–1050.
15. Falconnier, L. (2009). Socioeconomic Status in the Treatment of Depression. *American Journal of Orthopsychiatry*, Vol. 79, No. 2, 148–158. DOI: 10.1037/a0015469.
16. Furukawa, T. A., Fujita, A., Harai, H., Yoshimura, R., Kitamura, T., & Takahashi, K. (2008). Definitions of recovery and outcomes of major depression: results from a 10-year follow-up. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 117: 35–40. DOI: 10.1111/j.1600-0447.2007.01119.x
17. Gabbard, G. O. (2005). *Psychodynamic psychiatry in clinical practice*, (3.ed.), Washington, DC: American Psychiatric Publishing Inc.
18. Gallagher-Thompson, D., Hanley-Peterson, P., & Thompson, L. W. (1990). Maintenance of Gains Versus Relapse Following Brief Psychotherapy for Depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, Vol. 58, No. 3, 371-374.
19. Guthrie, E., & Moorey, J. (2018) The theoretical basis of the Conversational Model of Therapy. *Psychoanalytic Psychotherapy*, 32:3, 282-300, DOI: 10.1080/02668734.2018.1480055

20. Hariton, E., & Locascio, J. J. (2018). Randomised controlled trials—the gold standard for effectiveness research. *BJOG 125(13): 1716*. doi:10.1111/1471-0528.15199.
21. Higgins, J. PT., Savović, J., Page, M. J., & Sterne, J. AC. Revised Cochrane risk-of-bias tool for randomized trials (RoB 2)(2019). pp. 1-68. Tilgået d. 12/07-2021. fra: https://drive.google.com/file/d/19R9savfPdCHC8XLz2iiMvL_71IPJERWK/view
22. Hollands, G. J., Carter, P., Answer, S., King, SE., Jebb, S. A., Ogilvie, D., Shemilt, I., Higgins, J. P. T., & Marteau, T. M (2019). Altering the availability or proximity of food, alcohol, and tobacco products to change their selection and consumption. *Cochrane Database of Systematic Reviews, Issue 9. Art. No.: CD012573*. DOI: 10.1002/14651858.CD012573.pub3.
23. Hollon, S. D., DeRubeis, R. J., Shelton, R. C., Amsterdam, J. D., Salomon, R. M., O'Reardon, J. P., Lovett, M. L., Young, P. R., Haman, K. L., Freeman, B. B., & Gallop, R. (2005). Prevention of Relapse Following Cognitive Therapy vs Medications in Moderate to Severe Depression. *Arch Gen Psychiatry. 2005;62, 417-422*.
24. Howland, R. H. (2008). Sequenced Treatment Alternatives to Relieve Depression (STAR*D) Part 1: Study Design. *Journal of Psychosocial Nursing, Vol. 46, No. 9, 21-24*. DOI: 10.3928/02793695-20080901-06.
25. Kessing, L. V., & Miskowiak, K. (2017). Affektive lidelser. In: Simonsen, E., & Møhl, B. (Eds.) *Grundbog i psykiatri, 2. udgave 1. oplæg, pp. 347-382*. Kbh: Hans Reitzels Forlag.
26. Kessing, L. V., Pedersen, B. K., Jespersen, N. Z., Kristensen, J. K., & Øgard, C. G. (2021). *Vinterdepression*. Oplæg præsenteret ved

Patienthåndbogen, Kristianiagade 12, 2100 København Ø, 12/03-2021.
<https://www.sundhed.dk/borger/patienthaandbogen/psyke/sygdomme/depression/vinterdepression/> tilgået d. 24/07-2021.

27. Leichsenring, F. (2001). Comparative effects of Short-term Psychodynamic Psychotherapy and Cognitive-Behavioral Therapy in depression: A meta-analytic approach. *Clinical Psychology Review*, Vol. 21, No. 3, 401–419.
28. Maat, S., Dekker, J., Schoevers, R., van Aalst, G., Wiik, C. G., Hendriksen, M., Kool, S., Peen, J., Van, R., & Jonghe, F. (2008). Short Psychodynamic Supportive Psychotherapy, antidepressants, and their combination in the treatment of major depression: a mega-analysis based om three Randomized Clinical Trials. *Depression and Anxiety*, 25, 565–574. DOI: 10.1002/da.20305
29. Mendlewicz, J. (2008). Towards achieving remission in the treatment of depression. *Dialogues in Clinical Neuroscience - Vol 10. No. 4*, 371-375. DOI: [10.31887/DCNS.2008.10.4/jmendlewicz](https://doi.org/10.31887/DCNS.2008.10.4/jmendlewicz)
30. Methley, A. M., Campbell, S., Chew-Graham, C., McNally, R., & Cheraghi-Sohi, S. (2014). PICO, PICOS and SPIDER: a comparison study of specificity and sensitivity in three search tools for qualitative systematic reviews. *BMC Health Serv Res* 14: 579, 1-10.
doi: 10.1186/s12913-014-0579-0
31. Moher, D., Hopewell, S., Schulz, K. F., Montori, V., Gøtzsche, P. C., Devereaux, P. J., Elbourne, D., Egger, M., & Altman, D. G. (2010). CONSORT 2010 Explanation and Elaboration: updated guidelines for reporting parallel group randomised trials. *research methods & reporting. BMJ* 2010;340:c869, 1-28. DOI: 10.1136/bmj.c869.

32. Ouzzani, M., Hammady, H., Fedorowicz, Z., & Elmagarmid, A. (2016). Rayyan – a web and mobile app for systematic reviews. *Systematic Reviews*, 5:210, DOI: 10.1186/s13643-016-0384-4. <https://rayyan.ai/> tilgået sidst d. 25/07-2021.
33. Page, M. J., Moher, D., Bossuyt, P. M., Boutron, I., Hoffmann, T. C., Mulrow, C. D., Shamseer, L., Tetzlaff, J. M., Akl, E. A., Brennan, S. E., Chou, R., Glanville, J., Grimshaw, J. M., Hróbjartsson, A., Lalu, M. M., Li, T., Loder, E. W., Mayo-Wilson, E., McDonald, S., McGuinness, L. A., Stewart, L. A., Thomas, J., Tricco, A. C., Welch, V. A., Whiting, P., & McKenzie, J. E. (2021). PRISMA 2020 explanation and elaboration: updated guidance and exemplars for reporting systematic reviews. *BMJ* 2021;372:n160. DOI: <https://doi.org/10.1136/bmj.n160>. ved: <https://www.bmj.com/content/372/bmj.n160> Tilgået d. 08/07-2021.
34. Paykel, E. S., Scott, J., Cornwall, P. L., Abbott, R., Crane, C., Pope, M., & Johnson, A. L. (2005). Duration of relapse prevention after cognitive therapy in residual depression: follow-up of controlled trial. *Psychological Medicine*, 35, 59–68. DOI: 10.1017/S003329170400282X
35. Perestelo-Pérez, L. (2013). Standards on how to develop and report systematic reviews in Psychology and Health. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 13, 49–57.
36. Poulsen, S., & Simonsen, E. (2017). Psykiatrisk og klinisk psykologisk assessment. In: Simonsen, E., & Møhl, B. (Eds.) *Grundbog i psykiatri*, 2. udgave 1. oplæg, pp.165-190. Kbh.: Hans Reitzels Forlag.

37. Saveanu, R. V. & Nemeroff, C. B. (2012). Etiology of depression: Genetic and Environmental Factors. *Psychiatric Clinics of North America*, volume 35 nr. 1, 51-71. doi: 10.1016/j.psc.2011.12.001
38. Shapiro, D. A., Rees, A., Barkham, M., Hardy, G., Reynolds, S., & Startup, M. (1994). Effects of Treatment Duration and Severity of Depression on the Effectiveness of Cognitive-behavioral and Psychodynamic-interpersonal Psychotherapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, volume 62, NO. 3, 522-534.
39. Shapiro, D. A., Rees, A., Barkham, M., Hardy, G., Reynolds, S., & Startup, M. (1995). Effects of Treatment Duration and Severity of Depression on the Maintenance of Gains After Cognitive-Behavioral and Psychodynamic-Interpersonal Psychotherapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, Vol. 63. No. 3, pp. 378-387.
40. Shern, D. L., & Moran, H. (2009). STAR* D: Helping to Close the Gap Between Science and Practice. *Psychiatric Services* vol. 60, nr. 11, 1458–1459.
41. Steinert, C., Hoffman, M., Kruse, J., & Leichenring, F. (2014). Relapse rates after psychotherapy for depression – stable long-term effects? A meta-analysis. *Journal of Affective Disorders* 168, 107–118.
<http://dx.doi.org/10.1016/j.jad.2014.06.043>
42. Steinert, C., Munder, T., Rabung, S., Hoyer, J., & Leichsenring, F. (2017). Psychodynamic Therapy: As Efficacious as Other Empirically Supported Treatments? A Meta-Analysis Testing Equivalence of Outcomes. *Am J Psychiatry*; 174, 943–953. DOI: 10.1176/appi.ajp.2017.17010057

43. Stotland, N. L. (2012). Recovery from Depression. In Mintz, D. L. (Ed.) *Psychiatric Clinics of North Amerika, volume 35 nr. 1 pp. 37-49*. Philadelphia, PA, W.B. Saunders Company, a Division of Elsevier inc. doi: 10.1016/j.psc.2011.11.007
44. Sudak, D. M. (2012). Cognitive Behavioral Therapy for Depression. In Mintz, D. L. (Ed.) *Psychiatric Clinics of North Amerika, volume 35 nr. 1 pp. 99-110*. Philadelphia, PA, W.B. Saunders Company, a Division of Elsevier inc. doi: 10.1016/j.psc.2011.10.001
45. Sundhedstyrelsen (2007). Referenceprogram for unipolar depression hos voksne. *Sundhedsstyrelsen - Udarbejdet af en arbejdsgruppe nedsat af Sekretariatet for Referenceprogrammer - SfR*. URL: <http://www.sst.dk> tilgået d. 05/06-2021. Version: 1.0 Versionsdato: november 2007 ISBN elektronisk udgave: 978-87-7676-573-6 ISBN trykt udgave: 978-87-7676-574-3
46. Sundhedsstyrelsen (2016). National klinisk retningslinje for non-farmakologisk behandling af unipolar depression. *Sundhedsstyrelsen*. URL: <http://www.sst.dk> tilgået d. 05/06-2021. ISBN elektronisk udgave: 978-87-7104-771-4
47. Thase, M. E., Friedman, E. S., Biggs, M. M., Wisniewski, S. R., Trivedi, M. H., Luther, J. F., Fava, M., Nierenberg, A. A., McGrath, P. J., Warden, D., Niederehe, G., Hollon, S. D., & Rush, A. J. (2007). Cognitive Therapy Versus Medication in Augmentation and Switch Strategies as Second-Step Treatments: A STAR*D Report. *Am J Psychiatry* 164:5, 739–752.
48. Tomba, E. og Fava, G. A. (2012). Treatment Selection in Depression: The Role of Clinical Judgment. In Mintz, D. L. *Psychiatric Clinics of North Amerika, volume 35 nr. 1, pp. 87-98*. Philadelphia, PA, W.B.

Saunders Company, a Division of Elsevier inc. doi:
10.1016/j.psc.2011.11.003

49. Thompson, L. W., Gallagher, D., & Breckenridge, S. (1987). Comparative Effectiveness of Psychotherapies for Depressed Elders. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, Vol. 55, No 3*, 385-390.
50. Videbech, P., Kristensen, J. K., & Øgard C. G. (2021). *Fødselsdepression*. Oplæg præsenteret ved Patienthåndbogen, Kristianiagade 12, 2100 København Ø, 23/07-2021. Tilgået d. 24/07-2021 ved:
<https://www.sundhed.dk/sundhedsfaglig/laegehaandbogen/psykiatri/tilstande-og sygdomme/depressioner/postpartum-depression/>
51. Üstün, T. B., Ayuso-Mateos, J. L., Chatterji, S., Mathers, C., & Murray, C. J. L. (2004). Global burden of depressive disorders in the year 2000. *British Journal of Psychiatry, 184*, 386-392.
52. Whiteford, H. A., Harris, M. G., McKeon, G., Baxter, A., Pennell, C., Barendregt, J. J., & Wang, J. (2013). Estimating remission from untreated major depression: a systematic review and meta-analysis. *Psychological Medicine, 43*, 1569–1585
DOI:10.1017/S0033291712001717