

# Kurs i mestring av depresjon – en randomisert, kontrollert studie

## Sammendrag

**Bakgrunn.** Depresjon er en folkesykdom med livstidsprevalens på 20–30 % i vestlige land. Behandlingsstilbudet er dårlig utviklet, og bare et mindretall av deprimerte får behandling. Det er derfor behov for videre utvikling og utprøving av behandlingsmetoder, særlig i primærhelsetjenesten.

**Materiale og metode.** En psykoedukativ, gruppebasert behandlingsmetode ble prøvd ut i en randomisert, kontrollert studie rettet mot unipolar depresjon. 155 deprimerte personer som var rekruttert gjennom dagspressen, ble randomisert til 81 i kursgruppen og 74 i kontrollgruppen. Behandlingen strakte seg over åtte ukentlige møter à 2,5 timer, med oppfølgingsmøter etter en, to og fire måneder, og ble ledet av to psykiatriske sykepleiere. Det var 8–10 deltakere i hver gruppe.

**Resultater.** Kursdeltakerne viste en signifikant større bedring enn kontrollgruppen seks måneder etter kursets start. Mens det blant gruppedeltakerne var 69 % som klinisk sett ble bedre, (bedring på 6 poeng eller mer på Beck Depression Inventory), var det tilsvarende tall for kontrollgruppen 37 %. Bedring i intervensjonsgruppen fant hovedsakelig sted i løpet av de første åtte ukene.

**Fortolkning.** Behandlingsmetoden er effektiv mot depressive plager, og egner seg til bruk i primærhelsetjenesten og psykiatrisk helsetjeneste.

Engelsk sammendrag finnes i artikkelen på [www.tidsskriftet.no](http://www.tidsskriftet.no)

**Oppgitte interessekonflikter:**  
Se til slutt i artikkelen

## Odd Steffen Dalgard

*odd.steffen.dalgard@fhi.no*  
Nasjonalt folkehelseinstitutt  
Postboks 4404 Nydalen  
0403 Oslo

Depresjon er en sykdom som på grunn av sin relativt store utbredelse, plagsomme symptomer og tendens til lang varighet, utgjør et betydelig folkehelseproblem. WHO regner depresjon blant de ti største helsebelastninger i verden, og antar at lidelsen vil bli enda mer belastende i årene som kommer. Tall fra Norge viser ettårsprevalens på ca. 8 % og livstidsprevalens på 20–30 % (1, 2). Da mindre enn en tredel av dem med klinisk depresjon erfaringsvis får behandling, står vi overfor en betydelig utfordring både når det gjelder forebygging og behandling.

Ulike typer psykologisk behandling har dokumentert positiv effekt på depresjon. Dette er vist dels ved randomiserte, kontrollerte studier der ventelistepasienter er sammenliknet med standard behandling, dels studier der effekten av ulike metoder er sammenliknet. Kognitiv behandling, kognitiv/atferdsorientert behandling og samtalebehandling, og individuell behandling og gruppebehandling har omtrent samme effekt (3, 4).

For gruppebehandling med kognitiv atferdsterapi og sosiale støttegrupper er det ikke påvist sikker forskjell i resultater mellom «profesjonelle» (med høyere utdanning i psykologi samt klinisk erfaring) og «paraprofesjonelle» (ikke høyere utdanning i psykologi, men til dels med erfaring fra gruppebehandling) (5). Begge typer behandling viste god effekt, men det var forholdsvis flere pasienter som ble behandlet av profesjonelle, som ble klassifisert som ikke-deprimerte ved behandlingens slutt.

De fleste undersøkelser omfatter pasienter med unipolar depresjon og personer med personlighetsforstyrrelser – komorbiditet og stoffmisbruk er oftest ekskludert.

Effekten ser ut til å være omtrent den samme ved psykoterapi som ved medikamentell behandling med antidepressiver (6). Kombinasjon av medisiner og psykoterapi har bedre effekt enn medisiner alene (6) og kombinasjonsbehandling er bedre enn psykoterapi alene (7).

Det finnes ulike metoder for å vurdere bedring av depresjon i behandlingsforsøk. Ved de fleste undersøkelser brukes en sym-

ptomskåre, eventuelt i tillegg til en klinisk vurdering. Det er vanlig å vurdere behandlingseffekten etter seks eller 12 måneder. Det enkleste er da å sammenlikne den prosentvise endring i gjennomsnittlig symptomskåre hos henholdsvis intervensjonsgruppe og kontrollgruppe fra behandlingens start til evalueringens avslutning. Resultatene varierer noe etter graden av depresjon, og bedring i gjennomsnittlig symptomskåre ved psykoterapi ligger stort sett i området 35–60 %. Et annet mål er å se hvor stor andel som etter behandlingen ikke lenger er klinisk deprimert, eller som har bedret sin symptomskåre over et visst nivå. Når det gjelder Beck Depression Inventory er det vanlig å regne en reduksjon på seks poeng eller mer som klinisk signifikant.

Vi ønsket å evaluere effekten av en psykoedukativ gruppebasert behandlingsmetode som kan være anvendelig både i første- og annenlinjetjenesten.

## Behandlingsmetode

Behandlingsmetoden er utviklet på bakgrunn av et større europeisk forskningsprosjekt, Outcome of Depression International Network (ODIN), som fant sted i fem byer (Liverpool, Dublin, Oslo, Turku og Santander) og i fire landdistrikter (2, 8). I Norge prøvde vi sammen med to andre land ut en gruppebehandlingsmetode basert på kognitiv og atferdspsykologisk teori, og som også hadde et element av nettverkstenkning (9–13). I en randomisert, kontrollert studie var det en signifikant, men ikke særlig sterk effekt av behandlingen (2, 14). Vi bestemte oss derfor for å videreutvikle metoden, og prøve denne ut under mer naturalistiske forhold enn den første studien. Videreutviklingen bestod hovedsakelig i at deltakerne fikk utdelt et mer omfattende kursmateriale enn tidligere, med mer informasjon og flere eksempler, og at det ble lagt inn oppfølgingsmøter en, to og fire måneder etter siste grup-

## ! Hovedbudskap

- Det er et stort udekket behov for behandling av depresjoner
- Undersøkelsen viser at gruppebehandling basert på psykologisk læringsteori er effektivt ved depresjon
- Behandlingen er velegnet både for første- og annenlinjetjenesten

**Tabell 1** Fordeling av bakgrunnsvariabler

	Intervensjonsgruppe		Kontrollgruppe		Signifikans
	Antall	%	Antall	(%)	
<b>Kjønn</b>					
Mann	(20)	24,7	(17)	23,0	Ikke signifikant
Kvinne	(61)	75,3	(57)	77,0	
<b>Alder (år)</b>					
Gjennomsnitt	(10,8)	44,5	(11,9)	50,3	p < 0,01
<b>Sivil stand</b>					
Ugift	(24)	30,0	(11)	14,9	Ikke signifikant
Gift/samboer	(36)	45,0	(40)	54,1	
Skilt/separert	(18)	22,5	(18)	24,3	Ikke signifikant
Enke/mann	(2)	2,5	(5)	6,8	
<b>Utdanning (år)</b>					
7	(5)	6,2	(4)	5,4	Ikke signifikant
8–10	(9)	11,1	(13)	17,6	
11–12	(13)	16,0	(17)	23,0	Ikke signifikant
≥ 13	(54)	66,7	(40)	54,1	
<b>Varighet (år)</b>					
> 2	(43)	53,1	(44)	62,0	Ikke signifikant
<b>Beck Depression Inventory</b>					
Gjennomsnitt	(7,9)	20,1	(8,2)	20,8	Ikke signifikant
<b>Medisiner</b>					
Nå	(36)	44,4	(32)	42,7	Ikke signifikant
Før	(13)	16,0	(18)	24,0	
<b>Psykoterapi</b>					
Nå	(19)	24,0	(9)	12,0	p < 0,05
Før	(36)	44,4	(26)	34,7	Ikke signifikant

**Tabell 2** Beck Depression Inventory hos intervensjonsgruppe og kontroller på ulike tidspunkter

		Ved start		2 md.		6 md.	
		Gjennomsnitt	SD	Gjennomsnitt	SD	Gjennomsnitt	SD
Menn	Intervensjonsgruppe	21,9	7,3	14,0	7,0	14,4	8,8
	Kontrollgruppe	19,8	9,6			17,5	7,7
	Signifikans	Ikke signifikant				Ikke signifikant	
Kvinner	Intervensjonsgruppe	21,8	8,1	15,6	7,8	14,0	9,5
	Kontrollgruppe	23,5	7,6			18,7	10,3
	Signifikans	Ikke signifikant				p < 0,05	
Totalt	Intervensjonsgruppe	21,8	7,9	15,2	7,6	14,1	9,3
	Kontrollgruppe	22,7	8,2			18,3	9,6
	Signifikans	Ikke signifikant				p < 0,05	

pemøte. I motsetning til tidligere ble deltakerne nå rekruttert gjennom en annonse i dagspressen, for å få med sterkt motiverte deltakere.

**Kursets innhold**

Den kognitive delen av kurset dreide seg om teknikker for endring av uhensiktsmessige tankemønstre, for eksempel såkalt «negativ tenkning», mens den atferdspsykologiske delen gikk på endring av atferd i retning av mer lystbetonte aktiviteter. Nettverkselementet var hovedsakelig en teoretisk formidling av det sosiale nettverks betydning for psykisk helse, men omfattet også tegning av nettverkskart og en invitasjon til utvikling av sosiale relasjoner i gruppen. Under det

hele ligger det en forståelse av nært samspill mellom sinnsstemning, tanker og atferd, der sinnsstemningen, dvs. depresjonen, søkes endret gjennom endring i tenkning og atferd.

Møtene skilte seg klart fra vanlige terapi-grupper eller sosiale støttegrupper, siden hovedvekten ble lagt på formidling av informasjon og innsikt gjennom en serie undervisningstimer. Deltakerne var «kursdeltakere» og ikke «pasienter». Aktiviseringen av deltakerne skjedde stort sett gjennom «hjemmeleksker» med konkrete oppgaver og målsettinger. Gruppene ble til en viss grad også brukt som en sosial arena, der det ble oppmuntret til mer varige kontakthold mellom deltakerne for dem som måtte være interessert i det.

Kurset ble gjennomført over åtte uker, med ett ukentlig møte. Hvert møte hadde et hovedtema:

- Introduksjon
- Aktiviteter og opplevelser påvirker sinnsstemningen
- Hvordan øke antallet positive aktiviteter og opplevelser
- Tankene påvirker sinnsstemningen
- Hvordan redusere negative tanker
- Kontakt med andre påvirker sinnsstemningen
- Hvordan øke kontakten med andre
- Oppsummering og planlegging fremover

Kurset bestod av åtte ukentlige seanser à 2,5 timer, samt tre oppfølgingsmøter etter henholdsvis en, to og fire måneder. På disse oppfølgingsmøtene ble stoffet repetert, men innholdet var for øvrig avhengig av hva deltakerne ønsket å ta opp. Kurset ble gjennomført for ti grupper med 8–10 deltakere i hver, ledet av to psykiatriske sykepleiere. Disse var opplært gjennom et program bestående av tre faser: teoretisk opplæring samt egen deltakelse i kurs, trening på kurslederrollen ved å holde kurs for hverandre, ledelse av kurs under veiledning. Det foreliggende materiale er hentet fra fase 3, og inngikk altså som siste fase i opplæringen av gruppeledere. Det vi har målt, er med andre ord effekten av kurs ledet av ferske gruppeledere.

**Materiale og metode**

Kursdeltakerne ble rekruttert gjennom en annonse i Aftenposten, etter et mislykket forsøk på å rekruttere deltakere gjennom leger i primærhelsetjenesten. Annonseteksten var som følger: «Deprimert? Du kan nå få tilbud om «Kurs i mestring av depresjon», et godt utprøvd tiltak ved depresjon. Kurset gir opplæring i en metode som kan forbedre din evne til å takle livsproblemer. Undervisningen foregår i små grupper, men er ikke gruppeterapi. Kursene er gratis fordi de er del av et prosjekt som finansieres av stiftelsen Helse og Rehabilitering. Kursene starter i jan./febr. i flere bydeler i Oslo. De som ikke får mulighet for å delta på det første kurset kan delta på kurs som starter senere.»

Det meldte seg ca. 300 interesserte per telefon i løpet av et par dager, og av disse ble de første 182 intervjuet av psykolog Trygve Børve eller psykiater Odd Steffen Dalgard med henblikk på depresjon og egnethet i forhold til å delta på kurset. Kriteriene for depresjon var hentet fra ICD-10. Før intervjuet hadde kandidatene fylt ut et spørreskjema med opplysninger om depressive symptomer (Beck Depression Inventory), bruk av medikamenter, psykoterapi, somatisk helse, varighet av depresjonen og sosial funksjon, samt opplysninger om utdanning, sivilstand, livsbelastninger og sosial støtte. Av de intervjuede 182 ble 155 plukket ut som egnet til kurset. Alle disse ble vurdert til å ha en klinisk depresjon, og de fleste (90 %) hadde en skåre på Beck Depression Inventory på ≥ 10.

De 27 som ble utelukket fordelte seg slik: ikke klinisk depresjon (alle med Beck Depression Inventory < 10) 12, annen diagnose (overveiende angst) 3, psykose eller psykosener 4, suicidal 1, foretrekker annen pågående psykoterapi 2, lite egnet til kognitiv terapi 4, passer ikke av praktiske grunner 1.

De 155 som var plukket ut som egnet, ble randomisert i to grupper, en intervensjonsgruppe (n = 81) og en kontrollgruppe (n = 74). Med utgangspunkt i standardavvik for Beck Depression Inventory i materialet betyr dette at den statistiske styrke for å finne en endring i Beck Depression Inventory-skåre på 6 eller mer, med en sikkerhet på  $p < 0,01$ , er 0,99.

Både gruppedeltakere og kontrollpersoner fikk beskjed om at de kunne fortsette med pågående behandling hvis dette var aktuelt, slik at vårt kurs kom som tillegg til annen behandling. Personene i kontrollgruppen ble informert om at de kunne få delta i kurs ca. seks måneder senere, men fikk ellers ingen tilbud av oss. Fordelingen av bakgrunnsdata fremgår av tabell 1.

Materialet skiller seg fra en gjennomsnittsbefolkning i Oslo, med en høyere andel av kvinner, skilte/separerte og av personer med høyere utdanning. Klinisk er materialet karakterisert ved en gjennomgående høy depresjonsskåre (grenseverdi for klinisk depresjon er vanligvis 10) og forholdsvis lang varighet. Det er også karakteristisk at en stor del bruker eller har brukt medikamenter, og at forholdsvis mange får eller har fått psykoterapi. 25 % brukte selektive serotoninreopptakshemmere, 5 % trisykliske antidepressiver og 14 % anxiolytika eller sovemidler ved programmets start. Det var ingen statistisk signifikante forskjeller mellom intervensjonsgruppe og kontrollgruppe i fordelingen av bakgrunnsvariabler, bortsett fra alder og psykoterapi. Intervensjonsgruppen er noe yngre enn kontrollgruppen, og den fikk i større utstrekning psykoterapi. Dette blir det tatt hensyn til i den senere analysen.

Av dem som fikk tilbud om kurset, var det fire som ikke deltok og åtte som ikke fullførte. Dette betyr at 85 % av dem som fikk tilbudet, gjennomførte kurset. Oppfølgingsprosenten var god, 83 for intervensjonsgruppen og 86 for kontrollgruppen. De fleste av dem som ikke ble fulgt opp av dem som hadde fått tilbud om kurset, hadde enten ikke deltatt eller ikke fullført kurset.

### Forskningsdesign

Undersøkelsen ble gjennomført som et randomisert, kontrollert forsøk, der de deprimerede tilfeldig ble fordelt på kursgruppe og kontrollgruppe. Både de som fullførte kurset, og de som ikke deltok eller ikke fullførte, er tatt med i beregningen av effekt (intention to treat-design).

Den første vurderingen av kursdeltakere og kontrollpersoner ble gjort ved spørreskjema og klinisk intervju ved psykiater eller klinisk psykolog før randomiseringen, like før kursstart. Kursdeltakerne ble videre undersøkt ved

spørreskjema etter ca. to måneder, dvs. etter avslutningen av gruppemøter, og både deltakere og kontrollpersoner ble undersøkt ved hjelp av spørreskjema sendt i posten seks måneder etter programmets start.

### Statistiske metoder

Analysene ble gjort ved hjelp av SPSS 11.0 for Windows. Ved sammenlikning av gjennomsnittsverdier er det brukt variansanalyse (enveis ANOVA), ved bivariate analyser khikvadrattest og i den multivariate analyse logistisk regresjon med angivelse av oddsratio og 95 % konfidensintervall.

### Resultater

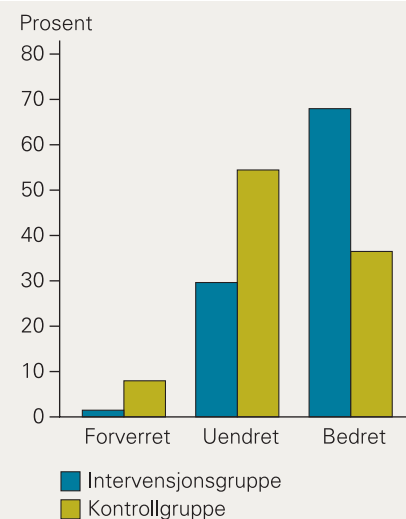
Kursets effekt er vurdert ved sammenlikning av depresjonens forløp i de første seks måneder for intervensjons- og for kontrollgruppen. Som effektmål er det brukt endring i gjennomsnittsskåre på Beck Depression Inventory og andel der skårene er endret med seks poeng eller mer. For intervensjonsgruppen har vi også registrert Beck Depression Inventory etter to måneder, dvs. etter avslutningen av gruppemøtene. Endringen i gjennomsnittsskåre fremgår av tabell 2.

Det er en bedring i skåre både for intervensjonsgruppen og kontrollgruppen, men bedringen er størst i intervensjonsgruppen for begge kjønn. Totalt er det 35 % reduksjon i skåre i intervensjonsgruppen mot 19 % i kontrollgruppen. Mens det ved start ikke er noen signifikant forskjell i skåre mellom gruppene, er skåren etter seks måneder signifikant lavere i intervensjonsgruppen for kvinner og totalt. For menn har all bedring funnet sted i løpet av de første åtte ukene, og også hos kvinner har mesteparten av bedringen funnet sted i løpet av dette tidsrommet. Figur 1 viser den prosentvis fordelingen etter endring i Beck Depression Inventory, der kriteriet for endring er en differanse på seks poeng eller mer.

I intervensjonsgruppen er 69 % bedret mot 37 % blant kontrollpersonene, og det er færre kursdeltakere enn kontrollpersoner som er uendret eller forverret ( $p = 0,001$ ). Det var omtrent samme effekt av programmet hos menn og kvinner. Blant menn er andelen bedret blant kursdeltakere og kontrollpersoner henholdsvis 63 % og 29 %, mens de tilsvarende tall for kvinner er 71 % og 40 %.

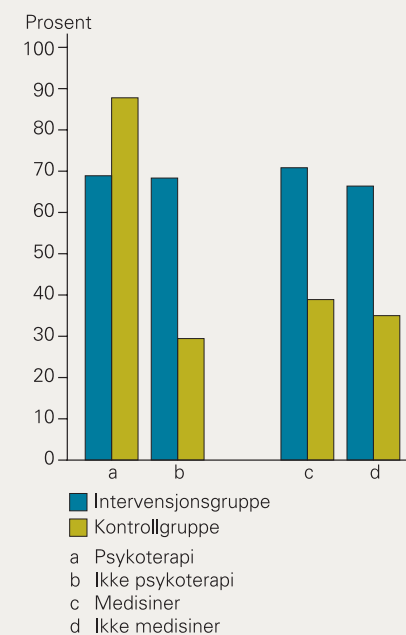
Signifikant flere i intervensjonsgruppen enn i kontrollgruppen fikk psykoterapi ved programmets start. For å utelukke at dette kan forklare den tilsynelatende effekt av intervensjonen, har vi kontrollert for denne variabelen samt for medikamentell behandling. Resultatet fremgår av figur 2. For dem som får psykoterapi, synes ikke kurset å ha noen effekt. Det var snarere en tendens til større bedring i kontrollgruppen enn i intervensjonsgruppen. Hos dem som ikke får psykoterapi, er det imidlertid en sterk effekt av kurset, da det blant disse er 69 % i intervensjonsgruppen og 30 % i kontrollgruppen som er blitt bedre ( $p < 0,001$ ). Totalt er 75 %

Figur 1



Beck Depression Inventory seks måneder etter start. Forverring eller forbedring betyr differanse på seks poeng eller mer i negativ eller positiv retning

Figur 2

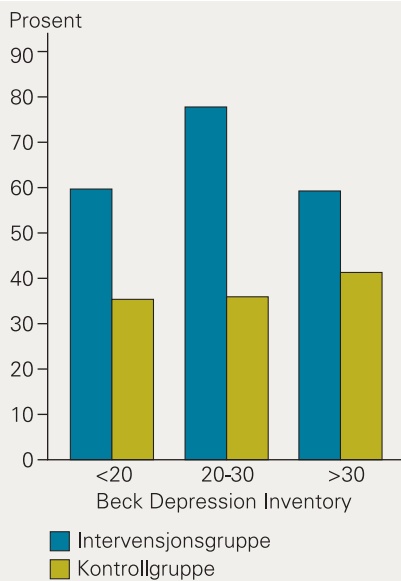


Andel bedret (reduksjon av Beck Depression Inventory på seks poeng eller mer) seks måneder etter start, etter psykoterapi og medisiner ved start

av dem som får psykoterapi bedret, mot 49 % av de øvrige ( $p = 0,05$ ). Det ser altså ut til å være en effekt også av psykoterapi. Medikamentell behandling derimot synes ikke å ha noen effekt i det foreliggende materialet ( $p = 0,80$ ), og virkningen av kurset er den samme uansett om deltakerne bruker medisiner eller ikke.

For å undersøke om kursets effekt er avhengig av graden av depresjon i utgangs-

**Figur 3**



Andel bedret (reduksjon av skåre på seks poeng eller mer) seks måneder etter start, etter Beck Depression Inventory ved start

punktet, har vi inndelt materialet i tre grupper etter Beck Depression Inventory ved start: < 20, 20–30 og > 30 (fig 3).

Uansett nivå av Beck Depression Inventory ved starten, er det størst tendens til bedring i intervensjonsgruppen. Kursets effekt synes imidlertid å være størst ved de moderate depresjoner (Beck Depression Inventory 20–30), og det er bare her at forskjellen mellom intervensjonsgruppe og kontrollgruppe er statistisk signifikant ( $p = 0,007$ ).

#### Multivariat analyse

For å kontrollere for at den tilsynelatende effekt av intervensjonen kan forklares gjennom bakgrunnsvariablene, gjorde vi en logistisk regresjonsanalyse. I ujustert analyse var oddsratio 3,7 (95% KI 1,8–7,7). Ved å justere for alder, kjønn, sivilstatus, utdanning og Beck Depression Inventory ved start var oddsratio 5,0 (95% KI 2,1–12). Ved også å justere for medisinbruk ved start, psykoterapi ved start og varighet av depresjon var oddsratio 5,8 (95% KI 2,2–15,8).

Oddsratio for intervensjon viser en økende tendens ved justering for de ulike variablene, og er hele tiden statistisk signifikant. Dette betyr at ulikheter i fordelingen av bakgrunnsvariabler ikke kan forklare effekten av kurset, noe som samsvarer med at dette er en randomisert studie. Analysen viser for øvrig at psykoterapi i seg selv har en signifikant positiv effekt, mens depresjonens varighet har en negativ effekt (data ikke vist).

#### Diskusjon

Undersøkelsen har sin styrke i at materialet er forholdsvis stort, og ved at det er en ran-

domisert, kontrollert studie. Det er få slike undersøkelser for denne type behandling. Det er også en styrke at behandlingsprogrammet egner seg for primærhelsetjenesten, der behovet for behandlingsmetoder av depresjon er særlig stort. Det er en svakhet at det ikke ble gjort klinisk psykiatrisk undersøkelse ved oppfølgingen, slik at effektevalueringen bare baserer seg på endring i Beck Depression Inventory. I så måte skiller imidlertid ikke denne undersøkelsen seg ut fra de fleste andre liknende studier.

Kursets effekt ligger på samme nivå som tidligere undersøkelser av psykoterapi ved unipolar depresjon (3–6). Det synes ikke å være noen effekt hvis kurset kombineres med annen psykoterapi, som i seg selv har en positiv effekt. Dette er et moment å ta hensyn til ved fremtidig utvelgelse av kursdeltakere, men det er også behov for ytterligere forskning for å klargjøre spørsmålet om kombinasjon med annen behandling. Siden nesten all bedring inntraff i løpet av de første åtte ukene av kurset, er det tvilsomt om oppfølgingsmøtene har noen hensikt.

Det er uklart i hvor stor grad kursets effekt skyldes den psykoedukative påvirkning av atferd og kognitive funksjoner, og i hvor stor grad den henger sammen med en utvikling av støttende sosiale relasjoner i gruppen. Tatt i betraktning at kurset nettopp hadde et element som understreket betydningen av sosial kontakt, og gav muligheter for kontakttutvikling i gruppen, er det vanskelig å skille mellom de psykoedukative og nettverksrelaterede elementer i kurset.

Selv om kurset hadde en signifikant effekt hos deltakerne, er det uklart i hvilken grad man kan generalisere fra dette til deprimerede pasienter generelt. For det første var psykotiske, suicidale og noen personer med åpenbare lærevanskeligheter, samt de med bipolar depresjon, ekskludert fra materialet, så effekten på slike grupper sier undersøkelsen ingen ting om. Tatt i betraktning at deltakerne i kurset var motiverte for å prøve noe nytt, og i stor utstrekning hadde prøvd medisiner og psykoterapi uten tilfredsstillende resultat, var dette et spesielt utvalg. Hvorvidt effekten vil være den samme overfor et annet utvalg, må vurderes ved videre forskning. Det som synes klart, er at kurset har hatt effekt på en gruppe deprimerede personer som til dels har vært syke i lang tid, og som har hatt forholdsvis begrenset nytte av tidligere behandling. Da kurslederne ikke hadde tidligere erfaring med denne type behandling, er det grunn til å forvente bedre resultater for tilsvarende pasienter ved senere kurs.

Undersøkelsen er finansiert av Stiftelsen for Helse og Rehabilitering og tilrådd av Regional etisk komité.

**Oppgitte interessekonflikter:** Forfatteren har et firma som får inntekter av salg av kursmaterie-  
riell som benyttes av deltakerne på kurset.

#### Litteratur

1. Kringlen E, Torgersen S, Cramer V. A Norwegian psychiatric epidemiological study. *Am J Psychiatry* 2001; 158: 1091–8.
2. Ayuso-Mateos JL, Vazquez-Barquero JL, Dowrick C et al. Depressive disorders in Europe: prevalence figures from the ODIN group. *Br J Psychiatry* 2001; 179: 308–16.
3. Robinson LA, Berman JS, Niemeyer RA. Psychotherapy for the treatment of depression: a comprehensive review of controlled outcome research. *Psychol Bull* 1990; 108: 30–49.
4. Burlingame K, Mackenzie R, Strauss B. Small group treatment: evidence for effectiveness and mechanisms of change. I: Lambert MJ, red. *Handbook of psychotherapy and behavior change*. 5. utg. New York: Wiley, 2004.
5. Bright JI, Baker KD, Niemeyer RA. Professional and paraprofessional group treatments for depression: a comparison of cognitive-behavioral and mutual support interventions. *J Consult Clin Psychol* 1999; 67: 491–501.
6. Hougaard E, Nielsen T. Forholdet mellom psykologisk og medisinsk behandling af depression. I: Bechgaard BJ, Jensen HH, Nielsen T, red. *Forholdet mellom psykologisk og medisinsk behandling af psykiske lidelser*. København: Reitzel, 2001.
7. Thase ME, Greenhouse JB, Frank C et al. Treatment of major depression with psychotherapy or psychotherapy-pharmacotherapy combinations. *Arch Gen Psychiatry* 1997; 54: 1009–15.
8. Dowrick C, Dunn G, Ayuso-Mateos JL et al. Problem solving treatment and group psychoeducation for depression: multicentre randomised controlled trial. *BMJ* 2000; 321: 1450–4.
9. Lewinsohn P. The coping with depression course: a review and future directions. *Can J Behav Sci* 1989; 21: 470–93.
10. Munoz RF, Ying YW. *The prevention of depression*. Baltimore: Johns Hopkins University Press, 1993.
11. Lewinsohn PM, Munoz RF, Youngren MA et al. *Control your depression*. New York: Simon & Schuster, 1992.
12. Cuipers PA. A psychoeducational approach to the treatment of depression: a meta-analysis of Lewinsohn's «coping with depression course». *Behav Ther* 1998; 29: 521–33.
13. Dalgard OS, Børve T, Nævra A. *Kurs i mestring av depresjon. I: Ny viten om psykisk helse – utbredelse og forebyggende tiltak. Rapport fra formidlingskonferansen 23.3.2000*. Oslo: Norges forskningsråd og Rådet for psykisk helse, 2000: 48–59.