

# Bacheloroppgave

**Kan akupunktur redusere symptomene på mild depresjon?**

Student nr. 101037  
15.04.15  
AKU1000 – Bacheloroppgave

Bachelor i Akupunktur  
7699 ord  
April, 2015  
Norges Helsehøyskole–Campus Kristiania

”Denne bacheloroppgaven er gjennomført som en del av utdanningen ved Norges Helsehøyskole Campus Kristiania. Norges Helsehøyskole er ikke ansvarlig for oppgavens metoder, resultater, konklusjoner eller anbefalinger.”

## Forord

Det har snart gått 5 år siden jeg startet reisen inn i Tradisjonell Kinesisk Medisin. Jeg har opplevd disse årene som lærerike, og det har vært fascinerende å fordype seg i dette spennende studiet. Min interesse for akupunktur ble vekket allerede som nyutdannet fysioterapeut. Jeg fikk tidlig høre at nålebehandling var et viktig behandlingstilbud for pasientene. Jeg ble dermed nysgjerrig på hvorfor nålene virker som de gjør, og det tok kort tid før jeg meldte meg på akupunkturutdannelsen.

Som fysioterapeut møter jeg pasienter med psykiske plager, eller ubalanser, i praksisen. Dessverre føler jeg meg ikke helt bekvem med denne pasientgruppen, fordi jeg ikke har hatt noen god behandlingsmetode for å hjelpe dem. Derfor ønsket jeg å se nærmere på den psykiske ubalansen depresjon i denne oppgaven, både for å lære mer om temaet depresjon, men også finne ut om akupunkturbehandling er et alternativ for denne pasientgruppen. Det har vært veldig lærerikt og spennende å skrive bacheloroppgaven, og jeg ønsker å takke min veileder Hilde Skjerve for gode, konstruktive tilbakemeldinger gjennom hele arbeidet. I tillegg vil jeg takke familie for god støtte og verdifull kritikk.

Linn Rolstad  
Oslo 15.04.2015

# Innhold

<b>Forord</b> .....	<b>2</b>
<b>Sammendrag</b> .....	<b>5</b>
<b>1. Innledning</b> .....	<b>6</b>
1.1. Presisering av problemstilling .....	6
1.2. Bakgrunn for problemstilling.....	6
1.3. Avgrensing av problemstilling.....	7
1.4. Ordforklaring .....	7
1.5. Oppgavens oppbygging.....	7
<b>2. Metode og kilder</b> .....	<b>8</b>
2.1. Kildepresentasjon .....	8
2.2. Søkeprosess .....	8
2.2.1. Inklusjons/eksklusjonskriterier .....	9
2.2.2. Utvelgelse.....	9
2.3. Presentasjon av forskningsartiklene.....	9
2.3.1. Kritisk vurdering av forskningen .....	9
2.4. Kildekritikk.....	10
2.5. Metodekritikk.....	10
<b>3. Teori</b> .....	<b>11</b>
3.1. Depresjon i vestlig medisin.....	11
3.1.1. Definisjon .....	11
3.1.2. Diagnostisering.....	11
3.1.3. Behandlingsalternativer i vestlig medisin .....	12
3.2. Depresjon i TKM.....	13
3.2.1. Etiologi .....	13
3.2.2. Patologi.....	13
3.2.3. Syndromdifferensiering .....	14
3.2.4. Behandling.....	15
<b>4. Presentasjon av forskning</b> .....	<b>18</b>
4.1. Allen, JJB et al (1998); <i>The effectiveness of acupuncture in the treatment of major depression in women</i> .....	19
4.1.1. Kvaliteten ifølge stricta.....	20
4.2. Allen, JJB et al (2006); <i>Acupuncture for depression: a randomized controlled trial</i> .....	20
4.2.1. Kvaliteten ifølge stricta.....	21
4.3. Smith, CA et al (2010); <i>Acupuncture for depression (review)</i> .....	21
4.3.1. Kvaliteten ifølge stricta.....	22
4.4. Ernst, E et al (2011); <i>Acupuncture for depression?: A systematic review of systematic reviews</i> .....	23
4.4.1. Kvaliteten ifølge stricta.....	23
4.5. Resultat av forskning .....	24
<b>5. Diskusjon</b> .....	<b>25</b>
5.1. TKM litteraturen.....	25
5.2. Forskningen.....	26
5.3. Forskning i forhold til TKM-teori.....	26
5.4. TKM behandling sammenlignet med vestlig behandling .....	27
<b>6. Konklusjon</b> .....	<b>29</b>

**Litteraturliste..... 30**

# Sammendrag

## Bakgrunn

Depresjon er en psykisk tilstand som kan komme til uttrykk i fysiske plager. Noen pasienter ønsker å bli hørt og trodd, og har behov for en samtale vel så mye som den fysiske behandlingen. Med den erfaringen ble interessen for temaet vekket og spesielt ønsket om å se nærmere på effektene av akupunktur for depresjon.

## Problemstillingen

Kan akupunktur redusere symptomene på mild depresjon?

## Metode

Kvalitativ metode er brukt for å fordype seg i faglitteratur og forskning. Denne oppgaven er en litteraturstudie, hvor det blir gjort en fordypning i nyere faglitteratur innenfor fagfeltet depresjon, depresjon i Tradisjonell Kinesisk Medisin og forskning gjort på akupunktur for depresjon.

## Diskusjon

Tradisjonell Kinesisk Medisin beskriver depresjon som Yu Zheng, en stagnasjon, som i hovedsak starter i Lever organet. Lever stagnasjon beskrives som hovedårsaken til mild depresjon, og stagnasjonen forårsaker forstyrrelser i den frie flyten av Qi, bevegelsen til det mentale aspektet Hun og produksjonen av Phlegm og Hete.

Resultatet av forskningen antyder at akupunktur gir symptomlindring hos personer med depresjon på lik linje med medikamentell behandling. Men resultatene fra forskningen er få og av for lav kvalitet til å bevise en bedre effekt av akupunktur mot depresjon enn sham-akupunktur og standardisert behandling. Det etterspørres mer forskning på emnet.

Behandlingen av depresjon i vestlig medisin og Tradisjonell Kinesisk Medisin har begge fordeler og ulemper. Fordelen med psykoterapi er pasientens egen involvering i prosessen, men en ulempe er påkjenningen av å ha behov for psykisk hjelp. Fordeler med Tradisjonell Kinesisk Medisin er at pasienten får behandling for å balansere kroppen, samtidig som de har muligheten til å snakke med en fortrolig behandler, uten påkjenningen av å få psykisk hjelp. Ulempen er at nåler kan assosieres med ubehag.

## Konklusjon

I Tradisjonell Kinesisk Medisin er mild depresjon det samme som Yu Zheng, altså en stagnasjon i Lever organet. Akupunktur kan gi et ekstra tilbud til pasienten som trenger psykoterapi, med færre bivirkninger enn medikamenter.

Forskningen konkluderer med at akupunkturbehandling kan gi samme effekt som medikamenter, men foreløpig er det ikke klare nok resultater til at det kan anbefales istedenfor annen behandling for depresjon. Det er ønskelig med ytterligere forskning.

# 1. Innledning

I løpet av livet vil 25 prosent av alle kvinner og 15 prosent av alle menn oppleve depresjon med behov for behandling. Ti prosent av disse vil få en kronisk og vedvarende depresjon (NHI, 2013). Risikoen påvirkes av biologiske forhold, som arvelighet, og miljøbelastninger av psykologisk eller sosial karakter (Rosenvinge, 2003; Ruset, 2005). Depressive forstyrrelser, er en mild depresjon og forekommer 2-3 ganger så hyppig som alvorlige depresjoner (NHI, 2013).

I følge WHO (2003) har flere studier dokumentert at akupunktur kan være et likeverdig behandlingsalternativ til medikamentell behandling. Resultatene av akupunkturbehandling kan eksempelvis sammenlignes med behandling med amitriptyline mot depresjon, og har vist seg å ha færre bivirkninger. Studier viser også tegn til at akupunktur kan være mer effektivt enn psykoterapi i noen tilfeller, men dette må utredes videre gjennom flere studier (WHO, 2003).

Med bakgrunn i disse forskningsresultatene er det interessant å se nærmere på fagfeltet depresjon og om akupunkturbehandling kan være et relevant behandlingsalternativ.

## 1.1. Presisering av problemstilling

I dagligtalen er begrepet depresjon ofte brukt for å beskrive alvorlig grad av depresjon, men i løpet av livet opplever mange en form for mild depresjon (NHI, 2013). En depresjonsdiagnose oppfattes ofte som alvorlig, men depresjon kan være alt fra milde depresjoner som vinterdepresjon til dypere depresjoner og mani (NHI, 2013). Hva slags behandling tilbys så for depresjon? Kan akupunktur gjøre en forskjell for disse pasientene? Hva sier forskningen om akupunktur for depresjon?

Fagtemaet depresjon er stort, og Tradisjonell Kinesisk Medisin (TKM) differensierer mellom mange diagnoser. Denne oppgaven fokuserer på mildere depresjoner, ettersom det oftest er disse pasientene man møter i klinikkhverdagen. Akupunktur innebærer flere behandlingsmetoder, men grunnet begrensning i oppgavens omfang vil nålebehandling ved valg av relevante punkter bli vektlagt i denne studien. Oppgaven skal dermed besvare følgende problemstilling:

”Kan akupunktur redusere symptomene på mild depresjon?”

En mild depresjon er i denne oppgaven definert som en reaktiv depresjon, oppstått av følelsesmessige påkjenninger som sorg, uventet tap eller adskillelse (Kringlen, 1999; Anderson, 2003). Relevante symptomer kan være slitenhet, hodepine, søvnløshet og nedstemthet (NHI, 2013).

## 1.2. Bakgrunn for problemstilling

I helsevesenet møter man pasienter med somatiske utfordringer hvor psykiske plager kan være underliggende årsak. Depresjon er en slik psykisk tilstand som kan komme til uttrykk i fysiske plager. Noen av disse pasientene ønsker å bli hørt og trodd, og som behandler er det viktig å

kunne oppfatte slike signaler. Enkelte har mer behov for samtalen enn den fysiske behandlingen, mens andre trenger fysisk nærhet gjennom behandling. Med yrkesbakgrunn i helsevesenet er min erfaring at disse pasientene ofte er takknemlige for å bli sett og hørt. Gjennom slike erfaringer ble interessen for temaet vekket hos meg, og det ga et ønske om å se nærmere på effektene av akupunktur på depresjon.

### 1.3. Avgrensning av problemstilling

Utgangspunktet for oppgaven var et ønske om fordypning i temaene akupunktur og depresjon. Men krav til oppgavens størrelse begrenser muligheten for å vurdere den reelle effekt av akupunktur som behandlingsmetode for depresjon ettersom dette er et stort tema. På bakgrunn av dette har oppgaven blitt begrenset til å omhandle den vestlige diagnosen reaktiv depresjon, også kalt mild depresjon. Tilsvarende har begrensningen ført til en selektiv utvelgelse av diagnosene for Tradisjonell Kinesisk Medisin. Oppgaven vil omhandle depresjon forårsaket av stagnasjon i Lever (LR) og andre diagnoser blir derfor ikke utdypet. I oppgaven vurderes kun behandlingsmetoden fra akupunktur som omfatter nålebehandling ved punktvalg. Tilleggs symptomer som søvnproblemer, muskelsmerter og angst vil ikke tas med i oppgaven. En kort forklaring av etiologien i Tradisjonell Kinesisk Medisin blir lagt frem, men oppgaven vil ikke legge vekt på å forklare dette noe nærmere.

### 1.4. Ordforklaring

**Reaktiv depresjon** (unipolar lidelse - mild) - er en depresjon fremprovosert av en sterkt emosjonell livshendelse eller andre miljørelaterte faktorer. (Kringlen, 1999; Anderson, 2003)

**Nålebehandling** – er individuelt tilpasset behandling ved bruk av meridianer og punktvalg basert på syndromdifferensiering.

**Akupunktur** – er basert på Tradisjonell Kinesisk Medisin og bruk av punkter etter meridianlæren.

**Sham-akupunktur** – er akupunktur som brukes for å gi en placebo effekt, for å ”blinde” pasienten.

**Nyere forskning** – er i denne oppgaven definert som forskning publisert etter 2005.

### 1.5. Oppgavens oppbygging

Introduksjonsdelen har gitt en innføring i oppgavens tema og problemstilling. I kapittel to redegjøres metode og kilder benyttet i oppgaven. Teorien om depresjon følger i kapittel tre med fokus på vestlig medisin og Tradisjonell Kinesisk Medisin. Videre redegjøres forskning på akupunktur for depresjon i kapittel fire. I kapittel fem drøftes TKM litteraturen, forskningen, forskning i forhold til TKM og TKM-behandling sammenlignet med vestlig medisinsk behandling. Oppgaven avrundes med en konklusjon i kapittel seks.

## 2. Metode og kilder

For å besvare problemstillingen benyttes kvalitativ metode gjennom en litteraturstudie av nyere faglitteratur og forskning om depresjon. Kvalitativ metode er valgt på bakgrunn av ønsket om å se nærmere på fagfeltet depresjon i TKM og forskning gjort på akupunktur for depresjon, og sammenligne disse (Silverman, 2010). Oppgaven inneholder en deskriptiv del med redegjørelse av behandling av depresjon i et TKM perspektiv og effekten av akupunktur mot depresjon i følge forskning. Andre del av oppgaven er en sammenlignende studie av behandlingsmetoder utført på pasienter med depresjon i vestlig medisin og i TKM (Silverman, 2010:248). Det er gjennomført søk i databaser etter relevante forskningsartikler etterfulgt av en selektiv utvelgelse av de artiklene med størst pålitelighet ut i fra STRICTA (Stricta, 2010).

### 2.1. Kildepresentasjon

Litteraturkildene er valgt ut etter anbefalinger fra avdeling for akupunktur ved Norges Helsehøyskole – Campus Kristiania (NHCK), og en gjennomgang av forfatterens bakgrunn innen fagfeltet.

Giovanni Maciocia, Elise Rossi og Leon Hammer er kvalitetssikret av avdelingen for akupunktur, NHCK, og finnes i litteraturlisten til pensum.

Elisabeth Rochat de la Vallée har mastergrader i Classics og Philosophy fra Universitet i Paris. Hun har studerte moderne kinesisk språk og er spesielt kjent for sine tolkninger av de klassiske kinesiske skriftene.. Hun underviser ved The European School of Acupuncture i Paris, og har gitt ut 20 bøker om emnet kinesisk medisin og akupunktur.

### 2.2. Søkeprosess

Søk etter relevant litteratur ble gjennomført ved bruk av databasene PubMed, Cochrane Library, AMED, MEDLINE, PsycInfo, Google Scholar og bibsys oria. Mange søkemotorer ble benyttet, ettersom få relevante artikler ble funnet i de første søkene. Det ble kun foretatt søk etter engelsk eller norskspråklig litteratur fra de siste 20 årene. Dette begrenset tilgangen på artikler betraktelig, ettersom de fleste studiene på temaet er kinesiske. I tillegg ble søkene avgrenset ved stikkordene: research, randomized controlled trials, reviews, human.

Søkeordene som ble benyttet er: acupuncture, acupuncture tw, acupuncture points, acupuncture meridians, meridians, acupuncture treatment, treatment, acupuncture needles, needles, depression, depression tw, mood disorders, depressive disorders, major depressive disorders, seasonal affective disorders. De første søkene ga få resultater, og derfor ble nye søkeord lagt til for å få et bredere søkeresultat.

Siste søk ble gjennomført 16. mars 2015, og artikler publisert etter denne datoen er ikke inkludert i denne oppgave. Nyere forskningsresultater kunne muligens påvirket konklusjonene i denne oppgaven.



### **2.2.1. Inklusjons/eksklusjonskriterier**

I utvelgelsen av relevante forskningsartikler ble inklusjonskriteriene satt til nyere forskning som omhandler depresjon, depresjon i TKM og akupunktur for depresjon. Artikler som omhandlet depresjonsdiagnosen mildere depresjon ble inkludert. Et kriterium var også at studiene hadde sett på bruk av akupunktur som behandlingsform og ikke kun på teorien. Det var samtidig ønskelig med artikler om nålebehandling og punktvalg for depresjon, mens elektroakupunktur og laser ble ekskludert. Studier ble også ekskludert hvis forsøkene ikke var gjort på mennesker, og hvis de ikke var på norsk eller engelsk.

### **2.2.2. Utvalgelse**

Etter at alle søkekriteriene var lagt inn i søkemotoren, ble utvalget redusert til totalt 8 artikler. Søkeprosessen tydeliggjorde at det finnes lite forskning på depresjon og akupunktur på engelsk eller norsk, og at kvaliteten på forskningen er varierende (Stricta, 2010). Etter avsluttet søk var det 8 artikler å velge mellom. To av disse var pilotstudier og ble derfor ekskludert. Tre artikler var systematiske gjennomganger hvorav de to nyeste ble valgt ut, fordi disse var av høy kvalitet og den nyeste forskningen var ønskelig. To randomiserte kontrollerte studier ble også inkludert. Det var ønskelig å se på akupunkturbehandling av depresjon uten andre somatiske lidelser som hoveddiagnose, og en studieprotokoll for søvnløshetsdepresjon ble derfor ekskludert. Til oppgaven ble derfor totalt fire studier inkludert, og alle artiklene har vært publisert i anerkjente publikasjoner. En av studiene (Allen 1998) er inkludert til tross for at den ble publisert før 2005. Grunnen til dette er at en oppfølgingsstudie som ble gjennomført 8 år senere er inkludert (Allen 2006). Den nyeste av de to studiene ble gjennomført med en større og mer homogen gruppe forsøkspersoner og resultatene ble annerledes. Derfor ansees begge studiene for å være relevant i denne oppgaven.

## **2.3. Presentasjon av forskningsartiklene**

I artiklene av Allen JJR PhD med Hitt SK PhD (1998) og Allen JJB PhD med Manber R PhD (2006) har både førsteforfatter og veilederne for forskningsartiklene doktorgrad innenfor fagfeltene psykologi og depresjon. For øvrig er de begge kvalitetssikret av avdelingen for akupunktur, NHCK.

I artiklene til Smith CA PhD med MacPherson H PhD (2010) og Ernst E PhD med Choi T-Y PhD (2011) har både førsteforfatter og veilederne for forskningsartiklene doktorgrad innenfor fagfeltene akupunktur og klinisk forskning.

### **2.3.1. Kritisk vurdering av forskningen**

Forskningen er hentet fra vitenskapelige publikasjoner som Journal of Clinical Psychiatry, Psychological Science, Evaluation & the Health Professional og The Cochrane Collaboration. To av artiklene er original forskning, mens to er systematiske gjennomganger av original forskning. En artikkel er mer enn 10 år gammel, men resultatene av denne forskningen har fortsatt påvirkning innen fagfeltet. Alle forskningsartiklene henviser til seriøse vitenskapelige kilder, og

alle studiene har holdbare metoder for fremskaffelse av hensiktsmessig data ut i fra Stricta's sjekklister (Stricta, 2010). Det er vanskelig å vurdere om forfatterne kan ha noen politiske, økonomiske eller personlige formål som kan påvirke deres resultater, men det kommer i hvert fall ikke tydelige frem i noen av forskningsartiklene.

## 2.4. Kildekritikk

Valg av kilder kan påvirke oppgavens vinkling og innhold. Ettersom kildeutvalget ble begrenset av blant annet språk, tas det forbehold om at andre kilder kunne resultere i et noe endret innhold og konklusjon. Konklusjonen er derfor ikke å anse som generell, men gir derimot et svar på grunnlag av de kildene som er lagt til grunn. Ut i fra forkunnskaper om temaet, anbefalinger fra fagpersonell og litteratursøk ble likevel de aktuelle kildene vurdert som de mest relevante for oppgaven og for å besvare den valgte problemstillingen.

## 2.5. Metodekritikk

Dette er en litteraturstudie ved bruk av kvalitativ metode. Fremgangsmåten for studien er innsamling av relevant faglitteratur og forskning for å bekrefte, eller avkrefte oppgavens problemstilling. Metoden åpner for subjektiv påvirkning gjennom blant annet valg av søkemotorer, søkeord, begrensningene til søket og inklusjons og eksklusjonskriterier. Flere steder i prosessen kan man ta valg som påvirker oppgavens kvalitet og validitet. Med kvalitet menes tilfredsstillende tolkning og vurdering, mens med validitet menes troverdighet og pålitelighet (Kumar, 2011).

For å sikre høy kvalitet og validitet tas alle valg på faglig grunnlag, så fremt det er mulig. Valgene synliggjøres og blir begrunnet for å sikre etterprøvnbarhet. I kvalitativ metode er det ofte rom for en rekke subjektive valg som øker muligheten for at både kvalitet og validitet svekkes (Kumar, 2011). Ved gjennomføring av søk kan relevante databaser eller søkeord være utelatt. Med for mange begrensninger i søket kan valide og relevante forskningsartikler bli utelatt, mens for få begrensninger gjør det vanskelig å finne de rette artiklene. Metoden gir rom for subjektiv utvelgelse av artikler og faglitteratur, og utvelgelsen må derfor være kunnskapsbasert. Subjektiv utvelgelse kan føre til at oppgaven påvirkes av forfatterens ønske for oppgaven og validiteten vil dermed begrenses.

Begrenset kjennskap til fagfeltet kan ha påvirket utvelgelsen av kilder, men faglig kunnskap er lagt til grunn i alle valg. Den største begrensningen for oppgaven er språket, ettersom engelsk ikke er førstespråk. Oversettelsesfeil fra engelsk litteratur og feiltolkninger kan derfor ha forekommet. Lite erfaring med tolkning av forskningsartikler på det gjeldende fagfeltet kan også ha ført til feiltolkning av tabeller eller resultater.

## 3. Teori

### 3.1. Depresjon i vestlig medisin

De aller fleste har opplevd å føle seg nedfor og trist, men når disse følelsene vedvarer over lengre tid, kan det være en depresjonstilstand (NHI, 2013). Når følelsene, tankene og atferden blir berørt av depresjon påvirker dette også kroppen. Det er ikke uvanlig at man kan få dårlig appetitt, vekttap, hodepine, øresus, svimmelhet og forstoppelse som resultat av en depresjon. Mange opplever også nedsatt energi og trøtthet, vanskeligheter med å konsentrere seg, nedsatt hukommelse og beslutningsvegring. Det er også sammenheng mellom depresjon og søvnproblematikk (Kringlen, 1999; Schnyder RS et al, 2005).

Noen forskere mener at depresjon forårsakes av forstyrrelser i det som kalles neurotransmittere eller signalsubstanser, som er ansvarlige for overføringen av signaler fra en nervecelle til en annen (Schnyder RS et al, 2005). Neurotransmittere antas å være ansvarlige for flere av reaksjonene som bestemmer følelser, tanker og atferd (NHI, 2013; Schnyder RS et al, 2005).

De siste årene har forskningen fokusert på signalsubstansen serotonin, men nyere forskning viser at flere neurotransmitter-systemer er involvert (Schnyder RS et al, 2005). Blant disse er Monoamine transmittere (dopamin, noradrenalin, acetylcholin, og serotonin), Aminosyretransmittere (glutamat og GABA) og Neuropeptider. Det er foreløpig ukjent om disse biokjemiske forstyrrelsene skjer spontant og er tilknyttet genetisk arv, eller om de utløses av ytre påkjenninger eller konflikter (Kringlen, 1999; Schnyder RS et al, 2005).

Mildere depresjoner antas å være miljøbettinget og forårsaket av vonde barndomsminner eller påkjenninger som voksten (Kringlen, 1999). Ofte utløses milde depresjoner av et personlig opplevd tap, som kjærlighetssorg, dødsfall, tap av arbeid eller flytting til et nytt sted. De kan også utløses av fysisk sykdom eller økonomiske problemer. Personer med lav selvfølelse og stor avhengighet er spesielt utsatt for depresjoner (Kringlen, 1999; Schnyder RS et al, 2005).

#### 3.1.1 Definisjon

Depresjon rammer personer på ulike tidspunkter i livet, med ulik styrke og oppleves forskjellig. Derfor kan begrepet defineres slik at det favner alle grader av tilstanden slik Anderson (2003) gjør:

”en mental tilstand av nedtrykthet karakterisert av følelsen av tristhet, fortvilelse og motløshet.”  
(Anderson, 2003:494)

Denne definisjonen differensierer ikke mellom grad av depresjon, som kan strekke seg fra en generell følelse av nedforhet til dype depressive lidelser. Depresjon kan for eksempel minne om en form for sorg og personen kan ha en følelse av lav selvtilitt, skyld og selvbebreidelse som fører til sosial isolering, med symptomer som søvn- og/eller spiseforstyrrelser (Schnyder RS et al, 2005). Diagnosen depresjon skiller derfor mellom de ulike gradene av depresjon, symptomene og de utløsende årsakene og vil utdypet i neste avsnitt.

#### 3.1.2. Diagnostisering

Før en depresjonsdiagnose stilles skal pasienten ha gjennomgått en grundig undersøkelse

(Ruset, 2005). Dette er viktig for å vurdere om det er andre mulige årsaker til at vedkommende viser symptomer på depresjon. Blant annet skal legen utelukke anemi (nedsatt blodprosent), lavt stoffskifte eller tilstander som kan gi depresjonslignende symptomer som slitenhet, hodepine, søvnløshet og nedstemthet. Depresjon kan også være en bivirkning fra blant annet blodtrykksmedisiner, p-piller og enkelte nervemedisiner, og medisinbruk må derfor kartlegges (Rosenvinge, 2003; Schnyder RS et al, 2005). Dersom en depresjonsdiagnose blir stilt er det viktig å finne den utløsende årsaken, som i mange tilfeller kan være et nært dødsfall, skilsmisse eller sykdom. Diagnosen depresjon deles opp i tre hovedkategorier; mani, bipolar lidelse (mani og depresjon) og unipolar lidelse (bare depresjon). Den unipolare lidelsen blir igjen gradert som mild eller alvorlig (Kringlen, 1999; Schnyder RS et al, 2001).

Denne oppgaven tar for seg depresjoner i kategorien mild (reaktiv) som har oppstått av følelsesmessige påkjenninger.

### **3.1.3. Behandlingsalternativer i vestlig medisin**

Behandlingsalternativene i vestlig medisin er psykoterapi (samtaletterapi), medikamenter, elektroterapisjokk og sosiale tiltak (Ruset, 2005). I hovedsak behandles kun dype depresjoner med antidepressive medikamenter, mens mildere depresjoner kan behandles med samtaletterapi. Det er likevel viktig at alle med en depresjon får muligheten til å diskutere problemene sine med en behandler (Kringlen, 1999).

Psykoterapi er den vanligste formen for behandling av depresjon og benyttes til milde depresjoner (Grøholt, 2011; Ruset, 2005). Denne terapiformen legger vekt på at pasienten skal drøfte aktuelle konflikter eller problemer med sin behandler. Det kan i noen tilfeller være viktig med forsoningsarbeid, som mange opplever som en vanskelig prosess (Kringlen, 1999). Kognitiv terapi er en annen behandlingsform hvor pasienten blant annet får i oppgave å konsentrere seg om sine positive sider og tenke optimistisk om seg selv i fremtiden (Kringlen, 1999; Schnyder RS et al, 2005).

## 3.2. Depresjon i TKM

I kinesisk medisin eksisterer ikke depresjon som en sykdomsdiagnose. Dette er fordi kinesisk medisin ikke legger vekt på å kartlegge diagnoser og behandle sykdom men heller fokuserer på å finne ubalanser i kroppens energi. Kinesisk medisin ser på helse som balansen mellom Yin og Yang, og denne balansen er avhengig av fri flyt og sirkulasjon av den betydningsfulle energien Qi (Allen JJB et al, 1998:397). Teorien på depresjon i TKM samsvarer hos alle de fire forfatterne brukt i oppgaven.

### 3.2.1. Etiologi

Årsakene til depresjon i TKM er i følge Maciocia (2009) basert på fire faktorer: emosjonelle belastninger, konstitusjonelle trekk, uregelmessig kosthold og overarbeid. Denne oppgaven vil fordype seg i de emosjonelle belastningene og de øvrige faktorene vil derfor ikke bli utdypet ytterligere.

I følge Maciocia (2009) har all depresjon (Yu) sitt utgangspunkt i en LR-Qi stagnasjon. LR blir stagnert av emosjonelle påvirkninger, som stopper flyten av Qi og fører til at LR knytter seg. Qi stagnasjonen skaper Hete når den står over tid. LR-Qi stagnasjon kan også fremstå med Qi-Phlegm og er da et resultat av at LR-Qi står stagnert over tid og hindrer fri flyt av Qi i San Jiao (TE). Dette fører til at Qi ikke beveger seg fritt i TE som påvirker metabolismen av væsker og Phlegm dannes. Phlegm forhindrer igjen fri flyt av Qi og fører til at Hun forhindres fra å bevege seg fritt. Depresjonene kommer fra restriksjonene lagt på Hun sine bevegelser gjennom LR-Qi stagnasjonen. Phlegm påvirker også Shen ved at man mister innsikten (Maciocia, 2009).

Rossi (2007) mener det er en nær sammenheng mellom emosjoner og LR-Qi stagnasjon. Dette på bakgrunn av LR sin funksjon med å sirkulerer Qi. Hvis emosjonene blokkeres fører det til at Qi stagnerer og LR blir forknytt. Depresjon (Yu) kommer av at flyten av Qi stopper opp, spesielt i LR, og påvirkes dermed av emosjonene. (Rossi, 2007)

Hammer (2005) skriver i sin bok at LR er kroppens første valg til å håndtere emosjonelle påvirkninger. LR er det sterkeste organet og har ansvaret for fri flyt. Sirkulasjonen av Qi påvirkes når LR er i ubalanse, men LR vil hele tiden prøve å nære og fornye kroppen. Når det tæres på LR over tid vil den til slutt ikke ha nok næring til å opprettholde den fri flyten. Det kan i disse tilfellene dannes hete, og forstyrrelsene påvirker TE til at det dannes Phlegm. Når LR ikke klarer å nære Blod, klarer den heller ikke å huse Hun, som dermed gir emosjonelle ubalanser som depresjon (Hammer, 2005).

I følge Rochat de la Vallée (1996) er sinne den naturlige emosjonen til LR, men for mye sinne kan påføre LR organet skade. LR har som oppgave å sørge for fri flyt av Qi, lagre Blod og huse Hun. Når LR blir påvirket av sinne fører dette til at den fri flyten av Qi stopper opp, og dette påvirker psyken. Emosjoner er et uttrykk for Qi, og når flyten av Qi stopper opp dannes unormale følelser. LR styrer dermed emosjonene (Rochat de la Vallée, 1992).

### 3.2.2. Patologi

Emosjoner er bevegelsen av Qi hvor hver bevegelse er betegnende og Qi's reaksjon varierer med

emosjonenes karakter. Ved for store emosjonelle påkjenninger endres den fysiologiske bevegelsen av Qi og sykdom oppstår (Rossi 2007:23). Som Rossi (2007) skriver i sin bok kan emosjonene skape somatiske symptomer så vel som psykiske sykdommer. Ved påvirkninger, som sykdom, i organene kan dette føre til forandringer i emosjonene og fremkalle psykiske patologier.

”The origin of the majority of illness is Yu. Yu means stagnation and consequential non-passage”  
(Rossi 2007:74).

Yu som depresjon:

Oversatt fra kinesisk betyr Yu depressive mønster, og har en dobbel betydning. Yu betyr både depresjon og stagnasjon, noe som antyder til en viss grad at depresjon er synonymt med en stagnasjon. Dette bekrefter at en stagnasjon er opphavet til depresjon, i hvert fall i en tidlig fasen (Maciocia 2008). Yu Zheng oppstår fra emosjonell påvirkning som begrenser LR og Galleblære (GB) og får de til å knyte seg. Dette ødelegger sakte men sikkert transformasjonsfunksjonen til Milt (SP). Når dette skjer stoppes næringen til Hjertet (HT), som igjen forårsaker underernæring av alle organene, Yin og Yang, og Qi og Blod blir i uorden (Rossi 2007).

### 3.2.3. Syndromdifferensiering

Innenfor TKM er det mange syndromdiagnoser som relateres til den vestlige diagnosen depresjon. I hovedsak fordyper denne oppgaven seg i diagnosene som har med LR organet å gjøre som i TKM teorien er årsaken til mild depresjon.

Et viktig element i differensieringen av syndromer er observasjon og tolkning av personen det gjelder fordi pasienten er ikke alltid villig til å dele sin emosjonelle tilstand, eller uttrykker seg dårlig (Hammer, 2005). Det er derfor viktig å kunne observere tungen og tolke ytre tegn, som holdning, hudfarge, Shen i øynene etc., og riktig tolkning av puls. Samtidig er det viktig å lytte slik at viktig informasjon ikke går tapt i samtalen med pasienten (Rossi, 2007).

LR-Qi stagnasjon

Disse pasientene blir som regel lett frustrert og irritert, og betegnes ofte som humørsyk. De presenterer følelsen av stramhet, smerter og press i brystet, press i magen, stramhet og smerter i musklene i nakke og skulderområdet, uregelmessig menstruasjon og press før menstruasjon. Veldig mange av disse pasientene oppsøker ikke behandling for depresjon, men kommer derimot med slitenhet som sitt primære problem (Maciocia, 2009).

Lever-Qi stagnasjon med Qi-Phlegm

Dette er mest vanlig i personer som har undertrykt emosjoner over tid. De presenterer press i brystet, klump i halsen eller en følelse av at noe hindrer fri flyt ned halsen og ikke kan hostes opp, vanskelig for å svelge, sukking, press i øvre del av magen, og premenstruelle kramper. (Maciocia, 2009).

LR-Qi stagnasjon blir til hete

Disse pasientene presenterer hete symptomer som hodepine, tørr munn, røde øyne og ansikt og en bitter smak. Pasientene har gjerne humørsvingninger, bekymring, frustrasjon, irritasjon, angst, stramhetsfølelse, kort lunte, smerter og press i brystet, stramhet og smerte i musklene i nakke og skulder, uregelmessig avføring, press i magen, uregelmessig menstruasjon, og premenstruelle

kramper, i tillegg til hete symptomene nevnt tidligere. (Maciocia, 2009).

Det er flere syndromer relatert til depresjon enn de som oppgaven fordyper seg i, men disse diagnosene omhandler mer alvorlige depresjoner med mani eller maniske tilstander og er derfor ikke utdypet noe videre.

### 3.2.4. Behandling

”De emosjonelle bevegelsene, som opprinnelig starter i organene, og samtidig påvirker funksjonene og samspillet mellom organene, må tolkes som et helhetlig problem, og ikke separeres fra kroppen” (Rossi, 2007:24)

De psykiske lidelsene må behandles som enhver annen lidelse ved bruk av meridianene og syndromdifferensiering i TKM (Rossi, 2007). I behandlingen av depresjon er samtalen med akupunktøren vel så viktig som nålene som blir satt. Samtalen og omsorgen akupunktøren gir vil i mange tilfeller være en avgjørende faktor for behandlingseffekten pasienten opplever. Det er derfor helt avgjørende for behandleren å gi omsorg og lytte i tilfeller hvor pasienten presenterer symptomer på depresjon (Hammer 2005). Hvert av syndromene som ble gjennomgått i forrige avsnitt vil nå presenteres med separate behandlingsforslag.

Ved en LR-Qi stagnasjon trenger LR pleie ved å fremme fri flyt, bevege Qi og løse stagnasjoner. Pasientene presenterer en Wiry puls og tungen kan være normal eller litt rød på sidene. Maciocia (2009) og Schnyder RN et al (2005) er enige om et behandlingspunkt: LR3. Forslagene deres til andre punkter ser du i tabellen under.

Tabell 3.1. Forslag til punkter for LR-Qi stagnasjon (Maciocia, 2009; Schnyder RN et al, 2005; Møller, 2008).

PC6	er Luo-connecting punkt, åpningspunkt for Yinweimai, punkt for bryst og thorax, som åpner thorax, regulerer og demper rebelsk ST Qi, Fjerner hete, Roer Shen, Aktiverer Yinweimai ved kobling til SP 4 (Maciocia, 2009)
LR3	er Shu-stream punkt, Yuan-source punkt, og jord punkt, som nærer LR Blod og Yin, demper LR Yang, Fjerner Vind og smerte, fremmer fri flyt av LR Qi, roer Shen og har spesiell effekt på spasmer (Maciocia, 2009; Schnyder RN et al, 2005)
LR14	er Front-mu punkt for LR, møtepunkt med SP hovedmeridian og Yinweimai, som fremmer fri flyt av LR Qi, styrker SP Qi og ST Qi og kjøler Blod (Schnyder RN et al, 2005)
LI4	er Yuan-source punkt og punkt for munn og ansikt, som Fjerner Vind og Hete, Fjerner smerte, Regulerer tarmene, Løser stagnasjoner i meridianen, Spesiell effekt på munn og ansikt (Schnyder RN et al, 2005)
TE18	har effekt på ørene og fjerner Vind (Schnyder RN et al, 2005)
GB34	er He-sea punkt, Jord punkt, Spesiell effekt for sener, Nedre He-sea punkt for GB, som Fjerner damp og Hete i LR og GB, Demper rebelsk Qi (Maciocia, 2009)
TE3	er Shu-stream punkt, tre punkt og stimulerende punkt, som fjerner vind og hete, regulerer Qi i TE og har effekt på øynene (Maciocia, 2009)
GB13	er møtepunkt for Yangweimai, møtepunkt for LI, SI, og TE muskelmeridianer, som fjerner vind og roer Shen (Maciocia, 2009)
BL47	har spesiell effekt på den overjordiske sjel (Hun) og regulerer LR Qi (Maciocia, 2009)
GV20	er møtepunkt for alle Yang meridianer og LR hovedmeridian, og reservoar av marg, som styrker og regulerer Yang, styrker den oppadgående SP Qi, fjerner vind, har effekt på Shen og er punkt for gjenopplivning (Maciocia, 2009)

GV20 skal styrkes, mens resten av punktene kan bruke en reduserende eller jevn metode (Maciocia, 2009).



Ved en LR-Qi stagnasjon med Qi-Phlegm må en løse Phlegm, bevege Qi og løse i stagnasjoner. De presenterer en Wiry eller Slippery puls, og tungen er hoven, kan ha røde sider, og klebrig belegg. Dette syndromet omtaler ikke Schnyder RN et al (2005), men Maciocia (2009) foreslår punktene du ser i tabellen under.

Tabell 3.2. Forslag til punkter for Stagnert LR-Qi med Qi-Phlegm (Maciocia, 2009; Schnyder RN et al, 2005; Møller, 2008).

ST40	er Luo-connecting punkt, som fjerner Phlegm og Damp, åpner thorax, fjerner ST Hete, klarner og roer Shen (Maciocia, 2009)
CV12	er Front Mu punkt for ST, spesialpunkt for Fu organene og møtepunkt med ST, SI og TE meridianene, samtidig som det styrker SP Qi og ST Qi, demper rebelsk ST Qi og fjerner damp (Maciocia, 2009)
BL20	er Back-shu punkt for SP, som styrker SP Qi og ST Qi, Fjerner damp, Nærer Blod (Maciocia, 2009)
SP9	er He-sea punkt og vannpunkt, som fjerner damp, styrker SP Qi, styrker Qi i nedre Jiao og løser stagnasjoner i meridianen (Maciocia, 2009)
SP6	er møtepunkt for 3 ben Yin meridianer, som styrker SP Qi, fjerner damp, nærer Blod og Yin, og Roer Shen (Maciocia, 2009)
PC5	er Jing-river punkt, metall punkt og møtepunkt for 3 arm Yin meridianer, som løser phlegm i HT, regulerer HT Qi og ST Qi og fjerner HT Hete (Schnyder RN et al, 2005)
LR3	er Shu-stream punkt, Yuan-source punkt, og jord punkt, som nærer LR Blod og Yin, demper LR Yang, Fjerner Vind og smerte, fremmer fri flyt av LR Qi, roer Shen og har spesiell effekt på spasmer (Maciocia, 2009)
CV17	er møtepunkt med SP, SI, KI, TE hovedmeridianer, front-mu punkt for PC, reservoar av Qi og spesialpunkt for Qi, som styrker og regulerer Qi, åpner thorax, styrker Lu og løser phlegm, og har effekt på diafragma og brystene (Maciocia, 2009)
CV15	er luo-connecting punkt, som regulerer HT Qi, roes Shen, har effekt på emosjonelle ubalanser, og åpner thorax (Maciocia, 2009)
GV21	fjerner vind og klarner Shen (Maciocia, 2009)
GV20	er møtepunkt for alle Yang meridianer og LR hovedmeridian, og reservoar av marg, som styrker og regulerer Yang, styrker den oppadgående SP Qi, fjerner vind, har effekt på Shen og er punkt for gjenopplivning (Maciocia, 2009)

CV12 og BL20 skal styrkes, mens alle andre punkter skal reduseres eller bruke jevn metode (Maciocia, 2009).

Ved stagnert LR-Qi blir til Hete må LR pleies ved å fremme fri flyt, bevege Qi og løse stagnasjoner, og samtidig fjerne LR-Hete. Pulsen er rask og Wiry, mens tungen er normal eller rød med røde kanter. Maciocia (2009) og Schnyder RN et al (2005) er enige om to punkter: LR2 og LR3. Forslagene deres til andre punkter ser du i tabellen under.

Tabell 3.3. Forslag til punkter for LR-Qi stagnasjon blir til Hete (Maciocia, 2009; Schnyder RN et al, 2005; Møller, 2008).

PC6	er Luo-connecting punkt, åpningspunkt for Yinweimai, punkt for bryst og thorax, som åpner thorax, regulerer og demper rebelsk ST Qi, fjerner hete, Roer Shen, Aktiverer Yinweimai ved kobling til SP 4 (Maciocia, 2009)
LR3	er Shu-stream punkt, Yuan-source punkt, og jord punkt, som nærer LR Blod og Yin, demper LR Yang, fjerner Vind og smerte, fremmer fri flyt av LR Qi, roer Shen og har spesiell effekt på spasmer (Maciocia, 2009; Schnyder RN et al, 2005)
LR2	er Ying-spring punkt, ildpunkt og reduserende punkt, som fjerner LR ild, demper LR Yang, Kjøler Blod og fjerner Vind (Maciocia, 2009; Schnyder RN et al, 2005)
LI11	er He-sea punkt, jord punkt, stimulerende punkt og punkt for Hete i kroppen, som fjerner Vind og Hete, fjerner Hete generelt i kroppen, kjøler Blod, har effekt på sener og ledd og regulerer sirkulasjonene av Qi og Blod (Schnyder RN et al, 2005)
LI4	er Yuan-source punkt og punkt for munn og ansikt, som Fjerner Vind og Hete, Fjerner smerte, Regulerer tarmene, Løser stagnasjoner i meridianen, Spesiell effekt på munn og ansikt (Schnyder RN et al, 2005)



HT5	er luo-connecting punkt, som styrker HT Qi, åpner til tungen, løser stagnasjoner i meridianen og har effekt på emosjonelle ubalanser relatert til HT (Schnyder RN et al, 2005)
PC7	er Shu-stream punkt, yuan-source punkt, jord punkt og reduserende punkt, som roes Shen, fjerner HT Hete, regulerer ST Qi og åpner thorax (Schnyder RN et al, 2005)
TE15	er møtepunkt for BG hovedmeridian og Yangweimai, som fjerner Vind og Damp og løser stagnasjoner i meridianen (Schnyder RN et al, 2005)
TE18	har effekt på ørene og fjerner Vind (Schnyder RN et al, 2005)
GB34	er He-sea punkt, Jord punkt, Spesialpunkt for sener, Nedre He-sea punkt for GB, som fjerner damp og Hete i LR og GB, Demper rebelsk Qi (Maciocia, 2009)
TE3	er Shu-stream punkt, tre punkt og stimulerende punkt, som fjerner vind og hete, regulerer Qi i TE og har effekt på øynene (Maciocia, 2009)
GB43	er Ying-spring punkt, vann punkt og stimulerende punkt, som demper LR Yang og kjøler GB Hete, fjerner Damp og Hete og har effekt på ørene (Maciocia, 2009)
GB13	er møtepunkt for Yangweimai, møtepunkt for LI, SI, og TE muskelmeridianer, som fjerner vind og roer Shen (Maciocia, 2009)
Taiyang	fjerner vind, kjøler og klarer øynene (Maciocia, 2009)
BL47	har spesiell effekt på den overjordiske sjel (Hun) og regulerer LR Qi (Maciocia, 2009)
GV20	er møtepunkt for alle Yang meridianer og LR hovedmeridian, og reservoar av marg, som styrker og regulerer Yang, styrker den oppadgående SP Qi, fjerner vind, har effekt på Shen og er punkt for gjenopplivning (Maciocia, 2009)

GV 20 skal styrkes, mens de resterende punktene kan reduseres eller ha jevn metode (Maciocia, 2009).

Som behandlingsforslag for LR-Qi stagnasjon anbefales disse punktene: GV20, LR3, PC6, BL47 og CV17. Ved Phlegm anbefales ST40, GB34 og SP6 som tilleggs-punkt, mens ved Hete anbefales Taiyang, GB43 og LI11. Den eneste kildeforfatteren som hadde tydelige behandlingsalternativ til hvert syndrom var Maciocia (2009) og derfor er han anbefalinger lagt til grunn i behandlingsvalgene.

## 4. Presentasjon av forskning

I denne delen presenteres den aktuelle forskningen om akupunktur for depresjon som ligger til grunn for diskusjonsdelen. To randomiserte kontrollerte studier og to systematiske gjennomganger er valgt ut til denne oppgaven.

Tabell 4.1. En sammenligning av forskningsartiklene.

Forfatter og år for publisering	Allen JJR, Schnyder RN, Hitt SK 1998	Allen JJB et al 2006	Smith CA, Hay PPJ, MacPherson H 2010	Ernst E, Lee MS, Choi T-Y 2011
Studiens tittel	The efficacy of acupuncture in the treatment of major depression in women	Acupuncture for depression: a randomized controlled trial.	Acupuncture for depression (review)	Acupuncture for depression?: A systematic review of systematic reviews
Design	RCT Double blind	RCT Double blind	Cochrane collaboration review	Systematic review
Formål	Effekten av akupunktur for depresjon hos kvinner	Effekten av akupunktur for depresjon	Effekten av akupunktur på depresjon	Effekten av akupunktur på depresjon
Utvalg	38 kvinner med påvist depresjon gjennom DSM-IV og HRSD	151 personer med påvist depresjon gjennom DSM-IV og HRSD	30 RCT om akupunktur for depresjon	8 systematiske gjennomganger som inneholdt mellom 7-30 RCT
Frafall	5 kvinner trakk seg (13%)	42 personer trakk seg (28%)	Ikke relevant	Ikke relevant
Inklusjons-kriterier	møtte kriteriene i DSM-IV og HRSD	møtte kriteriene i DSM-IV og HRSD	RCT	Inneholde minst 2 RCT
Eksklusjons-kriterier	1)Dystymi eller kronisk depresjon, 2)Axis I diagnose ved siden av depresjon, 3)avhengighet(rus eller annen form), 4)følger nåværende behandling, 5)endokrine avvik, 6)tidligere SNS skade eller annen medisinsk tilstand som kan forårsake depresjon, 7)suicidal i behov for behandling, 8)graviditet	1)Dystymi eller kronisk depresjon (>2år), 2)sesong relatert depresjon, 3)Axis I diagnose ved siden av depresjon eller Axis II klasse B lidelser, 4)historie av psykose eller mani, 5)rusmisbruk eller annen avhengighet de siste 4 månedene, 6)deltager i nåværende behandling, 7)endokrine avvik (eks. hypotyreose), 8)tidligere sentral nerve system skade (anfall, hjerneskade eller nevrologisk sykdom) 9)medisinsk tilstand eller behandling som kan forårsake	1)forskjellene i metodisk kvalitet på holdbarheten av resultatene, som å utelate studier hvor det er uklart om fordeling er tilfeldig, 2)forsøk med et frafall på mer enn 20 prosent	Definisjonen på systematisk gjennomgang betød at artikkelen inneholdt en klar metode som kunne etterprøves når det gjaldt søk av forskningslitteratur, og inklusjons og eksklusjonskriterier som var klare og kunne gjentas. Hver av de åtte systematiske gjennomgangene måtte omhandle effekten av akupunktur behandling for depresjon og inneholde resultater fra minst to randomiserte kontrollerte studier for å bli inkludert i

		depresjon, 10)suicidal i behov for akutt behandling eller selvmordsforsøk det siste året, 11)graviditet		studien
Resultater	50% av kvinnene i den spesifikke behandlings gruppen ble kvitt sin depresjon, mens 64 % av alle kvinnene ble friske etter 16 uker.	22% av personene i den spesifikke gruppen fikk effekt etter 8 uker, mens 16% ble kvitt depresjonen. Etter 16 uker hadde 50% av alle deltagerne opplevd en effekt, men 39% ble kvitt depresjonen.	I to små studier reduserte akupunktur graden av depresjon i forhold til venteliste kontroll (P=0.68), og en studie som sammenlignet akupunktur med sham-akupunktur fant at depresjonene ble redusert (P=0.01). En studie fant reduksjon i graden av depresjon ved bruk av laser akupunktur sammenlignet med sham-laser (P=0.22). En liten studie som sammenlignet akupunktur sammen med sertraline (venlafaxine/mirtazapine) mot bare medikamentell behandling fant en reduksjon i graden av depresjon (P=0.00092). De fleste studiene som sammenlignet medikamentell behandling med akupunktur fant ingen forskjell mellom gruppene.	Av de åtte systematiske gjennomgangene ble det konkludert med positive resultater for akupunktur som intervensjon for depresjon i fem. Av de 71 primærstudiene rapporterte 37 en positiv effekt av akupunktur, 25 studier viste en effekt lik medikamentell behandling, mens ni studier ikke viste noen effekt av akupunktur.

#### 4.1. Allen, JJB et al (1998); The effectiveness of acupuncture in the treatment of major depression in women.

Den første forskningsartikkelen som presenteres er av Allen JJB, Schnyder RN og Hitt SK (1998). Den er en randomisert kontrollert studie om effekten av akupunktur mot depresjon hos kvinner. Studien ble gjennomført i Arizona i løpet av 1997, og ble publisert i Psychological Science i september 1998.

Rekrutteringen av forsøkspersonene skjedde via avisannonser for behandling av depresjon, uten informasjon om at akupunktur var behandlingsform. Inklusjonskriteriet for deltagelse i studiet var diagnosen depresjon etter DSM-IV standarden, mens eksklusjonskriteriene var: 1) Dystymi eller kronisk depresjon, 2) Axis I diagnose (major depressive episode, schizophrenic episode, panic attack, etc.) ved siden av depresjon, 3) rusmisbruk eller annen avhengighet, 4) deltager i nåværende behandling, 5) endokrine avvik, 6) tidligere sentral nerve system skade eller annen medisinsk tilstand som kan forårsake depresjon, 7) suicidal i behov for akutt behandling, 8) graviditet. 38 kvinner ble inkludert i studien, hvorav 33 fullførte, det vil si et frafall på 13 prosent. Alle de 38 kvinnene ble diagnostisert med mild til moderat depresjon. Av 38 kvinner rapporterte 82 prosent å ha mottatt psykoterapi tidligere, 53 prosent hadde prøvd antidepressive medikamenter, mens 11 prosent ikke hadde mottatt behandling tidligere. 95 prosent av pasientene rapporterte at ett eller flere familiemedlemmer også var rammet av depresjon.

Studien er en randomisert kontrollert studie hvor pasientene var blindet til å tro at behandlingen de fikk var for depresjon. Samtidig ble de behandlende akupunktørene ”blindet” til å tro de ga en ekte behandling etter forskjellige behandlingsprinsipper, ettersom punktene som ble brukt i begge gruppene er valide akupunkturpunkter. Forsøkspersonene ble fordelt i tre intervensjonsgrupper: 1) SPEC (spesifikk intervensjon med individuelt tilpasset akupunktur behandling for depresjon), 2) NONSPEC (u-spesifikk intervensjon med akupunkturbehandling for andre lidelser, eks. korsryggssmerter, men spesifikt ikke depresjonsbehandling), 3) venteliste (ingen behandling), de første 8 ukene. Etter 8 uker fikk alle deltagerne spesifikk individuelt tilpasset akupunkturbehandling for depresjon i 8 uker.

50 prosent av kvinnene i gruppe 1 opplevde en fullstendig tilbakegang av depresjonssymptomene etter 8 uker, mens etter 16 uker opplevde 64 prosent av kvinnene i alle gruppene en fullstendig tilbakegang.

Resultatene i denne lille studien antyder at akupunktur kan gi betydelig symptomlindring ved depresjon, på nivå med det psykoterapi og medikamentell behandling har vist seg å gi.

#### **4.1.1. Kvaliteten ifølge stricta**

Kvaliteten på forskningsartiklene inkludert i denne oppgaven er fra moderat til høy. Den tidligste studien gjennomført av Allen, JJB et al (1998) er en liten studie som kun har kvinnelige deltagere. Dette gjør at resultatene er noe ensidige og resultatene kan være noe misledende. Denne artikkelen har allikevel en etterprøvbar metode og er en blindet randomisert kontrollert studie. Det kan imidlertid stilles spørsmål til blindingen av akupunktørene i denne studien, og totalt anses kvaliteten på studien som moderat.

## **4.2. Allen, JJB et al (2006); Acupuncture for depression: a randomized controlled trial.**

Allen JJB, Schnyder RN, Chambers AS, Hitt SK, Moreno FA og Manber R fra 2006, er også en randomisert kontrollert studie om effekten av akupunktur for depresjon. Studien ble gjennomført i Arizona, USA, fra februar 1998 til april 2002, og publisert i Journal of Clinical Psychiatry i

november 2006.

Rekrutteringen av forsøkspersonene ble gjennomført på samme måte som forrige artikkel gjennom avisannonser fra mars 1998 til januar 2002. 2965 personer meldte seg, men enkelte trakk seg ved informasjon om akupunktur som intervensjon. Inklusjonskriteriet i studiet var diagnosen depresjon etter HAM-D, SCID og SCID II standardene, mens eksklusjonskriteriene var: 1) Dystymi eller kronisk depresjon (>2år), 2) sesong relatert depresjon, 3) Axis I diagnose ved siden av depresjon eller Axis II lidelser (paranoid personlighetsforstyrrelse, schizofren personlighetsforstyrrelse, etc.), 4) historie av psykose eller mani, 5) rusmisbruk eller annen avhengighet de siste 4 månedene, 6) deltager i nåværende behandling, 7) endokrine avvik (eks. hypotyreose), 8) tidligere sentralnervesystem skade (anfall, hjerneskade eller nevrologisk sykdom) 9) medisinsk tilstand eller behandling som kan forårsake depresjon, 10) suicidal i behov for akutt behandling eller selvmordsforsøk det siste året, 11) graviditet.

151 personer ble inkludert i studien, fordelt på 105 kvinner og 47 menn. 20 personer (13 prosent) fullførte ikke de første 8 ukene, og det totale frafallet etter 16 uker var 42 personer (28 prosent).

Studiedesignet tilsvarer designet for den tidligere studien hvor forsøkspersonene ble fordelt i tre intervensjonsgrupper første 8 ukene, og etter 8 uker fikk alle individuelt tilpasset akupunkturbehandling. Forsøkspersonene er blindet ved at alle fikk akupunkturbehandling. Akupunktørene var forsøkt ”blindet” ved at de gjennomførte adekvat akupunkturbehandling, uten kunnskap om studiens hypotese eller forklaring for valgt intervensjon. Det er en svakhet i dette siden akupunktørene kan ha fått mistanke om forskjellen i intervensjonene for de forskjellige forsøkspersonene. Dette er grunnen til at det ikke kan sies å være en dobbel blindet studie.

22 prosent av personene i den spesifikke intervensjonsgruppen fikk effekt etter 8 uker, mens 16 prosent ble kvitt depresjonen. Etter 16 uker hadde 50 prosent av alle deltagerne opplevd en effekt, men 39 prosent ble kvitt depresjonen.

Resultatene som kommer frem i studien klarer støtter ikke opp under akupunktur som selvstendig behandling for depresjon.

#### **4.2.1. Kvaliteten ifølge stricta**

Den andre artikkelen til Allen, JBB et al (2006) er en større studie enn den første, men forsøksgruppen er likevel liten. Artikkelen er en randomisert kontrollert studie og har en etterprøvbar metode, deltagerne er tilfeldig fordelt og inkluderer både kvinner og menn. Det er en dobbel blind studie hvor deltagerne er blindet, men som i den forrige studien kan det stilles spørsmål til om akupunktørene som utfører behandlingen er fullstendig blindet. Dette gjør at studien ikke kan nå høyere enn moderat kvalitet.

### **4.3. Smith, CA et al (2010); Acupuncture for depression (review).**

Den tredje artikkelen som presenteres er av Smith CA, Hay PPJ og MacPherson H (2010). Dette er en systematisk gjennomgang av alle randomiserte kontrollerte studier gjort om effekten av akupunktur for depresjon frem til desember 2008. Artikkelen ble publisert i The Cochrane Library 2010, Issue 1.

Målet med artikkelen er 1) å finne ut om akupunktur er en mer effektiv behandlingsform enn sham-akupunktur eller ingen behandling for depresjon og livskvalitet, 2) å evaluere effekten av akupunkturbehandling mot standardisert behandling (medikamenter og psykoterapi) for depresjon og livskvalitet, 3) å avgjøre om de uønskede bivirkninger er like store for akupunktur sammenlignet med sham-akupunktur, ingen behandling og standardisert behandling. 30 randomiserte kontrollerte studier om akupunktur for depresjon ble inkludert i den systematiske gjennomgangen. Inklusjonskriteriet var alle publiserte og upubliserte randomiserte kontrollerte studier som sammenlignet akupunktur med sham-akupunktur, ingen behandling, farmakologi behandling, psykoterapi og standardisert behandling. Intervensjonsmetodene som ble inkludert var akupunktur, elektroakupunktur eller laserakupunktur. Forsøkspersonene som ble inkludert var voksne menn og kvinner med diagnosen depresjon definert ved bruk av DSM-IV, RDC, ICD eller CCMD-3-R. Eksklusjonskriteriene var basert på 1) forskjellene i metodisk kvalitet på holdbarheten av resultatene, som å utelate studier hvor det er uklart om fordeling er tilfeldig, og 2) forsøk med et frafall på mer enn 20 prosent.

Studiedesignet er en systematisk gjennomgang av tilgjengelig forskning på temaet akupunktur og depresjon, gjennom søk i åtte forskjellige databaser, ved bruk av søkeordene: depression, depressive disorder, dysthymic og acupuncture. På første søk fikk forfatterne 23 000 treff, som etter gjennomgang av sammendrag og utvelgelse av randomiserte kontrollerte studier ble redusert til 30 artikler. Kinesiske studier ble oversatt, og ved tilfeller hvor studiene var mangelfulle ble studiens forfatter kontaktet for tilleggsinformasjon eller en avklaring av data. Risikoen for ensidige resultater i studiene ble vurdert for hver enkelt artikkel. Tre forfattere gjennomgikk alle forskningsmaterialene individuelt og resultatene ble satt sammen i denne gjennomgangen.

I to mindre studier reduserte akupunktur graden av depresjon i forhold til venteliste (ingen intervensjon) ( $P=0.68$ ), og en studie som sammenlignet akupunktur med sham-akupunktur fant reduksjon i depresjonene ( $P=0.01$ ). En liten studie som sammenlignet akupunkturbehandling og sertraline (venlafaxine/mirtazepine) med bare medikamentbehandling fant reduksjon i graden av depresjon ( $P=0.00092$ ). De fleste studiene som sammenlignet medikamentbehandling med akupunktur fant ingen forskjell mellom gruppene. Det ser ut som akupunktur virker like godt som medikamentbehandling i å redusere graden av depresjon, men det er foreløpig for få resultater til å bevise at akupunktur virker bedre en sham-akupunktur eller uspesifikk akupunktur.

Artikkelen konkluderer med at resultatene er utilstrekkelige til å bekrefte om akupunktur er en mer effektiv behandlingsform enn de øvrige behandlingsmetodene. Det kan heller ikke bekreftes om akupunktur i kombinasjon med standardisert behandling kan gi ytterligere fordeler.

#### **4.3.1. Kvaliteten ifølge stricta**

Denne systematiske gjennomgangen er av høy kvalitet. Metoden er etterprøvable og gjennomgangen av primær studiene er nøye gjennomført. Artikkelen er kritisk til tidligere forskning, spesielt skjevheten av de gjennomgående positive forskningsresultatene fra Kina. Det stilles spørsmål til om resultatene i Kinesiske studier kan være påvirket siden de samme resultatene ikke foreligger på verdensbasis.

#### **4.4. Ernst, E et al (2011); Acupuncture for depression?: A systematic review of systematic reviews.**

Siste artikkel er av Ernst E, Lee MS og Choi T-Y (2011), og er en systematisk gjennomgang. Den evaluerer tidligere systematiske gjennomganger om effekten av akupunktur for depresjon for å tilrettelegge for gode kliniske avgjørelser. Artikkelen ble publisert i *Evaluation & The Health Professionals* i 2011.

Studiedesignet på artikkelen er en systematisk gjennomgang, og det ble gjennomført søk i tretten elektroniske databaser for å finne relevante artikler. De systematiske gjennomgangene og alle primærstudiene de var basert på ble trukket frem for individuell gjennomgang hos de to forfatterne.

I tråd med systematisk gjennomganger inneholdt artikkelen en tydelig etterprøvbar metode med hensyn til søk i forskningslitteratur og inklusjons- og eksklusjonskriterier. Åtte systematiske gjennomganger som inneholdt mellom 7 og 30 randomiserte kontrollerte studier ble inkludert. I tillegg til de åtte systematiske gjennomgangene ble 71 primærstudier også gjennomgått. Hver av de åtte systematiske gjennomgangene måtte omhandle effekten av akupunkturbehandling for depresjon og inneholde resultater fra minst to randomiserte kontrollerte studier for å bli inkludert. Av de 71 primærstudiene testet 12 akupunktur mot sham-akupunktur, 54 akupunktur mot medikamenter, og 5 akupunktur mot venteliste eller ingen behandling. Av de 71 primærstudiene rapporterte 37 en positiv effekt av akupunktur, 25 viste en effekt lik medikamentell behandling, mens ni ikke viste noen effekt av akupunktur. Kvaliteten på studiene var varierende og bare 9 studier holdt høy kvalitet. 34 studier viste moderat kvalitet og 28 studier viste lav kvalitet. Av 64 studier gjennomført i Kina rapporterte kun seks negative resultater.

Av de åtte systematiske gjennomgangene ble det konkludert med positive resultater for akupunktur som intervensjon for depresjon i fem. Alle de fem positive systematiske gjennomgangene ble gjennomført i Kina i likhet med alle de positive primærstudiene. Ingen av studiene som ble gjennomført utenfor Kina har konkludert med positive resultater.

Artikkelen kommer frem til at effekten av akupunktur for depresjon foreløpig ikke kan bevises ved forskning, og effekten kan heller ikke skille akupunkturbehandling fra placebo.

##### **4.4.1. Kvaliteten ifølge stricta**

Denne systematiske gjennomgangen er også av høy kvalitet. Metoden er etterprøvbar, gjennomgangen av primær studiene er nøye gjennomført, og det er gjort en grundig gjennomgangen av de utvalgte systematiske gjennomgangene. Denne artikkelen er også kritisk til den tidligere forskningen, hvor brorparten av kinesisk forskning viser til positive resultater av akupunktur som intervensjon for depresjon. Denne skjevheten i forskningsresultatene fra Kina stiller spørsmål til om resultatene er forutinntatt og partisk påvirket, spesielt siden de samme resultatene ikke foreligger på verdensbasis.

## 4.5. Resultat av forskning

Resultatet av forskningen antyder at akupunktur gir symptomlindring hos personer med depresjon på lik linje med medikamentell behandling, men resultatene fra forskningen er få og av for lav kvalitet til å vise at akupunktur gir en bedre effekt mot depresjon enn sham-akupunktur og standardisert behandling. Det ettersøkes mer god forskning på emnet.



## 5. Diskusjon

I gjeldende kapittel drøftes teorien og forskningen om akupunktur for depresjon i lys av problemstillingen for oppgaven. Diskusjonen gjennomføres i fire deler hvorav TKM litteraturen og forskningen drøftes i henholdsvis første og andre del. Deretter settes forskningen opp mot TKM litteraturen i del fire. I siste del sammenlignes TKM behandling med vestlig behandling.

### 5.1. TKM litteraturen

Alle forfatterne utdyper teorien om depresjon i TKM, men litteraturen gir få direkte referanser om behandling av syndromene for depresjon. Maciocia (2004,2006,2008,2009) gir mest utdypende teoretiske forklaringer og detaljerte behandlingsplaner for de forskjellige syndromene i TKM. Dette kan skyldes at forfattere som Rossi (2007) fordyper seg mer i syndromer som involverer Shen, og mer alvorlige maniske depresjoner, som ikke vurderes i denne oppgaven. Rochat de la Vallée (1989,1992,1996,1998) gir få spesifikke behandlingsplaner, men skriver om teorien bak syndromene for LR stagnasjon. Hammer (2005) skriver utfyllende om depresjon fra en psykologs perspektiv, men har få referanser til TKM behandling.

Emosjonelle belastninger kan beskrives som undertrykt sinne, eksempelvis frustrasjon, misunnelse og bitterhet, og er i følge Maciocia (2009) årsaken til en LR-Qi stagnasjon. Dette bekreftes av Rochat de la Vallée (1996) som uttaler: "Anger, which is the natural movement of the Liver, is also its weak point, and can injure it" (Rochat de la Vallée, 1996:58). Maciocia understreker at en LR-Qi stagnasjon som blir undertrykt over tid fører til en depresjon.

Emosjoner er et uttrykk for Qi, og når flyten av Qi stopper opp dannes unormale følelser. LR styrer dermed emosjonene (Rochat de la Vallée, 1992). Som prinsipp for behandling er det viktig å fremme fri flyt av LR og nære LR og derfor er LR3 et godt punkt. GV20, som er møtepunkt med LR hovedmeridianen, og et punkt som styrker den oppadgående Qi bevegelsen foreslås også. Sirkulasjonen av Qi påvirkes når LR er i ubalanse (Hammer, 2005) derfor er CV17 et viktig punkt. Det er spesialpunkt for Qi, styrker og regulerer Qi, åpner thorax og løser i tillegg Phlegm.

Hun er det mentale aspektet koblet til LR organet og skal være i en naturlig bevegelse om dagen, og tilsvarende ankres til LR-blod om natten (Rossi 2007). En LR-Qi stagnasjon forårsaker depresjon ved å hindre Hun i å komme og gå som den vil. Dette fører til at personen kan oppleve en manglende evne til å få ideer, sette seg mål, mister inspirasjonen og en mangel på retning i livet (Maciocia 2008). For emosjoner anbefales PC6, og BL47 som regulerer LR-Qi og har spesiell effekt på Hun.

LR-Qi stagnasjon kan også fremstå med Qi-Phlegm og er da et resultat av at LR-Qi står stagnert over tid og hindrer fri flyt av Qi i San Jiao (TE) (Maciocia, 2009). Dette fører til at Qi ikke beveger seg fritt i TE som påvirker metabolismen av væsker og Phlegm dannes (Hammer, 2005). For å fjerne Phlegm foreslås punktene ST40, GB34 og SP9, fordi disse løser Phlegm og fjerner damp, spesielt i LR og GB meridianene.

En LR-Qi stagnasjonen skaper Hete når den står over tid. Hvis det tæres på LR over tid vil den til slutt ikke ha nok næring til å opprettholde den fri flyten og danner i disse tilfellene Hete (Hammer, 2005). For Hete foreslås punktene Taiyang, GB43 og LI11 fordi disse punktene kjøler kroppen, og spesielt i GB meridianen.

Akupunkturbehandling i TKM er individuelt tilpasset for å øke effekten i hvert enkelt tilfelle, og har vist effekt på depresjon i klinisk praksis.

## 5.2. Forskningen

Forut for innsamlingen av relevant forskning var oppfatningen at det allerede eksisterte omfattende forskningsresultater for temaet depresjon og akupunktur. Derfor var det uventet å finne så lite relevant forskning på feltet både nasjonalt og internasjonalt. Funnene i forskningen som ble innhentet var også overraskende lite detaljert om behandlingsmuligheter og preget av begrensede resultater innenfor vestlig forskning. En mulig forklaring på dette er at akupunktur i store deler av verden er mindre vanlig som behandlingsform. Dette kan føre til at mange er kritiske til en positiv effekt av akupunktur, og enkelte vil heller ty til en bortforklaring av mulige effekter.

Det kommer frem av forskningsartiklene at det eksisterer en geografisk skjevfordeling av forskningsresultater, ettersom de fleste publikasjonene kommer fra Kina. Ifølge Ernst E et al (2011) har ingen av studiene som ble gjennomført utenfor Kina konkludert med positive resultater, mens positive resultater florerer i kinesiske studier. Akupunktur er anerkjent i Kina og tilbys som primær behandling selv på sykehusene. Dette kan være en mulig forklaring på antallet positive forskningsresultater der, samtidig som at forskningsmulighetene er større. Den psykologiske (placebo) effekten av å tro på behandlingen, bidrar også til mindre tvil om effekten. Man kan stille spørsmål om forskningen i Kina er objektiv nok med tanke på akupunktorens forankring i kulturen. Kanskje favoriseres positive forskningsresultater der på samme måte som negative forskningsresultater tydeliggjøres i den vestlige verden. Det kan også forekomme underreportering av frafall, og man kan ikke utelukke at det ligger økonomiske, politiske eller personlige formål bak forskningen. Flere av forfatterne (Smith CA et al, 2010; Ernst E et al, 2011) stiller seg kritiske til forskningen som er gjort i Kina, fordi den er noe urimelig positiv i forhold til annen forskning.

Mye kinesisk forskning kan være av tilstrekkelig kvalitet og validitet, men overvekten av positive resultater gjør det vanskelig å forholde seg ukritisk til forskningsresultatene fra Kina. På grunn av manglende kinesiske språkkunnskaper og få oversatte artikler har det ikke vært mulig å bedømme kvaliteten og validiteten i den kinesiske forskningen.

Basert på forskningen er det vanskelig å fastslå om akupunktur kan redusere symptomer for mild depresjon.

## 5.3. Forskning i forhold til TKM-teori

Forskningsartiklene gir få svar på hva slags akupunkturbehandling som gir resultater for

depresjon. I TKM behandles ikke depresjon som en sykdom men som et av symptomene til forskjellige syndromer. Noe av forskningen har allikevel fokusert på forhåndsutvalgte punkter, uten krav til individuell tilpasning til behandlingen (Smith CA et al, 2010; Ernst E et al, 2011). I følge TKM-teorien er det for øvrig ønskelig med individuelt tilpasset behandling.

De randomiserte kontrollerte studiene tar utgangspunkt i individuell behandling for hver enkelt deltager. En slik differensiering vil i følge TKM gi best mulig effekt av behandlingen. For å kunne vurdere samsvar i utformingen av den differensierte behandlingen må man ha innsyn i detaljene for behandlingen. Slike detaljer kommer ikke frem i forskningsartiklene, og resultatene viser derfor ikke hvilke syndromer de forskjellige forsøkspersonene har mottatt behandling for eller hvilke punktkombinasjoner som er brukt i hvert enkelt tilfelle.

I forbindelse med en sammenligning er det problematisk at den forskningen som følger TKM prinsippene for individuell differensiering ikke kan vise til overbevisende resultater. I tillegg fører behandling gjennom individuell differensiering til at det er vanskelig å sammenligne studier, og det er krevende å etterprøve resultatene av slike studier. Dette gjør det også vanskelig å vurdere om akupunkturbehandlingen kan redusere symptomene av mild depresjon.

#### **5.4. TKM behandling sammenlignet med vestlig behandling**

Mild depresjon behandles i vestlig medisin med psykoterapi, mens i TKM brukes samtalen i kombinasjon med nålebehandling. I vestlig medisin er selve samtalen behandlingen, og det finnes flere former for samtaleterapi. Den vanligste formen legger vekt på å drøfte aktuelle konflikter eller problemer med sin behandler. Forsoningsarbeid kan være viktig, og mange opplever det som en vanskelig prosess. En annen form for psykoterapi er kognitiv terapi. Her får pasienten oppgaver, som å konsentrere seg om de positive sidene ved seg selv, og å tenke optimistisk om seg selv i fremtiden. Målet med samtalen er å snakke om vanskelige problemstillinger, for å hjelpe personen til å finne egne løsninger. Fordelen med samtaleterapien er at personen bevisstgjøres og oppmuntres til å løse problemene ved hjelp av teknikker eller en terapeut. Ulempen med denne formen for terapi kan være den psykiske påkjenning av å gå til psykolog, grunnet tabu ved å ha behov for psykisk hjelp.

I TKM er målet med samtalen å finne eventuelle ubalanser i kroppen, og ut i fra dette gi akupunkturbehandling for å rette opp i ubalanser. Samtalen med akupunktøren bærer preg av å få råd og veiledning, eksempelvis kostholds- og livsstilsråd. Dessuten kan det under første samtale med akupunktøren skapes tillit ved at tabubelagte temaer, som kroppslige plager og følelsesmessige tilstander, tas opp. Dette gjøres for å kunne stille den individuelle diagnosen før behandling starter. Det kan dermed gjøre det lettere å kommunisere om emosjonelle tilstander senere i behandlingsforløpet. Samtalen underveis i behandlingen kan derfor sammenlignes med samtaleterapi. Fordelen med denne formen for behandling er at nålebehandlingen ofte kan rette opp i psykiske ubalanser, samtidig som pasienten får en form for samtaleterapi uten de følelsesmessige påkjenninger som forbindes med psykoterapi. Ulempen med akupunkturbehandling er nålestikkene, som noen assosierer med smerter og ubehag. En erfaren akupunktør vil kunne gi behandling tilnærmet fri for plager.

Det er her snakk om to forskjellige typer samtaler, hvor samtalen i vestlig medisin er mer behandlingsrettet, mens samtalen i TKM er bakgrunn for informasjonsinnhenting for å utføre en akupunkturbehandling. Litt ut i behandlingsforløpet er samtalen i TKM og samtaleterapien fra vestlig medisin sammenlignbare.

## 6. Konklusjon

Mild depresjon erfares av veldig mange, og i vestlig medisin behandles dette med samtalerapi. I TKM beskrives depresjon som Yu Zheng, en stagnasjon, som i hovedsak starter i LR organet og forårsaker forstyrrelser i den frie flyten av Qi, bevegelsen til det mentale aspektet Hun og produksjonen av Phlegm og Hete.

Behandlingen av depresjon i vestlig medisin og TKM har begge fordeler og ulemper. En fordel med psykoterapi er pasientens egen involvering i prosessen, mens en ulempe kan være påkjenningen av å ha behov for psykisk hjelp. Fordelen med TKM er at pasienten får en akupunkturbehandling for å balansere kroppen, samtidig som de har muligheten til å snakke med en fortrolig behandler, uten den psykiske påkjenningen av å motta psykisk hjelp. Det er få bivirkninger av akupunkturbehandling. Ulempen er at nåler assosieres med ubehag.

Forskningen konkluderer imidlertid med at det finnes for få studier med høy kvalitet til å kunne anbefale akupunkturbehandling for depresjon. Samtidig viser forskningen at akupunktur kan gi symptomlindring på lik linje med medikamentell behandling. Det er ytterligere behov for forskning på temaet akupunktur for depresjon. Hvis det kunne forskes mer på individuelt tilpasset akupunkturbehandling, hvor kombinasjonen av flere intervensjoner innenfor TKM brukes, kan resultatene være interessant å sammenligne med konvensjonell vestlig behandling for depresjon.

## Litteraturliste

Allen JJB, Schnyer RN, Hitt SK (1998). <i>The efficacy of acupuncture in the treatment of major depression in women</i> . Psychological Science 1998; 9(5):397-401.
Allen, JJB et al (2006). <i>Acupuncture for depression: a randomized controlled trial</i> . J Clin Psychiatry 2006;67:1665-1673
Anderson, DM et al (2003). <i>Dorland's illustrated medical dictionary</i> . 30th Edition Philadelphia: Saunders.
Chen, Y-F et al (2009). <i>Effects of acupuncture treatment on depression insomnia: a study protocol of a multicenter randomized controlled trial</i> . Trials 2013;14:2
Ching, N (2005). <i>Akupunktur i sygdomsbehandling</i> . 1. utg. København: Forlaget Klitrosen
Eberhard-Gran M (2003). <i>Depression in women with focus on the postpartum period</i> . Doktoravhandling, Universitetet i Oslo.
Eberhard-Gran M, Slinning K, Rognerud M (2014). <i>Screening for barseldepresjon – en kunnskapsoppsummering</i> . Tidsskrift for Den norske Legeforening 2014; 3(134):297-301.
Ernst E, Lee MS, Choi T-Y (2011). <i>Acupuncture for Depression?: A systematic review of systematic reviews</i> . Education and the Health Professions 2011; 34(4):403-412.
Feiring E (2007). <i>Angst og depresjon underdiagnostiseres</i> . Tidsskrift for Den norske Legeforening 2007;4(127):406.
Folkehelseinstituttet (2013). <i>Om tvillinger og tvillingforskning</i> . <a href="http://www.fhi.no/studier/tvillingstudier-nasjonalt-tvillingregister/om-tvillingforskning">http://www.fhi.no/studier/tvillingstudier-nasjonalt-tvillingregister/om-tvillingforskning</a> (lest 22.mars 2015)
Folkehelse rapporten (2014). <i>Selv mord og selvmordsforsøk i Norge</i> . <a href="http://www.fhi.no/artikler/?id=110540">http://www.fhi.no/artikler/?id=110540</a> (lest 22.mars 2015)
Grøholt, B (2011). <i>Medikamentell behandling av depresjon hos barn og ungdom</i> . Tidsskrift for Den norske Legeforening 2011; 22(131):2243-2245.
Hammer L (2015). <i>Biography</i> . <a href="http://www.dragonrises.edu/leon-hammer/">http://www.dragonrises.edu/leon-hammer/</a> (lest 16.mars 2015)
Hammer, L (2005). <i>Dragon Rises, Red Birds Flies</i> . Revised edition Seattle: Eastland Press.
Hegna K (2001). <i>Høyere forekomst av selvmordsforsøk blant homofile ungdommer?</i> Tidsskrift for Den norske Legeforening 2001; 9(121):1100-1102.
Hem, E (2002). <i>Betydelig placeboeffekt ved depresjon</i> . Tidsskrift for Den norske Legeforening 2002; 16(122):1606.
Jacobsen, G (2006). <i>Nyttig tilleggsbehandling ved depresjon</i> . Tidsskrift for Den norske Legeforening 2006;13-14(126):1721.
Kjølseth I, Ekeberg Ø, Teige B (2002). <i>Selv mord blant eldre i Norge</i> . Tidsskrift for Den norske Legeforening 2002; 15(122):1457-1461.
Kringlen, E (1999). <i>Depresjon</i> . 2.utg. Stavanger: Stiftelsen Psykiatrisk opplysning.
Kumar, R (2011). <i>Research methodology: a step-by-step guide for beginners</i> . 3.utg London: Sage Publications Ltd.

Liangyue, D. Jiuling, Y. et al (1987). <i>Acupuncture and Moxibustion</i> . 10.utg Beijing: Foreign Language Press.
Maciocia, G (2015). <i>Biography</i> . <a href="http://www.giovanni-maciocia.com/biography/default.html">http://www.giovanni-maciocia.com/biography/default.html</a> (lest 16.mars 2015)
Maciocia, G (2004). <i>Diagnosis in Chinese Medicine</i> . 1. utg. London: Churchill Livingstone.
Maciocia, G (2005). <i>The Foundations of Chinese Medicine</i> . 2. utg. London: Churchill Livingstone.
Maciocia, G (2006). <i>The Channels og Acupuncture</i> . 3. utg. London: Churchill Livingstone.
Maciocia, G (2008). <i>The Practice of Chinese Medicine</i> . 2.utg. London: Churchill Livingstone.
Maciocia, G (2009). <i>The Psyche in Chinese Medisine</i> . 4.utg London: Churchill Livingstone.
Magee, D J (2002). <i>Orthopedic physical Assessment</i> . 4. utg. Philladelphia: Saunders.
Mukaino, Y et al (2005). <i>The effectiveness of acupuncture for depression – a systematic review of randomised controlled trials</i> . <i>Acupuncture in medicine</i> 2005; 23(2):70-76.
Møller, F (2006). <i>Meridianforløpene i Tradisjonell Kinesisk Medisin</i> . 1. utg. Oslo: Lobo Media AS
Møller, F (2008). <i>Akupunkturpunkter i Tradisjonell Kinesisk Medisin</i> . 4. utg. Oslo: Lobo Media AS
Norsk Helseinformatikk (NHI) (2013) <i>Depresjon</i> <a href="http://nhi.no/sykdommer/psykisk-helse/depresjon/depresjon-forekomst-91116.html?page=all">http://nhi.no/sykdommer/psykisk-helse/depresjon/depresjon-forekomst-91116.html?page=all</a> (lest 10.juni 2013)
Psychology today (1999). <i>Pin down depression</i> . <a href="https://www.psychologytoday.com/articles/199909/pin-down-depression">https://www.psychologytoday.com/articles/199909/pin-down-depression</a> (lest 16.mars 2015)
Rochat de la Vallée, E (1989). <i>The Lung</i> . 1. utg. London: Monkey Press.
Rochat de la Vallée, E (1992). <i>Chinese medicine from the classics: The Liver</i> . 3. utg. London: Monkey Press.
Rochat de la Vallée, E (1995). <i>Rooted in Spirit</i> . 1. utg. New York: Station Hill Press.
Rochat de la Vallée, E (1996). <i>Chinese medicine from the classics: The Seven Emotions</i> . 1. utg. London: Monkey Press.
Rochat de la Vallée, E (2015). <i>Biography</i> . <a href="http://www.elisabeth-rochat.com/biography.html">http://www.elisabeth-rochat.com/biography.html</a> (lest 16.mars 2015)
Rosenvinge BH, Rosenvinge JH (2003). <i>Forekomst av depresjon hos eldre – systematisk oversikt over 55 prevalensstudier fra 1990-2001</i> . <i>Tidsskrift for Den norske Legeforening</i> 2003; 7(123):928-929.
Rossi, E (2007). <i>Shen: Psycho-Emotional Aspects og Chinese Medicine</i> . 2.utg. London: Churchill Livingstone.
Rossi, E (20159). <i>Biography</i> . <a href="http://www.elisarossi.info/English%20Home%20Page.htm">http://www.elisarossi.info/English%20Home%20Page.htm</a> (lest 16.mars 2015)
Ruset, A (2005). <i>Depresjon i sjukheimar – diagnostikk og behandling</i> . <i>Tidsskrift for Den norske Legeforening</i> 2005; 13-14(125):1841-1843.

Schnyer RS, Allen JJB (2005). <i>Acupuncture in the treatment of depression: A manual for practice and research</i> . 2. utg. London: Churchill Livingstone
Schroer, S et al (2009). <i>Designing an RCT of acupuncture for depression – identifying appropriate patient groups: a qualitative study</i> . Family Practice 2009;26:188-195.
Schroer, S og MacPherson, H (2009). <i>Acupuncture, or non-directive counselling versus usual care for the treatment of depression: a pilot study</i> . Trials 2009;10:3.
Silverman, D (2010). <i>Doing qualitative research</i> . 3.utg. Lomdon, Sage Publications Ltd.
Smith, CA et al (2010). <i>Acupuncture for depression (Review)</i> . The Cochrane Library 2010, Issue 1.
Stordal, E (2005). <i>Aspects of the epidemiology of depressions based on self-rating in a large general health study</i> . Tidsskrift for Den norske legeforening 2005; 12(125):1618.
Store medisinske leksikon (2014). <i>Depresjon</i> . <a href="https://sml.snl.no/depresjon">https://sml.snl.no/depresjon</a> (lest 25. januar 2015)
STRICTA (2010). <i>Checklist</i> . <a href="http://www.stricta.info">http://www.stricta.info</a> (lest 25.januar 2015)
WHO (2003). <i>Acupuncture: review and analysis of controlled clinical trials</i> . <a href="http://www.akupunktur.no/asset/286/1/WHO.pdf">http://www.akupunktur.no/asset/286/1/WHO.pdf</a> (lest 28. Mars 2015)
Yeung, W-F et al (2011). <i>Electroacupuncture for residual insomnia associated with major depressive disorder: a randomized controlled trial</i> . SLEEP 2011;34(6):807-815.
Zhang, Z et al (2012). <i>Dense Cranial Electroacupuncture Stimulation for Major Depressive Disorders – a single-blind, randomized, controlled study</i> . PLoSONE 2012;7(1):e29651.