

### III. PSYCHOTERAPIA

*Zindel V. Segal, Diane K. Whitney, Raymond W. Lam  
oraz CANMAT Depression Work Group*

**Cel:** Kanadyjskie Towarzystwo Psychiatryczne oraz Kanadyjski Zespół ds Leczenia Zaburzeń Nastroju i Lękowych uczestniczyły w tworzeniu klinicznych wskazówek leczenia zaburzeń depresyjnych dla psychiatrów.

**Metoda:** Tworzenie wskazówek było następujące: wychodząc z bazy danych dokonano przeglądu piśmiennictwa. Zastosowano zoperacjonalizowane kryteria oceny jakości wyników badań klinicznych, w rekomendacjach leczenia zawarto uzgodnione opinie klinicystów. Ten rozdział jest jednym z 7 rozdziałów ocenionych przez klinicystów. Tekst został poprawiony i zaakceptowany przez ekspertów krajowych i międzynarodowych.

**Wyniki:** Podano zalecenia dotyczące zastosowania psychoterapii w leczeniu schorzeń depresyjnych. Istnieje wiele dowodów na to, że specyficzne krótkoterminowe formy psychoterapii włącznie z terapią poznawczo-behawioralną (CBT) i terapią interpersonalną (IPT) są skuteczne w leczeniu ostrej fazy. Uważa się również, że terapie grupowe i małżeńska są skuteczne. Dane na temat efektywności psychoterapii w leczeniu podtrzymującym są ograniczone.

**Wnioski:** Psychoterapia jest skuteczną formą leczenia zaburzeń depresyjnych. Pomimo danych na temat skuteczności takiego leczenia, dostęp do niego ciągle jest ograniczony.

#### WSTĘP

Psychoterapia jest profesjonalnym leczeniem psychologicznym zaburzeń psychicznych i behawioralnych, które prowadzi się w więzi terapeutycznej z pacjentem w celu zniesienia istniejących objawów oraz zapobiegania nawrotom nieprawidłowych wzorców zachowań.

Terapię podtrzymującą i edukację (clinical management – CM) omówiono w poprzednim rozdziale. W tym rozdziale będą omawiane specyficzne modele psychoterapii. Wykazano, że różne rodzaje terapii psychologicznej są skuteczne w leczeniu dużej depresji (MDD), a wyniki terapii zależały od posiadanych przez terapeutów kwalifikacji psychoterapeutycznych. Umiejętności te definiowano jako zdolność do zbudowania skutecznego „związku terapeutycznego z pacjentem”, możliwość dokonania właściwej oceny problemów psychologicznych niezależnie od obserwowanych aktualnie objawów, ścisłe kontrolowanie własnych odczuć w procesie leczenia, stworzenie bezpiecznej atmosfery terapeutycznej oraz stosowanie specyficznych interwencji (1).

Psychoterapię w depresji zazwyczaj omawia się w kontekście prowadzenia określonych metod terapeutycznych, z których każda oferuje paletę działań interwencyjnych służących do zwalczania istniejących zaburzeń. Klinicyści w codziennej

praktyce stosują często eklektyczne połączenie strategii różnych metod. Wiąże się to z „rozmywaniem się” strategii odpowiadającej poszczególnym metodom. Zalecenia przedstawione w niniejszej pracy opierają się na dowodach pochodzących z badań naukowych, w których szczególną uwagę zwracano na zachowanie reguł właściwych dla danej metody. Najwięcej danych pochodzi z badań terapii poznawczo-behawioralnej (CBT) oraz terapii interpersonalnej (IPT), chociaż niewielu klinicystów ma kwalifikacje do prowadzenia terapii tymi metodami. Proponowane zasady mogą nie pasować do stosowanych w praktyce kombinacji metod. Wykazano w badaniach skuteczności IPT, że lepsze wyniki osiągnęli doświadczeni terapeuci i to samo, być może, dotyczy CBT. Przeszkolenie w zakresie stosowania metod psychoterapeutycznych jest pilnie potrzebne.

## Ograniczenia metodologiczne

Psychoterapia w przypadku depresji może być przeprowadzana indywidualnie, grupowo lub też w parach i opiera się na kilku modelach określających podłoże i utrwalanie zaburzeń nastroju.. Sposoby leczenia powinny opierać się na najlepszych określonych w praktyce i opisanych w literaturze fachowej standardach i uwzględniać zasady etyczne (2). Do tych zasad odnosimy ocenę skuteczności opartą na danych uzyskanych z opublikowanych badań.

Trudno byłoby znaleźć uzasadnienie dla zalecania psychoterapii metodami nie spełniającymi powyższych kryteriów. Oceny danych dla poszczególnych form psychoterapii w depresji nie są jednakże całkowicie rzetelne. Podczas gdy podstawę pozytywnych ocen powinny stanowić dane pochodzące z randomizowanych prób kontrolnych (RCT), niektóre sposoby leczenia nie zostały dotąd sprawdzone w takich badaniach. W innych badaniach nie spełniały kryteriów grupy kontrolne takie jak oczekujący na leczenie lub poddani terapii pozorowanej (sham therapy), co prawie wcale nie dostarcza informacji o skuteczności placebo, ani o naturalnych remisjach. Istnieje prawdopodobieństwo, że stosowane w praktyce formy psychoterapii depresji dalekie są od metod, które oceniono. Może to utrudnić przekonanie psychiatrów do wprowadzenia do praktyki klinicznej metod o potwierdzonej skuteczności.

### 1. Kiedy psychoterapia jest wskazana?

Różne czynniki mają wpływ na decyzję prowadzenia specyficznej psychoterapii. Niektórzy pacjenci, ale i klinicyści są głęboko przekonani o wyższości interwencji nefarmakologicznej lub też są zaniepokojeni potencjalnymi działaniami niepożądanymi stosowanych leków. Inni mają silne negatywne wyobrażenia o przydatności psychoterapii. W świetle powyższych faktów, na decyzję o zastosowaniu psychoterapii nadal wpływ mają takie czynniki jak doświadczenie kliniczne psychiatry, preferencje pacjenta oraz, gdy psychiatra nie zapewnia takiego leczenia, dostępność odpowiednich terapeutów. Informacje dotyczące wyboru psychoterapii, farmakoterapii czy leczenia połączonego zamieszczono w rozdziale V.

## 2. Jakie są ogólne zasady terapii poznawczej i terapii behawioralnej?

Terapia poznawcza (CT) stawia sobie za cel łagodzenie objawów w depresji poprzez systematyczne podejmowanie wysiłków zmiany automatycznych i dezadaptacyjnych sposobów myślenia pacjenta. W samym centrum takiego podejścia jest założenie, że „skrzywione” przekonania pacjenta o samym sobie, świecie i przyszłości podtrzymują depresję. Pacjenci najpierw muszą uświadomić sobie taki sposób myślenia, a następnie uczyć się reagowania w sposób, który pozwoli na lepszą adaptację. Umiejętności takie, gdy towarzyszy im wzbudzenie emocji i obejmą zadania szersze, niż sytuacja terapeutyczna są ważnym czynnikiem wyzwalającym zmiany (3).

Typowy przebieg leczenia obejmuje od 12 do 16 sesji, leczenie obejmuje 3 fazy. W fazie wczesnej (sesje od 1 do 4) nacisk kładzie się na zbudowanie dobrej więzi terapeutycznej z pacjentem, przekazywanie pacjentowi informacji o modelu poznawczym depresji i wpływie automatycznego myślenia na emocje, wytyczanie i realizowanie celów. Faza środkowa (sesje od 5 do 12) obejmuje stopniowe przejście do poznania dysfunkcyjnych przekonań i strategii kompensacyjnych stosowanych przez chorego, pomoc pacjentowi w identyfikacji najważniejszych dla niego przekonań oraz trening umiejętności reagowania na depresjogenne myśli (poglądy) i ich modyfikacja. Zadania fazy późnej (sesje 13 do 16) koncentrują się na przygotowaniu pacjenta do zakończenia terapii, przewidywania sytuacji dużego ryzyka nawrotu, oraz konsolidację uczenia poprzez zadania autoterapeutyczne.

Terapia behawioralna (BT) opiera się na obserwacjach, że pacjenci depresyjni są mniej podatni na pozytywne wzmocnienie środowiska (4, 5). Interwencje behawioralne są szczególnie skuteczne w przypadku izolacji społecznej (social withdrawal) i braku odczuwania przyjemności (anhedonia) i są często stosowane w połączeniu ze strategiami poznawczymi (np. CBT). Ważnym celem terapii behawioralnej jest zwiększenie poziomu aktywności pacjenta oraz zaangażowanie go w zadania ze stymulowaniem poczucia jego zdolności do takich działań i odczuwania płynącego stąd uczucia przyjemności.

We wczesnych etapach pacjentów prosi się, aby po prostu przyglądali się swoim działaniom i aby oceniali stopień trudności i zadowolenia związany z wykonywaniem czy próbami podejmowania każdego z postawionych zadań. Trening w zakresie umiejętności społecznych (social skills) i asertywności może również wzbogacić repertuar zachowań interpersonalnych pacjenta i zredukować postawy awersyjne i submisyjne. Pod koniec leczenia, punkt ciężkości przesuwa się na trening samokontroli i rozwiązywania problemów, aby pacjent mógł wykorzystać nabyte podczas terapii umiejętności w funkcjonowaniu we własnym środowisku społecznym (16). BT często łączy się z CT w formę terapii poznawczo-behawioralnej (CBT).

CBT w leczeniu depresji jest wciąż stosunkowo nową formą krótkotrwałej psychoterapii, stąd też nie jest zbyt powszechna. Znalezienie terapeuty wykwalifikowanego w CBT może ułatwić Akademia Terapii Kognitywnej

([www.academyofct.org](http://www.academyofct.org)). Jest również kilka bardzo przystępnych podręczników dla pacjentów, które można polecić psychiatrom stosującym elementy CBT w swojej pracy terapeutycznej. Są to: *Mind over Mood* (Umysł nad Nastrojem) (7) oraz *The Feeling Good Handbook* (Jak czuć się dobrze) (8).

### 3. Jaka jest skuteczność CBT?

Skuteczność CT czy CBT oceniono w ponad 80 badaniach kontrolowanych (9), przy czym większość wykazała jej przewagę nad placebo. Najbardziej znaczących dowodów dostarczają randomizowane badania kontrolowane (RCT), które wykazały, że CT była równie skuteczna jak dobrze stosowana farmakoterapia (10–14). Co więcej, 4 metaanalizy dowiodły równej lub nieco większej od farmakoterapii skuteczności CT w stosunku do objawów depresji (15–18).

Wyniki projektu badania przeprowadzonego przez Państwowy Instytut Zdrowia Psychicznego (NIMH) (13) spotkało się z dużym zainteresowaniem przede wszystkim dlatego, że badaniem na wysokim poziomie metodologicznym objęto aż 250 chorych. Grupa kontrolna otrzymywała placebo w warunkach badania klinicznego (CM). Wskaźniki poprawy po 16 tygodniach były porównywalne u leczonych IPT, CBT lub imipraminą.

Skuteczność BT wykazano w kilku badaniach kontrolowanych, oceniono w 2 porównaniach z amitryptyliną. W pierwszej z nich, BT była tak samo skuteczna jak amitryptylina, a wyniki obu były lepsze niż u poddanych psychoterapii dynamicznej i treningowi relaksacyjnemu (21). W drugim badaniu poprawa funkcjonowania społecznego i objawowa po treningu umiejętności społecznych (BT) była porównywalna z wynikiem stosowania amitryptyliny i lepsza niż w terapii wspierającej z placebo (22), chociaż różnic tych nie stwierdzono w katamnezie (23).

Porównano wyniki leczenia BT i 2 różnych metod CT, z których jedna zawężyła się do zmian automatycznego myślenia, a druga była szerszą formą CT (24). Wyniki wskazywały na to, że wszystkie trzy metody leczenia nie różniły się pod względem skuteczności. Poprawę notowano u 60–70% chorych, a zmiany w nasileniu depresji nie różniły się od wyników innych prób CT i BT. Poprawa utrzymała się u wszystkich pacjentów przez 6 miesięcy.

Sprawą niejasną jest, czy CBT jest równie skuteczna u chorych w bardziej nasilonych depresjach. W badaniu NIMH, analiza *post hoc* wykazała, że u pacjentów z bardziej nasilonymi objawami (w skali HDRS  $\geq$  20), imipramina z edukacją i terapią interpersonalną przyniosły lepszy wynik niż placebo z edukacją, ale nie z terapią poznawczo-behawioralną (13). Nie zaobserwowano istotnych różnic skuteczności leczenia w depresjach o mniejszym nasileniu.

W dodatkowej analizie wykazano, że imipramina z edukacją przyniosła lepszy wynik niż z IPT, jak i CBT u pacjentów z bardziej nasiloną depresją, obie metody psychoterapii przewyższały placebo z edukacją, a IPT była efektywniejsza od CBT (19). Inne badania sugerują również, że pacjenci w cięższych depresjach słabiej reagują na CBT (20). Wyniki te są odmienne od pochodzących z kilku

innych badań nad CBT. Na przykład bardzo duża analiza danych uzyskanych w 4 badaniach randomizowanych porównujących CBT i LPD (łącznie z wyżej wspomnianym badaniem NIMH) nie wykazała różnic pomiędzy skutecznością farmakoterapii i CT u pacjentów z cięższymi depresjami (16).

#### 4. Jakie są zasady terapii interpersonalnej?

IPT depresji koncentruje się na zmianie w interpersonalnym otoczeniu pacjentów oraz ich powiązań z początkiem zaburzeń afektywnych. Podstawowym założeniem IPT jest zwrócenie uwagi na związki z otoczeniem (niezależnie od tego czy są one czynnikami przyczyniającymi się do depresji czy jej konsekwencją), co prowadzi do ustępowania objawów depresyjnych. Zachęca się pacjentów do ekspresji emocji, szczególnie związanych z utratą ważnych osób, czy ze stanem zagubienia w roli społecznej. Inne strategie dotyczą analizowania blokady komunikowania się z ważnymi osobami, rozwiązywania problemów, sytuacji spornych, treningu umiejętności społecznych i zmniejszaniu izolacji społecznej (25).

Przebieg IPT obejmuje 3 fazy w ciągu 12 do 15 sesji. W fazie wczesnej (sesje od 1 do 3), terapeuta przedstawia racjonalne wytłumaczenie depresji, demonstrując model medyczny, oraz model jej leczenia skupiający się na trudnościach interpersonalnych, jakich pacjent doświadcza. Kiedy już dokona się przeglądu ważnych związków interpersonalnych pacjenta i początkowych objawów depresji, IPT przechodzi w fazę środkową (sesje od 4 do 12). W tym okresie terapeuta i pacjent skoncentrują się na 1 lub 2 z 4 ważnych obszarów problemów interpersonalnych, które mają związek z depresją: niezaspokojony żal, sprzeczność ról społecznych, zmiana ról, oraz izolacja społeczna. Specyficzne strategie służą do analizy tych obszarów w życiu pacjenta poza sytuacją terapii. Faza końcowa IPT (sesje 13 do 16) obejmuje analizę przebiegu terapii i wzmacnianie jej postępów. Zakończenie terapii zaczyna się przygotowywać nawet już w 12 sesji, terapeuta stymuluje pacjenta do ujawniania ważnych myśli i odczuć. Terapeuta uświadamia pacjentowi jego kompetencje i pomaga w wykorzystywaniu nabytych umiejętności do zmniejszenia podatności na reagowanie depresją w przyszłości (26).

IPT jest również stosunkowo nową formą krótkotrwałej psychoterapii depresji, dlatego nie jest powszechna. Standardowym podręcznikiem IPT jest *A Comprehensive Guide to Interpersonal Psychotherapy* (Ogólny Przewodnik po Zagadnieniach Psychoterapii Interpersonalnej) (27).

#### 5. Jaka jest skuteczność IPT?

Porównywano skuteczność IPT i amitryptyliny w 4 grupach: leczonych tylko IPT, tylko amitryptyliną, IPT z amitryptyliną, oraz leczonych bez ustalonego schematu (26). Najlepsze wyniki przyniosło leczenie łączone, a najmniej korzystna była terapia bez ustalonego schematu. Nie znaleziono istotnych różnic

skuteczności leczenia samą IPT lub tylko lekiem. Wszystkie aktywne sposoby leczenia kontynuowano przez rok i wykazano, że tylko pacjenci w IPT jako jedynej metodzie lub w połączeniu z lekiem znacznie lepiej funkcjonowali społecznie.

W badaniu NIMH (13), IPT pod względem ogólnej skuteczności była porównywalna z CBT. Niektóre dane przemawiały za większą skutecznością w porównaniu do CBT u pacjentów z cięższymi zaburzeniami, a także wykazano lepszy wynik stosowania u tych chorych imipraminy z edukacją (CM). Jednakże ponowna analiza uzyskanych danych skłoniła do wniosku, że leczenie farmakologiczne miało przewagę nad psychoterapią u pacjentów ciężiej chorych oraz że IPT i CBT były lepsze niż placebo (28). Ta sama ponowna analiza danych wykazała również lepszy wynik niż CBT u chorych z cięższymi zaburzeniami afektywnymi.

## 6. Jakie są zasady prowadzenia psychoterapii psychodynamicznej?

Ta forma leczenia obejmuje kilka odrębnych interwencji, z których każda wywodzi się z teorii psychodynamicznych o podatności psychologicznej, które postrzegają objawy jako wskaźnik nierozwiązanych konfliktów rozwojowych. Historycznie, terapia psychodynamiczna depresji prowadzona była przez dłuższy czas niż inne rodzaje leczenia psychologicznego, a cele leczenia często wykraczały poza redukcję objawów depresyjnych. Za podłoże zaburzeń nastroju przyjmuje koncepcja ta istnienie deficytów psychologicznych, takich jak: brak szacunku dla samego siebie, słaba kontrola emocji, konflikty związane z doświadczaniem wstydu i poczucia winy oraz deficytów interpersonalnych powstałych z powodu niedostatecznego związku dziecko–opiekun (29–31).

Poczyniony postęp przejawia się w modelu krótkotrwałej psychoterapii dynamicznej (BDP). W przeciwieństwie do długoterminowej terapii psychodynamicznej ustalone są ramy czasowe i konkretna liczba sesji, zwykle od 16 do 30. W fazie oceny podczas terapii psychodynamicznej, celem terapeuty jest wypracowanie pojęć (konceptualizacja), które łączą objawy pacjenta z określonymi konfliktami, które mogą, ale nie muszą, być uświadamiane. Pacjent zgodnie z tymi ustaleniami określa problemy będące celem terapii. Pozwala to na stworzenie bezpiecznych warunków, w których ważna jest praca nad sytuacjami konfliktorodnymi i ich uświadomienie. Część materiału postrzega się jako przeniesienie (tj. powtarzająca się nieprawidłowa reakcja na terapeutę, która odzwierciedla poprzednie związki). Terapeuta interpretuje takie przeniesienia, ich znaczenie i wagę dla innych relacji w życiu pacjenta oraz opór pacjenta przed uświadomieniem sobie tego faktu. To właśnie przez taki proces analizowania materiału mają dokonywać się zmiany w chorobie depresyjnej. Aby to ułatwić, stosuje się techniki podtrzymujące (komunikujące szacunek i akceptację pacjenta oraz optymizm w odniesieniu do celów terapii) oraz ekspresje (słuchanie, rozumienie i reagowanie w taki sposób, który zachęca do przeżywania odrzucanego czy tłumionego materiału w bezpiecznej relacji z terapeutą). Faza końcowa leczenia może objąć wizyty co 2–3 miesiące służące dokończeniu spraw nie rozwiązanych z powodu krótkiego okresu terapii (32).

## 7. Jak skuteczna jest terapia psychodynamiczna?

W porównaniu do innych rodzajów psychoterapii depresji, istnieje niewiele prób kontrolowanych dotyczących psychoterapii psychodynamicznej (33). Opracowania wyników terapii psychodynamicznej dotyczą ograniczonych w czasie badań (34–36) (krótkotrwała terapia psychodynamiczna – BDP).

Nie ma metaanaliz oceniających BDP w leczeniu depresji, ale pośrednich dowodów dostarczają 3 metaanalizy BDP pacjentów z zaburzeniami lękowymi i depresją. Jedna z nich wykazała większą skuteczność BDP niż braku leczenia, ale była mniej skuteczna w porównaniu z alternatywnymi sposobami leczenia, takimi jak CBT (37).

Dwie pozostałe metaanalizy wykazały, że wynik BDP w różnych stanach (nie ograniczających się do depresji) był lepszy niż u oczekujących na leczenie, a skuteczność jej była porównywalna z innymi krótkotrwałymi psychoterapiami (38, 39).

W dwóch pozostałych metaanalizach oceniano łącznie IPT i BDP, co nie pozwala na ocenę skuteczności BDP. Wciąż niewiele jest danych przemawiających za skutecznością leczenia długoterminowego depresji. Taki brak dowodów kontrastuje z szerokim zastosowaniem psychoterapii psychodynamicznej w praktyce klinicznej (tab. 3.1)

Tabela 3.1. Rekomendacja dla psychoterapii indywidualnych (patrz tab. 3.6)

I linii	<ul style="list-style-type: none"> <li>● CT i CBT (poziom 1)</li> <li>● IPT (poziom 1)</li> </ul> wyniki obu metod porównywalne w depresjach o nasileniu łagodnym do umiarkowanego; mniej skuteczne w cięższych depresjach
II linii	<ul style="list-style-type: none"> <li>● BT (poziom 1)</li> </ul> zwykle w ramach CBT
III linii	<ul style="list-style-type: none"> <li>● krótkotrwała psychoterapia dynamiczna (BDP) (poziom 2)</li> </ul>
Za mało danych przemawia za zaleceniem długotrwałej psychoterapii psychodynamicznej w leczeniu depresji	

## 8. Jak skuteczna jest terapia grupowa i terapia małżeńska?

Nie ma dotychczas swoistej dla depresji formy terapii grupowej. Grupowa terapia depresji to zazwyczaj adaptacja CBT czy IPT. Opracowano podręcznik dla grupowej IPT u pacjentów cierpiących na depresję (41).

Leczenia grupowe pacjentów z depresją ma kilka potencjalnych zalet: grupa terapeutyczna jest tańsza, umożliwia destygmatyzację w konfrontacji z innymi ludźmi borykającymi się z podobnymi problemami; sesje grupowe pozwalają pacjentom na odgrywanie ról i ćwiczenie nowych interpersonalnych zachowań i umiejętności, a forum grupy może pomóc pacjentom w stosowaniu tych nowych

umiejętności (42). Istnieją pewne dane przemawiające na korzyść modyfikacji CT, jak i IPT w formie terapii grupowej (43, 44).

Przegląd badań dotyczących skuteczności z roku 1986, w którym porównywano terapię grupową z terapią indywidualną, nie wykazał żadnych istotnych różnic w 24 (75%) z 32 badań naukowych (45). W pozostałych 8 badaniach (25%) terapia grupowa była bardziej skuteczna, niż indywidualna. Jednak w badaniu oceniano różnych chorych, nie tylko z zaburzeniami afektywnymi, i nie oceniono skuteczności terapii w grupach jednorodnych diagnostycznie.

Kolejny przegląd wyników terapii grupowej w zaburzeniach depresyjnych, opublikowany 5 lat później, sugerował, że terapia grupowa jest skutecznym krótkoterminowym leczeniem u pacjentów ambulatoryjnych z łagodniejszymi formami depresji, i że terapia indywidualna może być bardziej skuteczna niż terapia grupowa w bardziej nasilonych depresjach. Podobnie, w metaanalizie 23 badań nie stwierdzono różnic skuteczności terapii grupowej i indywidualnej, ale w 4 badaniach chorych na depresję wykazano nieznaczną przewagę terapii indywidualnej nad grupową (47).

Uwzględniając częste występowanie problemów małżeńskich i rodzinnych, które towarzyszą depresji, wydaje się że poprawa relacji rodzinnych może być skutecznym środkiem leczenia depresji (48). Nie udało się rozstrzygnąć, czy nieprawidłowe funkcjonowanie rodziny jest przyczyną zaburzeń nastroju, czy też jest konsekwencją życia z partnerem cierpiącym na depresję. Przyjmuje się, że problemy małżeńskie i rodzinne mogą zagrażać depresją i zakłócać proces zdrowienia (49). Tak jak w terapii grupowej nie rozwinęła się specyficzna dla depresji terapia małżeńska.

W pierwszych z 3 porównawczych badań terapii kobiet w depresji, zarówno terapia małżeńska, jak i indywidualna CBT były skuteczniejsze w stosunku do objawów od braku leczenia osób oczekujących na terapię, ale tylko u kobiet, które uczestniczyły w terapii małżeńskiej utrzymywała się poprawa satysfakcji ze związku (50). W drugim badaniu, terapia małżeńska wywarła niewielki wpływ u par małżeńskich, które nie zgłaszały problemów małżeńskich przed rozpoczęciem leczenia (51). W podgrupie z problemami zarówno terapia małżeńska, jak i indywidualna CBT, jednakowo wpływały na redukcję objawów depresyjnych u żon cierpiących na depresję. W trzecim badaniu, wyniki terapii par małżeńskich były lepsze niż farmakoterapii u chorych depresyjnych żyjących z nadmiernie krytycznym partnerem, przy nieistotnej różnicy kosztów leczenia (52) (tab. 3.2)

Tabela 3.2. Rekomendacja dla terapii grupowej i małżeńskiej (patrz tab. 3.6)

I linii	<ul style="list-style-type: none"> <li>● grupowe CBT i IPT (poziom 2) mało jest danych dotyczących skuteczności terapii grupowej w porównaniu z indywidualną terapia indywidualna jest być może skuteczniejsza niż grupowa w cięższych depresjach</li> </ul>
II linii	<ul style="list-style-type: none"> <li>● małżeńska/par u chorych z istotnymi problemami w małżeństwie (poziom 2)</li> </ul>



## 9. Jak skuteczne są inne rodzaje leczenia psychologicznego depresji?

Zaznacza się rosnące zainteresowanie tym, aby pacjenci depresyjni brali aktywny udział w leczeniu. Przejawia się to w coraz szerszym korzystaniu z materiałów do samopomocy oraz rosnącej roli paraprofesjonalistów w leczeniu depresji. Na przykład metaanaliza 6 badań dokonała oceny wpływu biblioterapii na depresję (53). Interwencja ta polegała na pomocy pacjentom w wypracowaniu swoich własnych sposobów postępowania w oparciu o książki takie jak *Mind over Mood* lub *The Feeling Good Handbook*. Wyniki sugerowały, że dodatkowa biblioterapia może być przydatna, szczególnie dla pacjentów, którzy nie mają dostępu do psychoterapii.

Uczestnictwo w spotkaniach wspierających grup samopomocy może pozwolić pacjentom z depresją i ich rodzinom dowiedzieć się, jaki charakter ma ta choroba i zapewnić im wsparcie. Dotychczas niewiele jest danych na temat skuteczności grup samopomocowych prowadzonych przez laików czy przez profesjonalistów. Sugeruje się również, że wartość takich grup może nie być wykrywalna, jeżeli stosuje się jedynie pomiary zmian nasilenia objawów. Wartości w uczęszczaniu do takich grup samopomocy można doszukać się w innych obszarach, takich jak poprawa jakości życia i lepsze stosowanie się do zaleceń lekarskich.

Ćwiczenie jogi czy medytacja mogą przyczynić się do zwiększenia samooceny, akceptacji, oraz tolerancji doświadczeń emocjonalnych – ważnych umiejętności w radzeniu sobie z psychologicznym unikaniem i negatywną samooceną często charakterystycznymi dla depresji (54). Fizyczne zmiany wynikające z medytacji mogą przeciwdziałać fizjologicznej nadpobudliwości, katastroficznemu myśleniu, angażujących pacjentów z depresją (55). Świadczą o tym kazuistyki (56) (tab. 3.3).

Tabela 3.3. Rekomendacja innych oddziaływań psychologicznych (patrz tab. 3.6)

I rzutu	● nie zalecane w monoterapii
II rzutu	● biblioterapia (poziom 2) jako terapia dodatkowa, obok innych metod pierwszego rzutu
III rzutu	● joga i medytacja (poziom 3) jako dodane do innych metod pierwszego rzutu

## 10. Jak skuteczna jest psychoterapia w przewlekłej dużej depresji i w dystymii?

Podczas gdy większość pacjentów doświadcza epizodów depresyjnych, u około 30% z nich depresja przybiera przebieg przewlekły. Wciąż wzrasta zainteresowanie rozwojem form psychoterapii przydatnych u pacjentów z przewlekłą depresją.

Standardowa długość terapii (20 sesji) może okazać się niedostateczna u pacjentów z przewlekłą dużą depresją. Odsetek remisji po CBT wynosi 55% w epizodach ostrych MDD, natomiast tylko 27% (57) w depresjach podwójnych. Różnica odpowiedzi terapeutycznych pacjentów tych dwóch grup jest większa w CBT – z mniejszą częstością sesji, co sugeruje, że psychoterapia dla depresji przewlekłej powinna być dłuższa, bardziej intensywna i skojarzona.

Kognitywno-behawioralny system analityczny (CBASP – cognitive – behavioral analysis system of psychotherapy), interpersonalnie zorientowany wariant CBT, opracowano specjalnie do leczenia przewlekłej depresji i dystymii (58). Porównywano skuteczność CBASP i nefazodonu w monoterapii i w kombinacji w dużej grupie (n=681) chorych z przewlekłą depresją (trwającą przynajmniej 2 lata) (59). Pacjentów podzielono na 3 grupy, u których stosowano: tylko nefazodon, tylko CBASP, kombinację nefazodonu i CBASP. Wskaźnik terapeutyczny był równy dla nefazodonu (48%) i dla CBASP (48%) oraz 73% u chorych w terapii kombinowanej. Odsetki remisji dla nefazodonu, CBASP oraz ich kombinacji wynosiły odpowiednio: 29%, 33% oraz 48%.

Wciąż ograniczone są dane dotyczące skuteczności psychoterapii w dystymii. Aktualne dane wydają się uzasadniać celowość stosowania leków przeciwdepresyjnych, ale psychoterapia jest przydatna jako dodatkowe leczenie lub jako alternatywa leczenia farmakologicznego u pacjentów, którzy odmawiają leczenia farmakologicznego (60). W dwóch badaniach oceniano skuteczność CT i IPT w dystymii. W pierwszym badaniu, 97 pacjentów z dystymią, przydzielono do 4 grup: leczonych sertralina, sertralina z CT, przyjmujących tylko placebo, oraz placebo z CT (61). Reakcja terapeutyczna wystąpiła u 71% leczonych sertralina wraz z CT, u 55% leczonych tylko sertralina, u 33% przyjmujących placebo z CT, oraz u 33% w grupie placebo. Sama CT nie była w istotny sposób bardziej skuteczna niż placebo, chociaż sertralina z CT była istotnie bardziej skuteczna niż sam lek.

Poprawa funkcjonowania chorych, którzy zareagowali na CT i u tych, którzy zareagowali na leczenie farmakologiczne była podobna.

W drugim dużym badaniu (11) pacjentów z dystymią (n=707) w sposób losowy przydzielono chorych do grup otrzymujących: tylko sertralina, sertralina wraz z IPT, lub tylko IPT (62). W 6, 12 i 24 miesiącu wyniki leczenia sertralina oraz sertralina z IPT były lepsze w porównaniu do monoterapii IPT. W analizie ekonomicznej dołączenie IPT do sertraliny oceniono jako opłacalne, bo u tych chorych mniejsza była potrzeba świadczeń medycznych, a także i socjalnych. Wyniki leczenia tylko sertralina oraz sertralina z IPT u niewielkiej liczby chorych, u których obserwowano poważne objawy niepożądane były porównywalne, ale wśród uczestników badania kombinowanego mniej osób przerwało leczenie z powodu objawów ubocznych. Dla pacjentów z przewlekłą depresją farmakoterapia wydaje się być ważniejsza od samej psychoterapii, ale leczenie połączone wiąże

Tabela 3.4. Rekomendacja terapii w przewlekłych depresjach i w dystymiach (patrz tab. 3.6)

I linii	<ul style="list-style-type: none"> <li>● równoczesna psychoterapia i farmakoterapia (poziom 2) spośród metod psychoterapii wykazano równorzędne wyniki stosowania CBASP, CBT i IPT</li> <li>● wyłącznie farmakoterapia (poziom 2) spośród leków (poziom 2) wykazano skuteczność sertraliny i nefazodonu</li> </ul>
II linii	<ul style="list-style-type: none"> <li>● CBASP w monoterapii w przewlekłych depresjach (poziom 2)</li> </ul>
Nie zaleca się	<ul style="list-style-type: none"> <li>● samej psychoterapii (CBT, IPT) w dystymiach – brak skuteczności (poziom 2)</li> </ul>

się z większą skutecznością, poprawą jakości życia oraz strategii radzenia sobie z problemami. Leczenie kombinowane może również zmniejszyć potrzebę świadczenia innych usług medycznych i socjalnych (tab. 3.4).

## 11. Jak skuteczna jest psychoterapia w leczeniu podtrzymującym?

Przy rosnącym nacisku na zapobieganie nawrotom jako głównym celu leczenia, obserwuje się duże zainteresowanie strategiami, które pozwalają pacjentom utrzymać się w stanie poprawy (63). Zasadniczym działaniem farmakologicznym stało się wydłużenie czasu stosowania leków, co wprowadziło znaną obecnie farmakoterapię podtrzymującą. Zgodnie z tym, opracowywano też modele psychoterapii podtrzymującej. Przykładem są comiesięczne sesje terapii podtrzymującej IPT (IPT-M) (64) oraz kontynuacja cotygodniowa CBT (65). Uzasadnieniem dla nich jest ustalenie, że psychoterapia może zwiększyć umiejętności radzenia sobie z problemami dnia codziennego (coping skills), szczególnie w przypadku stresów, co może eliminować czynniki przyczyniające się do nawrotów depresji. Ustalenia te pochodzą z dwóch źródeł: 1) badań nad przeniesieniem efektu psychoterapii ostrej fazy na zapobieganie nawrotom w ciągu pierwszych dwóch lat remisji oraz 2) z badań psychoterapii podtrzymującej stosowanej po zakończeniu fazy aktywnego leczenia.

### *Wyniki badania nad przeniesieniem efektu psychoterapii ostrej fazy na zapobieganie nawrotom*

Na początku istniała nadzieja, że CBT uodporni pacjentów na przyszłe epizody depresyjne i efekt taki opisano w kilku pracach. W czterech badaniach (RCT) obserwowano pacjentów, którzy w leczeniu ostrego stanu byli losowo przydzieleni – CT lub farmakoterapii. Ocenę przeprowadzono po 12 i 24 miesiącach (69–72). W badaniach tych u pacjentów, którzy zareagowali na farmakoterapię i przerywali leczenie po fazie ostrej obserwowano duży odsetek nawrotów. U pacjentów leczonych CBT odsetek nawrotów był niższy (np. 20% dla CBT i 66% po odstawieniu leków w okresie po 12 miesiącach oraz 20% dla CBT i 50% po odstawieniu leków w ciągu 24 miesięcy) (67).

W naturalistycznym badaniu porównywano skuteczność imipraminy, psychoterapii i placebo (NIMH – 68). Nie stwierdzono istotnych różnic odsetka pacjentów, którzy byli w remisji przez 18 miesięcy, nie było też istotnych różnic odsetków nawrotów u pacjentów, którzy po ostrej fazie leczenia powrócili do zdrowia (68). Odsetki remisji były jednakże stosunkowo niskie we wszystkich grupach leczenia: po CT 30%, po IPT 26%, po imipraminie z CM (clinical management) 19% oraz po placebo z CM 20%. Wśród tych, którzy powrócili do zdrowia, wskaźniki nawrotu były podobne: po CT 26%, po IPT 33%, po imipraminie z CM 50% oraz po placebo z CM 33%. Po 12 miesiącach najmniej nawrotów było w grupie CBT, jeśli zastosowano bardziej liberalne kryterium nawrotu (albo rozpoznanie dużej depresji, albo potrzeba leczenia). Ważnym wnioskiem było, że

16 tygodniowa faza aktywnej terapii nie wystarcza, aby większość pacjentów uzyskała długotrwałe wyzdrowienie (68).

W katamniezie kontrolowanego badania IPT, większość pacjentów nie zdradzała objawów depresji i nie obserwowano żadnych zależności pomiędzy rodzajem aktywnej terapii i długotrwałymi poprawami (69). W małej grupie pacjentów (8%) nadal utrzymywała się łagodna przewlekła depresja. Jednakże pacjenci poddani IPT w monoterapii, albo w leczeniu kombinowanym znacznie lepiej funkcjonowali społecznie w obszarze wskaźników, takich jak aktywność społeczna i zagospodarowywanie wolnego czasu, przystosowanie ogólne i rodzinne.

W podsumowaniu, choć mogą istnieć pewne efekty przeniesienia efektu aktywnego leczenia CBT czy IPT na zapobieganie nawrotom, długoterminowe katamnezy wskazują na utrzymywanie się ryzyka nawrotów.

### **Psychoterapia podtrzymująca**

W badaniu pilotażowym oceniano efekt podtrzymujący CT u osób, które odpowiedziały na leczenie CT. W jednej grupie przeprowadzono dodatkowo 10 sesji CT w ciągu 8 miesięcy w fazie podtrzymującej. W grupie tej istotnie niższy był

Tabela 3.5. Rekomendacje psychoterapii w leczeniu podtrzymującym (patrz tab. 3.6)

● Jest za mało danych by zalecać podtrzymującą psychoterapię
● CBT i IPT wywierają pewien efekt przenoszący się na redukcję nawrotów, ale jest on umiarkowany (poziom 2)
● Choć terapia podtrzymująca CBT i IPT może wpływać na redukcję nawrotów, brak danych, które pozwoliłyby na ustalenie optymalnej częstości sesji i długości terapii (poziom 2)

Tabela 3.6. Kryteria jakości potwierdzenia ustaleń w badaniach klinicznych

Poziom wiarygodności	Kryteria
1	Metaanaliza lub dane z powtórzonych badań z doborem losowym, kontrolowanych (RCT) włącznie z porównaniem z placebo
2	Co najmniej jedno RCT w porównaniu z placebo lub aktywnym lekiem
3	Badanie niekontrolowane u ponad 10 chorych
4	Opisy kazuistyczne
Wybór leku	Kryteria
I rzutu	Poziom 1 lub 2 + dane kliniczne
II rzutu	Poziom 3 lub wyższy* + doświadczenie kliniczne
III rzutu	Poziom 4 lub wyższy* + doświadczenie kliniczne
Brak rekomendacji	Poziom 1 lub 2 badania które dowiodły brak skuteczności

\* w przypadku innych niekorzystnych cech np. działań niepożądanych lub gorszego profilu bezpieczeństwa.

odsetek nawrotów w porównaniu do pozostałych pacjentów (odpowiednio 36% versus 74% w ciągu 24 miesięcy) (65).

W randomizowanym badaniu kontrolowanym (RCT) podtrzymującej IPT, porównywanej z imipraminą, wykazano efekt profilaktyczny imipraminy oraz nieznaczny efekt działania comiesięcznej IPT (64). Comiesięczne sesje IPT w istotny sposób wydłużyły okres bez nawrotów (średnia wyniosła ponad 1 rok) w porównaniu z placebo. Chociaż okres bez objawów przy IPT był istotnie krótszy niż w przypadku farmakoterapii, być może wynikało to z za małej „dawki” IPT, ponieważ i tak redukcja nawrotów była większa niż można by się spodziewać na podstawie uprzedniego przebiegu choroby (64).

Ponadto wykazano, że u chorych, u których sesje oceniono jako przekraczające średnią przy uwzględnieniu ich „jakości i koncentracji” do nawrotu upłynęło średnio 2 lata, podczas gdy u ocenionych jako poniżej średniej okres ten był krótszy, niż 5 miesięcy (70) (tab. 3.5 i 3.6).

#### PODZIĘKOWANIA

Podziękowania od autorów za wkład do wstępnych wersji pracy otrzymują: dr Paul Cameron, dr K. Roy MacKenzie, dr William A. Piper, a za wnikliwe zrecenzowanie pracy przed publikacją: dr John C. Markowitz i dr E.S. Paykel.

#### PIŚMIENNICTWO

1. Cameron PM, Leszcz M, Bechuk W, Swinson RP, Antony MM, Azim HF, and others. The practice and roles of the psychotherapies: a discussion paper. Working Group I of the Canadian Psychiatric Association Psychotherapies Steering Committee. *Can J Psychiatry* 1999; 44 (Suppl 1):18S–31S.
2. Cameron PM, Ennis J, Deadman J. Standards and guidelines for the psychotherapies. Toronto: University of Toronto Press; 1998.
3. Beck AT, Rush AJ, Shaw BF, Emery G. Cognitive therapy of depression. New York: Guilford Press; 1979.
4. Bandura A, Adams NE, Beyer J. Cognitive processes mediating behavioral change. *J Pers Soc Psychol* 1977; 35:125–39.
5. Ferster CB. A functional analysis of depression. *Am Psychol* 1973; 28:857–70.
6. Lewinsohn P. A behavioral approach to depression. In: Friedman RJ, Katz MM, editors. *The psychology of depression: contemporary theory and research*. New York: Academic Press; 1974. 157–85.
7. Greenberger D, Padesky CA. *Mind over mood*. New York: Guilford Press; 1995.
8. Burns DD. *The feeling good handbook*. New York: Plume; 1999.
9. De Rubeis RJ, Crits-Christoph P. Empirically supported individual and group psychological treatments for adult mental disorders. *J Consult Clin Psychol* 1998; 66:37–52.
10. Blackburn IM, Bishop S, Glen AI, Whalley LJ, Christie JE. The efficacy of cognitive therapy in depression: a treatment trial using cognitive therapy and pharmacotherapy, each alone and in combination. *Br J Psychiatry* 1981; 139:181–9.
11. Kovacs M, Rush AJ, Beck AT, Hollon SD. Depressed outpatients treated with cognitive therapy or pharmacotherapy. A one-year follow-up. *Arch Gen Psychiatry* 1981; 38:33–9.
12. Murphy GE, Simons AD, Wetzel RD, Lustman PJ. Cognitive therapy and pharmacotherapy, singly and together in the treatment of depression. *Arch Gen Psychiatry* 1984; 41:33–41.

13. Elkin I, Shea MT, Watkins JT, Imber SD, Sotsky SM, Collins JF, and others. National institute of mental health treatment of depression collaborative research program. General effectiveness of treatments. *Arch Gen Psychiatry* 1989; 46:971–82.
14. Hollon SD, De Rubeis RJ, Evans MD, Wiemer MJ, Garvey MJ, Grove WM, and others. Cognitive therapy and pharmacotherapy for depression. Singly and in combination. *Arch Gen Psychiatry* 1992; 49:774–81.
15. Dobson KS. A meta-analysis of the efficacy of cognitive therapy for depression. *J Consult Clin Psychol* 1989; 57:414–9.
16. De Rubeis RJ, Gelfand LA, Tang TZ, Simons AD. Medications versus cognitive behavior therapy for severely depressed outpatients: mega-analysis of four randomized comparisons. *Am J Psychiatry* 1999; 156:1007–13.
17. Gaffan EA, Tsaousis I, Kemp-Wheeler SM. Researcher allegiance and meta-analysis: the case of cognitive therapy for depression. *J Consult Clin Psychol* 1995; 63:966–80.
18. Gloaguen V, Cottraux J, Cucherat M, Blackburn IM. A meta-analysis of the effect of cognitive therapy in depressed patients. *J Affect Disord* 1998;49:59–72.
19. Elkin I, Gibbons RD, Shea MT, Sotsky SM, Watkins JT, Pilkonis PA, and others. Initial severity and differential treatment outcome in the National institute of mental health treatment of depression collaborative research program. *J Consult Clin Psychol* 1995; 63:841–7.
20. Thase ME, Simons AD, Cahalane J, McGeary J, Harden T. Severity of depression and response to cognitive behavior therapy. *Am J Psychiatry* 1991; 48:784–9.
21. Mclean PD, Hakstian AR. Clinical depression: comparative efficacy of outpatient treatments. *J Consult Clin Psychol* 1979; 47:818–36.
22. Bellack AS, Hersen M, Himmelhoch J. Social skills training compared with pharmacotherapy and psychotherapy in the treatment of unipolar depression. *Am J Psychiatry* 1981; 138:1562–7.
23. Hersen M, Bellack A, Himmelhoch J, Thase M. Effects of social skills training amitriptyline and psychotherapy in unipolar depressed women. *Behavior Therapy* 1984; 15:21–40.
24. Jacobson NS, Dobson KS, Truax PA, Addis ME, Koerner K, Gollan JK, and others; A component analysis of cognitive-behavioral treatment for depression. *J Consult Clin Psychol* 1996; 64:295–304.
25. Klerman GL, Weissman MM, Rounsaville BJ, Chevron ES. *Interpersonal psychotherapy of depression*. New York: Basic Books; 1984.
26. Reynolds CF, III, Frank E, Perel JM, Mazumdar S, Dew MA, Begley A, and others. High relapse rate after discontinuation of adjunctive medication for elderly patients with recurrent major depression. *Am J Psychiatry* 1996; 153:1418–22.
27. Weissman MM, Markowitz JC, Klerman GL. *A comprehensive guide to interpersonal psychotherapy*. New York: Basic Books; 2000.
28. Frank E, Spanier C. Interpersonal psychotherapy for depression: overview, clinical efficacy, and future directions. *Clin Psychol Sci Prac* 1995; 2:349–69.
29. Blatt SJ. Contributions of psychoanalysis to the understanding and treatment of depression. *J Am Psychoanal Assoc* 1998; 46:722–52.
30. Freud S. Mourning and melancholia. In: Strachey J, editor. *The standard edition of the complete psychological works of Sigmund Freud*. Vol. 20. London: Hogarth Press; 1957, p 87–174.
31. Kohut H. *The analysis of the self*. New York: International Universities Press; 1971.
32. Osgood-Hynes DJ, Greist JH, Marks IM, Baer L, Heneman SW, Wenzel KW, and others. Self-administered psychotherapy for depression using a telephone-accessed computer system plus booklets: an open US-UK study. *J Clin Psychiatry* 1998; 59:358–65.
33. Fonagy P. *What works for whom?* New York: Guilford Press; 1996.
34. Covi L, Lipman RS. Cognitive-behavioural group psychotherapy combined with imipramine in major depression. *Psychopharmacol Bull* 1987; 23:173–6.
35. Shapiro DA, Barkham M, Rees A, Hardy GE, Reynolds S, Startup M. Effects of treatment duration and severity of depression on the effectiveness of cognitive-behavioral and psychodynamic-interpersonal psychotherapy. *J Consult Clin Psychol* 1994; 62:522–34.

36. Thompson LW, Gallagher D, Breckenridge JS. Comparative effectiveness of psychotherapies for depressed elders. *J Consult Clin Psychol* 1987; 55:385–90.
37. Svartberg M, Stiles TC. Comparative effects of short-term psychodynamic psychotherapy: a meta-analysis. *J Consult Clin Psychol* 1991; 59:704–14.
38. Crits-Christoph P. The efficacy of brief dynamic psychotherapy: a meta-analysis. *Am J Psychiatry* 1992; 149:151–8.
39. Anderson EM, Lambert MJ. Short-term dynamically oriented psychotherapy. A review and meta-analysis. *Clinical Psychology Review* 1995; 15:503–14.
40. Markowitz JC, Svartberg M, Swartz HA. Is IPT time-limited psychodynamic psychotherapy? *J Psychother Pract Res* 1998; 7:185–95.
41. Wilfley DE, MacKenzie KR, Welch RR, Ayres V, Weissman MM. *Interpersonal psychotherapy for group*. New York: Basic Books; 2000.
42. Yalom ID. *The theory and practice of group psychotherapy*. New York: Basic Books; 1995.
43. Bright JI, Baker KD, Neimeyer 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.
44. MacKenzie KR, Leszcz M, Abbass A, Hollander Y, Kleinman I, Livesley J, and others. Guidelines for the psychotherapies in comprehensive psychiatric care: a discussion paper. Working Group 2 of the Canadian Psychiatric Association Psychotherapies Steering Committee. *Can J Psychiatry* 1999;44 (Suppl 1) 4S–17S.
45. Toseland RW, Siporin M. When to recommend group treatment: a review of the clinical and the research literature. *Int J Group Psychother* 1986; 36:171–201.
46. Vandervoort DJ, Fuhrman A. The efficacy of group therapy for depression: a review of the literature. *Small Group Research* 1991; 22:320–38.
47. McRoberts C, Burlingame GM, Hoag MJ. Comparative efficacy of individual and group psychotherapy a meta-analytic perspective. *Group Dynamics: Theory, Research, and Practice* 1998; 2:101–17.
48. Baucom DH, Shoham V, Mueser KT, Daiuto AD, Stickle TR. Empirically supported couple and family interventions for marital distress and adult mental health problems. *J Consult Clin Psychol* 1998; 66:53–88.
49. Beach SR, Fincham FD, Katz J. Marital therapy in the treatment of depression: toward a third generation of therapy and research. *Clin Psychol Rev* 1998; 18:635–61.
50. O’Leary KD, Beach SR. Marital therapy: a viable treatment for depression and marital discord. *Am J Psychiatry* 1990; 147:183–6.
51. Jacobson NS, Dobson K, Fruzzetti AE, Schmaling KB, Salusky S. Marital therapy as a treatment for depression. *J Consult Clin Psychol* 1991; 59:547–57.
52. Leff J, Vearnals S, Brewin CR, Wolff G, Alexander B, Asen E, and others. The London depression intervention trial. Randomised controlled trial of antidepressants v. couple therapy in the treatment and maintenance of people with depression living with a partner: clinical outcome and costs. *Br J Psychiatry* 2000; 177:95–100.
53. Cuijpers P. Bibliotherapy in unipolar depression: a meta-analysis. *J Behav Ther Exp Psychiatry* 1997; 28:139–47.
54. Loizzo J. Meditation and psychotherapy. In: Muskin P, editor. *Review of psychiatry*. Vol. 19. Washington (DC): American Psychiatric Association Press; 2000.
55. Craven JL. Meditation and psychotherapy. *Can J Psychiatry* 1989; 34:648–53.
56. Weintraub A. The natural Prozac. *Yoga Journal* 1999; Nov/Dec:40–138.
57. Thase ME, Reynolds CF, III, Frank E, Simons AD, McGeary J, Fasiczka AL, and others. Depressed men and women respond similarly to cognitive behavior therapy? *Am J Psychiatry* 1994; 151:500–5.
58. McCullough JP. *Treatment of chronic depression*. New York: Guilford Press; 2000.
59. Keller MB, McCullough JP, Klein DN, Arnow B, Dunner DL, Gelenberg AJ, and others. A comparison of nefazodone, the cognitive behavioral-analysis system of psychotherapy, and their combination for the treatment of chronic depression. *N Engl J Med* 2000; 342:1462–70.

60. Markowitz JC. Psychotherapy of dysthymia. *Am J Psychiatry* 1994; 151:1114–21.
61. Ravindran AV, Anisman H, Merali Z, Charbonneau Y, Telner J, Bialik RJ, and others. Treatment of primary dysthymia with group cognitive therapy and pharmacotherapy: clinical symptoms and functional impairments. *Am J Psychiatry* 1999; 156: 1608–17.
62. Browne G, Steiner M, Roberts J, Gafni A, Byrne C, Bell B, and others. Sertraline and interpersonal psychotherapy, alone and combined, in the treatment of patients with dysthymic disorder in primary care: a 2-year comparison of effectiveness and cost. *J Affect Disord*. Forthcoming.
63. Frank E, Prien RF, Jarrett RB, Keller MB, Kupfer DJ, Lavori PW, and others. Conceptualization and rationale for consensus definitions of terms in major depressive disorder. Remission, recovery, relapse, and recurrence. *Arch Gen Psychiatry* 1991; 48:851–5.
64. Frank E, Kupfer DJ, Perel JM, Cornes C, Jarrett DB, Mallinger AG, and others. Three-year outcomes for maintenance therapies in recurrent depression. *Arch Gen Psychiatry* 1990; 47:1093–9.
65. Jarrett RB, Basco MR, Risser R, Ramanan J, Marwill M, Kraft D, and others. Is there a role for continuation phase cognitive therapy for depressed outpatients? *J Consult Clin Psychol* 1998; 66:1036–40.
66. Simons AD, Murphy GE, Levine JL, Wetzel RD. Cognitive therapy and pharmacotherapy for depression. Sustained improvement over one year. *Arch Gen Psychiatry* 1986; 43:43–8.
67. Evans MD, Hollon SD, De Rubeis RJ, Piasecki JM, Grove WM, Garvey MJ and others. Differential relapse following cognitive therapy and pharmacotherapy for depression. *Arch Gen Psychiatry* 1992; 49:802–8.
68. Shea MT, Elkin I, Imber SD, Sotsky SM, Watkins JT, Collins JF, and others. Course of depressive symptoms over follow-up. Findings from the National institute of mental health treatment of depression collaborative research program. *Arch Gen Psychiatry* 1992; 49:782–7.
69. Weissman MM, Klerman GL, Prusoff BA, Sholomskas D, Padian N. Depressed outpatients. Results one year after treatment with drugs and/or interpersonal psychotherapy. *Arch Gen Psychiatry* 1981; 38:51–5.
70. Frank E, Kupfer DJ, Wagner EF, McEachran AB, Cornes C. Efficacy of interpersonal psychotherapy as a maintenance treatment of recurrent depression. Contributing factors. *Arch Gen Psychiatry* 1991; 48:1053–9.