

Estatuto empírico das terapias cognitivo-comportamentais da depressão

POR

Ângela da Costa Maia

palavras chave: depressão, eficácia terapêutica, terapia cognitiva e comportamental

RESUMO

A questão da eficácia das terapias cognitivo-comportamentais da depressão ocupou desde sempre um lugar de destaque entre aqueles que a elaboraram e praticaram. Talvez por isso o estudo do efeito desta terapia quer a nível da remoção sintomática, quer a nível da prevenção da recaída, deu azo a um grande número de investigações. Neste artigo são referidos os principais resultados de alguns dos estudos mais importantes sobre a eficácia desta terapia.

Ângela Costa Maia
Instituto de Educação e Psicologia
Universidade do Minho
Campus de Gualtar
4719 Braga
Portugal
Mail: angelam@iep.uminho.pt

ARTIGO PUBLICADO EM: REVISTA *PSIQUIATRIA CLÍNICA*, 1999

VOL. 20, N°3, p. 205-212

Introdução

A depressão constitui uma das perturbações psicológicas que mais tem estimulado o desenvolvimento de modelos teóricos e de estratégias terapêuticas. Este interesse deve-se quer ao facto de se tratar de uma das experiências humanas mais dolorosas e incapacitantes, quer ao número de pessoas atingidas.

A terapia cognitivo-comportamental da depressão desenvolvida pela equipa de Beck (e.g. Beck, Rush, Shaw & Emery, 1979) recebeu uma grande aceitação junto dos psicoterapeutas e foi, desde a sua divulgação, amplamente aplicada. Este facto poderá ter ficado a dever-se à insatisfação com a eficácia de outras abordagens terapêuticas da depressão, nomeadamente de cariz psicanalítico. Esta preocupação com a eficácia, especialmente quando o número de pessoas

submetidas a processos psicoterapêuticos aumentou, não se reduziu à perturbação depressiva. Pelo contrário, desde os fins dos anos sessenta que os investigadores em psicoterapia começaram a apontar para a necessidade de estudar não só a eficácia em geral, como a eficácia de formas específicas de terapia para tipos específicos de clientes (Elkin, 1994).

A eficácia da psicoterapia sobre o tratamento da depressão foi das que sofreu uma avaliação mais rigorosa, sendo a terapia comportamental e cognitiva uma das formas de psicoterapia mais avaliada.

A eficácia da terapia cognitivo-comportamental da depressão

Apesar das primeiras meta-análises do tratamento psicoterápico da depressão, que dataram do início de década de oitenta (Miller & Berman, 1983; Shapiro & Shapiro, 1982; Steinbruek. Maxwell & Howard, 1983), terem sugerido que a psicoterapia é mais eficaz que o não tratamento ou tratamento placebo, em 1986, Hollon e Beck chamaram a atenção para o facto de poucas terapias terem sido submetidos a análise com rigor metodológico suficiente para justificar o entusiasmo que lhes era dedicado.

Um dos projectos paradigmáticos que surgiu para responder a este tipo de preocupação foi o elaborado nos Estados Unidos sob os auspícios do National Institute of Mental Health (NIMH) e teve como objectivo avaliar a eficácia de diferentes formas de terapia exactamente na depressão (Elkin et col, 1989; Elkin, 1994). O NIMH Treatment of Depression Collaborative Program foi iniciado em 1977 envolvendo cerca de 340 deprimidos distribuídos por três centros de terapia americanos, e 4 condições de tratamento: Terapia Cognitivo - comportamental (tal como proposto por Beck, Rush, Shaw & Emery, 1979), Psicoterapia Interpessoal (segundo o modelo de Klerman, Weissman, Rounsaville & Chevron, 1984), e dois grupos de controlo de eficácia de psicoterapia: um grupo que recebeu psicofármacos anti-depressivos (imipramina mais apoio clínico) e um outro a quem foram dados comprimidos placebo mais apoio clínico.

Embora os autores reconheçam os problemas do grupo de controlo (muitos estudos têm usado apenas lista de espera), os resultados apresentados são bastante interessantes (Elkin, 1994): Quando se analisaram as diferenças entre os resultados de diferentes tipos de intervenção na **redução da sintomatologia**, verificou-se que no fim do tratamento havia uma grande semelhança entre as amostras, todas apresentando uma diminuição de sintomas. Os sujeitos tratados com psicofármacos eram ligeiramente menos sintomáticos, enquanto os que recebem apenas placebo mais apoio clínico foram os que revelaram mais sintomas. Mas as diferenças eram pequenas e a comparação nos dados de follow-up revelou que não havia diferenças entre as duas psicoterapias ou entre estas e o tratamento farmacológico.

Se estes factos revelam que a psicoterapia (incluindo a cognitivo-comportamental) é tão eficaz como o tratamento químico, também se conclui que a terapia cognitivo-comportamental não exhibe maior eficácia quando comparada com a condição placebo mais apoio clínico que servia de controlo. Elkin (1994) concluiu então que não é a eficácia terapêutica da terapia comportamental cognitiva que está em causa, visto que os sujeitos melhoram (tal como nas outras condições), mas a condição placebo não funcionou como um verdadeiro controlo.

Quando são abordadas as questões de **eficácia específica**, como o ajustamento social (medido pelo Social Adjustment Scale), as atitudes disfuncionais (medido pelo Dysfunctional Attitude Scale) ou o funcionamento físico (medido pelo Endogenous Scale do SADS-C), os resultados não dão suporte para a hipótese específica, já que nenhuma terapia produz efeitos consistentes nas medidas que estão mais relacionadas com os princípios teóricos subjacentes às suas

estratégias (neste caso os sujeitos submetidos a terapia comportamental e cognitiva deveriam exibir uma maior redução nas atitudes disfuncionais, o que não aconteceu, mas os sujeitos que foram submetidos a terapia interpessoal também não se destacaram na redução dos seus valores na escala de ajustamento social nem os sujeitos que foram tratados com psicofármacos melhoraram mais a nível de queixas físicas).

Quando se observam os resultados de **follow-up** verifica-se que as pessoas submetidas a psicoterapia obtêm um resultado ligeiramente superior em termos de melhoria, mas as diferenças entre as quatro condições não são estatisticamente significativas.

Em relação **ao tempo de tratamento** observa-se que no período estabelecido para fim de tratamento apenas uma pequena percentagem de clientes estava completamente bem, o que a leva a concluir que, apesar da melhoria, é questionável a suficiência de tratamento a curto prazo como as terapias são normalmente publicitadas (cerca de 10 a 12 sessões) para a remissão total.

Assim, e como conclusão geral, este estudo sobre os efeitos de psicoterapia revelou que a intervenção farmacológica reduz mais rapidamente os sintomas e é mais eficaz nos casos mais graves, e que as psicoterapias (quer a interpessoal, quer a comportamental-cognitiva) são igualmente eficazes quando comparadas com a farmacoterapia ou entre elas, não havendo um efeito específico das psicoterapias.

Apesar de serem os clientes de terapia comportamental-cognitiva que revelam melhores condições nas medidas de follow-up, a autora, atendendo à percentagem de clientes que continuam a necessitar de apoio neste período, sugere que o tempo de tratamento deve ser mais prolongado ou haver tratamento de manutenção ou outras formas de intervenção.

De que modo é que os resultados deste projecto reflectem o que se tem encontrado em outros estudos e meta-análises realizados sobre a eficácia da terapia comportamental cognitiva na depressão?

Em primeiro lugar, é curioso constatar que os mesmos Hollon e Beck, que em 1986 criticavam o entusiasmo pela psicoterapia sem o correspondente suporte do estudo da sua eficácia, afirmavam em 1994 que se tinha assistido nesse intervalo de tempo a uma autêntica explosão de estudos clínicos controlados e com diversas populações clínicas (Hollon & Beck, 1994, referem mais de 120), apresentando eles próprios uma revisão bastante exaustiva dos resultados de avaliação da Terapia Cognitivo-Comportamental no tratamento de diferentes patologias.

Aqui dividiremos os estudos quanto aos resultados sobre a eficácia desta terapia no tratamento na fase aguda da depressão e portanto na remoção da sintomatologia, nos que se focam preferencialmente nos dados do follow-up e na prevenção da recaída; e ainda em outros aspectos estudados como o tempo de terapia, e o tipo de clientes (idade, gravidade da sintomatologia e outras características psicológicas). Finalmente referir-se-ão algumas das conclusões elaboradas a partir dos resultados obtidos em meta-análises.

A eficácia da terapia cognitivo-comportamental na remoção sintomática

A maior parte dos estudos realizados debruçam-se sobre a eficácia da terapia cognitivo-comportamental enquanto tratamento da fase sintomática aguda da depressão.

A eficácia das psicoterapias, e portanto também da Terapia cognitivo-comportamental, é normalmente medida por comparação com o tratamento químico assumindo assim como pressuposto que a farmacoterapia é um tratamento eficaz na depressão¹.

Quando comparada com o tratamento farmacológico anti-depressivo esta psicoterapia revelou-se superior ao tratamento por drogas em alguns estudos (cf., por exemplo, Blackburn, Bishop, Glen, Whalley & Christie, 1981; Dunn, 1979; Maldonado, 1982; Rush, Beck, Kovacs & Hollon, 1977) ou de eficácia equivalente (Blackburn, Bishop, Glen, Whalley & Christie, 1981; Hollon, DeRubeis, Evans et col., 1992; Murphy, Simons, Wetzel & Lustman, 1984). Alguns estudos verificaram que a combinação de terapia cognitivo-comportamental associada aos anti-depressivos é mais eficaz do que apenas as drogas (Blackburn, Bishop, Glen, Whalley & Christie, 1981; Maldonado, 1982; Teasdale, Fennell, Hibbert & Amies, 1984). Outros estudos verificaram que a terapia cognitivo-comportamental é tão eficaz como a combinação de tratamento (psicoterapia cognitivo-comportamental mais farmacoterapia) (Beck, Hollon, Young, Bedrosian & Budenz, 1985; Maldonado, 1982; Murphy et col, 1984) enquanto um verificou superioridade da modalidade de tratamento em que se associou a terapia cognitivo-comportamental com um tratamento psicofarmacológico (cf. Hollon et col, 1992).

Quando é considerada a gravidade da sintomatologia, Hollon, DeRubeis, Evans, Weimar, Garvey, Grove e Tuason (1992) verificaram que a terapia cognitivo-comportamental era tão eficaz como a farmacoterapia nos casos mais graves, mas isso não se verificou no estudo de NIMH descrito anteriormente. No entanto os resultados deste último estudo não são iguais em todos os locais em que a investigação foi conduzida e de facto apenas num local houve diferenças significativas entre os resultados obtidos pelos sujeitos com depressão grave quando submetidos a psicoterapia cognitiva ou terapia química (cf. Elkin et col, 1989).

Quando comparada com outras formas de psicoterapia da depressão a terapia cognitiva comportamental surge como mais eficaz do que a terapia comportamental ou a orientada para o insight (McLean & Hakstein, 1979; Shaw, 1977; Taylor & Marshall, 1977) ou com resultados equivalentes à terapia comportamental (Maldonado, 1982; Wilson, Goldin & Charbon-Powis, 1983). Como vimos os resultados do NIMH Treatment of Depression Collaborative Program sugerem que é tão eficaz como a Terapia Interpessoal (Elkin, 1994).

No entanto, retirar conclusões definitivas dos resultados da comparação entre a terapia cognitivo comportamental e outras formas de psicoterapia levanta alguns problemas porque alguns estudos não utilizam populações propriamente clínicas; ou as outras abordagens não são bem operacionalizadas; ou a investigação é conduzida por terapeutas cognitivos o que parece estar relacionado com a vantagem deste tipo de terapia (cf. Hollon & Beck, 1994; Shaw, 1977; Covi & Lipman, 1987; Robinson, Berman & Neimeyer, 1990).

O efeito da terapia comportamental-cognitiva sobre a prevenção da recaída

¹ Zavodnick (1990) apresenta este tipo de terapias em cinco grupos: os anti-depressivos tricíclicos, os inibidores de aonoamina-oxidase, os anti-depressivos de segunda geração, o lítio e a terapia electroconvulsiva. As pessoas cujo diagnóstico corresponde à Depressão Maior parecem responder bem aos anti-depressivos tricíclicos quer na remoção sintomática quer na prevenção de recaída, com níveis de melhoria entre 65 e 90%.

A depressão tende a ser um problema episódico, em que o risco de recaída (retorno de sintomas associado com o episódio anterior) e recorrência (início de um episódio completamente novo) é elevado mesmo em pessoas que parecem ter sido eficazmente tratadas antes (Hollon & Beck, 1994). Por isso a avaliação do efeito das terapias sobre a prevenção das recaídas e de episódios recorrentes é bastante pertinente.

A farmacoterapia suprime a re-emergência sintomática enquanto é continuada (Hollon & Beck, 1994), mas parece ter pouco efeito sobre a redução do risco subjacente (Hollon, Evans & DeRubeis, 1990). Por isso actualmente tende a manter-se a medicação anti-depressiva indefinidamente em sujeitos com história de recorrência (Frank et col., 1990). A maioria dos episódios depressivos duram entre 6 e 12 meses, havendo melhoria a partir deste tempo mesmo que não sujeita a tratamento. Sabe-se que a medicação acelera a remissão de sintomas, mas que o risco de activação sintomática é elevada se a medicação é interrompida (Prien & Kupfer, 1986). Como Hollon e col (1990) concluem, isto leva a pensar que as drogas fazem pouco para alterar a organização subjacente, pelo que o aparecimento sintomático reflecte mais uma recaída do que recorrência.

Quando se trata da avaliação do efeito da terapia cognitivo-comportamental sobre a prevenção da recaída vários estudos (revistos por Hollon & Beck, 1994) sugerem que esta reduz o risco de recorrência após o fim de tratamento (e.g. Blackburn, Eunson & Bishop, 1986; Evans et col., 1992; Kovacs, Rush, Beck & Hollon, 1981; Shea et col., 1992; Simons, Murphy, Levine & Wetzel, 1986). Quando os resultados são comparados com a terapia farmacológica, por exemplo, o estudo de Evans et col. (1992) revelou que os sujeitos tratados até à remissão com a terapia cognitivo-comportamental tinham metade das recaídas dos sujeitos apenas tratados farmacologicamente; e tantas quantas os sujeitos que continuavam medicados. Mas Kovacs, Rush, Beck e Hollon, (1981) encontraram resultados comparáveis entre os grupos tratados com terapia cognitivo-comportamental e os que receberam emipramina, num follow-up de um ano. Clark e Beck (1989) afirmam que em geral parece haver evidência do efeito profilático desta terapia. As recaídas do tratamento farmacológico situam-se à volta dos 60% enquanto entre os grupos submetidos à terapia cognitivo comportamental se situa à volta dos 30% (cf. Clark & Beck, 1989).

Em suma, os resultados dos estudos que visam avaliar a eficácia desta terapia não deixam dúvidas de que é eficaz na redução de sintomas e na prevenção de recaídas, mas dá origem a algumas contradições quando esta eficácia é comparada com outras formas de terapia de depressão. Na verdade se alguns estudos a revelam superior a outras abordagens, outros sugerem que não é significativamente mais eficaz. Os resultados das meta-análises, por englobarem um número superior de estudos realizados com populações e em contextos mais diversificados, poderão contribuir para esclarecer estas contradições, que são importantes quando, como aqui, se procura estimar a eficácia de um tipo específico de terapia para um tipo particular de psicopatologia.

Resultado das meta-análises sobre o efeito da psicoterapia cognitivo comportamental da depressão

As revisões meta-analíticas publicados acerca da eficácia da psicoterapia na depressão (Shapiro & Shapiro, 1982; Miller & Berman, 1983; Quality Assurance Project, 1983; Steinbrueck, Maxwell, & Howard, 1983; Nietzel, Russel, Hemmings & Gretter, 1987; Dobson, 1989; Robinson, Berman & Neimeyer, 1990), têm concluído que a psicoterapia é mais eficaz do que as condições de não tratamento. No entanto vários destes trabalhos não diferenciam os diversos

modelos de psicoterapia e, portanto, embora incluam entre os resultados intervenções do tipo comportamental-cognitivo ou cognitivo, eles não nos informam especificamente sobre estas terapias (e.g. Shapiro & Shapiro, 1982; Miller & Berman, 1983; Steinbrueck, Maxwell, & Howard, 1983).

Das meta-análises realizadas acerca da eficácia da psicoterapia da depressão que permitem tirar conclusões acerca da eficácia específica da psicoterapia comportamental-cognitiva (Nietzel, Russel, Hemmings & Gretter, 1987; Dobson, 1989; Robinson, Berman & Neimeyer, 1990), encontramos alguns dados divergentes. Nietzel, Russel, Hemmings e Gretter (1987) verificaram a superioridade do tratamento individual sobre o de grupo, mas as diferenças entre a eficácia da terapia cognitivo comportamental e outras formas de terapia não foram relevantes. Pelo contrário Dobson (1989), igualmente revendo estudos cuja medida de resultado eram os valores de BDI, conclui que esta terapia é mais eficaz do que um grupo de não tratamento ou um grupo de controlo em lista de espera; e que é ainda superior as intervenções psicossociais ou farmacológicas. No entanto estes estudos não incluem uma condição de controlo do tipo atenção - placebo, para controlar os possíveis efeitos não específicos de tratamento.

Das revisões antes citadas, a mais ampla é a de Robinson, Berman e Neimeyer (1990), pelo número de estudos englobados (58), e por não restringir aos estudos avaliados segundo o resultado do BDI. Esta meta-análise procurou comparar a eficácia de quatro tipos de psicoterapia (cognitiva, comportamental, cognitivo-comportamental e verbal geral) sobre a depressão, dando origem à seguinte conclusão:

Embora todas as formas de psicoterapia sejam mais eficazes do que o não tratamento, as nossas análises iniciais indicavam que haveria alguma diferença na eficácia de diferentes tipos de psicoterapia. Esta diferença foi também apresentada numa revisão recente de Dobson (1989), que concluiu que a terapia cognitiva da depressão era superior a outras abordagens. No entanto, após análises mais detalhadas, descobrimos que estas diferenças na eficácia de diferentes tratamentos podem ser um artefacto das alianças teóricas dos investigadores que conduzem estes estudos. Quando um tipo particular de terapia era preferido por um investigador, ele tendia a produzir resultados mais favoráveis do que o tratamento com que era comparado (p.41).

Esta conclusão parece-nos merecer alguma atenção por nos alertar para alguns problemas metodológicos nos estudos de eficácia. Mas o problema de aliança entre orientação teórica do psicoterapeuta e/ou investigador e resultado da investigação não é o único que tem sido levantado. Dobson (1989) e Robinson, Berman e Neimeyer (1990) apontam igualmente para o facto de o resultado deste tipo de investigação parecer estar relacionado com as variáveis dependentes usadas. Robinson, Berman e Neimeyer (1990, p.41), que afirmam explicitamente: "As nossas análises sugerem que os efeitos da terapia diferem de acordo com o conteúdo das medidas".

Conclusão: Outros factores para a eficácia?

Basicamente existem duas estratégias de avaliação da eficácia de terapia da depressão: 1) comparar com lista de espera, e 2) comparar com clientes que recebem outros tipos de terapia. Os resultados dos estudos que usam comparações com lista de espera não deixam dúvidas de que as abordagens terapêuticas são eficazes. No entanto quando se comparam diferentes tipos de intervenção, e mesmo

quando se comparam grupos sujeitos a psicoterapia com grupos que recebem apenas apoio clínico mínimo, os resultados são muito inconsistentes.

Que concluir então acerca da eficácia da terapia cognitiva na depressão? Se não restam dúvidas de que é eficaz, não podemos deixar de salientar que a investigação leva a concluir que não parece haver um efeito específico desta ou de outras terapias.

A este respeito Burns e Auerbach (1996) concluem:

Assim, terapias que postulam factores muito diferentes na causa e manutenção da depressão e que utilizam intervenções terapêuticas tão diferentes parecem ter um efeito surpreendentemente parecido em praticamente todas as variáveis de resultados utilizadas.

Para compreender estes dados encontramos pelo menos duas alternativas. Uma delas sugere que os efeitos do tratamento poderão ter mais a ver com características dos sujeitos que são submetidos à psicoterapia, do que com os processos e estratégias envolvidas nos tratamentos (Blatt & Felsen, 1993; Blatt, Quinlan, Pilkonis, & Shea, 1995). A outra explicação aponta para o papel de factores não específicos em psicoterapia, de que se destaca a qualidade da relação terapêutica (e.g. Orlinsky, Grawe & Parks, 1994).

Sotsky e col. (1991, cit. por Blatt, Quinlan, Pilkonis & Shea, 1995), reavaliaram os resultados do estudo do NIMH citado neste trabalho, a partir dos resultados específicos dos participantes nas escalas de ajustamento social e atitudes disfuncionais. A sua análise revelou que resultados melhores no funcionamento social nas subescalas social e lazer na Escala de Ajustamento Social constituía um factor preditivo para um bom resultado na Terapia Interpessoal. Por outro lado um valor global baixo na Escala de Atitudes Disfuncionais era preditor de um resultado positivo na condição imipramina mais apoio clínico e na Terapia Cognitivo-comportamental. Blatt, Quinlan, Pilkonis e Shea (1995), concluem, a partir daqui que “Esta descoberta sugere que as variáveis do paciente podem ter um impacto importante no processo e no resultado terapêutico” (p. 125). A diferenciação proposta por Blatt (1974, Blatt, Quinlan & Chevron, 1990) entre depressão de tipo introjectivo, em pessoas perfeccionistas e autocríticas; e do tipo anaclítico, em pessoas dependentes, orientadas interpessoalmente, que está de acordo com os subtipos autónomo e sociotrópico propostos por Beck (1983), poderão igualmente contribuir para chamar a atenção para a necessidade de avaliar o impacto das terapias em função não só do nível de depressão, mas das características das pessoas deprimidas. Neste caso não está em questão se uma determinada terapia é ou não eficaz, mas que terapia tem mais probabilidade de ter impacto positivo atendendo às características do cliente.

Referimos antes que a outra linha para explicar a não diferenciação entre terapias era a defesa da existência de factores não específicos que explicariam a eficácia semelhante de modelos aparentemente tão diversos. Entre estes factores não específicos, a qualidade da relação terapêutica é uma mais estudada. Orlinsky, Grawe e Parks (1994), por exemplo, verificaram que em mais de 115 estudos, a qualidade da relação terapêutica estava relacionada com os resultados da terapia.

A qualidade da relação pode ter um significado especial no trabalho terapêutico com pessoas deprimidas, especialmente naquelas que são mais sensíveis à relação de proximidade com os outros (orientação de personalidade do tipo sociotrópico, segundo a perspectiva de Beck, 1983, 1987). A experiência de uma relação terapêutica de segurança e cuidado pode constituir um ingrediente essencial para a desactivação das formas depressivas de perceber e organizar as experiências, dando espaço para a exploração de novas sensações a partir do qual o deprimido poderá construir novos significados.

BIBLIOGRAFIA

- Beck, A. T. (1983). Cognitive therapy of depression. New perspectives. In P. Clayton (Ed.), *Treatment of depression: Old controversies, new approaches* (pp. 265-290). New York: Raven Press.
- Beck, A. T. (1987). Cognitive models of depression: *Journal of Cognitive Psychotherapy. An International Quarterly*, 1, 5-37
- Beck, A. T., Rush, A. J.; Shaw, B. F. & Emery, G. (1979). *Cognitive therapy of depression*. New York: The Guilford Press.
- Beck, A.T., Hollon, S.D., Young, J.E. & Bedrosian, R.C. (1985). Treatment of depression with cognitive therapy and amitriptyline. *Archives of General Psychiatry*, 42, 142 - 148.
- Blackburn, I., Bishop, S., Glen, A.I.M., Whalley, L.J. & Christie, J.E. (1981). The efficacy of cognitive therapy of depression: A treatment trial using cognitive therapy and pharmacotherapy, each alone and in combination. *British Journal of Psychiatry*, 139, 181-189.
- Blackburn, I., Eunson, K.M. & Bishop, S. (1986). A two-year naturalistic follow-up of depressed patients treated with cognitive therapy, pharmacotherapy, and a combination of both. *Journal of Affective Disorders*, 10, 67-75.
- Blatt, S. J. & Felsen, I. (1993). Different kinds of folks may need different kinds of strokes: The effect of patients' characteristics on therapeutic process and outcome. *Psychotherapy Research*, 3, 245-249.
- Blatt, S.J. (1974) Levels of object representation in anaclitic and introjective depression. *The Psychoanalytic Study of the Child*, 24, 107-157.
- Blatt, S.J., Quinlan, D.M.; Pilkonis, P.A. & Shea, M. T. (1995). Impact of perfectionism and need for approval on the brief treatment of depression: The National Institute of Mental Health Treatment Research Program Revisited. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 63, 125-132.
- Blatt, S.J.; Quinlan, D.M & Chevron, E.S. (1990). Empirical investigation of a psychoanalytic theory of depression. In J. Masling, (Ed.), *Empirical Studies of Psychoanalytic Theories*. Ney Jersey: Analytic Press.
- Burns, D.D. & Auerbach, A. (1996). Therapeutic empathy in Cognitive-Behavioral Therapy: Does it really make a difference?. In P.M. Salkovskis (Ed.), *Frontiers of Cognitive Therapy* (pp. 135-164). New York: Guilford.
- Clark, D.A. & Beck, A.T. (1989). Cognitive theory and therapy of anxiety and depression. In P.C. Kendall & D. Watson (Eds.), *Anxiety and depression: Distinctive and overlapping features*. New York: Academic Press.
- Covi, L. & Lipman, R.S. (1987). Cognitive-behavioral group psychotherapy combined with imipramine in major depression. *Psychopharmacological Bulletin*, 23, 173-176.
- Dobson, K. S. (1989). A meta-analysis of the efficacy of cognitive therapy for depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 57, 414-419.
- Dunn, R. J. (1979). Cognitive modification with depression-prone psychiatric patients. *Cognitive Therapy and Research*, 3, 307-317.
- Elkin, I. (1994). The NIMH Treatment of Depression Collaborative Research Program: where we began and where we are. In A. E. Bergin & S. L. Garfield (Eds.). *Handbook of psychotherapy and behavior change* (pp. 114-139). New York, John Willey.

- Elkin, I. Shea, M. T., Watkins, J. T., Imber, S.D., Sotsky, S. M., Collins, J.F., Glass, D. R., Piconis, P. A., Leber, W. R., Docherty, J.P., Fiester, S. J. & Parloff, M. B. (1989). The National Institute of Mental Health Treatment of Depression Collaborative Research Program. *Archives of General Psychiatry*, *46*, 971-982.
- Evans, M. D., Hollon, S. D., DeRubeis, R. J., Piasecki, J. M., Grove, W. M., Garvey, M. J. & Tuason, V. B. (1992). Differential relapse following cognitive therapy and pharmacotherapy for depression. *Archives of General Psychiatry*, *49*, 802-808.
- Frank, E., Kupfer, D. J., Perel, J.M., Cornes, C., Jarret, D. B., Mallinger, A. G., Thase, M. E., McEschan, A. B. & Grochocinski, V. J. (1990). Three-year outcomes for maintenance therapies in recurrent depression. *Archives of General Psychiatry*. *47*, 1093-1099.
- Hollon, S. D. & Beck, A. T. (1986). Cognitive and cognitive-behavioral therapies. In S. L. Garfield & A. E. Bergin (Eds.), *Handbook of psychotherapy and behavior change: An empirical analysis* (pp. 437-490). New York: Wiley.
- Hollon, S. D., DeRubeis, R. J., Evans, M.D., Weimer, M. J., Garvey, M. J., Grove, W. M. & Tuason, V. B. (1992). Cognitive therapy and pharmacotherapy for depression: Single and in combination. *Archives of General Psychiatry*, *49*, 774-781.
- Hollon, S. D., Evans, M. D. & DeRubeis, R.J. (1990). Cognitive mediation of relapse prevention following treatment for depression: Implications of differential risk. In R.E. Ingram (Ed.), *Contemporary psychological approaches to depression* (pp 117-136). New York: Plenum Press
- Hollon, S.D. & Beck, A.T. (1994). Cognitive and cognitive-behavioral therapies. In A. E. Bergin & S. L. Garfield (Eds.). *Handbook of psychotherapy and behavior change* (pp. 428-466) N.Y.:John Willey.Hollon & Beck, 1994
- Klerman, G.L., Weissman, M.M., Rounsaville, B.J. & Chevron, E.S. (1984). *Interpersonnal psychotherapy of depression*. New York: Basic Books.
- Kovacks, M., Rush, A.J., Beck, A.T. & Hollon, S. (1981). Depressed outpatients treated with cognitive therapy and pharmacotherapy. *Archives of General Psychiatry*, *38*, 33-41.
- McLean, P.D. & Hakstian, A.R. (1979). Clinical depression: comparative efficacy of outpatient treatments. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *47*, 818-836
- Miller, R.C. & Berman, J.S. (1983). The efficacy of cognitive behavior therapies: A quantitative review of the research evidence. *Psychological Bulletin*, *94*, 39-53.
- Murphy, G.E., Simons, A.D., Wetzel, R.D. & Lustman, P.J. (1984). Cognitive therapy and pharmacotherapy: Singly and together in the treatment of depression. *Archives of General Psychiatry*, *41*, 33-41.
- Nietzel, M.T., Russel, R.L., Hemmings, K.A., & Gretter, M.L. (1987). The clinical significance of psychotherapy for unipolar depression: A meta-analytic approach to social comparison. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *55*, 156-161.
- Orlinsky, D. E., Grawe, K. & Parks, B.K. (1994). Process and outcome in psychotherapy - noch einmal. In A.E. Bergin & S.L. Garfield (Eds.), *Handbook of Psychotherapy and Behavior Change* (4th, pp 270-376). New York: Wiley.

- Prien, R. F. & Kupfer, D.J. (1986). Continuation drug therapy for major depressive episodes: How long should it be maintained? *American Journal of Psychiatry*, 143, 18-23.
- Robinson, L.A., Berman, J. S. & Neimeyer, R. A. (1990). Psychotherapy for the treatment of depression: A comprehensive review of controlled outcome research. *Psychological Bulletin*, 108, 30-49.
- Rush, A.J., Beck, A.T. Kovacks, M. & Hollon, S. (1977). Comparative efficacy of cognitive therapy and pharmacotherapy in the treatment of depressed outpatients. *Cognitive Therapy and Research*, 1, 17-38.
- Shapiro, D.A. & Shapiro, D. (1983). Meta-analysis of comparative therapy outcome studies: A replication and refinement. *Psychological Bulletin*, 92, 581-604.
- Shaw, B.F. (1977). Comparison of cognitive therapy and behavior therapy in the treatment of depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 45, 543-551.
- Shea, M. T., Elkin, I., Imber, S. D. Sotsky, S. M., Watkins, J. T. Collins, J. F., Pilkonis, P. A., Beckham, E., Glass, D. R., Dolan, R. T. & Parloff, M. B. (1992). Course of depressive symptoms over follow-up: findings from the National Institute of Mental Health Treatment of Depression Collaborative Research Program. *Archives of General Psychiatry*, 49, 782-787.
- Simons, A.D. Murphy, G.E.; Levine, J.L. & Wetzel, R.D. (1986). Cognitive therapy and pharmacotherapy for depression: Sustained improvement over one year. *Archives of General Psychiatry*, 43, 43-48.
- Steinbrueck, S. M., Maxwell, S. E. & Howard, G. S. (1983). A meta-analysis of psychotherapy and drug therapy in the treatment of unipolar depression with adults. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 51, 856-863.
- Taylor, F.G. & Marshall, W.L. (1977). Experimental analysis of a cognitive-behavioral therapy for depression. *Cognitive Therapy and Research*, 1, 59-72.
- Teasdale, J. D., Fennell, M. J. V., Hibbert, G. A. & Amies, P. L. (1984). Cognitive therapy for major depressive disorder in primary care. *British Journal of Psychiatry*, 144, 400-406.
- Wilson, P.H., Goldin, J.C. & Charbonneau-Powis, M. (1983). Comparative efficacy of behavioral and cognitive treatments of depression. *Behaviour Research and Therapy*, 20, 173-184.
- Zavodnick (1990). Somatic theories of depression. In B.B. Wolman, (Ed.) and G. Stricker (Co-Ed.), *Depressive Disorders, Facts, Theories and Treatment Methods* (pp275-295). New York: John Wiley and Sons.

ABSTRACT

Empirical status of cognitive and behavioural depression therapies

The experts who have developed and used cognitive and behavioural depression therapies have always been concerned with their effectiveness. This is probably the reason why the study of the effects of

these therapies both in removing the symptoms and in preventing a relapse has resulted in so much research. This article presents the main results of some of the most important studies on the efficacy of depression therapies.