

Le traitement psychologique de la dépression

ARIEL STRAVYNSKI¹

Université de Montréal et Hôpital Louis-H. Lafontaine

et

GILLES GAUDETTE

Hôpital Louis-H. Lafontaine et Clinique psychosomatique Chériar

Cet article examine l'efficacité des trois traitements psychologiques de la dépression qui ont été étudiés de façon empirique: la thérapie cognitive, la psychothérapie interpersonnelle et la thérapie comportementale. Les implications théoriques et pratiques des résultats sont discutées.

L'efficacité des antidépresseurs dans le traitement de la dépression a été largement établie. Ils constituent un traitement standard auquel sont comparées des interventions alternatives. Cependant, cette forme de traitement présente certains problèmes (Blaine et al., 1983). Premièrement, il existe une proportion considérable de clients qui ne répondent pas à cette approche. Deuxièmement, les antidépresseurs ont toujours quelques effets secondaires importants qui peuvent entraîner un abandon ou une non-conformité à la posologie prescrite. Troisièmement, un nombre croissant de clients refusent la médication qu'ils considèrent comme un palliatif; ils conçoivent plutôt la dépression comme un problème de la vie courante et, conséquemment, recherchent une psychothérapie pour leur problème. Ce point de vue est partagé par plusieurs cliniciens qui acceptent difficilement une conception biologique réductionniste de la dépression, cela aussi bien sur le plan empirique, théorique que philosophique (Storr, 1983).

Jusqu'en 1975, le statut empirique des interventions psychologiques pour le traitement de la dépression n'était guère prometteur. Cette sombre perspective a considérablement changé depuis 10 ans. Plusieurs formes de psychothérapies

Toute correspondance doit être envoyée à Ariel Stravynski, Ph.D., Centre de recherche, Hôpital Louis-H. Lafontaine, 7401 Hochelaga, Montréal (Québec), Canada, H1N 3M5

validés empiriquement sont maintenant disponibles et plusieurs études explorent de nouvelles interventions ou en raffinent d'anciennes.

Plusieurs motifs sous-tendent ce changement. Premièrement, l'apparition du «Research Diagnostic Criteria» (RDC; Spitzer et al., 1976) suivi du DSM-III (A.P.A., 1980) permettent d'étudier des populations cliniques relativement homogènes et comparables. Deuxièmement, stimulées par la tendance des behavioristes à opérationnaliser et à détailler les interventions thérapeutiques (v.g. Lewinsohn et al., 1984), des manuels concrets et pratiques d'autres formes de psychothérapie ont été formulés (v.g. Beck et al., 1980; Klerman et al., 1984). Le présent texte révisé les études contrôlées qui évaluent l'efficacité des psychothérapies de la dépression.

Les critères d'inclusion sont:

- 1) Un statut clinique évident de dépression unipolaire, tel que défini par le RDC, le DSM-III ou des critères équivalents.
- 2) Une forme de psychothérapie clairement définie.
- 3) Plusieurs mesures d'efficacité.
- 4) Une répartition aléatoire dans les conditions de traitement.
- 5) Un minimum de huit sujets par condition.
- 6) Un suivi.

Même si diverses écoles de psychothérapie se sont intéressées à la dépression, seulement trois approches développées spécifiquement pour la dépression ont suscité un intérêt en recherche. Ce sont: la thérapie cognitive de Aaron Beck et al. (1980), la psychothérapie interpersonnelle de Gerald Klerman et al. (1984) et la thérapie behaviorale développée par Lewinsohn et al. (1984) et Bellack et al. (1980).

La thérapie cognitive

La thérapie cognitive (TC) de Aaron Beck et al. postule que des distorsions systématiques dans la façon de penser sont communes à des syndromes cliniques variés (Beck, 1976). Même si elles varient en ce qui a trait au contenu, ces types d'erreurs incluent une attention sélective sur les aspects négatifs d'une situation, l'exagération des implications catastrophiques de ces situations ainsi que des inférences arbitraires, c'est-à-dire la formulation de conclusions (habituellement morbides) qui ne sont pas basées sur des faits disponibles. Tout comme pour les croyances fondamentales de Ellis, Beck postule que des croyances pathogènes sont sous-jacentes à ces distorsions cognitives plus spécifiques. Lors de la thérapie, les distorsions spécifiques ainsi que les croyances sous-jacentes sont confrontées. Ainsi, en thérapie cognitive, le client apprend à identifier ses pensées dysfonctionnelles et les croyances qui y sont rattachées, à générer des pensées et croyances alternatives et à tester ces hypothèses dans la réalité quotidienne.

Plusieurs études contrôlées ont été effectuées afin de vérifier l'efficacité de la thérapie cognitive en combinaison ou en contraste avec la pharmacothérapie. Les résultats de ces études sont systématisés dans le Tableau 1. Pour l'essentiel, on

TABLEAU 1. *Études Contrôlées de Thérapies Cognitives de la Dépression Unipolaire.*

Étude	Comparaison Entre	Amélioration Symptomatique	Commentaires
Rush et al. (1977)	1. TC, JR, TD 2. AD	1 > 2	Aussi au suivi d'un an
Kovacs et al. (1981)	1. RC, I, M, JR, TD 2. RC, I, M, JR, TD, AD	1 = 2	Aussi au suivi de 6 mois L'accent de la thérapie sur le «contrôle de soi»
Blackburn et al. (1983)	1. TC, JR, TD 2. AD	3 > 1 3 > 2	30% de rechute avec les AD seulement comparé à 6% avec la TC au suivi.
Blackburn et al. (1986)	3. TC, JR, TD, AD	Aussi au suivi de 2 ans	
Teasdale et al. (1984)	1. TC, OP, AD 2. OP, AD	1 > 2 au post-treatment 1 = 2 au suivi de 3 mois	
Murphy et al. (1984)	1. TC 2. TC, placebo 3. TC, placebo 4. AD	1 = 2 = 3 = 4	Il n'y avait aucune interaction entre la TC et la médication.
Beck et al. (1985)	1. TC 2. TC + AD	1 = 2; aussi aux suivis de 6 et 12 mois	
Elkin et al. (1985, 1986)	1. TIP 2. TC 3. AD 4. Placebo	1 = 2 = 3 > 4	Les résultats ne correspondaient pas au «focus» spécifique visé par la thérapie, i.e. meilleure façon d'intégrer dans la TC, meilleur fonctionnement social dans TIP
Rude (1986)	1. EHS + TC 2. TC + EHS 3. LA	1 = 2 > LA Sans suivi	Contraintement aux hypothèses de l'étude, les patients avec des déficits sociaux importants ont profité plus de la TC que de l'EHS

Abréviations: AD: antidépresseur; I: instructions; M: modeling; JR: jeu de rôle; OP: omni-practien; RC: restructuration cognitive; TD: tâches à accomplir; TC: thérapie cognitive; TIP: thérapie interpersonnelle; LA: liste d'attente; EHS: entraînément aux habiletés sociales; RF: résolutions de problèmes.

peut conclure qu'avec des clients externes modérément déprimés, la thérapie cognitive permet l'amélioration des symptômes dans un court laps de temps et que les résultats des interventions cognitives sont au moins équivalents à ceux des antidépresseurs. Les résultats sont contradictoires quant aux effets additifs de la combinaison de la TC et des antidépresseurs. Blackburn et al. (1981) ont trouvé leur combinaison supérieure à chacun des traitements pris séparément. Murphy et al. (1984) et Beck et al. (1985) arrivent à la conclusion que la combinaison n'a pas d'avantage sur chacun des traitements pris séparément tandis que Teasdale et al. (1984) et Roth et al. (1982) soutiennent que la combinaison permet une amélioration plus rapide.

Malgré les résultats prometteurs de la TC pour le traitement de la dépression unipolaire, cette dernière ne peut être envisagée comme le seul traitement psychologique de choix pour ce problème. La thérapie interpersonnelle (Weissman, 1979; Weissman et al. 1981) et l'entraînement aux habiletés sociales (Hersen et al. 1984) ont aussi démontré des résultats encourageants dans le traitement de la dépression. Cependant, ces psychothérapies n'ont pas à date généré autant d'études que la thérapie cognitive. Les comparaisons appropriées demeurent encore à faire et le critère pour la sélection de la meilleure intervention ou de la meilleure combinaison avec les patients adéquats n'est pas encore établi. Le rôle de la thérapie cognitive pour la dépression sévère ou les dépressions résistantes au traitement n'a pas encore été démontré (Greenberg et Spiro, 1987).

La psychothérapie interpersonnelle

La psychothérapie interpersonnelle conçoit la dépression actuelle du client comme ayant ses racines dans les relations initiales, i.e. enfant-parent. Des formes pathologiques de ces relations initiales se seraient maintenues jusqu'à présent ou encore la perte de ces relations n'a pas pu être surmontée correctement. Arieti et Bemporad (1978), tenants de la psychothérapie interpersonnelle, décrivent plusieurs genres de dépression, dont l'une en particulier retient notre attention: un retour sur la vie du patient permet de mettre en évidence une diminution de ses réalisations ou une absence de réalisations de ses attentes premières. Un événement de la vie devient souvent le déclencheur d'un effondrement vécu comme un échec ou une perte importante. Même si la personne se sent affligée par des rêves non réalisés ou par des relations perdues, ces déceptions n'ont pas été assumées. Après avoir investigué le développement et les circonstances actuelles de la dépression, le thérapeute identifie quelle est la personne à qui le patient est le plus attaché intimement. Ici, Arieti introduit le concept de «l'autre dominant», la personne significative dans la vie du patient pour lequel ce dernier a oublié ses propres espoirs et aspirations. Arieti décrit, par exemple, certains patients qui se blâment eux-mêmes pour n'importe quoi, incluant leur pauvre relation avec leur épouse. «Je suis tellement insouciant» dit le patient, «Peut-être» argumente le thérapeute, «Mais cela est-il possible que c'est votre partenaire qui est très obsessif?». Et progressivement, les sentiments du patient envers l'autre sont découverts: pour plaire à l'autre dominant, le patient peut avoir renié ses

propres désirs. Arieti est d'avis que cette attitude est particulièrement fréquente chez les femmes et pourrait expliquer la prédisposition à la dépression rencontrée chez ces dernières. En plus de mettre en évidence les relations d'auto-sacrifice maintenues jusqu'à date, les désirs positifs du patient sont découverts, souvent en retournant aux rêves et fantasmes de l'enfance.

Arieti propose une composante cognitive évidente facilitant une prise de conscience et la discussion des pensées du patient. Il propose aussi une composante assertive permettant l'identification de ce qui est gratifiant et significatif pour le patient; puis le patient est encouragé à rencontrer ses ambitions.

Une méthode similaire a été utilisée par Klerman et Weissman (1984). Celle-ci n'inclut pas les éléments plus cognitifs et comportementaux décrits par Arieti, mais se concentre sur une compréhension dynamique du contexte social actuel incluant ses parallèles avec les relations initiales. Comme dans toutes les principales études qui sont décrites, les patients ont des désordres dépressifs majeurs aigus, unipolaires et non psychotiques. Les résultats de ces études sont résumés au Tableau 2.

La thérapie behaviorale

Dans une série d'études, Lewinsohn a démontré que les patients déprimés ont une faible compétence sociale (Libet et Lewinsohn, 1973; Lewinsohn, Mitchell, Chaplin et Barton, 1980); conséquemment ils reçoivent peu de renforcement social, peuvent provoquer le rejet des autres et sont moins assertifs. Ils ont des difficultés reliées à leur famille, leurs amis, leurs compagnons de travail et les étrangers; Lewinsohn émet l'hypothèse que ces déficits comportementaux peuvent causer et maintenir la dépression.

Le focus de la thérapie behaviorale est la modification de la performance comme telle. Une sphère particulière du fonctionnement social est sélectionnée, (v.g. les compagnons de travail) et une hiérarchie des situations difficiles est construite. En commençant avec la situation la moins difficile, le thérapeute formule des instructions sur la façon de faire face à cette situation, puis procède à un modelage du rôle du patient dans cette situation, après quoi le patient exécute le rôle. Il reçoit alors un feedback constructif sur sa performance et après avoir réimulé la scène, le thérapeute lui demande de l'exécuter in vivo comme tâche à domicile.

Il n'y a, pour le moment, qu'une seule étude effectuée auprès d'une population clinique qui valide cette approche (Hersen, Bellack, et Himmelhoch, 1983). Dans cette étude, 125 patients déprimés sont répartis de façon aléatoire dans les quatre conditions suivantes: 1) une médication tricyclique (amitriptyline 200-300 mg); 2) douze sessions hebdomadaires d'entraînement aux habiletés sociales + médication; 3) un entraînement aux habiletés sociales + placebo; 4) une psychothérapie dynamique + placebo. Les principales constatations sont les suivantes. Le groupe avec médication seulement a eu le plus haut taux d'abandons (46%). Le groupe d'entraînement aux habiletés sociales avec placebo a connu le plus faible taux d'abandons et le plus grand nombre de patients significativement améliorés

(64%). Grosso modo, toutes les conditions ont été associées à une amélioration et aucune forme de thérapie ne s'est avérée significativement supérieure. Toutes les conditions se sont avérées également bénéfiques pour les aspects dépressifs végétatifs et pour les mesures de l'efficacité dans les situations sociales à l'extérieur des sessions. Ces résultats se sont maintenus à un suivi de six mois.

Caractéristiques communes aux psychothérapies de la dépression

Malgré des bases théoriques différentes, les psychothérapies développées spécifiquement pour la dépression ont plusieurs caractéristiques en commun.

Actifs: Contrairement à la psychothérapie psychoanalytique, le thérapeute pose au point de départ des questions courtes et clairement exprimées. Il ne devrait y avoir de silence pénible afin d'éviter que le patient ne se sente désespéré, incapable de s'exprimer et sans perspective.

Directif: Le thérapeute procure une structure claire et fait des demandes au patient. Avec l'absence d'une telle structure, le patient pourrait rapidement conclure que la thérapie ne va pas réussir.

Objectifs atteignables: Plusieurs demandes du patient doivent être soigneusement sélectionnées pour se situer à l'intérieur des capacités réalistes de ce dernier. Cette demande s'applique aussi bien pour l'établissement des cibles comportementales que pour l'examen des relations interpersonnelles passées; par exemple, Arieti (1978) s'oppose au fait de demander au patient d'expliquer pourquoi il est déprimé, comme si l'incapacité à le faire amplifiera ce sentiment d'échec.

Attentes réalistes: Le thérapeute doit fournir une perspective ni ultra optimiste ni désespérée quant aux résultats de la thérapie. Une attitude pragmatique du genre: «Il y a beaucoup à faire, mais ces interventions ont aidé des gens par le passé», est préférable à un optimisme non fondé; de même il n'y a aucune évidence que le recours à des affirmations paradoxales de désespoir soit utile dans le traitement de la dépression.

Compassion muette: Même si le patient peut exprimer ce qui le préoccupe, une attitude extrême de compassion de la part du thérapeute confirme au patient le sentiment de désespoir et de dépendance, ce qui est contre-indiqué dans les approches décrites.

Un nouveau code de référence: La plupart des patients déprimés présentent évidemment une humeur négative et pessimiste. Un thérapeute utilisant une thérapie particulière introduit une façon nouvelle et différente de considérer les problèmes du patient, v.g. «Qu'est-ce que vous pensez au sujet de ce que vous ressentez?» demande Beck (Beck et al., 1979). «Comment vous comportez-vous avec les autres pendant que vous êtes déprimé?» demande Bellack (Bellack et al., 1981) et de façon similaire les auteurs souvent se concentrent sur les rêves, non pas seulement pour procurer une prise de conscience, mais pour constater un changement de focus relativement sain.

TABLEAU 2. Etudes Contrôlées sur la Psychothérapie Interpersonnelle de la Dépression Unipolaire.

Etude	Comparaison Entre	Amélioration Symptomatique	Commentaires
Nezu (1986)	1. RP 2. Discussion sans RP 3. LA	1 > 2,3	Aussi au suivi de 6 mois
Beutler et al. (1987)	1. TC 2. TC + alprazolam 3. TC + placebo 4. Placebo	1 = 2 = 3 = 4	Aussi au suivi de 3 mois Moins d'abandons dans TC.
Covi & Lipman (1987)	1. TC 2. TC + AD 3. Psychothérapie psychodynamique 4. Contrôle: contact sur demande	1. TIF 2. AD 3. TIF + AD	Aussi au suivi de 9 mois La TC était de format de groupe. La thérapie était spécifique: la médication agissait sur les aspects somatiques et la TIF sur les aspects interpersonnels de la dépression. La comparaison donnait les meilleurs résultats.
Weisman et al. (1979, 1981)	1. TIF 2. AD 3. TIF + AD 4. Contrôle: contact sur demande	3 > 1 = 2 > 4	Suivi d'un an La thérapie était spécifique: la médication agissait sur les aspects somatiques et la TIF sur les aspects interpersonnels de la dépression. La comparaison donnait les meilleurs résultats.
Elkin et al. (1985, 1986)	1. TIF 2. TC 3. AD 4. Placebo	1 = 2 = 3 > 4	Suivi en cours Les résultats ne correspondaient pas au «focus spécifique visé par la thérapie, i.e. meilleure façon d'intégrer dans la TC, meilleur fonctionnement social dans TIF

Abréviations: AD: antidépresseur; TIF: psychothérapie interpersonnelle; TC: thérapie cognitive.

Conclusions générales

Nous pouvons conclure sur la base de la présente revue de littérature que plusieurs formes de psychothérapie court terme pour la dépression modérée auprès d'adultes sont disponibles pour le clinicien. Leurs effets sont cliniquement satisfaisants et sont relativement durables. Ils sont équivalents à ceux observés pour une médication antidépressive appropriée, mais sans avoir des conséquences indésirables ou nocifs.

Les noms des thérapies sont souvent un piètre guide de ce qui se passe effectivement durant les sessions. Ces étiquettes sont attribuées sur la base du focus hypothétique rencontré en thérapie. Elles découlent d'un modèle de pathologie qui utilise certains concepts-clés pour expliquer les aspects observés et empiriques de la dépression. Par exemple, les thérapies cognitives visent à corriger les pensées irrationnelles préendues typiques de la dépression. En scrutant les manuels produits pour la réalisation de ces thérapies, on constate que les interventions thérapeutiques sont plus complexes et multidimensionnelles. Ainsi, les thérapies cognitives, en plus des aspects cognitifs de la thérapie, visent à activer le patient à travers plusieurs activités plaisantes; de même, l'une des habiletés proposées dans le traitement behavioral de Lewinsohn est «l'auto-gestion cognitive» (Lewinsohn, 1985, p. 59).

En plus d'offrir ce que les thérapeutes eux-mêmes considèrent comme leur technique, ces thérapies favorisent une relation compréhensive et de confiance; la dépression est conçue dans un cadre cohérent et sanctionné professionnellement, ce qui favorise l'espoir des clients et permet une aide consistante avec cette explication. Il est possible que tous ces modèles ne soient que des chimères utiles qui incitent les patients à vouloir vivre quelque chose de plus satisfaisant, du moins pour un certain temps.

Il est difficile d'expliquer l'amélioration équivalente observée dans différents types de psychothérapie (cognitive, behaviorale, interpersonnelle, dynamique) de pharmacothérapie et jusqu'à un certain degré par placebo, en termes de leur propre modèle théorique (psychologique ou biologique). Il est possible que dans le cadre des techniques thérapeutiques actuelles, toute relation qui aide le patient à changer des conceptions au sujet de lui-même et du monde et qui l'encourage à recourir à des conceptions plus nouvelles et plus positives s'avère utile (Kelley, 1963), peu importe quel est le modèle qui les guide.

Actuellement, la thérapie la plus validée sur le plan de la recherche est la thérapie cognitive de Beck. Cette thérapie a été évaluée à plusieurs reprises et reproduite dans différents centres. Le support pour les autres méthodes est modeste: trois études dans le cas de la psychothérapie interpersonnelle et une étude pour l'entraînement aux habiletés sociales.

Malheureusement, les modèles de pathologies invoqués par chaque intervention n'ont pas de base validée indépendamment. Des résultats positifs sont considérés comme validant ces notions, même s'il est évident que dans certains cas, des hypothèses-clés sont infirmées, comme c'est le cas dans la thérapie cognitive (Strayvnski et Greenberg, 1987).

Il est étonnant de constater que toutes les études d'efficacité donnent des résultats grossièrement équivalents (Steinmetz et al., 1983) même si toutes les comparaisons possibles n'ont pas encore été réalisées. Aussi, les placebos procurent des changements significatifs, même s'ils ne semblent pas être très significatifs d'un point de vue clinique. La combinaison de la psychothérapie et de la pharmacothérapie n'a pas encore été largement étudiée, leurs effets synergiques semblent être minimes (Conte et al., 1986) et dans notre revue, une seule évidence vient de Klerman et al. (1982) et Weissman et al. (1979).

Peut-on maintenant affirmer qu'un genre de thérapie convient mieux à certains clients? Il est tentant de suggérer que la thérapie cognitive devrait être plus appropriée pour ceux de nos patients dont les pensées irrationnelles sont très marquées, pendant qu'un entraînement aux habiletés sociales est indiqué avec ceux qui ont des déficits exceptionnels dans leurs relations interpersonnelles ou encore que la médication est tout indiquée pour les patients dont le neurotransmetteurs sont particulièrement perturbés et que la thérapie maritale est tout à fait indiquée pour les patients avec des difficultés maritales, etc. Cependant, même si cela n'est pas encore très documenté, il ne semble pas que les patients déprimés peuvent être bien distingués sur cette base. Tous semblent présenter les problèmes ci-haut mentionnés à différents degrés et seraient aidés avec l'un ou l'autre de ces traitements. Serait-il plus utile d'essayer d'établir des distinctions plus pragmatiques: ceux qui répondent bien aux interprétations, opposés à ceux qui performance aisément des tâches comportementales ou encore ceux qui se voient eux-mêmes comme malades, opposés à ceux qui veulent changer certains aspects de leur vie.

Abstract

This paper overviews the efficacy of psychological treatments of depression that have been studied empirically: cognitive therapy, interpersonal psychotherapy and behavior therapy. Theoretical and practical implications of these results are discussed.

REFERENCES

- Arieti, S., Bemporad, J. (1978). *Severe and mild depression*. New York: Basic Books.
 Beck, A.T. (1976). *Cognitive therapy and the emotional disorders*. International Universities Press, New York.
 Beck, A., Rush, A.J., Shaw, G.F., Emery, G. (1980). *Cognitive Therapy of Depression*. Wiley, Chichester.
 Beck, A.T., Hollon, S., Young, J. et al. (1985). Treatment of depression with cognitive therapy and amitriptyline. *Arch. Gen. Psychiatry*, 42, 142-148.
 Bellack, H., Hersen, M., Himmelhoch, J. (1980). Social skills training for depression; a treatment manual. *J. Supplement Abstract Service catalog of selected documents in psychology*, 10, 92 (Ms. no. 2156).

- Beutler, L.E., Scogin, F., Kirkish, P., Schretten, D. et al. (1987). Group cognitive therapy and alprazolam in the treatment of depression in older adults. *J. Consult. Clin. Psychol.*, 55, 550-556.
- Blackburn, I., Bishop, S. (1983). Changes in cognition with pharmacotherapy and cognitive therapy. *Br. J. Psychiatry*, 143, 603-617.
- Blackburn, I.M., Eunsou, K.M., Bishop, S. (1986). A two-year naturalistic follow-up of depressed patients treated with cognitive therapy, pharmacotherapy and a combination of both. *J. Affect. Dis.*, 10, 67-75.
- Blaine, J., Pfen, R., Levine, J. (1983). The role of antidepressants in the treatment of affective disorders. *Am. J. Psychother.*, 37, 502-520.
- Conte, H.R., Plutchik, R., Wild, K.V., Karasu, T.B. (1986). Combined psychotherapy and pharmacotherapy for depression. *Arch. Gen. Psychiatry*, 43, 471-479.
- Covi, L., Lipman, R.S. (1987). Cognitive behavioral group psychotherapy combined with imipramine in major depression. *Psychopharmacol. Bull.*, 23, 173-176.
- Elkin, I., et al. (1986). *NIMH Treatment of depression collaborative research program: initial outcome findings communication presented to the American association for the advancement of science*, May.
- Elkin, I., et al. (1985). NIMH Treatment of Depression Collaborative Research Program, Background and Research Plan. *Arch. Gen. Psychiatry*, 42, 305-316.
- Greenberg, D., Spiro, R.H. (1987). Psychological management of resistant depression. In: Zohar J & Belmaker RH (Eds), *Special treatments for resistant depression*. Spectrum, New York.
- Hersen, M., Bellack, A.S., Himmelhoch, J.M., Thase, M.E. (1984). Effects of social skill training, amitriptyline, and psychotherapy in unipolar depressed women. *Behav. Ther.*, 15, 21-40.
- Hobeman, H., Lewinsohn, P. (1985). The behavioral treatment of depression. In E.Beckham & W. Leber (Eds), *Handbook of depression*. Henewood, Ill: Dorsey Press.
- Klerman, G.L., DIMascio, A., Weissman, M., Prusoff, B., Paykel, E.S. (1974). Treatment of depression by drugs and psychotherapy. *Am. J. Psychiatry*, 131, 186-191.
- Klerman, G.L., Weissman, M.M., Prusoff, B.A. (1982). RDC endogenous depression as a predictor of response to antidepressant drugs and psychotherapy. *Adv. Biochem. Pharmacol.*, 32, 165-174.
- Klerman, G.L., Weissman, M.M. (1984). *Interpersonal Psychotherapy of Depressive Disorders*. Basic Books, New York.
- Kovacs, M., Rush, J., Beck, A., et al. (1981). Depressed outpatients treated with cognitive therapy or pharmacotherapy. *Arch. Gen. Psychiatry*, 38, 33-39.
- Lewinsohn, P., Antonuccio, O., Sennetz, J., Teri, L. (1984). *The coping with depression course*. Eugene, OR: Castalia Publishing.
- Murphy, J.E., Simons, A.D., Wetzel, R.P., Lustman, P.J. (1984). Cognitive therapy and pharmacotherapy. *Arch. Gen. Psychiatry*, 41, 33-41.
- Newton, R. (1981). The side effect profile of trazodone in comparison to an active control and placebo. *J. Clin. Psychopharmacol.*, 1, 89-95.
- Nezu, A.M. (1986). Efficacy of a social problem-solving therapy approach for unipolar depression. *J. Consult. Clin. Psychol.*, 54, 196-202.
- Rogers, S., Clay, I. (1975). A statistical review of controlled trials of imipramine and placebo in the treatment of depressive illness. *Br. J. Psychiatry*, 127, 567-599.
- Roth, D., Bielecki, D., Jones, M., et al. (1982). A comparison of self-control therapy and combined self-control therapy and antidepressant medication in the treatment of depression. *Behav. Ther.*, 13, 133-144.
- Rude, S.S. (1986). Relative benefits of assertion or cognitive self-control treatment for depression as a function of proficiency in each domain. *J. Consult. Clin. Psychol.*, 54, 390-394.
- Rush, A.J., Beck, A.T., Kovacs, M., Hollon, S. (1977). Comparative efficacy of cognitive therapy and imipramine in the treatment of depressed patients. *Cogn. Ther. Res.*, 1, 17-37.
- Simons, A., Murphy, G., Levine, J., Wetzel, R. (1986). Cognitive therapy and pharmacotherapy for depression: Sustained improvement over one year. *Arch. Gen. Psychiatry*, 43, 43-48.
- Spitzer, R., Endicott, J., Robbins, E. (1978). Research diagnostic criteria: rationale and reliability. *Arch. Gen. Psychiatry*, 35, 837-844.
- Stravynski, A., Greenberg, D. (1987). Cognitive therapies with neurotic disorder: clinical utility and related issues. *Compr. Psychiatry*, 28, 141-149.
- Storr, A. (1983). A psychotherapist looks at depression. *Br. J. Psychiatry*, 143, 431-435.
- Teasdale, J.D., Fennell, M.J.V., Hibbert, G.A., Amies, P.L. (1984). Cognitive therapy for major depressive disorder in primary care. *Br. J. Psychiatry*, 44, 400-406.
- Weissman, M. (1979). The psychological treatment of depression. *Arch. Gen. Psychiatry*, 36, 1261-1269.
- Weissman, M.M., Klerman, G.L., Prusoff, B.A., Sholonskas, D., Padian, N. (1979). Depressed outpatients: Results one year after treatment with drugs and/or interpersonal psychotherapy. *Arch. Gen. Psychiatry*, 36, 1261-1269.
- Weissman, M.M., Prusoff, B.A., DIMascio, A., New, C., Goklaney, M., Klerman, G.L. (1979). The efficacy of drugs and psychotherapy in the treatment of acute depressive episodes. *Am. J. Psychiatry*, 136, 555-558.