

Практичні доказові рекомендації щодо лікування дорослих з депресивними розладами. Частина II: Психотерапія

Автори:

Віталій Войтенко, Psy.D.

Вітон-коледж, Вітон, штат Іллінойс, США

Коледж медицини Мічиганського університету, Гренд Репідс, штат Мічиган, США

Кріста Андерсон / Krista Anderson, Ph.D.

Психіатрична лікарня Pine Rest Christian Mental Health Services, Гренд Репідс, штат Мічиган, США

Ніколь Вайнгарден / Nicole Wyngarden, Ph.D.

Психіатрична лікарня Pine Rest Christian Mental Health Services, Гренд Репідс, штат Мічиган, США

Коледж медицини Мічиганського університету, Гренд Репідс, штат Мічиган, США

Деніел Пост / Daniel Post, Psy.D.

Психіатрична лікарня Pine Rest Christian Mental Health Services, Гренд Репідс, штат Мічиган, США

Коледж медицини Мічиганського університету, Гренд Репідс, штат Мічиган, США

Ерік Етчїс / Eric Achtyes, M.D., M.S.

Коледж медицини Мічиганського університету, Гренд Репідс, штат Мічиган, США

Психіатрична лікарня Pine Rest Christian Mental Health Services, Гренд Репідс, штат Мічиган, США

Стівен Томас / Stephen Thomas, Ph.D.

Психіатрична лікарня Pine Rest Christian Mental Health Services, Гренд Репідс, штат Мічиган, США

Івон Едвардс / Evonne Edwards, Ph.D.

Психіатрична лікарня Pine Rest Christian Mental Health Services, Гренд Репідс, штат Мічиган, США

Коледж медицини Мічиганського університету, Гренд Репідс, штат Мічиган, США

Радосвета Стоянов / Radosveta Stoyanov, M.D.

Мережа Network 180, Гренд Репідс, штат Мічиган, США
Коледж медицини Мічиганського університету, Гренд Репідс, штат Мічиган, США

Луїс Найкемп / Louis Nycamp , M.D.
Психіатрична лікарня Pine Rest Christian Mental Health Services, Гренд Репідс, штат Мічиган, США
Коледж медицини Мічиганського університету, Гренд Репідс, штат Мічиган, США

Селіна Гілл Лі / Selina Hill Lee, Ph.D.
Психіатрична лікарня Pine Rest Christian Mental Health Services, Гренд Репідс, штат Мічиган, США

Вікторія Бабич, канд. мед. наук
Національний медичний університет ім. О.О. Богомольця МОЗ України, Київ, Україна

Світлана Кравчук, канд. психол. наук
Інститут соціальної та політичної психології, Національна академія педагогічних наук України, Київ, Україна

Вячеслав Халанський Ph.D. (ABD)
Інститут соціальної та політичної психології, Національна академія педагогічних наук України, Київ, Україна

Ця стаття — друга частина викладу доказових рекомендацій щодо лікування дорослих пацієнтів з депресивними розладами. Частина II фокусується на психотерапії, як важливій складовій лікування, як самостійному методі, так і в поєднанні з фармакотерапією. Доказова практика в психотерапії ґрунтується на наукових дослідженнях з достовірними результатами, клінічній майстерності психотерапевта і характеристиках пацієнта, його культурі та вподобаннях. У статті описані всі емпірично підтверджені ефективні психотерапевтичні підходи зі значним та помірним рівнем підтримки ефективності, обґрунтованими дослідженнями. Крім того, розглядаються основні компоненти клінічної майстерності роботи з урахуванням особливостей як особистості терапевта, так і процесу психотерапії. Зрештою, дана наукова стаття звертає увагу на важливість аспектів індивідуально-психологічних характеристик пацієнта та те, яким чином вони можуть вплинути на терапію для того, щоб максимально підвищити її ефективність.

Вступ

У Частині I (психіатричний супровід) ми коротко обговорили, що психотерапія є важливим ефективним методом лікування депресивних розладів будь-якого ступеня тяжкості, чи то в комбінації з ліками (за помірної та тяжкої депресії), чи то як монотерапія (за легкої та помірної депресії). Дослідження наслідків психологічних втручань вказує на те, що психотерапія, як правило, безпечна та ефективна для різних груп пацієнтів, у тому числі дітей, підлітків, дорослих та людей літнього віку. Наслідки психотерапії є більш тривалими, ніж вплив психофармакологічного лікування. Аналіз наукових джерел також показує, що психотерапія може знизити загальні медичні витрати, підвищити особисту продуктивність пацієнтів та їхню задоволеність життям.

Частина II цих рекомендацій адаптована зі звіту від 2005 року — “Президентської цільової комісії щодо доказових практик в психології Американської психологічної асоціації” (АРА РТФЕВР) [1], який автори даної статті застосували до практики психотерапії. Запозичивши визначення з (АРА РТФЕВР), доказову практику в психотерапії (ДПП), можна визначити як *"інтеграцію найкращих наукових доказів та клінічної майстерності з урахуванням індивідуально-психологічних характеристик, культурального контексту та уподобань пацієнта"* (р.5) [1]. Таким чином, ДПП можна уявити як "табуретку на трьох ніжках", де "ніжки" — це: 1) найкращі наявні дані наукових досліджень; 2) клінічна майстерність; 3) індивідуально-психологічні характеристики пацієнта, його культуральний контекст та вподобання щодо лікування. Автори цієї статті вирішили не зосереджуватися виключно на видах *психотерапії*, ефективність яких була доведена в клінічних дослідженнях, а також включити до цих рекомендацій і актуальний розгляд теми *особистості терапевта* (тобто, питання клінічної майстерності) та *особистості пацієнта* (тобто, його індивідуально-психологічні характеристики та вподобання) — заради надання більш комплексного огляду.

Найкращі доступні наукові докази

Існує багато різноманітних дослідницьких методів для встановлення емпіричних доказів ефективності психотерапевтичного втручання,

включаючи клінічні спостереження, якісні дослідження, систематичні вивчення проблеми, рандомізовані контрольовані дослідження та метааналіз. Рандомізовані контрольовані дослідження (РКД) стали стандартом оцінки ефективності психотерапевтичних втручань, паралельно до прикладу з фармакологічними дослідженнями, і є найбільш широко використовуваним типом наукових доказів. Переваги такого підходу включають мінімізацію потенційних упереджень, зменшення впливу суперечливих змінних та можливість виявляти причинні зв'язки між видами лікування та наслідками. Утім, цей підхід має обмеження в контексті дослідження ефективності *психотерапії*, оскільки застосування певної психотерапевтичної моделі не може бути прирівняне до використання фармакологічної речовини, навіть у випадках надання психотерапії за методичним керівництвом. Доказова практика вимагає враховування переваг та обмежень різноманітних дослідницьких методологій. Психотерапевтичні втручання, які не були систематично протестовані, не слід вважати ефективними або неефективними.

Відділення № 12 (Спілка клінічних психологів) Американської психологічної асоціації [1] створив інтернет-сторінку (www.psychologicaltreatments.org), де надаються періодично оновлюванні списки методів психологічного лікування, які довели свою ефективність щодо конкретних психічних розладів. Вони розділені на дві категорії за обсягом доказової бази: значне та помірне обґрунтування науковими дослідженнями. Поточний перелік емпірично підтверджених методів лікування з відповідним рівнем підтвердження їх ефективності науковими дослідженнями наведено нижче, разом із коротким описом кожного з методів лікування.

Емпірично підтверджені методи лікування для дорослих пацієнтів з депресією	Підтвердження ефективності методів лікування науковими дослідженнями
Поведінкова терапія / Поведінкова активація	Значна
Когнітивна терапія	Значна
Психотерапевтична система когнітивно-поведінкового аналізу	Значна
Інтерперсональна терапія	Значна
Терапія вирішення проблем	Значна
Терапія самоуправління / самоконтролю	Значна

Терапія прийняття та зобов'язання	Помірна
Парна поведінкова терапія	Помірна
Емоційно-фокусована терапія	Помірна
Рационально-емоційно-поведінкова терапія	Помірна
Терапія спогадів / огляду життя	Помірна
Терапія Я-системи	Помірна
Короткострокова психодинамічна терапія	Помірна

Поведінкова активація (ПА) [9] вважається емпірично доведеною терапією (ЕДТ) для депресії із значним підтвердженням її ефективності. ПА припускає, що депресія не минає, оскільки людина з депресією віддаляється від свого оточення, що зменшує підкріплення, доступне для недепресивної поведінки. Метою лікування є збільшення позитивного підкріплення недепресивної поведінки (наприклад, приємного та / або продуктивного досвіду та соціальної діяльності). Лікування може тривати від восьми до 24 сесій і вимагає, щоб пацієнт виконував домашнє завдання після кожної сесії.

Когнітивна терапія (КТ) [3] є іншою ЕДТ зі значним підтвердженням її ефективності науковими дослідженнями. Аарон Бек зробив значний внесок у розвиток КТ у 1960-х роках. У його теорії передбачається, що депресія розвивається і зберігається, оскільки людина має негативний погляд на себе, світ і своє майбутнє. Згідно з КТ, люди з депресією часто вважають, що вони нелюбимі, безпорадні та нікчемні. Метою КТ є навчити пацієнта виявляти, оцінювати та змінювати неадаптивні думки та переконання, щоб їхні уявлення були більш точними та адаптивними. Лікування часто триває від восьми до 16 сеансів і може включати в себе додаткові сесії на період до року для запобігання рецидиву.

Психотерапевтична система когнітивно-поведінкового аналізу (ПСКПА, *Cognitive Behavioral Analysis System of Psychotherapy, CBASP*) [2] — лікування, розроблене спеціально для хронічної депресії. Ця модель лікування спирається на роботу фахівця з психології розвитку Жана Піаже та передбачає, що люди з хронічною депресією страждають через дефіцит у сфері вирішення соціальних проблем, регулювання афекту, а також спілкування. Основним компонентом ПСКПА є проведення ситуаційного аналізу (СА), який допомагає людині змінювати неприйнятні думки та поведінку, підвищуючи обізнаність про наслідки своїх думок та видів поведінки і змінюючи звички, що підтримують депресію. Курс лікування ПСКПА може тривати до 32 сесій.

Інтерперсональна терапія (ІПТ) [16] базується на припущенні, що депресію часто спричиняють та підтримують зміни в соціальному оточенні людини. Метою лікування стає сповнення міжособистих дефіцитів, підтримка після пережиття горя, допомога для вдалого переходу через життєві зміни, розв'язання міжособистісних суперечок. ІПТ припускає, що покращені відносини з часом зменшать симптоми депресії. Терапія як правило триває 12-16 сесій [16].

Терапія орієнтована на вирішення проблем (ТВП, Problem-Solving Therapy, PST) [4] — це терапевтичний підхід, який намагається зменшити симптоми депресії, збільшуючи здатність людини вирішувати поточні проблеми у своєму житті. Терапія передбачає навчання пацієнта виявляти проблеми, можливі рішення, обирати найбільш перспективне рішення, розробляти та впроваджувати план дій, а потім оцінювати ефективність спроби вирішення проблем. Лікування, як правило, триває від восьми до 16 сеансів.

Терапія самоуправління / самоконтролю [12] для лікування депресії була розроблена у 1970-х роках Лінном Реймом і сформована за моделлю самоконтролю Фрідріха Канфера. Цей підхід до лікування припускає, що депресія виникає через дефіцит у сферах самоконтролю, самооцінки та самопідкріплення. Лікування включає в себе дидактичні презентації та інші навчальні вправи, щоб передати навички, необхідні для поліпшення цих сфер. Очікується, що пацієнт між сесіями виконуватиме домашні завдання, які передбачають практикування вивчених навичок. Лікування зазвичай триває близько 10 сесій.

Терапія прийняття та зобов'язання (Acceptance and Commitment Therapy, АСТ) [8] — це метод лікування, що виник на основі традицій поведінкового аналізу, використовує прийняття і методи "практики усвідомленості" (майндфулнес), щоб перейти до позиції відкритості та перебудови психологічного досвіду. В основі теорії — те, що психопатологія походить від психологічної негнучкості, і, таким чином, прагнення до гнучкості має потенціал для швидкого поліпшення симптоматики. Відданість та стратегії зміни поведінки пропонують людині можливість змінювати або зберігати поведінку згідно її системи цінностей. Лікування зазвичай триває близько 12 сесій.

Парна поведінкова терапія (ППТ) [6] — це лікування, теоретично пов'язане з теорією соціального навчання, аналізом поведінки та використанням принципів оперантного обумовлення. Воно призначене

для пар з проблемами у стосунках та одним депресивним партнером. Терапія використовує поведінкові втручання, спрямовані на негативні обміни між партнерами, спілкування, скорочення кількості конфліктів та вирішення проблем. Вона спрямована на те, щоб зменшити депресію в одного з партнерів, та покращити рівень стосунків. ППТ зазвичай включає 12-20 сесій.

Емоційно-сфокусована терапія (ECT) [7] ґрунтується на загальному сприймально-досвідному (processing-experiential) підході Леслі Грінберга, який був розроблений, щоб допомогти пацієнтам ідентифікувати, використовувати та сприймати емоції. У цьому випадку вважається, що депресія виникає через хибне сприйняття емоцій, а отже, полегшення досягається через більш здоровий досвід та відповідь на емоції. ЕСТ зазвичай включає три конкретні етапи лікування: усвідомлення емоцій, регулювання емоцій, використання емоцій. Через це люди стають більш усвідомленими та відкритими емоційному досвіду та навчаються краще регулювати емоції або створювати більш адаптивні альтернативи. Лікування зазвичай триває 16-20 сесій.

Раціонально-емоційно-поведінкова терапія (РЕПТ, REBT) [5] — це форма когнітивної поведінкової терапії, розроблена Альбертом Еллісом. Це сфокусована на теперішньому, директивна, короткострокова терапевтична методика. Метою психотерапевтичної роботи є виявлення та усунення системи ірраціональних суджень, що призводять до порушення емоційних та поведінкових реакцій. У РЕПТ терапевт працює із своїми клієнтами, щоб допомогти їм вносити зміни до своїх неадаптивних думок та переконань, які безпосередньо сприяють емоційним та поведінковим труднощам.

Терапія спогадів / огляду життя [10; 13]. Ця терапевтична методика призначена для людей літнього віку з депресією. Вона теоретично ґрунтується на теорії життєвих етапів Еріка Еріксона та прагне встановити цілісність Еґо. Терапевт виступає в ролі тренера та керівника, тоді як пацієнт реконструює історію свого життя, аналізуючи як позитивні, так і негативні спогади, отримуючи більш цілісне бачення, приймаючи себе та вирішуючи конфлікти. Цілі включають зменшення депресії, підсилення здатності дбати про власні потреби та вдале проходження перехідних періодів, втрат і криз, а також, зрештою, досягнення сенсу на цьому етапі життя. Таке лікування зазвичай триває 4-12 сесій.

Терапія Я-системи [15]. Це коротка, структурована психотерапія для лікування депресії у людей, які перш за все страждають через брак

саморегуляції. Депресія розуміється як результат нестачі мотивації та прагнення досягнення мети через хронічні невдачі. Ця терапія ТЯС поєднує в собі методи з інших емпірично підтверджених терапевтичних втручань, таких як поведінкова активація, когнітивна та інтерперсональна терапія. Кінцевою метою є перехід до більш реалістичних цілей та ефективних засобів їх реалізації та досягнення. Зазвичай це лікування триває 20-25 сесій.

Короткострокова психодинамічна терапія. Це короткостроковий підхід, модальність якого загалом зосереджена на підвищенні обізнаності особи щодо дисфункційних звичок та реляційних підходах, пов'язаних із депресією. Хоча існують численні досліджені психодинамічні підходи, більшість з них передбачають підвищення обізнаності про те, як минулий досвід впливає на сьогодення, емоції та їхнє вираження, уникання, сприяння інсайту, терапевтичні стосунки і відносини та виявлення основних реляційних тем. Ця *короткострокова в часі* терапія зазвичай триває 16-20 сесій.

Клінічна майстерність

Звіт РТФЕВР Американської психологічної асоціації [1] визначає *клінічну майстерність* як "компетентність, набуту (терапевтом) за час навчання, тренувань та досвіду роботи, що як наслідок має ефективну практику... та не означає надзвичайні результати, які можуть описувати елітну групу, наприклад, кращі 2% клініцистів" (р.9) [1]. Клінічна майстерність дозволяє інтегрувати досвід результатів кращих наукових досліджень стосовно особливостей окремого пацієнта та його вподобань, щоб сформулювати персоналізований вид лікування, який призведе до найбільш ефективних результатів.

Є ґрунтовні докази того, що підтверджують позитивну кореляцію між рівнем майстерності терапевта та результатами терапії пацієнта. Таким чином, клінічна майстерність (поза обраним емпірично підтримуваним лікуванням (ЕПТ)) повинна розглядатися як спосіб поліпшення результатів терапії. Узгоджені дії в сфері компетенції терапевта, які становлять клінічну майстерність, такі:

1. *Оцінка, діагностика та формулювання проблеми.*
2. *Планування та реалізація лікування, постійний моніторинг прогресу пацієнтів.*
3. *Майстерність міжособистісних зв'язків.*

4. Саморефлексія та використання наявних ресурсів, постійне професійне зростання.
5. Науковий компетенція.
6. Досвід щодо різноманіття.

1. Оцінка, діагностика та формулювання проблеми

Психотерапевт має провести ретельну оцінку патології пацієнта та його релевантних сильних сторін, щоб сформулювати точне діагностичне судження. Клініцист має чітко сформулювати проблему на основі психологічної теорії. За більш детальним оглядом оцінки та діагностики дивіться розділ Загальні аспекти супроводу у *Частині I: Психіатричний супровід*.

2. Планування та реалізація лікування, постійний моніторинг прогресу пацієнтів

Планування лікування спирається на визначенні проблеми пацієнта; інакше кажучи, терапевт завжди повинен мати узгоджене обґрунтування застосованої стратегії лікування. Вибір стратегії лікування також повинен базуватися на науковій інформації про ефективність конкретного підходу. Планування лікування включає в себе: виявлення специфічних проблемних областей пацієнта та встановлення вимірюваних і досяжних цілей та завдань для лікування, які відповідають уподобанням є доступними для пацієнта. Для досягнення цього клініцист повинен розробити план лікування разом із пацієнтом. Лікування включає в себе процес постійного точного налаштування стратегії терапії на основі відгуків пацієнта (які повідомляються відкрито або приховано).

Прогрес пацієнта варто відстежувати на основі доказових шкал (опитувачів), наприклад 9-показникова «Анкета здоров'я пацієнта» (PHQ-9) [11], чи 7-показникова «Шкала узагальненого тривожного розладу» [14]. Якщо прогресу бракує, клініцистові варто оцінити можливі перепони імплементації плану лікування та можливі розриви у терапевтичному альянсі. Можливо, доведеться відповідно відкоригувати і стратегію лікування. У випадку збереження браку прогресу, потрібно передивитися діагноз та формулювання проблеми.

3. Майстерність міжособистісних зв'язків

В основі психотерапії лежить міжособистісний зв'язок між терапевтом і пацієнтом. Як міжособистісні навички терапевта, так і якість взаємовідповідності терапевта і пацієнта впливають на результати лікування. Майстерність формування міжособистісних зв'язків включає в себе створення терапевтичного альянсу, що сприяє надії та забезпечує співчутливе реагування на переживання пацієнта. Одним з найважливіших елементів майстерності формування міжособистісних стосунків є здатність створювати безпечний та підтримувальний терапевтичний простір, де неадаптивна поведінка пацієнта або його почуття можуть бути ефективно розкритими та підданими розбору. Майстерний терапевт може бути гнучким у роботі з пацієнтами із різними біографіями та стилями міжособистісного спілкування, що сприяє відкритості, розширенню знань та змінам.

4. Саморефлексія та використання наявних ресурсів, постійне професійне зростання

Постійна саморефлексія терапевта щодо власної особистості та практики (наприклад, досвід розуміння емоцій, формулювань проблем та гіпотез, рамок етики, бази знань та набору навичок) має важливе значення для клінічної майстерності. Ця саморефлексія повинна підштовхнути терапевта до переформулювання концептуалізації проблеми, якщо вона виявиться неточною / неповною, і відповідно покращити стратегії лікування. Майстерний терапевт також пам'ятає про особисті упередження, які можуть вплинути на його клінічне судження / інтуїцію. Крім того, терапевт ефективно підтримує професійні рамки у відносинах лікар-пацієнт і, коли це доцільно, шукає консультацій або супервізії в ситуаціях, пов'язаних із порушенням цих кордонів. Терапевт повинен активно шукати нових знань та навичок з різних джерел, таких як відгуки від свого супервізора, колег та пацієнтів, продовження освіти, а також з професійної літератури.

У тих випадках, коли додаткове емпірично підтверджене дослідженнями та/або чутливе щодо культури лікування може бути корисним для пацієнта, терапевт повинен розглянути питання про таке переспрямування; пацієнти, які демонструють недостатню реакцію лише за психотерапії, часто можуть сягнути покращення за одночасної фармакотерапії. Якщо пацієнт не досягне очікуваного прогресу, терапевт повинен звернутися за консультацією до супервізора або наглядом. Якщо недостатній прогрес у роботі з пацієнтом зберігається, терапевт повинен подумати про перенаправлення пацієнта до іншого терапевта.

5. Наукова компетенція

Робота майстерного психотерапевта ґрунтується на інформації психологічних теорій та наявних досліджень. Це значить, що майстерний терапевт — активний читач свіжих психологічних досліджень, який надає перевагу респектабельним фаховим виданням та матеріалам, які підтримують національні професійні Асоціації.

6. Досвід щодо різноманіття

При оцінці, діагностиці та плануванні лікування терапевт повинен враховувати характеристики пацієнта та його оточення. Індивідуальні, культуральні та контекстуальні відмінності, які можуть впливати на лікування, включають вік і соціальну ситуацію, статеву та гендерну ідентичність, соціально-економічний стан, расу та етнічність, культуру, сексуальну орієнтацію, релігію / духовність, повноправність / інвалідність та інші фактори. Майстерний психотерапевт впроваджує відповідним чином ефективні стратегії лікування та створює середовище, яке враховує всі характеристики різноманіття терапевтичної ситуації. Рекомендується, щоб терапевт користувався опублікованими рекомендаціями щодо мультикультурної практики у відповідній галузі.

Характеристики пацієнта, його культура та вподобання

Є чимало доказів того, що на результат лікування впливає ціла низка змінних, пов'язаних із пацієнтами, зокрема, рівень функціонування, мотивація щодо змін, а також наявний рівень емоційної підтримки в оточенні пацієнта. Інші важливі характеристики пацієнта — етіологія захворювання та наявні супутні патології, фактори розвитку / життєдіяльності, соціально-економічні, культурні та сімейні аспекти, недавні чи нинішні стрес-фактори та вподобання щодо лікування, до прикладу. Доказова практика в психотерапії потребує, щоб терапевт був обізнаним в цих характеристиках пацієнта та приймав їх до уваги у формуванні підходу до терапевтичного стосунку, формулювання проблеми та проведення лікування із кожним конкретним пацієнтом. Інакше кажучи, "важливо знати не лише проблему, яку має людина, але й людину, яка має проблему" (p.16) [1].

Психотерапія — процес співпраці, в якому пацієнт і терапевт разом працюють за узгодженими методами, які, найімовірніше, призведуть до позитивних результатів. ДПП вимагає, щоб терапевти ретельно оцінювали

цінності й уподобання пацієнтів (наприклад, переконання, цілі / задачі та бажані варіанти / методики лікування) та балансували ці фактори із власним клінічним судженням (яке своєю чергою ґрунтується на наявних доказах та клінічній майстерності) задля вибору найбільш відповідного лікування. Тому клінічні рішення стосовно певного втручання або плану лікування повинні проводитися у співпраці з пацієнтом та з урахуванням можливих витрат, переваг та наявних ресурсів.

Висновки

Наведені вище рекомендації відображають поточний стан науки щодо психотерапевтичного лікування депресивних розладів у дорослих пацієнтів; вони базуються на результатах досліджень, опублікованих у науковій професійній літературі. Слід зазначити, що не всі доказові методи лікування, представлені в цій статті, однаково доступні в різних географічних регіонах, і деякі з них можуть бути наразі недоступними в Україні. Проте, як було показано вище, доказова психотерапія депресії полягає не лише у виборі «правильної» методики лікування. Клінічна майстерність психотерапевта та вміння оцінювати та враховувати характеристики та вподобання пацієнта в лікуванні можуть бути настільки ж важливими для результату лікування. Подальші дослідження необхідні для висвітлення цього питання в українському контексті.

Література.

1. American Psychological Association. Report of the 2005 presidential task force on evidence-based practice. Washington, DC: American Psychological Association; 2005. <http://www.apa.org/practice/resources/evidence/evidence-based-report.pdf>. Accessed January 20, 2013.
2. Hopko, D. R.; Lejuez, C. W.; LePage, J. P.; Hopko, S. D.; & McNeil, D. W. (2003). A brief behavioral activation treatment for depression. *Behavioral Modification*, 27, 458-469.
3. Beck, J. S. (1995). *Cognitive therapy: Basics and beyond*. New York, NY: The Guilford Press.
4. Arnoult, B. A. (2005). Cognitive behavioral analysis system of psychotherapy for chronic depression. *Cognitive and Behavioral Practice*, 12, 6-16.
5. Weissman, W. M. (2006). A brief history of interpersonal psychotherapy. *Psychiatric Annals*, 36, 553-557.
6. Bell, A. C. & D’Zurilla, T. J. (2009). Problem-solving therapy for depression: A meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 29, 348-353.

7. Rehm, L. P. (1977). A self-control model of depression. *Behavior Therapy*, 8, 787-804.
8. Hayes, S. C., Follette, V. M., & Linehan, M. (Eds.). (2004). *Mindfulness and acceptance: Expanding the cognitive-behavioral tradition*. Guilford Press.
9. Fischer, D. J., & Fink, B. C. (2014). Clinical Processes in Behavioral Couples Therapy. *Psychotherapy (Chicago, Ill.)*, 51(1), 11–14.
<http://doi.org/10.1037/a0033823>.
10. Greenberg, L. S., & Watson, J. C. (2006). *Emotion-focused therapy for depression*. Washington, DC: American Psychological Association.
11. DiGiuseppe, R., Doyle, K. A., & Rose, R. D. (2002). Rational-emotive behavioral therapy for depression achieving unconditional self-acceptance. In M. A. Reinecke, & M. R. Davison (Eds.), *Comparative treatments of depression; comparative treatments of depression* (pp. 220-248, Chapter xv, 510 Pages) Springer Publishing Co, New York, NY.
12. Serrano, J. P., Latorre, J. M., Gatz, M., & Montanes, J. (2004). Life review therapy using autobiographical retrieval practice for older adults with depressive symptomatology. *Psychology and Aging*, 19(2), 272-277.
<http://dx.doi.org.proxy2.cl.msu.edu/10.1037/0882-7974.19.2.272>.
13. Korte, J., Bohlmeijer, E. T., Cappeliez, P., Smit, F., & Westerhof, G. J. (2012). Life review therapy for older adults with moderate depressive symptomatology: A pragmatic randomized controlled trial. *Psychological Medicine*, 42(6), 1163-73.
<http://dx.doi.org.proxy2.cl.msu.edu/10.1017/S0033291711002042>