

## **A EFICÁCIA DA TERAPIA COGNITIVO-COMPORTAMENTAL NO TRATAMENTO DA DEPRESSÃO**

### **THE EFFECTIVENESS OF COGNITIVE-BEHAVIORAL THERAPY IN DEPRESSION TREATMENT**

**Edgar Henrique Hein Trapp<sup>1</sup>  
Jardele de Araújo Almeida<sup>2</sup>**

#### **RESUMO**

Os transtornos depressivos possuem como característica comum à presença de humor triste, vazio ou irritável, acompanhado de alterações somáticas e cognitivas que afetam significativamente a capacidade de funcionamento do indivíduo. O que difere entre eles são os aspectos de duração, momento ou etiologia presumida. O presente artigo apresenta o relato de um caso clínico, ocorrido numa experiência de estágio no Núcleo de Práticas Psicológicas/NPP em Colinas do Tocantins- TO, no qual a paciente durante o processo psicoterápico apresenta episódios de depressão, do tipo Transtorno depressivo persistente (distímia). Contudo, o objetivo deste estudo foi analisar os relatos da paciente atendida no período de quase dois meses, totalizando 8 sessões. Utilizou-se como método para a avaliação clínica, a fala da paciente, a escuta terapêutica, técnicas e intervenções baseadas na abordagem cognitiva comportamental.

**Palavras chaves:** Transtornos depressivos. Transtorno depressivo persistente (distímia). Depressão. Teoria cognitiva comportamental.

#### **ABSTRACT**

Depressive disorders have as a common characteristic the presence of sad, empty or irritable mood, accompanied by somatic and cognitive alterations that significantly affect the capacity of functioning of the individual. What differs between them are aspects of presumed duration, timing, or etiology. The present article presents the report of a clinical case, which occurred in an internship experience at the Nucleus of Psychological Practices / NPP in Colinas do Tocantins-TO, in which the patient during the psychotherapeutic process has

---

<sup>1</sup>. Professor Supervisor possui graduação em Psicologia pela Universidade Luterana do Brasil (2003). Psicólogo organizacional - Secretaria de Saúde do Estado do Tocantins - Coordenador do Núcleo de Educação Permanente em Saúde, credenciado - DETRAN, Gerente Clínico da Clínica FOKUS Atendimento Médico e Psicológico; professor pós-graduação - ITOP, Professor pós-graduação na UFT; psicólogo da Prefeitura Municipal de Paraíso. Professor com CRR- Centro Regional de Referência sobre Álcool e Drogas - UFT, professor na UNIESP - Instituto Educacional de São Paulo; Especialista em Educação Especial; Especialista em Políticas Educacionais; Especialista em Psicologia do Trânsito; Especialista em Preceptoría do SUS; Especializando em Psicologia Social; Especializando em Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde; Mestre em Ciências da Educação -ULHT - Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologia-Lisboa/PT; Doutorando em Psicologia pela UCES - Universidad de Ciencias Empresariales y Sociales - Buenos Aires/AR. Tem experiência na área de Psicologia, com ênfase em Psicologia do Desenvolvimento Humano, Atuação como redução de danos ao usuário de álcool e Drogas junto ao CAPS História e Sistemas, Psicologia da Aprendizagem, Intervenções Psicopedagógicas, Psicologia Social, Psicologia Cognitivo Comportamental, Psicologia da Saúde e Hospitalar, Psicologia aplicada à Administração, Psicologia do Desenvolvimento Humano. Atuando principalmente nos seguintes temas: saúde, saúde mental, álcool e drogas, redução de danos, educação, sexualidade, psicologia escolar, desenvolvimento, relações interpessoais e integração, pessoas portadoras de necessidades especiais.

<sup>2</sup>. Acadêmica do 10º período do curso de Psicologia da FIESC/UNIESP- Faculdade de Ensino Superior de Colinas do Tocantins, Dezembro/2016, email: jardellyalmeida@hotmail.com

episodes of depression, such as persistent depressive disorder (dysthymia ). However, the objective of this study was to analyze the reports of the patient attended in a period of almost two months, totaling 8 sessions, where it was used as a method for clinical evaluation, patient's speech, therapeutic listening, techniques. Interventions based on the approach cognitive behavior.

**Keywords:** Depressive disorders. Persistent depressive disorder (dysthymia). Depression. Cognitive behavioral theory.

## 1. INTRODUÇÃO

A depressão é um distúrbio mental que abrange não apenas alterações do humor, mas também engloba alterações cognitivas, psicomotoras e fisiológicas. Os sintomas psíquicos referem-se ao humor deprimido, sentimentos de culpa, redução da capacidade de experimentar prazer nas atividades rotineiras, sensação de tristeza, sentimento de vazio, desesperança, irritabilidade, crises de choro, idealizações suicidas e autodesvalorização.

Quanto aos sintomas fisiológicos estão presentes a fadiga ou sensação de perda de energia, alterações do sono (insônia ou hiperinsônia) ou do apetite. E os sintomas comportamentais consideram-se a diminuição da capacidade de pensar, de se concentrar ou de tomar decisões, retraimento social, retardo psicomotor, lentificação generalizada ou agitação psicomotora e redução da libido sexual.

Há vários tipos de depressão, pode-se classificar em maior gravidade (com um ou mais episódios), distímica ou crônica (com menor intensidade e duradoura) ou ligeira (com menor intensidade e persistência dos sintomas). Entretanto, este artigo tratará da depressão do tipo Transtorno Depressivo Persistente (Distímia) com base na análise de relato de um caso de experiência de estágio de uma paciente atendido no serviço-escola, tendo como foco a teoria e técnica da abordagem cognitiva comportamental como forma de tratamento perante os sintomas existentes.

O presente artigo tem como objetivo analisar os relatos de caso clínico atendido num serviço-escola, bem como apontar os resultados obtidos a partir da análise, discorrer sobre o Transtorno Depressivo Persistente (Distímia) e a abordagem cognitiva comportamental como modelo de intervenção durante o processo psicoterápico.

Embora existam poucas pesquisas que abordam sobre o Transtorno Depressivo Persistente (distímia) antes chamado pelo DSM-IV como transtorno distímico, este geralmente ainda é confundido com o Transtorno Depressivo Maior dificultando assim o diagnóstico clínico. Dessa forma, justifica-se a necessidade de aprofundar estudos sobre tal transtorno com base nos sintomas patológicos que afetam o desenvolvimento cognitivo, afetivo e social do sujeito.

## **2. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA**

### **2.1 O TRANSTORNO DEPRESSIVO PERSISTENTE - (DISTIMIA)**

O Transtorno Depressivo Persistente (Distímia) é caracterizado por alterações do humor e do afeto de forma depressiva. Ou seja, este transtorno é um distúrbio depressivo do humor do tipo crônico, não episódico, de sintomatologia menos intensa do que os demais subtipos das depressões maiores.

Para Lima (1999) esse transtorno possui sintomatologia depressiva mais branda, de natureza crônica, com sintomas que persistem por mais de dois anos.

Ressalta Cordás et. al (1997) a palavra distímia, etimologicamente, significa "mal humorado".

A distímia é um estado permanente de depressão expressada pelo afeto negativo que persistindo ao longo do tempo, interfere na insatisfação de diferentes áreas da vida do indivíduo prejudicando a qualidade de vida do mesmo. Considerando que essa insatisfação reforça os sentimentos de frustração, culpa e a baixa autoestima do sujeito, conduzindo-o para a cronicidade de tal transtorno.

De acordo com Cordioli et al. (2008 como citado em Abreu & Oliveira, 2008, p.383), “dentre os transtornos de humor, a distímia é um subtipo do transtorno depressivo e caracteriza-se pela mistura de três velhos construtos: depressão neurótica, personalidade depressiva e depressão crônica”. A persistência da tristeza do sujeito diagnosticado com Transtorno Depressivo Persistente (Distímia) pode dura por longo tempo (pelo menos dois anos), na maior parte do dia durante a maioria dos dias. Entretanto, esse transtorno pode ser confundido com o Transtorno depressivo maior (TDM), mas difere-se um do outro por causa da sua cronicidade e do tempo de duração.

Segundo Cordioli et al. (2008 como citado em Abreu & Oliveira, 2008, p.383), “o transtorno distímico, de natureza crônica por definição, caracteriza-se por humor deprimido ou perda de interesse em quase todas as atividades usuais, embora a intensidade dos sintomas não seja suficiente para preencher os critérios de transtorno depressivo maior (TDM)”. O sujeito com distímia apresentam diversos sintomas, dentre os principais destacam-se: humor deprimido, irritabilidade, concentração pobre ou dificuldade em tomar decisões, sentimentos de desesperança, desmotivação, fadiga, anedonia (falta de prazer), mau-humor constante, temperamento difícil, isolamento social, alterações no sono ou apetite, baixa autoestima e elevado senso de autocrítica.

Na concepção de Dalgalarondo (2008) os sintomas mais comuns da depressão distímica são: diminuição da autoestima, fadigabilidade aumentada, dificuldade de tomar decisões e de concentração, mau humor crônico, irritabilidade e sentimentos de desesperança, sem perspectivas de mudanças. Para o autor todos esses sintomas são apontados como fazendo parte do quadro do Transtorno Distímico.

Há uma presença significativa de sentimentos ligados à cronicidade desse transtorno tais como de desânimo, dor, tristeza, angústia, desesperança, baixa autoestima, irritabilidade, solidão, baixa tolerância à frustração, mau humor e insegurança. Há também aquelas pessoas que relatam sintomas físicos ou agressivos nas suas relações interpessoais.

De acordo com Spanemberg e Juruena (2004) os pacientes com transtorno distímico frequentemente são sarcásticos, nihilistas, rabugentos, exigentes e queixosos.

O sujeito que sofre de distímia podem se sentirem deprimidos, tristes, pessimistas, tensos, rígidos e resistentes. Estes enfatizam os aspectos negativos deixando o indivíduo desanimado diante das circunstâncias da vida impedindo de usufruir do lado positivo que a vida oferece. Dessa forma, percebe-se a realidade de modo negativo.

Os pacientes com distímia apresentam relacionamentos íntimos que são considerados distantes ou conflituosos resultando em diversas brigas e conseqüentemente prejudicam na rotina do indivíduo, agravando os conflitos internos e externos. Entretanto, o sujeito idealiza sobre as pessoas a perfeição e sobre si o reconhecimento e a aprovação. Portanto, ocorre a frustração perante as situações da vida acarretando em sentimentos de desvalorização e menos valia.

Para Beck e Lyubomirsky, (2008) uma referência no estudo da depressão, considera que de algum modo nos tornamos mais vulneráveis à depressão quando, perante acontecimentos negativos, tendemos a ter atitudes disfuncionais, geralmente relacionadas com uma noção errônea de que a nossa felicidade e autoestima dependem de fazermos tudo perfeito ou da aprovação dos outros.

As pessoas que sofre de transtorno depressivo persistente (distímia) dificilmente buscam ajuda para se tratar. Dessa forma, são raramente encontrados na prática clínica. Em relação ao seu desenvolvimento do curso da Distímia entre homens e mulheres, o transtorno é relativamente mais frequente em mulheres com início precoce na infância, na adolescência ou no início da idade adulta.

Salienta Cordás et al. (1997) o prognóstico da distímia é muito reservado, pois, como a incidência do transtorno ocorre no começo da vida adulta, a probabilidade de ocorrência de outros transtornos é muito grande.

Entre esses múltiplos fatores destacam-se a hereditariedade, predisposição biológica, traços de temperamento, estressores vivenciais, entre outros. Eventos de vida estressantes na infância podem ter um papel importante no perfil afetivo distímico do adulto, segundo alguns pesquisadores.

Portanto, os sintomas desse transtorno podem passar despercebidos não somente pelo sujeito como para os profissionais da saúde, dificultando assim o diagnóstico precoce. Sendo que esses sintomas passam a fazer parte da experiência habitual e adaptativa do paciente e conseqüentemente prejudica diversas áreas da sua vida.

## **2.2 A TERAPIA COGNITIVA COMPORTAMENTAL: CONCEITO E OBJETIVO.**

A terapia cognitiva comportamental é uma abordagem que utiliza as técnicas estratégicas cognitivas e comportamentais. A atuação é diretamente nas crenças e pensamentos automáticos do paciente, a fim de promover sua reestruturação e resolução de seus problemas.

Para Beck (2013 como citado em Wright, Basco & Thase, 2008, p. 224), “a TCC atua auxiliando na identificação do pensamento disfuncional, visando à avaliação deste pelo indivíduo de uma forma adaptativa e realista, objetivando a melhora dos sentimentos e comportamentos”.

Segundo Rangé e Marllat (2008 como citado em Knapp, Luz Junior & Baldisserotto, 2008, p.172), “atualmente o avanço na utilização da terapia cognitiva, comportamental e cognitivo-comportamental se relaciona às confirmações, em pesquisas, da eficácia dos tratamentos relacionados à depressão e outros transtornos psiquiátricos, bem como ao tratamento da dependência química”.

Essa abordagem visa à identificação de pensamentos distorcidos e a correção dos mesmos, tendo como objetivo a mudança de tais crenças disfuncionais a estes pensamentos que fazem parte da realidade do indivíduo. Dessa forma, o paciente aprende a detectar esses pensamentos automáticos negativos e analisá-los obtendo assim interpretações mais coerentes e realistas dos fatos envolvidos nas suas situações problemáticas.

De acordo com o estudo de Karkow, Caminha e Benetti (2005) a respeito de técnicas e os mecanismos envolvidos na intervenção terapêutica reforçam que as mesmas buscam alterações cognitivo-comportamentais e dispõem de um processo de treinamento de habilidades, reestruturação cognitiva e intervenção no estilo de vida do adicto, pontuam ainda que os métodos de tratamento auxiliam na relação terapêutica, tópico relevante na TCC.

A abordagem cognitivo-comportamental tem como princípio básico que nossas representações de eventos internos e externos modificam nossas emoções e comportamentos. Ou seja, as situações que vivenciamos no nosso cotidiano influenciam nossos sentimentos e habilidades.

Para Silva e Serra (2014) a teoria cognitiva desenvolvida por Beck se fundamenta que não é a situação (ou contexto) que determina o que as pessoas sentem, mas o modo como interpretam e pensam os fatos de determinada situação, provocando distintos sentimentos, como tristeza, raiva, ansiedade, etc.

Apesar da teoria cognitivo-comportamental ser uma abordagem estruturada, a relação entre terapeuta e o paciente deve ser colaborativa e de modo ativo entre as duas partes. Tendo esta curto tempo de prazo e limitada, porém eficaz em vários tipos de transtornos, principalmente relacionada à depressão.

Relata Silva e Serra (2013) que na TCC, o paciente aprende a ser seu próprio terapeuta. Para isso recebe orientação a respeito dos monitoramentos dos pensamentos automáticos negativos, utilizando anotações dos pensamentos e situações de risco. A conexão entre pensamento, afeto e comportamento e a realização de reestruturação cognitiva, resolução de problemas e identificação de crenças distorcidas também são repassadas.

### **2.3 AS QUEIXAS APRESENTADAS PELA PACIENTE.**

Na triagem, a paciente afirma que se considera “feia”, insatisfeita com seu corpo e apresenta pensamentos negativos decorrentes da sua baixa autoestima. Esta trouxe como queixa principal, a de não aceitar sua aparência física e os fatos decorrentes do seu passado. Como por exemplo, um relacionamento com um homem casado. Embora no começo não tivessem relações sexuais, ambos só ficavam em locais impróprios e/ou distantes da cidade. Em um destes encontros a paciente foi estuprada pelo companheiro. Após a primeira relação sexual contraiu herpes genital e sofreu um aborto devido o uso da medicação para tratar a infecção sexualmente transmissível. Entretanto, continuou se relacionando com tal parceiro durante cerca de 4 (quatro) anos. A paciente também queixa-se de insônia durante todas as noites a mais de dois meses, tendo seus pensamentos voltados para os problemas do cotidiano que não são resolvidos. Os sentimentos nesses momentos são de vazio ou sente-se sozinha e triste quase todos os dias. Afirmou que possui idealizações suicidas e apresenta desejo de se matar com mais frequência quando está estressada e nervosa. Desse modo, busca não ficar sozinha para não cometer algo contra si própria. Relatou que sente-se

nervosa, impaciente, triste e chorosa na maior parte do tempo, demonstrando desinteresse pelas atividades do cotidiano. Afirmou que percebe-se insegura, ansiosa e com medo das dificuldades que a vida lhe impõe. Relatou somente “Deus” para resolver seus conflitos pessoais e talvez essas dificuldades a que acontece deva ser castigo por causa das suas más atitudes. Define seu sentimento de raiva e tristeza quando não é desvalorizada ou reconhecida pelos pais e pelas as outras pessoas a seu redor.

## **2.4 HISTÓRICO.**

A paciente relatou que antes de completa um ano de vida foi adotada por outra família na qual convive até o momento. Seus pais biológicos não tiveram condições financeiras e psicológicas para cria-la, sendo estes usuários de álcool e droga. No entanto, a paciente não conhece o pai biológico e mantém pouco contato com a família natural. Relatou que sua infância e adolescência foram marcadas por momentos de baixa autoestima e sentimento de rancor quanto a sua família biológica, principalmente pela mãe. Contudo, desde a fase da adolescência tem idealizações suicidas.

## **2.5 AVALIAÇÃO DO TERAPEUTA.**

Na triagem, a paciente demonstra aversão pela família biológica, principalmente pela figura materna, pois tem sentimento de abandono por parte da mesma. Contudo, o relacionamento da jovem com a família adotiva é acompanhado de brigas e discussões. Nas primeiras sessões percebeu-se que a paciente culpa-se pelos fatos decorrentes do seu passado, tornando-a mais negativa, crítica e vulnerável a enfrentar a realidade vivenciada. Além disso, a paciente sente-se triste, desesperançosa e com humor deprimido quase todos os dias. Assim como, demonstra apetite diminuído, insônia, baixa energia para as atividades do cotidiano e baixa autoestima. A paciente relatou em terapia sentir aperto no peito, vazio e por diversas vezes apresentar idealização suicida. A paciente é uma jovem que não possui dificuldade para relatar os fatos e gosta de fazer questionamentos relacionados ao processo terapêutico. Ao decorrer do processo houve uma criação de vínculo terapêutico de forma construtiva e de fidelidade nos atendimentos.

## **2.6 PROGRESSO DO CASO CLÍNICO E DESCRIÇÃO DO TRATAMENTO - (TCC).**

No primeiro momento foi feito a triagem, que tem por objetivo coletar as informações sobre o motivo da consulta ou queixa principal, para compreender a demanda trazida pela

paciente. Durante o processo terapêutico utilizou-se como abordagem principal a TCC, focando durante as sessões no problema atual da paciente.

Empregou-se como método para a realização do processo de análise, a fala da paciente e a escuta terapêutica. Aplicou-se também algumas técnicas e intervenções baseados na abordagem cognitiva comportamental como a tarefa de casa, o método socrático, prevenção de recaídas, técnica de relaxamento, feedback e reforçamento, resolução e solução de problemas.

### 3. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Neste artigo, procurou-se abordar sobre os relatos de uma paciente atendida no serviço-escola de psicologia, tendo em vista relacionar os sintomas com o transtorno depressivo persistente (distímia) e o modo como eles podem interferir na vida do sujeito. A abordagem teórica cognitiva comportamental e receptivamente suas técnicas foi utilizada com o objetivo de promover os comportamentos e crenças distorcidos, contribuindo para a coleta de informações proporcionando análise do caso.

Este estudo especificou sobre os sintomas da distímia a fim de diferenciá-la de outros transtornos mentais, como o transtorno depressivo maior. Embora alguns sintomas podem estar presentes no curso do desenvolvimento do transtorno depressivo persistente. Entretanto, a distímia pode se entendida como um distúrbio depressivo que interfere no dia a dia, acarretando no sujeito insatisfação e frustração, conseqüentemente o aumento da baixa autoestima, diminuição da energia, insônia ou hiperinsônia, humor deprimido, falta de concentração ou dificuldade de tomar decisões, entre outros sintomas.

A partir dos relatos colhidos durante o processo psicoterápico observou-se as limitações e dificuldades enfrentadas pela paciente nas suas vivências diárias. Contudo, tal transtorno pode ser tratado e ter eficácia durante o tratamento se for utilizada a abordagem da teoria cognitiva comportamental proporcionando melhora e bem estar ao paciente.

### 4. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.

ABREU, N., OLIVEIRA, I. R. (2008). **Terapia cognitiva no tratamento da depressão.** Em A. V. Cordioli (org.), *Psicoterapias: abordagens atuais*. 3. ed. (p.383). Porto Alegre: Artmed.

BARBOSA, F. O., MACEDO, P. C. M., SILVEIRA, R. M. C. (2011). **Depressão e o suicídio.** Revista da SBPH, 14(1), 233-243. Acesso em 4 de Novembro de 2016 disponível em [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1516-08582011000100013&lng=pt&tlng=p](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-08582011000100013&lng=pt&tlng=p)

BECK, J. S. (2013). **Terapia Cognitiva: teoria e prática.** Porto Alegre: Artmed, p. 520.



- BURNS, D. (1999). **Feeling Good – The New Mood Therapy**. Avon Books.
- COSER, O. (2003). **Depressão clínica, crítica e ética**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz.
- DALGALARRONDO, P. (2008). **Psicopatologia e semiologia dos transtornos mentais**. Porto Alegre: Artmed.
- American Psychiatry Association (APA). (2013). Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais - DSM-5 (5.Ed.). Porto Alegre: Artmed.
- American Psychiatry Association (APA). (2002). Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais - DSM-IV-TRTM (4.Ed.). Porto Alegre: Artmed.
- FLECK, M. P. A., LIMA, A. F. B. S., LOUZADA, S., SCHESTASKY, G., HENRIQUES, A., BORGES, V. R., et al. (2002). **Associação entre sintomas depressivos e funcionamento social em cuidados primários à saúde**. Revista de Saúde Pública, 36 (4), 431-438.
- KHANDELWAL, S. (coord) (2001). **Conquering Depression**. World Health Organization.
- KNAPP, P., BECK, A. T. (2008). **Fundamentos, modelos conceituais, aplicações e pesquisa da terapia cognitiva**. Revista Brasileira de Psiquiatria, 30 (Supl. 2), s54-s64. Acesso em 15 de novembro de 2016 disponível em <https://dx.doi.org/10.1590/S1516-44462008000600002>
- KAPLAN, H. I., SADOCK, B. J., GREBB, J.A. (1991). **Compêndio de psiquiatria**. Porto Alegre: Artes Médicas, Ed. 7ª.
- KARKOW M. J., CAMINHA, R. M., BENETTI, S. P. C. (2015). **Mecanismos terapêuticos na dependência química**. São Leopoldo, p. 24. Acesso em 18 de novembro disponível em <<http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S>>
- KNAPP, P., LUZ JUNIOR, E., BALDISSEROTTO, G. V. (2008). Terapia cognitiva no tratamento da dependência química. In: RANGÉ, B. (org.). **Psicoterapias cognitivas comportamentais: um diálogo com a psiquiatria**. Porto Alegre: Artmed, p. 332-350.
- LIMA, M. S. (1999). **Tratamento farmacológico da distímia: avaliação crítica da evidência científica**. Rev Bras Psiquiatria, 21(2), p128-30.
- LIMA, A. F. B. S., FLECK, M. P. A. (2009). **Qualidade de vida e depressão: uma revisão da literatura**. Revista de Psiquiatria, 31 (3 Supl.), 0-0.
- LYUBOMIRSKY, S. (2008). La ciência de la felicidad. Ed Urano.
- MACHADO, R. C., KRAEMER, S. L., OLIVEIRA, D. S. (2013). **Transtorno de Humor “Distímico”: entendimento a partir do filme Pequena Miss Sunshine**. Revista Saúde Mental em Foco do Cesuca, 2(1), 15-25, 2013. Acesso em 5 de Novembro de 2016 disponível em <http://ojs.cesuca.edu.br/index.php/saudementalemfoco/article/view/599>

- MORENO, R. A., MORENO, D. H. (1997). **A relação entre outros quadros psiquiátricos e distímia**. In: Cordás TA, Nardi AE, Moreno RA, Castel S, orgs. Distímia — do mau humor ao mal do humor. Porto Alegre: Artes Médicas, p.42-52.
- NARDI, A. E., SABOYA, E., PINTO, S., FIGUEIRA, I., MARQUES, C., MENDLOWICZ, M., et al. (1993). **Distímia: aspectos clínico-terapêuticos**. J Bras Psiq, 42(7), p.357-72.
- NARDI, A. E. (1999) **Estudo epidemiológico em distímia**. J Bras Med, 77(1):85-96.
- ORSINI, M. R. C. A., RIBEIRO, C. R. (2012). **Impacto da cronicidade do transtorno distímico na qualidade de vida**. Estudos de Psicologia, 29 (Supl. 1), 709-717. Acesso em 27 de Novembro de 2016, disponível em <http://www.scielo.br/pdf/estpsi/v29s1/07.pdf>
- PORTO, J. A. D. (1999). **Conceito e diagnóstico**. Revista Brasileira de Psiquiatria, 21(Supl. 1), 06-11. Acesso em 4 de Novembro de 2016 disponível em <https://dx.doi.org/10.1590/S1516-44461999000500003>
- RIVERO, C. (2009). **Depressão: Um Desafio às Emoções**. Psicologia e Terapeuta familiar. Acesso em 4 de Novembro de 2016 disponível em <http://catarinarivero.com/depressao.php>
- SILVA, L. F. M., BRANCO, M. F. C., MICCIONE, M. M. (2013). **A eficácia da terapia cognitivo-comportamental no tratamento da dependência química: uma revisão de literatura**. Estação Científica, nº 13. Acesso em 26 de Novembro de 2016, disponível em [http://portal.estacio.br/docs%5Crevista\\_estacao\\_cientifica/01-13.pdf](http://portal.estacio.br/docs%5Crevista_estacao_cientifica/01-13.pdf)
- SILVA, C. J., SERRA, A. M. (2004). **Terapias Cognitiva e Cognitivo-Comportamental em dependência química**. Revista Brasileira de Psiquiatria, 26 (Supl I): 33-39. Acesso em 27 de Novembro de 2016 disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1516-44462004000500009&script>
- SPANEMBERG, L. J., MARIO, F. J. (2004). **Distímia: características históricas e nosológicas e sua relação com transtorno depressivo maior**. Revista de Psiquiatria, 26(3), 300-311. <https://dx.doi.org/10.1590/S0101-81082004000300007>
- TAVARES, L. (2005). **Abordagem cognitivo - comportamental no atendimento de pacientes com história de depressão e déficit em habilidades sociais (UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA)**. Acesso em 27 de Novembro de 2016, disponível em <http://newpsi.bvs-psi.org.br/tcc/83.pdf>
- TAVARES, L. A. T. (2009). **A depressão como "mal-estar" contemporâneo medicalização e (ex)-sistêmica do sujeito depressivo**. Dissertação de Mestrado – Faculdade de Ciências e Letras de Assis – Universidade Estadual Paulista, São Paulo.
- TUCCI, A. M. K., CORRÊA, F., DALBEN, I. (2001). **Ajuste social em pacientes com transtorno afetivo bipolar, unipolar, distímia e depressão dupla**. Rev Bras Psiquiatria, 23(2), p.79-87.
- WRIGHT, J. H., BASCO, M. R., THASE, M. E. (2008). **Aprendendo a terapia cognitivocomportamental: um guia ilustrado**. (Rev. Ed.). Porto Alegre: Artmed, p. 224.
- ZORTÉA, K. (2010). **Qualidade de vida em doenças crônicas**. Arquivos Brasileiros de Cardiologia, 94 (5), 703-703.