

**CENTRO DE ESTUDOS JOSÉ DE BARROS FALCÃO**

**CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM PSIQUIATRIA**



**TRANSTORNO DISTÍMICO E TERAPIA COGNITIVO COMPORTAMENTAL: UMA  
REVISÃO DA LITERATURA**

**CAMILA BRISOLLA**

**Orientador: Dr. Cristiano Tschiedel Belém da Silva**

**Porto Alegre, Março de 2017.**

Trabalho de Conclusão de Curso  
apresentado ao curso de especialização *Lato  
sensu* em Psiquiatria do Centro de Estudos José  
de Barros Falcão como requisito para a obtenção  
do Título de Especialista em Psiquiatria.

Camila Brisolla

Transtorno Distímico e Terapia Cognitivo Comportamental: uma revisão da literatura

BANCA EXAMINADORA

Dr. Cristiano Tschiedel Belém da Silva

Professor Orientador

## RESUMO

O objetivo deste levantamento bibliográfico foi revisar a literatura sobre distímia, transtorno distímico ou ainda transtorno depressivo recorrente, que é um quadro depressivo crônico com diversos sintomas, alguns claramente característicos outros sutis e também pertencentes a outros transtornos psiquiátricos, o quê, muitas vezes, dificulta o diagnóstico e, conseqüentemente, o tratamento.

Através da pesquisa sistemática e análise de diversos estudos e artigos percebeu-se que, em relação ao tratamento, o consenso é de que a farmacoterapia é a primeira escolha e dependendo do grau de sintomatologia, incapacidade social, laboral e pessoal do indivíduo a associação com outra forma não farmacológica, como a Terapia Cognitivo Comportamental (TCC), que é a mais estudada e que, pelos reportes, apresenta melhores resultados a longo prazo.

Unitermos: distímia, transtorno distímico, terapia cognitivo comportamental (TCC).

**ABSTRACT**

The aim of this bibliographic survey was to review the literature on dysthymia, dysthymic disorder or recurrent depressive disorder, which is a chronic depressive condition with several symptoms, some clearly characteristic, other subtle ones and also belonging to other psychiatric disorders which often makes difficult the diagnosis and, consequently, treatment.

Through systematic research and analysis of several studies and articles it was observed that, in relation to treatment, the consensus is that pharmacotherapy is the first choice and, depending on the degree of symptomatology, social, occupational and personal disability of the individual, the association with another non-pharmacological form, such as Behavioral Cognitive Therapy (CBT), which is the most studied and which reports better long-term results.

Keywords: dysthymia, dysthymic disorder, cognitive behavioral therapy (CBT).

**ÍNDICE**

1	INTRODUÇÃO .....	7
2	MATERIAL E MÉTODOS.....	8
3	DISTIMIA.....	9
4	TRATAMENTO.....	11
4.1	Farmacoterapia .....	11
4.2	Psicoterapia .....	11
4.2.1	Terapia Interpessoal (TIP).....	12
4.2.2	Terapia Cognitivo Comportamental (TCC).....	12
5	CONCLUSÃO.....	16
6	DECLARAÇÃO DE CONFLITOS .....	17
7	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	18

## 1 INTRODUÇÃO

A distímia, transtorno distímico ou transtorno depressivo persistente, foi formalmente introduzida em 1980 na terceira edição do *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM III), ocupando o lugar da antes denominada depressão neurótica [1]. O DSM V categoriza o transtorno depressivo persistente como um subtipo de transtorno depressivo, cujo portador apresenta quadro de humor deprimido na maior parte do dia, na maioria dos dias, por pelo menos dois anos, além de dois ou mais dos seguintes sintomas: alteração de apetite, distúrbio do sono, fadiga ou baixa energia, baixa autoestima, sentimento de desesperança e dificuldade de concentração e na tomada de decisões. Para crianças e adolescentes os critérios são os mesmos, porém com tempo mínimo de um ano. Observa-se intenso sofrimento clínico ou prejuízo no funcionamento social, profissional ou em outras áreas importantes da vida da pessoa. O diagnóstico somente pode ser feito se o indivíduo não esteve assintomático por um período superior a dois meses e não sofreu um episódio depressivo maior no mesmo período [2]. Mesmo assim, uma grande parte das pessoas que recebem o diagnóstico de distímia vão desenvolver um quadro de depressão maior associado, situação descrita como depressão dupla [3].

Evidências da prática clínica e de *guidelines* mostram que tanto o tratamento farmacológico como o psicoterápico são efetivos, bem como a combinação de ambos, embora nem todos estudos científicos corroborem tais achados muito em função de diferentes metodologias utilizadas e controvérsias entre autores [4]. No âmbito medicamentoso, os estudos concentram-se nas classes de inibidores seletivos da recaptção de serotonina (como sertralina e fluoxetina), antidepressivos tricíclicos (como imipramina) e outros (como amissulprida e acetil-L-carnitina). Já na área da psicoterapia, as pesquisas aprofundaram-se na Terapia Interpessoal (TIP) e na Terapia Cognitivo Comportamental (TCC), sendo a última a que possui mais estudos com grandes populações e em diferentes países, consequentemente com diferentes culturas e hábitos.

O objetivo deste trabalho é comprovar se a Terapia Cognitivo Comportamental pode ser aplicada de forma eficaz e com benefício prolongado na distímia, doença sabidamente de curso crônico e por vezes associada a outros distúrbios psiquiátricos que podem ser incapacitantes para o indivíduo.

## 2 MATERIAL E MÉTODOS

Este estudo de revisão bibliográfica abordou publicações selecionadas entre os anos de 1994 e 2014, por intermédio de pesquisas sistemáticas nos bancos de dados eletrônicos MEDLINE, Elsevier e LILACS. A estratégia de busca utilizada foi uma combinação entre os termos distímia/dysthymia, transtorno distímico/dysthymicdisorder e terapia cognitivo comportamental (TCC)/cognitivebehavioraltherapy (CBT).



### 3 DISTIMIA

Transtornos depressivos historicamente são percebidos como episódicos e com possibilidade de remissão completa. Há cerca de 20 anos foi reconhecido que uma proporção significativa dos transtornos depressivos possuem um curso crônico, como a distímia [5]. Em 1994, Kessler et al estimou que 6% da população americana havia tido pelo menos um episódio de transtorno distímico em algum momento da vida e que mais de 3% tenham vivenciado esta situação no ano anterior [6]. O risco de desenvolver tanto transtornodistímico como episódios depressivos é duas vezes maior em mulheres [5] e mais comum em pessoas solteiras [7]. Quando casadas tem relacionamentos insatisfatórios. Geralmente são pessoas poliqueixosas e insatisfeitas com a vida [8]. O paciente distímico geralmente apresenta um baixo grau de sintomas que surgem de forma insidiosa, na maioria das vezes, antes do 25 anos de idade [9].

A etiologia do transtorno distímico é multifatorial e complexa, envolvendo fatores biológicos e psicológicos. Estes múltiplos fatores compreendem hereditariedade, predisposição, temperamento, gênero, estressores biológicos, fatores de vida, entre outros. Diversos autores afirmam que traumas ou eventos estressantes na infância são frequentes no portador da distímia [10, 11]. Um estudo mostrou que até uma dieta “ocidental” (rica em gorduras, açúcares, alimentos processados e cerveja) pode estar envolvida no desenvolvimento da doença [12].

Depressões crônicas frequentemente estão associadas a transtornos de Eixo I e II, tendo como comorbidades mais comuns abuso de substâncias, ansiedade e transtornos de personalidade, principalmente transtorno de personalidade borderline, histriônico, evitativo e dependente [5].

É evidente que a distímia é um subtipo de depressão crônica, mas ainda não está completamente clara a diferença fundamental entre distímia e depressão maior, embora o índice de comorbidade entre ambas seja elevado [3]. Alguns achados demonstram que a distímia e depressão dupla possam ser diferentes fases de um mesmo transtorno [13].

Embora a distímia seja frequentemente considerada como um transtorno de baixa severidade, diversos estudos sugerem que ela não só está associada a um comportamento disfuncional mas, muitas vezes, antecede um quadro mais grave do que a depressão maior [14]. Por estar no espectro da depressão crônica, o

transtorno distímico pode estar associado a um prognóstico mais reservado [1]. Um estudo naturalístico e prospectivo foi realizado na Holanda durante 3 anos e afirmou que pessoas com distímia eram mais suscetíveis do que aquelas com depressão maior a desenvolver qualquer tipo de transtorno depressivo e a terem um padrão de funcionamento mais deficiente, com maiores prejuízos globais [15]. Outro estudo avaliou dados epidemiológicos e concluiu que portadores de transtorno distímico são mais propensos a não conseguir trabalhar em turno integral, a dependerem de recursos financeiros governamentais (como por exemplo, auxílio-doença) e a relatarem indiferença frente a atividades sociais devido a sua instabilidade emocional e física [14].

## **4 TRATAMENTO**

Devido ao grande impacto social, pessoal e laboral da distímia pesquisas sobre possíveis tratamentos são cada vez mais frequentes e exploram tanto o lado farmacológico como o psicoterápico. Algumas metanálises sugerem que a psicoterapia isolada não seja tão efetiva quanto a farmacoterapia isolada, porém a associação de ambas fornece os melhores desfechos [16,17].

Uma extensa metanálise [4] analisou 56 estudos relacionados ao tratamento tanto farmacológico quando psicoterápico do transtorno depressivo recorrente, divididos em duas vertentes, uma somente com medicações (45 estudos com 28 fármacos) e outra (15 estudos) que testou psicoterapias isoladamente (5 tipos) e associadas a medicação (5 combinações). A primeira vertente, medicamentosa, incluiu fluoxetina, paroxetina, sertralina, moclobemida, imipramina, ritanserina, amissulprida e acetil-L-carnitina, observando que estas eram efetivamente superiores ao placebo. Na vertente psicoterápica a Terapia Interpessoal (TIP) associada a medicação, sem especificar qual das antes citadas, foi a que teve melhor desfecho na depressão crônica, mas não na distímia. No transtorno distímico, a Terapia Cognitivo Comportamental (TCC) obteve resultados levemente superiores a TIP quando associada a medicação.

### **4.1 Farmacoterapia**

Como farmacoterapia as drogas mais estudadas, e com benefício comprovado, foram a fluoxetina, paroxetina, sertralina, imipramina e amissulprida. Observou-se a fluoxetina como sendo a menos efetiva e a imipramina como a menos tolerável. Os estudos observaram os efeitos das medicações em períodos de quatro a doze semanas, em pacientes ambulatoriais. Nenhuma das medicações acima citadas foi estatisticamente superior a outra [4].

### **4.2 Psicoterapia**

Para o tratamento do transtorno distímico agudo o uso de fármacos é a opção mais indicada e preferível, sendo a associação com a Terapia Interpessoal (TIP) ou a

Terapia Cognitivo Comportamental (TCC) as mais estudadas e com algum grau de efetividade. O grau de severidade dos sintomas e o subtipo do transtorno indicarão a escolha pela combinação, ou não, de tratamentos.

#### **4.2.1 Terapia Interpessoal (TIP)**

A TIP foi desenvolvida por Gerald Klerman e Myrna Weissman para o tratamento de pacientes deprimidos. É uma terapia breve, focada, que prioriza a relação entre os sintomas de humor e as relações interpessoais do paciente [31]. A terapia foi desenvolvida com base em diversas perspectivas teóricas, sendo a mais influente a escola de pensamento interpessoal, fundada por Adolf Meyer e Harry Sullivan, que vincula a doença psiquiátrica às experiências sociais e interpessoais do indivíduo, tendo como unidade de observação as pessoas e seus relacionamentos e não só o paciente [32]. A TIP baseia-se em dois conceitos fundamentais. O primeiro deles é o entendimento que a depressão, tal como a distímia, é um fenômeno complexo e multideterminado, com causas genéticas e ambientais. A terapia se utiliza da conexão entre as situações interpessoais atuais e os sintomas depressivos como foco de tratamento, auxiliando o paciente a identificá-los e manejá-los de maneira mais adaptativa [33]. O segundo conceito básico é o reconhecimento de três aspectos que constituem a depressão: sintomas, vida social e interpessoal (a interação com outras pessoas, o papel social exercido) e a personalidade do paciente, ao qual a TIP não se propõe tratar [32]. A TIP aborda a depressão como uma doença clínica que traz uma série de limitações ao indivíduo e que tem um tratamento já estabelecido. Suas metas são reduzir os sintomas da depressão e ajudar o paciente a lidar melhor com as pessoas e situações de sua vida ligadas ao início da depressão [31, 33].

#### **4.2.2 Terapia Cognitivo Comportamental (TCC)**

Na década de 1960, Aaron Beck e Albert Ellis chegaram a conclusão de que os transtornos depressivos são resultantes de hábitos de pensamentos arraigados. Após, desenvolveram os pilares fundamentais da Terapia Cognitivo Comportamental [18]. Beck observou que o humor e os comportamentos negativos eram, geralmente,

resultados de crenças distorcidas e pensamentos e não de forças inconscientes como sugeria a teoria de Freud. Ou seja, os transtornos depressivos podem ser compreendidos como decorrentes das próprias cognições e esquemas cognitivos disfuncionais [19]. Percebe-se que os pacientes com algum grau de depressão, seja ela leve, moderada ou crônica como a distímia, acreditam e agem como se a situação fosse pior do que ela realmente é [20]. A TCC é a terapia não farmacológica mais estudada para tratamento isolado ou em combinação no transtorno distímico e outras formas de depressão [21]. Alguns estudos observaram que a TCC provoca um resultado mais duradouro em comparação ao uso isolado de fármacos e pode provocar um efeito potencialmente protetor quanto às recaídas [22,23].

O modelo de Beck pressupõe dois elementos básicos: a tríade cognitiva e as distorções cognitivas. A tríade consiste na visão negativa de si mesmo, visão negativa do mundo, incluindo relacionamentos, trabalho e atividades além de visão negativa do futuro, o que parece estar vinculado a um certo grau de desesperança [24]. As distorções cognitivas são compreendidas como erros sistemáticos na percepção e no processamento de informações, ocupando um lugar central nos transtornos depressivos [25,26]. As distorções decorrem de regras e pressupostos, que são os padrões estáveis adquiridos ao longo da vida pelo paciente depressivo. Essas regras e crenças são particularmente sensíveis à ativação de fontes primárias como o estresse e frequentemente levam a estratégias interpessoais ineficazes [27].

A TCC é um processo de tratamento que possibilita aos indivíduos modificarem crenças e comportamentos que produzem alterações de humor, características do quadro depressivo. São três as fases da abordagem cognitivo-comportamental, baseadas nas seguintes estratégias terapêuticas: foco nos pensamentos automáticos e esquemas depressogênicos; foco no estilo da pessoa relacionar-se com outros e mudança de comportamentos a fim de obter melhor enfrentamento da situação-problema [28]. Uma característica é a participação ativa do paciente no tratamento, onde ele é auxiliado a identificar suas percepções distorcidas; reconhecer os pensamentos negativos e buscar pensamentos alternativos que reflitam a realidade mais de perto; encontrar as evidências que sustentam os pensamentos negativos e os alternativos; e gerar pensamentos mais acurados e dignos de crédito associados a determinadas situações de um processo chamado de reestruturação cognitiva [25]. Alguns autores criticam a TCC por sugerir um “pensamento positivo” quando na verdade busca-se um “pensamento realista”,

que ajuda o paciente a considerar as crenças verdadeiras ou não relacionadas aos fatos, auxiliando o julgamento realístico dos fatores que mantêm a depressão [20].

Sendo o alívio dos sintomas o objetivo inicial do tratamento, o comportamento é parte importante dessa abordagem. As abordagens comportamentais empregadas na TCC são derivadas do modelo de psicopatologia de Lewinsohn e utilizadas de modo flexível. Essas estratégias são planejadas especificamente para cada paciente e usadas de modo a envolvê-lo, proporcionar alívio dos sintomas e obter dados relevantes para o processo terapêutico [19]. Alguns métodos, como agendamento e monitoramento de atividades, são ferramentas poderosas pois podem avaliar como e por quanto tempo o indivíduo mantém pensamentos disfuncionais. Essa intervenção, relativamente simples, pode mostrar a relação entre sintomas depressivos e a falta de comportamentos funcionais e positivos, abrindo, assim, caminho para a resolução de problemas [20].

Na TCC, as dificuldades em habilidades são conceituadas como fatores que podem contribuir para a depressão. Beck e outros pesquisadores sugeriram que, além da redução do reforço positivo, o paciente com transtorno depressivo amplia seus sintomas pela avaliações cognitivas e conclusões falhas que tira da falta de reforço positivo [20].

As sessões de TCC também focam-se na definição dos problemas dos pacientes, elaborando uma conceituação cognitiva ou formulação do caso, através de mecanismos que ajudem o indivíduo a identificar crenças disfuncionais específicas relacionadas a depressão/transtorno distímico; distorções cognitivas mais comuns e caracterização de pensamentos automáticos; reações fisiológicas, emocionais e comportamentais consequentes aos pensamentos; que os comportamentos foram desenvolvidos para enfrentar as crenças disfuncionais; e como as experiências anteriores tem contribuído na manutenção de crenças do paciente.

Geralmente, o número de sessões varia de 6 a 20, sendo um atendimento a curto prazo, porém em alguns casos as sessões podem se estender por um período superior a 12 meses, como nos pacientes com transtorno de personalidade associado ao transtorno distímico. As últimas sessões são focadas nos ganhos do indivíduo com a terapia e a prevenção da recaída. É necessário ensinar o paciente a ser “terapeuta de si mesmo”, aumentar sua confiança e instruir sobre a possibilidade

de retorno de sintomas depressivos bem como ruminções acerca disso que podem aumentar as chances de recaída [19].

Diversos estudos corroboram a necessidade imperativa do uso da farmacoterapia mas também mostram benefícios a longo prazo quando da associação da TCC ao tratamento do paciente distímico [4, 29, 30], visto suas bases teóricas e como são empregadas suas técnicas e estratégias que geram importantes benefícios a longo prazo no individuo.

## 5 CONCLUSÃO

O transtorno distímico encontra-se entre as depressões crônicas sendo uma doença de difícil diagnóstico, manejo e prognóstico reservado. Causa grande prejuízo ao portador, seja no âmbito pessoal, profissional ou social, à família e ao terapeuta que muitas vezes sente-se frustrado com a dificuldade em auxiliar o paciente de forma eficaz.

Com base nos artigos e estudos analisados pode-se concluir que a farmacoterapia ainda é a opção mais efetiva tanto no curto quanto no longo prazo para o tratamento da distímia, porém a Terapia Cognitivo Comportamental (TCC) surge como aliada à medicação em casos selecionados, onde o indivíduo demonstra intenso sofrimento, podendo reduzir o período agudo da doença e aumentando o intervalo entre as recaídas.

Porém, os estudos não comprovam completamente a eficácia da TCC como forma isolada de tratamento. Alguns autores inclusive contestam sua validade mesmo associada à farmacoterapia, muito devido às diferenças metodológicas entre as pesquisas. Sendo assim, são necessários mais estudos, com métodos mais semelhantes para comprovar a efetividade da TCC no tratamento do transtorno distímico podendo, assim, auxiliar cada vez mais pacientes que sofrem com esta doença.



## **6 DECLARAÇÃO DE CONFLITOS**

A autora declara não possuir conflitos de interesse.

## 7 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1 Gureje O. Dysthymia in a cross-cultural perspective. *Current Opinion in Psychiatry* (2011);24:67–71.
- 2 American Psychiatric Association, *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders – DSM 5*, 5th ed. Washington, DC: American Psychiatric Association, 2013.
- 3 Klein DN, Shankman SA, Rose S. Ten-year prospective follow-up study of the naturalistic course of dysthymic disorder and double depression. *Am J Psychiatry* (2006)163:872–880.
- 4 Kriston L, von Wolff A, Westphal A, Holzel LP, Harter M. Efficacy and acceptability of acute treatments for persistent depressive disorder: a network meta-analysis. *Depression and Anxiety* (2014) 00:1-10.
- 5 Klein DN, Santiago, NJ. Dysthymia and Chronic Depression: Introduction, Classification, Risk Factors and Course. *J ClinPsychol/In Session* (2003) 59: 807–816.
- 6 Kessler, RC, McGonagle, KA, Zhao, S, Nelson, CB, Hughes, M, Eshleman, S, Wittchen, HU, Kendler, KS. Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in the United States: Results from the National Comorbidity Survey. *Archives of General Psychiatry* (1994) 51, 8–19.
- 7 Klein DN, Schwartz JE, Rose S, Leader JB. Five-year and outcome of dysthymic disorder: a prospective, naturalistic follow-up study. *Am J Psychiatry* (2000) 157:931-9.
- 8 Akiskal, HS. Dysthymia as a temperamental variant of affective disorder. *EurPsychiatr* (1996) 11(suppl 3):117s- 22s.
- 9 Akiskal HS. Dysthymia: clinical and external validity. *ActaPsychiatrScand*

(1994) 89(suppl 383):19-23.

10 Hayden EP, Klein DN. Outcome of dysthymic disorder at 5-year follow-up: the effect of familial psychopathology, early adversity, personality, comorbidity, and, chronic stress. *Am J Psychiatry* (2001) 158: 1864-70.

11 Riso LP, Miyatake RK, Thase ME. The search for determinants of chronic depression: a review of six factors. *J Affect Disord* (2000) 70:103-15.

12 Jacka FN, Pasco JA, Mykletun A, et al. Association of western and traditional diets with depression and anxiety in women. *Am J Psychiatry* (2010) 167:305 – 311.

13 King-Kallimanis B, Gum AM, Kohn R. Comorbidity of depressive and anxiety disorders for older Americans in the national comorbidity survey-replication. *Am J Geriatric Psychiatry* (2009) 17:782–792.

14 Hellerstein DJ, Agosti V, Bosi M, et al. Impairment in psychosocial functioning associated with dysthymic disorder in the NESARC study. *J Affect Disord* (in press).

15 Rhebergen D, Beekman ATF, de Graaf R, et al. The three-year naturalistic course of major depressive disorder, dysthymic disorder and double depression. *J Affect Disord* (2009) 115:450–459.

16 Cuijpers P, Dekker J, Hollon SD, et al. Adding psychotherapy to pharmacotherapy in the treatment of depressive disorders in adults: a meta-analysis. *J Clin Psychiatry* (2009) 70:1219–1229.

17 Cuijpers P, van Straten A, Warmerdam L, et al. Psychological treatment versus combined treatments of depression: a meta-analysis. *Depression Anxiety* (2009) 26:279–288.

18 Beck AT. Thinking and depression. *Arch Gen Psychiatry*. (1963)9:324- 33.

19 Powell, VB, Abreu, N, Oliveira, IR, Sudak D. Terapiacognitivo-comportamental

da depressão. Rev Bras Psiquiatr. (2008) 30(Supl II):S73-80.

20 Beck AT. The current state of cognitive therapy: a 40-year retrospective. Arch Gen Psychiatry. (2005) 62(9):953-9.

21 Butler AC, Chapman JE, Forman EM, Beck AT. The empirical status of cognitive-behavioral therapy: a review of meta-analyses. Clin Psychol Rev. (2006) 26(1):17-31.

22 Hollon SD, Jarrett RB, Nierenberg AA, Thase ME, Trivedi M, Rush AJ. Psychotherapy and medication in the treatment of adult and geriatric depression: which monotherapy or combined treatment? J Clin Psychiatry. (2005) 66(4):455-68.

23 Hollon SD, Shelton RC, Loosen PT. Cognitive therapy and pharmacotherapy for depression. J Consult Clin Psychol. (1991);59(1):88-99.

24 Beck AT. Cognitive therapy and the emotional disorders. Boston: International University Press; 1976.

25 Beck JS. Cognitive therapy: basics and beyond. New York: Guilford Press; 1995.

26 Scher CD, Segal ZV, Ingram RE. Beck's theory of depression: origins, empirical status, and future directions for cognitive vulnerability. In: Leahy RL, editor. Contemporary cognitive therapy: theory, research, and practice. New York: Guilford Press; 2006.

27 Rupke SJ, Blecke D, Renfrow M. Cognitive therapy for depression. Am Fam Phys. (2006) 73(1):83-6.

28 Leahy RL. Cognitive therapy techniques: a practitioner's guide. New York: Guilford Press; 2003.

29 Cuijpers, P, Sijbrndij, M, Koole, SL, Andersson, G, Beekman, AT, Reynolds III, CF. The efficacy of psychotherapy and pharmacotherapy in treating depressive and

anxiety disorders: a meta-analysis of direct comparisons . World Psychiatry (2013)12:137–148.

30 Glasman, D, Finlay, WML, Brock, D. Becoming a self-therapist: Using cognitive- behavioural therapy for recurrent depression and/or dysthymia after completing therapy. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice* (2004), 77, 335–351.

31 Weismann MM, Markowitz JC, Klerman GL. *Comprehensive Guide to Interpersonal Psychotherapy*. New York: Basic Books, 2000.

32 Souza LH, Fleck MPA. Psicoterapia interpessoal no manejo da depressão. *Rev. bras. Psicoter.* (2013); 15(2): 64-74.

33 Weismann MM, Markowitz JC, Klerman GL. *Psicoterapia interpessoal: guia prático do terapeuta*. Porto Alegre: Artmed, 2009.