

AS CONTRIBUIÇÕES DA TERAPIA COGNITIVO COMPORTAMENTAL NO TRATAMENTO DA DEPRESSÃO

THE CONTRIBUTIONS OF COGNITIVE BEHAVIORAL THERAPY (CBT) IN THE TREATMENT OF DEPRESSION

MARLENE JAQUELINE **CIZIL**. Aluna do curso de graduação em Psicologia da UNINGÁ.

ADRIANA CRISTINA ROCHA **BELUCO**. Mestre em Análise do Comportamento pela PUC-SP, Professora do Curso de Psicologia da UNINGÁ.

Rua: Italo Carvalho, nº 774, Residencial Por do Sol, CEP 86770-000, Santa Fé-PR. E-mail: mjaqueline2406@gmail.com

RESUMO

O presente artigo faz parte do Trabalho de Conclusão de Curso de Psicologia do Centro Universitário Ingá. Seu objetivo é identificar e discutir sobre as principais contribuições da Terapia Cognitivo Comportamental no tratamento da depressão. Trata-se de uma pesquisa bibliográfica que analisou como a depressão era considerada na antiguidade, bem como até nos dias atuais, descrevendo sobre as principais características do quadro de transtorno de humor depressivo, expondo as principais técnicas utilizadas no tratamento da depressão e como é realizado o tratamento. Beck através dos estudos e experimentos identificou cognições negativas e distorcidas, pensamentos e crenças disfuncionais, como característica primária da depressão e desenvolveu um tratamento de curta duração, o qual denominou Terapia Cognitivo Comportamental.

PALAVRAS-CHAVE: Depressão. Terapia Cognitivo Comportamental. Tratamento.

ABSTRACT

The present study is part of the requirements for the conclusion of a Degree in Psychology at the Ingá University Center. It aims to identify and debate over the main contributions of the Cognitive Behavioral Therapy for the treatment of depression. The present paper is a bibliographical review which analyzed how depression has been seen both in the past and presently, describing characteristics of the depressive humor disorder, exposing the main techniques used in the treatment of depression and the ways the treatment is conducted. Through studies and experiments, Beck identified negative and twisted cognitions, dysfunctional thoughts and beliefs as being the primary characteristic of the depression and developed a short term treatment called Cognitive Behavioral Therapy (CBT).

KEYWORDS: Depression. Cognitive Behavioral Therapy. Treatment.

INTRODUÇÃO

O presente trabalho teve como objetivo identificar as principais

contribuições da Terapia Cognitivo Comportamental no tratamento da depressão.

Tendo como questão que orienta a escrita: Quais as contribuições da Terapia Cognitivo Comportamental no tratamento da depressão? Partindo desta questão este trabalho teve como objetivo descrever sobre o que caracteriza o quadro do transtorno de humor depressivo bem como explicar sobre as principais técnicas utilizadas no tratamento da depressão pela Terapia Cognitiva Comportamental e como esta vem contribuindo no tratamento de sujeitos com depressão.

Para iniciar a discussão acerca da depressão, se discutirá o conceito de melancolia, uma vez que esta é citada por muitos autores como manifestação de mal estar social que antecede a depressão. Muitos dos estudos a respeito da depressão partiram de pesquisas sobre melancolia.

Segundo o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais DSM-V (2013) os transtornos depressivos incluem transtorno de desregulação do humor, transtorno depressivo maior (incluindo episódio depressivo maior), transtorno depressivo persistente.

A motivação para o desenvolvimento dessa pesquisa ocorreu com o intuito de aprofundar o conhecimento do pesquisador sobre a depressão e seu tratamento na perspectiva da terapia cognitivo comportamental, como lidar, como desenvolver um tratamento adequado aos futuros pacientes possibilitando a eles uma melhor qualidade de vida e uma possível intervenção mais produtiva e eficaz.

Este artigo buscou colaborar para novas leituras enriquecendo o leque de pesquisas sobre este tema. É destinado a leigos, psicólogos e outros profissionais da saúde e em especial aos estudantes de psicologia para que possam ter maior conhecimento sobre a depressão, a Terapia Cognitivo Comportamental e a sua utilização no tratamento da depressão.

MATERIAL E MÉTODOS

O levantamento de dados foi realizado por meio de pesquisa bibliográfica. A pesquisa bibliográfica é uma etapa fundamental em todo trabalho científico que influenciará todas as etapas de uma pesquisa, na medida em que vai dar o embasamento teórico em que será fundamentado o trabalho. Segundo Amaral (2007), este tipo de pesquisa consiste no levantamento, seleção, fichamento e arquivamento de informações relacionadas à pesquisa.

Para Gil (2010), esta modalidade de pesquisa inclui material impresso, como livros, revistas, jornais, teses, dissertações e anais de eventos científicos. Entende-se pesquisa como um processo no qual o pesquisador tem “uma atitude e uma prática teórica de constante busca que define um processo intrinsecamente inacabado e permanente”, pois realiza uma atividade de aproximações sucessivas da realidade, sendo que esta apresenta “uma carga histórica” e reflete posições frente à realidade (MINAYO, 1994, apud LIMA, 2007).

Para o levantamento bibliográfico, foram selecionados alguns artigos, chegou a um total de 32 artigos. Os dados foram obtidos através de artigos científicos disponíveis em bancos de dados online como Scielo, livros sobre o tema. O ano de abrangência dos artigos pesquisados foi de 2010 a 2017, os

critérios para seleção foram artigos com base na Terapia Cognitiva Comportamental, as palavras-chave para o levantamento bibliográfico foram: Depressão, Terapia Cognitivo Comportamental, Tratamento.

DESENVOLVIMENTO

No início da década de 1960, Aaron T. Beck que na época era professor assistente de psiquiatria na University of Pennsylvania, deu início a uma revolução no campo da saúde mental. Beck era psicanalista atuante e com formação completa, um cientista, ele acreditava que para a psicanálise ser aceita pela comunidade médica suas teorias precisariam ter demonstração de validação empírica. No final da década de 1960 e início dos anos de 1970, Beck se dedicou a uma série de experimentos para comprovar essa validação, os resultados de seus experimentos não comprovaram essa validação e levaram Beck a busca de outras explicações para a depressão. Ele identificou crenças negativas e distorcidas, pensamentos e crenças, como característica primária da depressão e desenvolveu um tratamento de curta duração (BECK, 2014).

Aaron Beck desenvolveu uma forma de psicoterapia a qual intitulou “terapia cognitiva”, atualmente é usado como “terapia cognitivo-comportamental”, no tratamento da depressão Beck elaborou uma psicoterapia estruturada e de curta duração voltada para o presente, voltada na solução de problemas atuais e modificação de pensamentos e comportamentos disfuncionais, segundo Beck (2014).

[...] o modelo cognitivo propõe que o pensamento disfuncional (que influencia o humor e o pensamento do paciente) é comum a todos os transtornos psicológicos. Quando as pessoas aprendem a avaliar seu pensamento de forma mais realista e adaptativa, elas obtêm uma melhora em seu estado emocional e no comportamento. (BECK, 2014).

A Terapia Cognitivo-Comportamental habitualmente citada como TCC, se utiliza da análise dos pensamentos e dos comportamentos, evidenciando os pensamentos disfuncionais para ajudar as pessoas a superar seus problemas emocionais. Vários estudos revelam ser mais eficaz a TCC do que apenas o uso de medicamentos para os tratamentos da depressão, permanecendo bem por mais tempo aqueles que utilizam a TCC, ou seja, as recaídas acontecem com menos frequência do que aos pacientes que escolhem outras formas de psicoterapia ou utilizam apenas a medicação (WILSON, BRANCH, 2011).

A depressão e suas causas

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), a depressão é um transtorno mental em que as pessoas se encontram incapazes de realizarem atividades diárias por 14 dias ou mais. É definido por uma tristeza persistente, pela perda de interesse por atividades que antes gostavam. As pessoas com depressão podem apresentar como sintomas: perda de energia; alterações no apetite; sono irregular, ou seja, pode dormir mais, ou menos do que o costume; ansiedade; concentração reduzida; indecisão; inquietação; sentimentos de inutilidade, culpa ou desesperança; e pensamentos de autolesão ou suicídio.

As últimas hipóteses da Organização Mundial da Saúde (OMS) são que

mais de 300 milhões de pessoas vivem com depressão, um aumento de mais de 18% entre 2005 e 2015. Na antiguidade a Depressão era chamada de melancolia, o termo é um vocabulário de origem grega que significa “doença da bile negra”, essa denominação se originou da teoria de Hipócrates, a saúde e a doença dependem do equilíbrio ou desequilíbrio do corpo, entre quatro fluidos do corpo, ou “humores”: bile negra, bile amarela, sangue e fleuma. O excesso de bile negra era responsável pelos sintomas depressivos, ou seja, um humor produzido no baço. A interação entre os humores conceberia o temperamento e a personalidade do indivíduo, e com o desequilíbrio no organismo ocasionaria possíveis doenças (HORWITZ, WAKEFIELD, 2010).

No decorrer do tempo a depressão tem sido debatida de diferentes formas e por várias áreas do conhecimento. A história do conceito de depressão tal como o concebeu na atualidade tem seu início no século XVII. Hipócrates formulou a primeira classificação de estudos dos transtornos mentais registrada na história: descreveu e nomeou a melancolia. Hipócrates é simbolicamente considerado como pai da medicina, o quadro de melancolia é descrito por ele pela aversão a comida, falta de ânimo, insônia e irritabilidade. Ele declarou que a duração por um longo tempo de medo e de tristeza gera o quadro melancólico (HORWITZ, WAKEFIELD, 2010).

Souza e Lacerda (2011) afirmam que Aristóteles contribui com algumas reflexões importantes sobre o modelo proposto por Hipócrates e acrescentou que o excesso de bile negra tem o efeito de estados graves de doença mental e uma quantidade menor ou um desequilíbrio menos aumentado tem um temperamento melancólico.

Na atualidade segundo o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais DSM-V (2013) a depressão pode se manifestar como episódio depressivo maior (EDM). Dos critérios descritos no DSM-V se estabelece que pelo menos cinco ou mais sintomas tem de estar presentes: o humor deprimido na maior parte do dia, redução do interesse ou prazer em todas ou quase todas as atividades, perda ou ganho de peso, insônia ou hipersonia quase todos os dias, agitação ou retardo psicomotor, fadiga ou perda de energia, sentimentos de inutilidade ou culpa excessiva inapropriados, redução da concentração e pensamentos recorrentes de morte ou de suicídio.

De acordo o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais DSM-V (2013), é fundamental para o diagnóstico de um episódio depressivo maior que os sintomas permaneçam pelo menos duas semanas e apresentando um humor depressivo ou perda de interesse ou do prazer em quase todas as atividades, e os sintomas persistir na maior parte do dia, quase todos os dias, por pelo menos duas semanas consecutivas.

A depressão também pode se manifestar como transtorno depressivo maior crônico e transtorno distímico definidos, a característica necessária do transtorno depressivo persistente (distímia) é um humor depressivo que ocorre na maior parte do dia, na maioria dos dias, por pelo menos dois anos, nas crianças e adolescentes por pelo menos um ano. Este transtorno representa uma consolidação do transtorno depressivo maior crônico e do transtorno distímico definidos, de acordo com o DSM-V (2013).

Segundo a Classificação Internacional de Doenças, da Organização Mundial de Saúde, CID-10, o episódio depressivo é classificado em três graus: leve, moderado ou grave, os episódios graves podem possuir sintomas psicóticos e o transtorno depressivo pode ser recorrente.

A TCC como tratamento para a depressão vem sendo bastante procurada nos dias atuais e os dados científicos demonstram resultados positivos de flexibilização, pois os indivíduos se deixam guiar pelo humor quando estão deprimidos. A TCC instrui os indivíduos depressivos a aprender a educar o humor depressivo.

O que mantém a depressão, é a ruminação onde o sujeito fica preso em pensamentos negativos, revendo o problema do passado sem parar e concentrando a atenção no quanto está deprimido. Isso o leva a se sentir mais deprimido ainda e acaba consumindo energia do sujeito levando-o ao esgotamento. O sujeito tem pensamentos negativos de ser um indivíduo inútil e descartável, e que o mundo não é seguro e não tem mais interesse de viver nele, não tem motivação para fazer as coisas do dia-a-dia, não participa das atividades que outrora lhes eram prazerosas, não se levanta da cama, acredita não estar apto para enfrentar o dia. Além disso, evita as pessoas e não se relaciona com as que estão a sua volta, se isola socialmente, prolonga uma situação para ser resolvida depois, pois o enfrentamento dela causa medo, evitando algumas tarefas como pagar as contas, marcar compromissos ou fazer ligações. O indivíduo sente vergonha e pensa no julgamento dos outros perante a baixa de sua eficiência e produtividade por estar em depressão, se sente culpado por estar em depressão, perde a esperança, tem o pensamento que não vai se sentir melhor ou a situação não vai mudar (WILSON, BRANCH, 2011).

Tratamento da depressão

O tratamento da depressão está baseado no entendimento de cada paciente na identificação de suas crenças específicas e padrões de comportamento. O terapeuta procura produzir de várias formas uma mudança cognitiva. Para gerar uma mudança emocional e comportamental duradora, é necessária uma reorganização no pensamento e no sistema de crenças do paciente, de acordo com (BECK et al., 1997).

A terapia cognitivo-comportamental tem sido aplicada em pacientes de diferentes níveis de instrução e de todas as classes sociais, sendo usada em várias culturas e idades, em crianças até adultos, utilizadas em cuidados primários e outras especializações da saúde, escolas, programas vocacionais e prisões, trabalhado em grupo, casal e família. De acordo com Beck (2014) os terapeutas cognitivos trabalham com as crenças básicas e disfuncionais do paciente sobre si mesmo, seu mundo e as outras pessoas, um nível mais profundo de cognição, para que tenha uma melhora duradoura no humor e no comportamento do paciente.

Posteriormente, segundo Beck (2014), seguem os princípios que estão presentes na terapia cognitivo-comportamental para todos os pacientes. A terapia cognitivo-comportamental está baseada em uma formulação em desenvolvimento contínuo dos problemas dos pacientes e em uma conceituação individual de cada paciente em termos cognitivos, necessitando de uma aliança terapêutica sólida, em que se enfatiza a colaboração e a participação ativa, orientada para os objetivos e focada nos problemas. Inicialmente enfatiza o presente, foca nos problemas atuais e em situações específicas que são angustiantes a eles, de início começa por um exame dos problemas no aqui e agora. O objetivo da terapia cognitivo-comportamental é

ensinar o paciente a ser seu próprio terapeuta e enfatiza a prevenção de recaídas.

A terapia cognitivo-comportamental visa ser limitada no tempo, pacientes com depressão são tratados em um espaço de 6 a 14 sessões. Os objetivos do terapeuta são de promover o alívio dos sintomas, facilitar a remissão do transtorno, ajudar o paciente a resolver seus problemas mais urgentes e ensinar habilidades para evitar a recaídas. As sessões de terapia cognitivo-comportamental são estruturadas. Nelas o terapeuta ensina os pacientes a identificar, avaliar e responder aos seus pensamentos e crenças disfuncionais ajuda o paciente a identificar as principais cognições e a adotar ponto de vistas mais realistas e adaptáveis, levando o paciente a se sentir emocionalmente melhor, e se comportar de forma mais funcional. Ela é realizada por meio da descoberta guiada, usado o questionamento socrático para avaliar o pensamento, a terapia cognitivo-comportamental se utiliza de várias de técnicas para mudar o pensamento, o humor e o comportamento, de acordo BECK (2014).

Segundo Beck et al. (1997), o modelo cognitivo requer três conceitos específicos que induzem o paciente a encarar a si mesmo, seu futuro e suas experiências, para explicar a essência psicológica da depressão: a tríade cognitiva em que o componente gira em torno da visão negativista que o paciente tem de si mesmo consiste na tendência de a pessoa deprimida de interpretar suas experiências correntes de uma forma negativista, em uma visão negativista do futuro. Os esquemas constituem a base para separar, diferenciar e codificar os estímulos com que se confronta o indivíduo. Ele categoriza e avalia suas experiências através de uma matriz de esquemas. Os erros cognitivos no pensamento da pessoa deprimida preservam a crença do paciente e validade de seus conceitos negativistas.

Conforme Wilson e Branch (2011) na Terapia Cognitivo-Comportamental é realizada uma psicoeducação com os pacientes, que recebem várias informações que são utilizadas para que eles se tornem seus próprios terapeutas. A TCC tem como conceito central “você sente o que você pensa”, ou seja, o paciente pode modificar a maneira como sente mudando o modo de pensar e de se comportar.

A psicoeducação é parte fundamental do processo, pois ajuda o paciente a conhecer seu transtorno. De início ela é informativa, mas ao longo da terapia as informações se tornam mais lógicas ao paciente, de acordo com Matos e oliveira (2013).

Ainda segundo Matos e Oliveira (2013), a conceituação cognitiva traz muitas informações de modo organizado e coerente, facilitando a compreensão do transtorno e a elaboração de um plano terapêutico mais eficaz, sendo que as cognições disfuncionais dos pacientes estão relacionadas com a história de vida, contribuindo com o surgimento de crenças centrais distorcidas.

A conceitualização de caso conforme Wright et al. (2009) contém informações importantes como o diagnóstico e sintomas, as contribuições de experiências da infância e do desenvolvimento do paciente, situações interpessoais, fatores biológicos, genéticos e médicos, os pontos fortes e as qualidades do paciente, pensamentos automáticos, emoções e comportamentos e os esquemas. A conceitualização de caso é um mapa de orientação para o seu trabalho com o paciente. É fundamental para a formação de uma hipótese de trabalho. Ela tem início no primeiro contato com o paciente,

sendo um processo contínuo, onde o terapeuta começar a pensar sobre a formulação. Desde os primeiros momentos é sujeita a modificações à medida que novos dados são revelados durante o processo terapêutico, entre a fase intermediária e final da TCC. A conceitualização de caso deve estabelecer um plano bem estruturado e eficaz para cada intervenção da terapia.

Conforme Matos e Oliveira (2013), algumas técnicas podem ser utilizadas: o curtograma, em que é solicitado ao paciente que elabore uma lista de coisas das quais gostavam e fazia, gostava e não fazia, não gostava e fazia e não gostavam e não fazia. O diário de atividades, ou seja, um registro da satisfação real e prevista é utilizado para avaliar as atividades executadas no decorrer do dia juntamente com o paciente, possibilitando incluir atividades no cotidiano do paciente que seja mais prazeroso a ele, é possível também criar metas de realização de atividade com a técnica do registro da satisfação real e prevista que possibilita avaliar a satisfação antes e depois de realizar alguma atividade. As avaliações de vantagens e desvantagens da balança decisória são utilizadas para auxiliar o paciente a tomar decisões.

Segundo Wright et al. (2009), a técnica de vantagens e desvantagens é realizada através de uma grade com duas colunas, em uma linha é colocado qual será o comportamento trabalhado e o paciente descreve qual a vantagem e desvantagem de manter o comportamento.

Nas sessões da terapia a reestruturação cognitiva auxilia a identificar os pensamentos automáticos e esquemas e habilidades para mudar cognição, utilizando a técnica da seta descendente que é:

Um dos métodos mais populares da TCC para descobrir esquemas, a técnica da seta descendente, envolve uma série de perguntas que revelam níveis cada vez mais profundos de pensamento. As primeiras perguntas normalmente são dirigidas aos pensamentos automáticos. Mas o terapeuta infere que está presente um esquema subjacente e constrói uma série encadeada de perguntas interligadas que desenvolvem um pressuposto (a ser testado e modificado posteriormente) de que as cognições do paciente estão mostrando uma representação precisa de si mesmo. (WRIGHT et al. 2009).

Segundo Matos e Oliveira (2013), utilizando os registros de pensamentos, o paciente identifica e modifica as cognições disfuncionais. Aplicando a técnica do registro de pensamentos, escrevendo no papel ou digitado no computador. É uma das técnicas da TCC mais úteis, ao ver os pensamentos escritos no papel os pacientes geralmente têm interesse de corrigir as cognições (WRIGHT et al., 2009).

Com o objetivo de auxiliar os pacientes na questão de suas crenças, se utiliza a técnica de continuum cognitivo, onde se conduz as crenças em um modo de pensar mais realista. A TCC é dirigida para ajudar os pacientes a se tornarem seus próprios terapeutas. É preciso educar os pacientes sobre como continuar a utilizar os métodos de autoajuda cognitivos e comportamentais após a conclusão da terapia. É técnica do continuum cognitivo é utilizada para promover a prevenção da recaída. Um registro personalizado contendo um resumo dos sintomas, constando as mudanças que o paciente observou e sua família quando surgiram os primeiros sinais da depressão, para que o paciente possa identificar as mudanças de humor e de comportamento antes de ocorrer um episódio grave de depressão. O terapeuta ajuda o paciente a planejar estratégias cognitivas e comportamentais orientando em questão de limitação

para não retornar os sintomas (WRIGHT et al., 2009).

DISCUSSÃO

O presente estudo buscou descrever as contribuições e as principais técnicas de tratamento da terapia cognitivo-comportamental na depressão a partir de capítulos de livros e artigos analisados sobre como a depressão era considerada na antiguidade, bem como nos dias atuais.

Foi através dos estudos e experimentos de Beck que inicialmente era um psicanalista atuante que identificou cognições negativas e distorcidas, pensamentos e crenças disfuncionais, como característica primária da depressão e desenvolveu um tratamento de curta duração. Beck desenvolveu a forma de psicoterapia que denominou terapia cognitiva e atualmente é mais divulgada e mais conhecida no meio científico como Terapia Cognitivo-comportamental.

Para o tratamento da depressão Beck elaborou uma psicoterapia estruturada e de curta duração voltada para o presente, e focada na solução de problemas atuais e modificação de pensamentos e comportamentos disfuncionais (BECK, 2014).

O tratamento da depressão está baseado em modificações de crenças específicas e padrões de comportamento, o terapeuta procura produzir de várias formas uma alteração cognitiva. Para gerar uma mudança emocional e comportamental duradora é necessária uma reorganização no pensamento e no sistema de crenças do paciente (BECK et al., 1997).

Os objetivos no tratamento da depressão são de promover o alívio dos sintomas, facilitar a remissão do transtorno, ajudar o paciente a resolver seus problemas mais urgentes e ensinar habilidades para evitar a recaídas.

A terapia cognitivo-comportamental vem sendo aplicada em pacientes de diferentes níveis de instrução, em várias culturas e idades, utilizadas em cuidados primários e outras especializações da saúde, escolas, programas vocacionais, presídios e ainda trabalhada em grupo, casal e família. Os terapeutas cognitivos trabalham com as crenças básicas do paciente sobre si mesmo, seu mundo e as outras pessoas, um nível mais profundo de cognição, para que tenha uma melhora duradoura no humor e no comportamento do paciente (BECK, 2014).

Segundo Beck et al. (1997) o modelo cognitivo requer três conceitos específicos que induzem o paciente a encarar a si mesmo, seu futuro e suas experiências, para explicar a essência psicológico da depressão: a tríade cognitiva.

Segundo Matos e Oliveira (2013), utilizando os registros de pensamentos, o paciente identifica e modifica as cognições disfuncionais.

Segundo Wright et al. (2009), a TCC é dirigida para ajudar os pacientes a se tornarem seus próprios terapeutas, educando os pacientes sobre como continuar a utilizar os métodos de autoajuda cognitivos e comportamentais após a conclusão da terapia.

CONCLUSÃO

O presente trabalho descreve as contribuições da terapia cognitivo-comportamental no tratamento da depressão, diante desse estudo pode-se

perceber que a terapia cognitivo-comportamental possui técnicas mais eficazes para o tratamento do paciente com depressão, pois a terapia cognitiva é breve e estruturada, com isso se torna um tratamento com um resultado esperado mais rápido e duradouro. A terapia cognitiva comportamental tem como objetivo eliminar o sofrimento de pessoas através da identificação de pensamentos negativos automáticos, comportamento inadequados, identificando também o que mantêm esses pensamentos e comportamentos, substituindo por comportamentos mais admissíveis e apropriados para que o paciente estabeleça relações mais saudáveis e consiga interagir socialmente vivendo assim de forma mais prazerosa e com mais qualidade de vida.

A intervenção é realizada através de algumas técnicas analisando o estado de cada paciente com depressão, e o tornando seu próprio terapeuta com a prevenção de recaídas. Deste modo o paciente consegue se posicionar e sustentar diante de possíveis situações futuras semelhantes.

Sendo assim, para o indivíduo que está passando por um estado depressivo, é necessário, da parte dele, que se comprometa em fazer o tratamento corretamente, salientando também a importância da relação terapeuta e cliente para haver um bom funcionamento no processo terapêutico. A Terapia cognitivo comportamental faz uso de técnicas com a finalidade de modificação de comportamento, para uma melhor qualidade de vida pessoal.

REFERÊNCIAS

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais (DSM-IV)** (Nascimento M. I. C., trad.). Porto Alegre: Artmed. (2003).

BECK, J. **Terapia Cognitivo-Comportamental: Teoria e Prática**. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2014.

BECK, A.T. et al. **Terapia Cognitiva da Depressão**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1997.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Com depressão no topo da lista de causas de problemas de saúde, OMS lança a campanha “Vamos conversar”**. Disponível em:

<http://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5385:com-depressao-no-topo-da-lista-de-causas-de-problemas-de-saude-oms-lanca-a-campanha-vamos-conversar&Itemid=839>. Acesso em: 22 jun. 2017.

GIL, A. C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 5. ed. São Paulo: Atlas, 2010.

HORWITZ A. V.; WAKEFIELD J. C. **A tristeza perdida: como a psiquiatria transformou a depressão em moda**. São Paulo: Summus, 2010.

LIMA, T. C. S., MIOTO R. C. T. Procedimentos metodológicos na construção do conhecimento científico: a pesquisa bibliográfica. **Revista Katálysis**, v. 10, n. 1, p. 37-45, 2007.

MATOS, A. C. S., OLIVEIRA, I. R. Terapia cognitivo-comportamental da depressão: relato de caso. **Revista de Ciências Médicas e Biológicas**, Salvador, v. 12, pp. 512-519, 2013. Disponível em: <http://www.portalseer.ufba.br/index.php/cmbio/article/view/9203/6765>. Acesso em: 16 ago. 2017.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **CID-10 Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde**. 10 rev., v. 2., São Paulo: Universidade de São Paulo, 1997.

SOUZA, T. R., LACERDA A. L. T. **Depressão ao longo da história**. 2011

WILSON R., BRANCH R. **Terapia Cognitivo-Comportamental para Leigos**. Rio de Janeiro: Alta Books, 2011.

WRIGHT, J. H.; BASCO, M. R.; THASE, M E. **Aprendendo a terapia cognitivo-comportamental**. Porto Alegre: Artmed, 2009.