

MESTRADO

PSICOLOGIA

Intervenções Cognitivo-Comportamentais Transdiagnósticas em Grupo: Uma Revisão Sistemática de Literatura

Stephanie Bittencourt Joaquim

M

2022



**Intervenções Cognitivo-Comportamentais Transdiagnósticas em Grupo: Uma
Revisão Sistemática da Literatura**

Stephanie Bittencourt Joaquim

Outubro 2022

Dissertação apresentada no Mestrado em Temas de Psicologia, área de Reabilitação Psicossocial e Saúde Mental, Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade do Porto, orientada pelo professor Doutor António José Marques (ESS-P.Porto) e co-orientada pela professora Doutora Raquel Simões de Almeida (ESS-P.Porto).

AVISOS LEGAIS

Declaro que a presente dissertação é de minha autoria e não foi utilizado previamente noutro curso ou unidade curricular, desta ou de outra instituição. As referências a outros autores (afirmações, ideias, pensamentos) respeitam escrupulosamente as regras da atribuição, e encontram-se devidamente indicadas no texto e nas referências bibliográficas, de acordo com as normas de referência. Tenho consciência de que a prática de plágio e auto-plágio constitui um ilícito académico.

O conteúdo desta dissertação reflete as perspetivas, o trabalho e as interpretações do autor no momento da sua entrega. Esta dissertação pode conter incorreções, tanto conceptuais como metodológicas, que podem ter sido identificadas em momento posterior ao da sua entrega. Por conseguinte, qualquer utilização dos seus conteúdos deve ser exercida com cautela.

AGRADECIMENTOS

Esta dissertação de mestrado decorre de uma experiência única e reúne contributos de várias pessoas. Assim, quero manifestar o meu profundo agradecimento a todos os que permitiram que esta investigação chegasse ao fim, destacando os seguintes:

Ao Professor Doutor António José Marques e a Professora Doutora Raquel Simões de Almeida que apesar da intensa rotina de suas vidas académicas, aceitaram me orientar e fizeram toda diferença pela disponibilidade e sugestões sempre oportunas na construção desta investigação.

À Professora Doutora Cristina Queirós por seu admirável apoio e cuidado aos alunos, especialmente durante a fase mais crítica da pandemia. Sua dedicação é inspiradora e fez com que eu me sentisse mais segura como estudante e imigrante.

Ao Professor Maikon de Sousa Michels e ao Laboratório de Estudos e Experimentos Cognitivos - LABEECOGNI, pela inspiração e as constantes discussões que contribuíram para enriquecer minha experiência académica e profissional.

Aos meus pais, Sergio e Joseany, pelo amor incondicional e o exemplo de dedicação e esforço. Por me ensinarem a grandeza do amor, do respeito e da perseverança. Por despertarem em mim uma enorme curiosidade e respeito pelas pessoas. Sobretudo, por quem sou hoje.

Ao meu esposo, Eugênio Machado, por todo o amor, apoio, compreensão e carinho. Por ser meu grande amigo e ter usado seu bom humor para me incentivar e colorir meus dias mais nublados. Agradeço pela cumplicidade única e por sempre acreditar nas minhas capacidades.

Finalmente, gostaria de agradecer às pessoas responsáveis por inspirar diretamente e diariamente a minha constante busca por conhecimento, meus pacientes. Dedico este trabalho a vocês!

RESUMO

Atualmente, a terapia cognitivo-comportamental transdiagnóstica (tCBT; *transdiagnostic cognitive behavioural therapy*) tem se apresentado como uma proposta de intervenção que visa integrar os processos comuns do funcionamento humano às estratégias terapêuticas da terapia cognitivo-comportamental convencional, considerada padrão-ouro para o tratamento de inúmeras perturbações. Ao focar nas características compartilhadas e não nas diferenças, essas intervenções podem retirar a dependência de rótulos diagnósticos e diminuir a lista de espera associada aos tratamentos específicos, aumentando assim a acessibilidade aos tratamentos baseados em evidências.

Existem evidências substanciais, revisões sistemáticas e meta-análises, que sugerem que a tCBT pode ser um tratamento efetivo e acessível. No entanto, até onde se sabe, a presente revisão é a primeira a avaliar especificamente as intervenções cognitivo-comportamentais transdiagnósticas em grupos. O objetivo desta revisão foi examinar sistematicamente as evidências a respeito da eficácia das intervenções transdiagnósticas cognitivo-comportamentais em grupo para a população adulta em comparação com intervenções usuais ou nenhuma intervenção (controle/lista de espera).

No que concerne à pesquisa dos artigos, esta foi elaborada através do método PRISMA (*Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses*), nas bases de dados *PsycINFO*, *PubMed* e *Web of Science*, obtendo um total de 1.058 registros. Após a aplicação dos critérios de inclusão e de exclusão, 32 artigos, publicados entre 2005 e 2022, foram selecionados para a presente revisão sistemática. Os estudos elegíveis foram submetidos à avaliação do potencial risco de viés através da ferramenta da Cochrane para avaliação do risco de viés (*Cochrane Risk of Bias Tool – RoB 2*).

Os resultados apresentados pelos estudos analisados sugerem que os tratamentos transdiagnósticos são superiores às condições de lista de espera e aos tratamentos usuais, e são pelo menos tão eficazes quanto as intervenções de controle ativas e os tratamentos cognitivo-comportamentais específicos para diagnóstico. Embora esses resultados sejam preliminares e nenhuma conclusão sobre a eficácia da tCBT possa ser extraída deste estudo — visto que os achados são analisados de forma narrativa e sem o apoio de uma meta-análise —, os resultados indicam que as intervenções transdiagnósticas em grupo podem ser uma importante ferramenta para o tratamento de perturbações mentais comórbidas e estão de acordo com as principais revisões e meta-análises realizadas até o momento.

Palavras-chave: Terapia Cognitiva-Comportamental, Intervenções Transdiagnósticas, Grupos.

ABSTRACT

Transdiagnostic cognitive behavioral therapy (tCBT) has presented itself as an intervention proposal that aims to integrate the common processes of human functioning with the therapeutic strategies of conventional cognitive-behavioral therapy, considered the gold standard for treating numerous disorders. By focusing on shared characteristics rather than differences, these interventions can remove dependence on diagnostic labels and decrease the waiting list associated with specific treatments, thereby increasing access to evidence-based treatments.

Substantial evidence, systematic reviews, and meta-analyses suggest that tCBT may be an effective and accessible treatment. However, as far as we know, this review is the first to specifically evaluate transdiagnostic cognitive-behavioral interventions in groups. This review aimed to systematically examine the evidence regarding the efficacy of cognitive-behavioral transdiagnostic interventions in groups for the adult population compared to the general interventions or no intervention (control/waiting list).

Regarding the research of the articles, this was elaborated using the PRISMA (Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses) method, in the PsycINFO, PubMed, and Web of Science databases, obtaining a total of 1,058 records. After applying the inclusion and exclusion criteria, 32 articles, published between 2005 and 2022, were selected for this systematic review. Eligible studies were submitted to the assessment of the potential risk of bias through Cochrane's tool for risk assessment of bias (Cochrane Risk of Bias Tool - RoB 2).

The results presented by the analyzed studies suggest that transdiagnostic treatments are superior to waiting list conditions and the common treatments, and are at least as effective as active control interventions and specific cognitive-behavioral treatments for diagnosis. Although these results are preliminary and no conclusion on the efficacy of tCBT can be extracted from this study — since the findings are analyzed narratively and without the support of a meta-analysis — the results indicate that transdiagnostic interventions in groups can be an important tool for the treatment of comorbid mental disorders and are by the main reviews and meta-analyses performed so far.

Keywords: Cognitive-Behavioral Therapy, Transdiagnostic Interventions, Groups.

RÉSUMÉ

La thérapie cognitivo-comportementale transdiagnostique (tCBT) s'est présentée comme une proposition d'intervention visant à intégrer les processus communs du fonctionnement humain aux stratégies thérapeutiques de la thérapie cognitivo-comportementale conventionnelle, considérée comme la norme d'or pour le traitement de nombreux troubles. En mettant l'accent sur les caractéristiques communes plutôt que sur les différences, ces interventions peuvent éliminer la dépendance aux étiquettes diagnostiques et réduire la liste d'attente associée à des traitements spécifiques, augmentant ainsi l'accès à des traitements fondés sur des données probantes.

Des preuves substantielles, des revues systématiques et des méta-analyses suggèrent que la tCBT pourrait être un traitement efficace et accessible. Cependant, pour autant que nous sachions, cette revue est la première à évaluer spécifiquement les interventions cognitivo-comportementales transdiagnostiques dans les groupes. Cette revue visait à examiner systématiquement les preuves concernant l'efficacité des interventions transdiagnostiques cognitivo-comportementales dans les groupes pour la population adulte par rapport aux interventions générales ou à l'absence d'intervention (liste de contrôle / d'attente).

En ce qui concerne la recherche des articles, celle-ci a été élaborée à l'aide de la méthode PRISMA (*Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses*), dans les bases de données *PsycINFO*, *PubMed* et *Web of Science*, obtenant un total de 1.058 enregistrements. Après application des critères d'inclusion et d'exclusion, 32 articles, publiés entre 2005 et 2022, ont été sélectionnés pour cette revue systématique. Les études éligibles ont été soumises à l'évaluation du risque potentiel de biais par l'intermédiaire de l'outil Cochrane pour l'évaluation du risque de biais (Cochrane Risk of Bias Tool - RoB 2).

Les résultats présentés par les études analysées suggèrent que les traitements transdiagnostiques sont supérieurs aux conditions de liste d'attente et aux traitements courants, et sont au moins aussi efficaces que les interventions de contrôle actif et les traitements cognitivo-comportementaux spécifiques pour le diagnostic. Bien que ces résultats soient préliminaires et qu'aucune conclusion sur l'efficacité de la tCBT ne puisse être extraite de cette étude – puisque les résultats sont analysés de manière narrative et sans le soutien d'une méta-analyse – les résultats indiquent que les interventions transdiagnostiques en groupes peuvent être un outil important pour le traitement des troubles mentaux comorbides et sont par les principales revues et méta-analyses effectuées jusqu'à présent.

Mots clés : Thérapie Cognitivo-Comportementale, Interventions Transdiagnostiques, Groupes.

Lista de abreviaturas

APA: *American Psychological Association*

CBT: *Cognitive Behaviour Therapy*

DSM: *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*

EBP: *Evidence-Based Practice*

GCBT: *Group Cognitive Behavioural Therapy*

HiTOP: *Hierarchical Taxonomy of Psychopathology*

ICD: *International Classification of Diseases*

NIMH: *National Institute of Mental Health*

RDoC: *Research Domain Criteria*

SFA: *Self-focused attention*

tCBT; *Transdiagnostic Cognitive Behavioural Therapy*

UP: *Unified Protocol*

ÍNDICE

1. INTRODUÇÃO	1
1.1. Processos Transdiagnósticos	4
1.2. Terapia Cognitivo-Comportamental	6
1.3. Intervenções Cognitivo-Comportamentais Transdiagnósticas	8
2. MÉTODO	12
2.1. Objetivos e questão de investigação	12
2.2. Processo subjacente à recolha de dados	13
2.3. Avaliação da qualidade e risco de viés	15
3. RESULTADOS	16
3.1. Características dos estudos incluídos	17
3.2. Avaliação da qualidade e risco de viés	18
3.3. Características das condições controle/comparação	19
3.4. Características das intervenções tCBT em grupos	19
4. SÍNTESE DOS RESULTADOS	20
4.1. Intervenções tCBT para perturbação/sintomas de ansiedade e depressão	20
4.2. Intervenções tCBT em grupo para perturbações de ansiedade	22
4.3. Intervenções tCBT para outras perturbações	23
4.4. tCBT culturalmente adaptada (CA-CBT+)	24
4.5. Intervenções tCBT para a população idosa	24
4.6. Intervenções Focadas em Processos Transdiagnósticos	24
5. DISCUSSÃO	28
5.1. Resumo de Evidência	28
5.2. Implicações para a Prática e Pesquisa	31
5.3. Pontos Fortes e Limitações	34
6. CONCLUSÃO	36
7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	37

Índice de apêndices

Apêndice 1. Processos transdiagnósticos apresentados no modelo de Harvey et al., (2004).

Apêndice 2. Os processos transdiagnósticos mais investigados na literatura (Almeida & Marinho, 2021).

Apêndice 3. Protocolos terapêuticos direcionados aos processos transdiagnósticos (adaptado de Schaeuffele et al., 2021).

Apêndice 4. Tabela referente as características gerais dos estudos incluídos.

Apêndice 5. Classificação do risco de viés dos estudos incluídos - Cochrane RoB 2.0.

Apêndice 6. Características das intervenções transdiagnósticas em grupos.

1. INTRODUÇÃO

A construção da ciência psicológica e psiquiátrica está repleta de questões e debates que buscam compreender a psicopatologia e promover estratégias eficazes para as mais diferentes demandas relacionadas à saúde mental. Desde os seus primórdios, ocorreram melhorias na compreensão de diversas patologias, na construção de metodologias clínicas de avaliação e tratamento, bem como surgiram novos *designs* de pesquisa em psicoterapia, caracterizando uma considerável evolução no campo psicológico (Hayes & Hofmann, 2020). Em seus esforços mais recentes, a psicologia incorporou a prática baseada em evidências (EBP; *Evidence-Based Practice*) como um guia para as melhores práticas profissionais e acadêmicas. A EBP em psicologia é definida como “a integração das melhores pesquisas disponíveis com *expertise* clínica no contexto da cultura, características e preferências do paciente” (Goodheart et al., 2006, p. 273).

Entretanto, a conceitualização e tratamento das perturbações mentais sempre foi uma questão controversa ao longo da história da psicoterapia, e mesmo diante de todos os avanços continua gerando valiosas discussões — dentre elas, pode-se citar o debate entre fatores específicos *versus* fatores comuns, estes que encontram-se no cerne das classificações das perturbações mentais e conseqüentemente influenciam na construção da investigação científica e da prática clínica. A abordagem específica propõe que os principais processos de início e/ou manutenção de uma psicopatologia são significativamente diferentes entre as perturbações, logo, diferentes intervenções são necessárias para o tratamento de diferentes perturbações. Por sua vez, há uma série de pesquisadores que apresentam uma visão alternativa e possivelmente complementar à abordagem específica, ao apontar que existem certos processos cognitivos e comportamentais etiológicos e de manutenção que são compartilhados por diferentes perturbações mentais, caracterizados como processos transdiagnósticos (Mansell et al., 2009).

Predominante na área acadêmica e clínica, sob aporte dos principais manuais diagnósticos, a abordagem específica apresenta grandes contributos e avanços para a compreensão psicopatológica e também para a prática baseada em evidências. Um sistema de classificação das perturbações mentais é comumente justificado por ser uma forma de descrever indivíduos com problemas psicológicos e assim simplificar a comunicação entre os profissionais, oferecendo uma ferramenta para desenvolver e aprimorar a ciência clínica e suas intervenções e um sistema de codificação para os sistemas de saúde e companhias de seguro (Hayes & Hofmann, 2020). Atualmente, os sistemas dominantes para classificação das perturbações mentais são o Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais (DSM; *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*) e a Classificação Internacional de Perturbações (ICD; *International Classification of Diseases*), que adotam uma

abordagem sindrômica, específica, e presumem que os sinais observados clinicamente e os sintomas relatados pelas pessoas são indicadores de uma perturbação (Silva, 2016).

Sendo o DSM e a CID os norteadores dos diagnósticos clínicos, os sistemas de saúde públicos e planos privados, as estatísticas de saúde, as agências reguladoras, as agências de fomento à pesquisa e os profissionais da área clínica passaram a basear suas decisões de acordo com essas classificações diagnósticas (Pinto, 2020). No entanto, apesar da sua importância, os manuais diagnósticos apresentam alguns problemas conceituais e teóricos, e por isso recebem muitas críticas referentes à sua validade clínica, ao foco excessivo nos sintomas, à patologização da normalidade, à falta de medidas objetivas, à heterogeneidade de categorias e sobretudo à dificuldade apresentada pelos clínicos para enquadrar corretamente seus clientes em meio a tantas combinações de sintomas e comorbidades (co-ocorrência de dois ou mais diagnósticos), exemplificadas pela predominância do diagnóstico “não especificado” (Gornall, 2013; Hayes & Hofmann, 2020; Pinto, 2020).

As críticas às abordagens específicas para perturbações tornam-se uma questão urgente e com grande impacto frente às decisões clínicas. Especialmente perante o dilema das comorbidades, estima-se que cerca de 40% das pessoas que experienciam uma doença mental relatam mais de um diagnóstico clínico, e a prática profissional indica que seguindo o DSM, a maioria das pessoas que apresenta critérios classificatórios para uma perturbação também apresentarão critérios para uma segunda ou terceira (Pinto, 2020; Schaeuffele et al., 2021). A explicação para a alta taxa de comorbidades e para o caráter crônico e *continuum* que muitas perturbações apresentam têm sido relacionada com uma possível base neurobiológica comum entre as diferentes perturbações (Caspi et al., 2014).

Devido aos fatos acima citados, a identificação dos fatores comuns entre as várias perturbações existentes tem sido foco de uma perspectiva teórica que, ao destacar as semelhanças entre as diferenças, apresenta uma visão mais parcimoniosa a respeito das perturbações mentais e suas comorbidades (Silva, 2016). A abordagem transdiagnóstica, ainda em evolução, contextualiza que algumas perturbações mentais (p.e. perturbações de ansiedade e depressão) compartilham processos etiológicos e de manutenção comuns, assim como características cognitivas, afetivas, interpessoais e comportamentais. Tais evidências, incorporadas à heterogeneidade diagnóstica e às altas prevalências de comorbidades, embasam a busca em prol da compreensão e desenvolvimento de tratamentos focados nas características fundamentais das perturbações mentais (Fusar-Poli et al., 2019; Hayes & Hofmann, 2020; Pinto, 2020).

Nesta perspectiva, um “processo” pode ser definido como um aspecto da cognição (p.e. atenção, memória, pensamento) ou comportamental (p.e. evitação comportamental) que pode contribuir para a manutenção de uma perturbação mental (Mansell et al., 2008). Atualmente, inúmeras

revisões indicaram a existência desses processos entre diferentes patologias e evidências de estudos genéticos, neurofisiológicos, de personalidade e cognitivo-comportamentais sugerem que as categorias diagnósticas atuais não especificam com precisão o papel desses processos como mantenedores das perturbações mentais (Morris & Mansell, 2018).

Por isso, a abordagem transdiagnóstica tem sido estimulada por sistemas de classificações alternativos como os Critérios de Domínio da Pesquisa (RDoC; *Research Domain Criteria*), iniciativa coordenada pelo Instituto Nacional de Saúde Mental dos Estados Unidos (NIMH; *National Institute of Mental Health*), que busca dissolver as categorias psiquiátricas em fenômenos dimensionais humanos e está baseada em medidas neurobiológicas e dimensões do comportamento observável (Hayes & Hofmann, 2020; Henriques, 2021; Insel et al., 2010); e a Taxonomia Hierárquica de Psicopatologia (HiTOP; *Hierarchical Taxonomy of Psychopathology*) representada por um grupo de pesquisadores independentes e de viés quantitativo que retratam os comportamentos mal adaptativos como um *continuum* variando do normal ao gravemente patológico (Henriques, 2021; Kotov et al., 2017; Schaeuffele et al., 2021).

Diante do exposto, os estudos apoiam a perspectiva transdiagnóstica como um importante caminho para aumentar o acesso aos cuidados da saúde mental baseados em evidências. Entretanto, essa perspectiva apresenta importantes limitações que podem colocar em risco o seu principal objetivo, que é oferecer uma abordagem mais parcimoniosa para os cuidados em saúde mental (Silva, 2016). Entre suas desvantagens, encontra-se a heterogeneidade do campo; a desorganização teórica e a falta de consenso para distinguir o que difere uma abordagem transdiagnóstica de outras abordagens; o foco restrito nas perturbações de ansiedade e depressão; inconsistências metodológicas e conceituais; e também poucas comparações com o modelos vigentes (DSM ou CID) que apresentam-se de maneira muito mais organizada e com sólidas evidências (Fusar-Poli et al., 2019).

Para Mansell et al., (2008) é importante reconhecer que as abordagens transdiagnósticas e as abordagens específicas não precisam ser exclusivas, mas potencialmente complementares, afinal, ambas apresentam o potencial para contribuir significativamente para a compreensão da psicopatologia e para os cuidados em saúde mental baseados em evidências. Ainda em sua infância, a abordagem transdiagnóstica apresenta uma série de desafios metodológicos e implicações práticas que precisam ser avaliadas empiricamente, assim como sua estrutura teoricamente acordada. Estabelecer a eficácia clínica das intervenções transdiagnósticas em relação aos tratamentos específicos torna-se, então, um ponto essencial, principalmente porque sabemos que o tratamento específico para perturbações tem efeitos clínicos comprovados e uma ampla disseminação no meio acadêmico e profissional (Clark & Taylor, 2009).

As intervenções transdiagnósticas abrangem um grupo heterogêneo de tratamentos que focam a terapêutica de várias comorbidades ao mesmo tempo, seja através de protocolos unificados e de “banda larga” direcionados aos processos comuns entre diferentes perturbações “*one size fits all*”, seja através de um tratamento individualizado e adaptado às preferências do cliente “*my size fits me*” (Schaeuffele et al., 2021). Atualmente, a terapia cognitivo-comportamental transdiagnóstica (tCBT; *transdiagnostic cognitive behavioural therapy*) tem se apresentado como uma proposta de intervenção que visa integrar os processos comuns do funcionamento humano (p.e. regulação emocional) às estratégias terapêuticas da terapia cognitivo-comportamental convencional, considerada padrão-ouro para o tratamento de inúmeras perturbações (Boswell, 2013).

As principais vantagens das abordagens tCBT referem-se à possibilidade de oferecer um tratamento único e flexível às comorbidades e aos quadros heterogêneos, assim como permitir uma maior acessibilidade e disseminação da prática baseada em evidências (Almeida & Marinho, 2021). O crescente interesse por esse campo tem estimulado o desenvolvimento de diferentes protocolos e tratamentos tCBT, aplicados em busca de comprovações empíricas no contexto clínico, em tratamentos baseados na internet e também em intervenções em grupos (Barlow et al., 2020; Bullis et al., 2015; Díaz-García et al., 2021; Talkovsky et al., 2017).

Portanto, este estudo tem como objetivo fornecer uma revisão atualizada das evidências a respeito da eficácia das intervenções transdiagnósticas cognitivo-comportamentais em grupo para a população adulta em comparação com intervenções usuais ou nenhuma intervenção. Para alcançar esse objetivo, a presente dissertação caracteriza-se como uma revisão sistemática de literatura, um desenho de estudo que permite analisar e compreender sistematicamente as evidências existentes sobre as intervenções na área da saúde (Hutton et al., 2016).

Segue-se o enquadramento teórico sobre os processos transdiagnósticos, a terapia cognitivo-comportamental e a terapia cognitivo-comportamental transdiagnóstica, a definição e categorização das intervenções transdiagnósticas e a relação desses constructos com o modelo de intervenção em grupos. Posteriormente, será evidenciado o estudo empírico onde estão apresentados a metodologia utilizada, os resultados obtidos e a sua discussão, finalizando com as principais conclusões e sugestões para investigações futuras.

1.1 Os processos transdiagnósticos

Nas últimas décadas, a abordagem transdiagnóstica para conceituação e tratamento de perturbações mentais tem sido apontada como uma visão alternativa e potencialmente complementar à abordagem específica. As investigações realizadas nessa área tem se debruçado na identificação de

processos cognitivos e comportamentais comuns às várias perturbações e no desenvolvimento de modelos de intervenções direcionados a esses processos (Mansell et al., 2009; Silva, 2016).

Os processos transdiagnósticos são apontados como aspectos cognitivos ou comportamentais semelhantes, que estão por trás do desenvolvimento ou manutenção de diferentes perturbações. Na revisão realizada por Ingram (1990) a atenção autofocada (SFA; *self-focused attention*) é descrita como um processo comum e patológico compartilhado por diferentes perturbações como depressão, perturbações de ansiedade, abuso de álcool, esquizofrenia e psicopatia. Considerada um viés cognitivo, a SFA está intimamente relacionada com a experiência de afeto negativo agudo e crônico, e apesar do conteúdo dos pensamentos e o foco atencional diferir entre as perturbações, quando excessiva e rígida, a SFA torna-se um processo comum e contribui de forma significativa para problemas de saúde (Brockmeyer et al., 2015). Outro exemplo é a regulação emocional mal-adaptativa, vista por alguns investigadores como um processo transdiagnóstico comum às perturbações de humor, perturbação de personalidade borderline, perturbação de Stress Pós-Traumático, perturbações de ansiedade, entre outras (Silva, 2016).

A revisão inicial realizada por Harvey e colaboradores (2004) identificou alguns processos transdiagnósticos que podem ser observados em diferentes perturbações do Eixo I do DSM-IV. Esses processos foram caracterizados dentro de cinco domínios gerais: processos atencionais, processos de memória, processos de raciocínio, processos de pensamento e processos de comportamento (ver apêndice 1). Desde então, outros processos transdiagnósticos foram e continuam sendo descritos, incluindo diferentes fatores como a afetividade negativa (neuroticismo), ruminação, supressão de pensamento, inibição/evitação comportamental, crenças metacognitivas desadaptativas, entre outros (Clark & Taylor, 2009).

Segundo Schaeuffele et al., (2021), é possível que existam processos mais amplos ou construções subjacentes que abrangem ou são expressas em diferentes processos específicos. Por exemplo, a regulação emocional mal-adaptativa e o neuroticismo podem ser considerados processos mais amplos que abrangem outros processos mais estreitos, como a evitação e a supressão de pensamentos. Alguns investigadores também sugerem que pode ser a aplicação rígida de processos, e não os próprios processos, que está ligado ao desenvolvimento e a manutenção de uma perturbação mental (Morris & Mansell, 2018). Na recente revisão realizada por Almeida & Marinho (2021), foram descritos os processos cognitivos e comportamentais transdiagnósticos mais investigados na literatura cognitivo-comportamental até o momento, que podem ser observados no apêndice 2.

Para além da identificação dos processos transdiagnósticos, um dos maiores desafios dessa perspectiva é tentar explicar o porquê de algumas perturbações mentais apresentarem-se de forma tão distinta, se compartilham dos mesmos processos. Para Mansell et al., (2008), uma possível explicação

é a hipótese apresentada por Klinger (1996) sobre as preocupações atuais de cada pessoa. Para Klinger, o que determina os processos transdiagnósticos como sintomas são as preocupações específicas relacionadas às perturbações, que podem estar relacionadas a fatores genéticos, culturais, de personalidade, histórico de aprendizagem e experiências traumáticas. Por exemplo, a atenção seletiva a sinais de ameaça é uma característica comum às perturbações de ansiedade, mas o tipo de ameaça que preocupa alguém pode diferir entre as diferentes perturbações de ansiedade. Assim, alguém que apresenta uma fobia específica apresentará uma atenção seletiva ao conteúdo da sua fobia (animais peçonhentos, altura, aviação, etc.), enquanto uma pessoa com perturbações de estresse pós-traumático poderá estar hipervigilante e preocupada com as pistas relacionadas a situações de combate (Clark & Taylor, 2009).

Existe também a hipótese de que os processos transdiagnósticos podem se apresentar em diferentes graus para diferentes perturbações, caracterizando assim apresentações fenotípicas distintas. Por exemplo, estudos apontam que a autoconsciência privada (*self-consciousness*) apresenta-se de forma mais elevada em pessoas com fobia social, a nível intermediário em pessoas com perturbação de pânico e perturbação obsessiva-compulsiva, e em pessoas com bulimia essa autoconsciência privada apresenta-se de forma semelhante a pessoas não-clínicas. Uma terceira hipótese, que ainda carece de mais evidências, sugere que algumas perturbações apresentam processos específicos e distintos que as diferenciam de outras perturbações, como a perturbação de personalidade antissocial (Almeida & Marinho, 2021; Mansell et al., 2008).

Ao ajudar os terapeutas a considerarem todos os processos importantes para o progresso terapêutico para além do diagnóstico específico, a abordagem transdiagnóstica apresenta uma série de benefícios: pode reduzir a duração e o custo geral dos tratamentos, simplificar o treinamento clínico, preencher lacunas entre a prática clínica e as investigações científicas e facilitar a disseminação das práticas baseadas em evidência (Schaeuffele et al., 2021). Apesar das evidências e pontos apresentados, para atingir esses objetivos e para efetivamente contribuir para a avaliação e planejamento de intervenções terapêuticas, torna-se de suma importância a construção de um quadro teórico abrangente e a realização de novos estudos que investiguem o conteúdo, a relação e a interação dos processos transdiagnósticos com as perturbações mentais e o sofrimento psicológico (Mansell et al., 2008, 2009; Schaeuffele et al., 2021).

1.2 A Terapia Cognitivo-Comportamental

No fim da década de 1950 e início da década de 1960, o psiquiatra, psicanalista e professor da Universidade da Pensilvânia, Dr. Aaron T. Beck, conduziu estudos a fim de testar os principais conceitos psicanalíticos a respeito da perturbação depressiva (Beck, 2019). Os resultados encontrados

não só refutaram o conhecimento existente na época sobre a depressão, como também permitiram o desenvolvimento de um modelo cognitivo para essa psicopatologia, que posteriormente evoluiu para uma nova abordagem psicológica, a Terapia Cognitivo-Comportamental (CBT; *Cognitive Behaviour Therapy*).

Baseada em um modelo de diátese-estresse, essa abordagem presume que indivíduos vulneráveis cognitivamente (diáteses) quando expostos a eventos ambientais ou estressores específicos apresentam maior probabilidade de desenvolver ou manter perturbações mentais (Hayes & Hofmann, 2020). Desta forma, sob a ótica da mediação cognitiva, a CBT apresenta três pressupostos fundamentais: 1. A cognição afeta o comportamento, ou seja, a avaliação de eventos internos ou externos podem afetar a resposta a esses eventos; 2. A atividade cognitiva pode ser monitorada e alterada; 3. Mudanças comportamentais podem ser alcançadas através da mudanças cognitivas (Knapp & Beck, 2008). Tais pressupostos sustentam a premissa de que as perturbações mentais e o sofrimento psicológico são mantidos por fatores cognitivos, e que estratégias terapêuticas direcionadas a esses fatores cognitivos são capazes de promover mudanças emocionais e comportamentais (Hofmann et al., 2012).

O início da abordagem cognitiva foi marcado por observações clínicas sobre os aspectos cognitivos, especialmente distorções cognitivas para a depressão, e utilizava-se de técnicas específicas para auxiliar as pessoas a construir uma avaliação cognitiva mais adaptativa sobre eventos, sentimentos e comportamentos, como a reestruturação cognitiva. O tratamento, marcado pela psicoeducação e por seu caráter essencialmente colaborativo, foi então aplicado para diferentes perturbações (Knapp & Beck, 2008; Schaeuffele et al., 2021). Desde os primeiros estudos sobre a perturbação depressiva nos anos de 1970 até os dias atuais, a CBT tornou-se uma terapia aplicada a muitos contextos e formatos, adaptando-se a diferentes populações e a inúmeras perturbações psiquiátricas, problemas psicológicos e problemas médicos com componentes psicológicos. Hoje, é considerada a forma de terapia mais utilizada no mundo e conta com mais de 2.000 estudos científicos comprovando sua eficácia (Beck, 2019; Beck & Fleming, 2021).

A proposta de ser um tratamento eficaz e capaz de ser aplicado a diferentes psicopatologias estimulou o desenvolvimento de pesquisas e protocolos CBT direcionados a uma ampla gama de diagnósticos específicos. O alinhamento geral dos protocolos da CBT com os sistemas de classificações da perturbações mentais (DSM e CID) apresentou bons resultados e culminou no aumento de tratamentos baseados em evidências para diagnósticos específicos, muitos deles considerados padrão-ouro para as intervenções em saúde mental (David et al., 2018; Schaeuffele et al., 2021).

Apesar da CBT ser considerada o melhor tratamento psicológico disponível atualmente, essa relação intrínseca com as abordagens de diagnósticos específicos tem apresentado algumas desvantagens, gerando críticas e debates entre muitos clínicos e investigadores. Entre as principais pontuações, encontra-se o número infinito de manuais de tratamento específicos, que estão associados a dificuldades por parte dos clínicos para escolher o melhor tratamento; os custos elevados para formação e qualificação profissional, que limitam o acesso e a disseminação das intervenções e também o desafio da alta prevalência de comorbidades (Almeida & Marinho, 2021; Păsărelu et al., 2017). Além disso, existe a preocupação com o foco excessivo no pensamento sindrômico em detrimento da compreensão das semelhanças substanciais que existem entre as perturbações, afetando a promoção da saúde e visão do ser humano como um todo (Chamberlain & Norton, 2013; Hayes & Hofmann, 2020).

Portanto, torna-se essencial que a CBT continue sua evolução em termos de eficácia e compreensão teórica, a fim de oferecer novas estratégias de tratamento para a construção de uma psicoterapia científica integrada e baseada em evidências. Atualmente, a CBT incluiu uma abordagem mais transdiagnóstica/baseada em processos e personalizada, com o objetivo final de vincular a técnica terapêutica ao processo e ao cliente individual, e também para responder as limitações relativas ao foco nos diagnósticos específicos (David et al., 2018).

1.3 As intervenções Cognitivo-Comportamentais Transdiagnósticas

A discussão a respeito dos processos ou dimensões comuns às perturbações mentais não é recente. Existem abordagens psicológicas que adotam uma visão intrinsecamente transdiagnóstica, como a psicodinâmica, e também há abordagens dentro de outras abordagens que podem ser aplicadas transdiagnosticamente, como as “terapias de terceira geração”, que fazem parte do guarda-chuva das terapias cognitivo-comportamentais (Schaeuffele et al., 2021). Apesar de ser um campo diverso e heterogêneo, foi apenas nas últimas décadas e a partir das teorias cognitivo-comportamentais e de estudos sobre as perturbações de ansiedade e perturbações alimentares que a perspectiva transdiagnóstica ganhou maior notoriedade (Clark & Taylor, 2009; Fairburn et al., 2003).

Como um campo emergente, diferentes investigadores buscam uma definição para as intervenções CBT transdiagnósticas. Para McEvoy et al., (2009) as “intervenções transdiagnósticas são aquelas em que o mesmo princípio básico de tratamento pode ser aplicado a todas as perturbações mentais, sem a necessidade de adaptar o protocolo a diagnósticos específicos” (p.21). Aqui pode-se citar, por exemplo, o treino de relaxamento, que pode ser aplicado a diferentes perturbações (Clark & Taylor, 2009). Já para Mansell e colaboradores (2008) as intervenções transdiagnósticas são definidas como uma “terapia disponibilizada a indivíduos como uma ampla gama de diagnósticos e

que não depende do conhecimento desses diagnósticos para ser eficaz” (p.14). Sob essa definição, os protocolos são desenvolvidos e direcionados aos processos cognitivos e comportamentais comuns às diferentes perturbações, como a ruminação (Clark & Taylor, 2009).

No presente estudo, as intervenções CBT transdiagnósticas serão compreendidas de acordo com a recente definição proposta por Schaeuffele et al., (2021) que apresenta os tratamentos transdiagnósticos como “aqueles que visam várias comorbidades ao mesmo tempo, seja fornecendo um protocolo que visa mecanismos compartilhados entre distúrbios ou individualizando um tratamento para a pessoa específica e visando a combinação única de comorbidades” (p.3). Essa definição fornece uma visão mais abrangente e atualizada dos tratamentos transdiagnósticos disponíveis, incluindo intervenções modulares e protocolos personalizados (Schaeuffele et al., 2021).

Nesse sentido, os tratamentos tCBT unificados são direcionados aos processos comuns entre diferentes perturbações “*one size fits all*” e apresentam as vantagens de facilitar o treinamento, a aplicação clínica e a disseminação dos tratamentos; sua principal desvantagem seria a falta de flexibilidade às características e preferências dos clientes. Por sua vez, os protocolos tCBT individualizados “*my size fits me*” propõem um programa de módulos individualizados escolhidos de acordo com as características e demandas apresentadas por um cliente específico, com a vantagem de aumentar a resposta ao tratamento (Almeida & Marinho, 2021; Schaeuffele et al., 2021). No apêndice 3 são apresentados alguns protocolos de tratamento classificados como transdiagnósticos de acordo com Schaeuffele e colaboradores (2021).

Embora existam variações quanto à intensidade e o alvo terapêutico de cada intervenção tCBT, o conteúdo e as estratégias terapêuticas utilizadas são baseadas em evidências e incorporam muitas das ferramentas utilizadas pela CBT convencional, como a psicoeducação, a reestruturação cognitiva e as técnicas de exposição (Norton & Roberge, 2017). Podem também incluir estratégias de atenção plena e experimentos comportamentais (*Mindfulness-Based Interventions*); exercícios focados no desenvolvimento de habilidades para regulação emocional (*Dialectic Behavioral Therapy; Unified Protocol*); estratégias focadas na aceitação, defusão cognitiva e valores (*Acceptance and Commitment Therapy*); e ferramentas adaptadas individualmente através de formulações clínicas e tratamentos modulares (Schaeuffele et al., 2021).

Existem agora evidências substanciais que demonstram a eficácia das intervenções transdiagnósticas em diferentes formatos: intervenções individuais, baseadas em internet e também em grupos (Bullis et al., 2015; Díaz-García et al., 2021; Talkovsky & Norton, 2016). A revisão sistemática com meta-análise realizada por Pearl & Norton, (2017) identificou que a tCBT fornece efeitos igualmente fortes para o tratamento da ansiedade quando comparada com a terapia cognitiva-comportamental tradicional focada no diagnóstico específico, e que as taxas de comorbidade não

parecem afetar os resultados do tratamento em tCBT. Assim como o protocolo de tratamento unificado (UP; *Unified Protocol*) elaborado por Barlow et al., (2011), que ao focar nos processos transdiagnósticos compartilhados entre as perturbações emocionais, apresenta resultados tão eficazes quanto os alcançados pelos tratamentos considerados padrão-ouro, além de adicionar benefícios em relação à eficiência, a permanência no processo terapêutico e ao tempo de treinamento dos terapeutas (Barlow et al., 2020).

As terapias cognitivo-comportamentais em grupo (GCBT: *Group cognitive behavioural therapy*) são implantadas como estratégias eficazes para aumentar a eficiência e a relação custo-benefício no tratamento de problemas comuns de saúde mental. Esse formato também possibilita o compartilhamento de vivências semelhantes que favorecem a aprendizagem, a reestruturação cognitiva, a busca por soluções de problemas, o engajamento e a redução dos sentimentos de isolamento (Santana et al., 2014). A grande maioria dessas terapias é específica para perturbações, mas nos últimos anos tem havido um interesse crescente em GCBT transdiagnóstica (Kristjánsdóttir et al., 2019).

No estudo de caso realizado por Harris & Norton (2018), uma intervenção em grupo transdiagnóstica foi desenvolvida para pessoas que experienciam perturbações emocionais (perturbações depressivas e ansiosas). O conteúdo do programa de 12 semanas inclui estratégias típicas da CBT, como psicoeducação, automonitoramento e reestruturação cognitiva; e os resultados apoiam a viabilidade e aplicação da tCBT em grupo ao oferecer um tratamento eficaz e eficiente, com tempo de espera reduzido, a uma série de clientes com perturbações distintas. Pode-se citar também o estudo realizado por Kristjánsdóttir et al., (2019), que evidenciou que um tratamento GCBT transdiagnóstico de baixa intensidade (6 semanas) era capaz de oferecer efeitos semelhantes nos sintomas gerais e específicos de indivíduos com experiência em perturbações emocionais, em comparação com a GCBT tradicional.

Dessa forma, as intervenções tCBT em grupos são postuladas como um caminho promissor para o cuidado em saúde mental baseado em evidências, visto que ao focar nas características compartilhadas e não nas diferenças, essas intervenções podem retirar a dependência de rótulos diagnósticos e diminuir a lista de espera associada aos tratamentos específicos, permitindo aos terapeutas a criação de conceituações únicas para cada cliente, e que os grupos sejam preenchidos e executados de forma mais rápida e flexível, aumentando assim a acessibilidade aos tratamentos baseados em evidências (Harris & Norton, 2018).

No entanto, a investigação na área ainda é limitada e mais pesquisas são claramente necessárias para avaliar a efetividade entre as intervenções tCBT em grupos em comparação com a CBT tradicional e outras intervenções, sendo igualmente importante uma avaliação mais

compreensiva a respeito dos fatores subjacentes às mudanças terapêuticas oferecidas por esses tratamentos; os processos cognitivos-comportamentais alvos; e as intervenções tCBT em grupos direcionadas a outras perturbações que não apenas emocionais (Almeida & Marinho, 2021; McEvoy et al., 2009). Ao fim do enquadramento teórico deste trabalho, apresenta-se seguidamente o estudo empírico que busca responder a algumas das principais questões apresentadas.

2. MÉTODO

A presente dissertação caracteriza-se como uma revisão sistemática de literatura, desenho de estudo que permite analisar e compreender sistematicamente as evidências existentes na literatura científica sobre as intervenções na área da saúde. Para isso, esta revisão foi conduzida de acordo com as diretrizes e orientações do método PRISMA (*preferred reporting items for systematic reviews and meta-analyses*) que apresenta uma lista de 27 itens e um diagrama de fluxo composto por quatro fases, a fim de auxiliar na construção de revisões sistemáticas e meta-análises com alto nível de qualidade e rigor científico (Hutton et al., 2016). O protocolo deste estudo está registrado na plataforma PROSPERO e pode ser acessado através do código: CRD42022299257.

2.1. Objetivos e Questão de Investigação

Este estudo tem como objetivo fornecer uma revisão atualizada das evidências a respeito da eficácia das intervenções transdiagnósticas cognitivo-comportamental em grupos, para a população adulta, em comparação com intervenções usuais ou nenhuma intervenção (controle/lista de espera).

Para identificação e construção da questão de investigação, utilizou-se a estratégia PICO (integrada ao método PRISMA), cuja sigla refere-se à *population* (P), *intervention* (I), *comparison* (C) e *outcome* (O) (Moher et al., 2010). E para isso, buscas preliminares em diferentes bases de dados foram conduzidas para maior proximidade com o universo a ser estudado. Assim, foi possível refinar e definir a seguinte questão de investigação integrada à definição da mnemônica PICO: **(P)** Em qualquer população adulta (maiores de 18 anos), **(I)** qual é o efeito das intervenções transdiagnósticas em grupo **(C)** em comparação com intervenções alternativas ou nenhuma intervenção **(O)**, sendo expectável efeitos acerca dos processos transdiagnósticos focos de tratamento (p.e. ruminação, regulação emocional) ou melhora nas métricas relacionadas à saúde mental e bem-estar apresentadas como moderadores de resultados.

Com base nos objetivos mencionados, e de acordo com a literatura já referida, formularam-se as seguintes hipóteses de investigação:

H1: As intervenções tCBT em grupo apresentam resultados semelhantes e/ou superiores a outras intervenções.

H2: As intervenções tCBT podem apresentar vantagens com relação ao tempo de treinamento dos terapeutas, custos e acessibilidade.

H3: As intervenções tCBT carecem de uma estrutura sólida que evidencie com clareza quais são os fatores subjacentes à mudança terapêutica.

2.2. Processo subjacente à recolha de dados

A estratégia de busca nas bases eletrônicas foi elaborada em conjunto pelos investigadores após a identificação dos estudos relevantes à questão de investigação, e permitiu a definição das palavras-chaves e da equação de pesquisa utilizada nesta revisão, a saber: “*transdiagnostic*” OR “*unified treatment*” AND “*CBT*” OR “*Cognitive Behaviour Therapy*” OR “*Cognitive Behavioural Therapy*” AND “*group therapy*” OR “*group treatment*” OR “*group intervention*”. As bases de dados escolhidas para consulta foram a *PsycINFO*, *PubMed* e *Web of Science*; e os critérios para essa escolha correspondem à maior abrangência, relevância e cobertura das publicações referentes à área da saúde.

Em seguida, no dia 14/03/2022, os membros da equipe de investigação realizaram de forma síncrona a busca e seleção dos artigos científicos nas bases de dados previamente escolhidas. Os artigos científicos foram analisados em três estágios de triagem, executados a partir do título, do *abstract* e do texto completo, de acordo com os critérios de inclusão e exclusão.

Os critérios de inclusão e exclusão foram definidos de acordo com a população, o *design* dos estudos, as características das intervenções avaliadas e também as características dos artigos publicados (tabela 1). Os critérios de inclusão iniciais foram: estudos realizados com adultos (maiores de 18 anos), ensaios clínicos randomizados comparando intervenções tCBT em grupo com nenhuma intervenção, em que a condição de controle não recebeu intervenção além daquela que foi fornecida para a condição de tratamento, ou com tratamento mínimo (intervenções muito breves ou de intensidade mínima); controle ativo inespecífico (condições ativas nas quais nenhum mecanismo de mudança ou justificativa clara para o tratamento é fornecido); controle ativo específico (mecanismos terapêuticos específicos contidos em uma lógica teórica/de tratamento, por exemplo, terapia de meditação de atenção plena); e tratamento baseado em evidências (EBT, por exemplo, CBT de grupo padrão para ansiedade social). A classificação de um tratamento de comparação como EBT foi realizada através de consultas na Divisão 12 da APA (*American Psychological Association*) ou em instituições/organizações igualmente relevantes para aquela perturbação. Por exemplo, a Terapia de Exposição para Fobias específicas é considerada uma EBT pela APA.

Os estudos de comparação de uma intervenção tCBT em grupo a vários outros grupos foram incluídos se atendessem aos critérios descritos anteriormente; artigos analisados por pares, nos idiomas português, inglês ou espanhol e com texto completo. Os critérios de exclusão se aplicavam aos estudos de caso; estudos não randomizados; intervenções transdiagnósticas que não incluíam componentes da CBT (p.e. exposição ou estratégias cognitivas); estudos com dados indisponíveis; e estudos em outros idiomas que não o inglês, espanhol ou português.

Tabela 1*Critérios de inclusão e exclusão para a seleção dos estudos para a revisão sistemática*

Critérios de inclusão	Critérios de exclusão
Design Estudos experimentais	Design Estudos de caso Estudos não randomizados
População Adultos (maiores de 18 anos)	População Menores de 18 anos
Intervenção Intervenção tCBT em grupos	Intervenção Intervenções transdiagnósticas que não incluíam componentes da CBT
Comparação Nenhuma intervenção ou tratamento mínimo Controle ativo inespecífico Controle ativo específico Tratamento baseado em evidências	
Características do estudo Revisados por pares Idiomas: inglês, português ou espanhol Artigos completos	Características do estudo Não revisado por pares Outros idiomas Artigos incompletos ou com dados indisponíveis

Os critérios de inclusão e exclusão foram aplicados de maneira gradual, com o objetivo de identificar e selecionar o maior número possível de estudos relevantes e disponíveis na literatura. A avaliação dos resultados de acordo com o título e *abstract* permitiu a remoção dos duplicados e dos estudos que não estavam em concordância com os critérios citados anteriormente. O texto completo era averiguado sempre que suscitavam dúvidas quanto a elegibilidade de algum artigo. Os estudos que responderam aos critérios de seleção iniciais foram lidos na íntegra e analisados para responder à questão da investigação, de forma quantitativa, descritiva e com dupla checagem entre os investigadores. Discordâncias foram discutidas com o autor sênior até um consenso. No total, foram aceitos 32 estudos que preencheram todos os critérios de inclusão (Figura 1 – diagrama de fluxo PRISMA).

No seguimento, o mapeamento das informações obtidas e a classificação dos estudos de acordo com as principais características e contribuições subjacentes à questão inicial desta investigação foi realizado. Para isso, os artigos foram inseridos em uma planilha do *software Excel*, do pacote *Office* da *Microsoft*, com as principais informações sobre: a **caracterização dos estudos**, título, autores, ano de publicação, país, idioma, metodologia de investigação; a **caracterização dos participantes**, nº de participantes, dados sociodemográficos, instrumentos utilizados, medidas não autorrelatada incluídas, características da condição controle, tempo de tratamento: CE vs CC; a **caracterização das intervenções**, diagnóstico/demanda, intervenção transdiagnóstica, processos

transdiagnósticos, formato, nº de encontros, tempo total de tratamento, técnicas utilizadas; a **caracterização das métricas para avaliar o tamanho do efeito**, instrumentos utilizados, condição experimental (pré-pós intervenção), condição controle (pré-pós intervenção). Por último, os estudos foram resumidos, comparados e categorizados de forma a apresentar os resultados encontrados quanto à eficácia das intervenções cognitivo-comportamentais transdiagnósticas em grupo.

2.3. Avaliação da qualidade e risco de viés

Os estudos elegíveis foram submetidos à avaliação do potencial risco de viés através da ferramenta da Cochrane para avaliação do risco de viés 2 (*Cochrane Risk of Bias Tool – RoB 2*). Essa ferramenta é constituída em cinco domínios utilizados para avaliar os diferentes tipos de vieses que podem estar presentes nos estudos experimentais, são eles: viés no processo de randomização, desvios da intervenção pretendida, viés devido a dados faltantes, viés na aferição dos desfechos e viés no relato dos desfechos. O julgamento sobre o risco de viés decorrente de cada domínio é proposto por um algoritmo, com base em questões sinalizadoras, que visam obter informações sobre as características dos estudos e indicar possíveis riscos de viés. Para cada um desses domínios o risco de viés é avaliado, sendo classificado como alto risco de viés (*high risk of bias*), algumas preocupações (*some concerns*) e baixo risco de viés (*low risk of bias*) (Sterne et al., 2019).

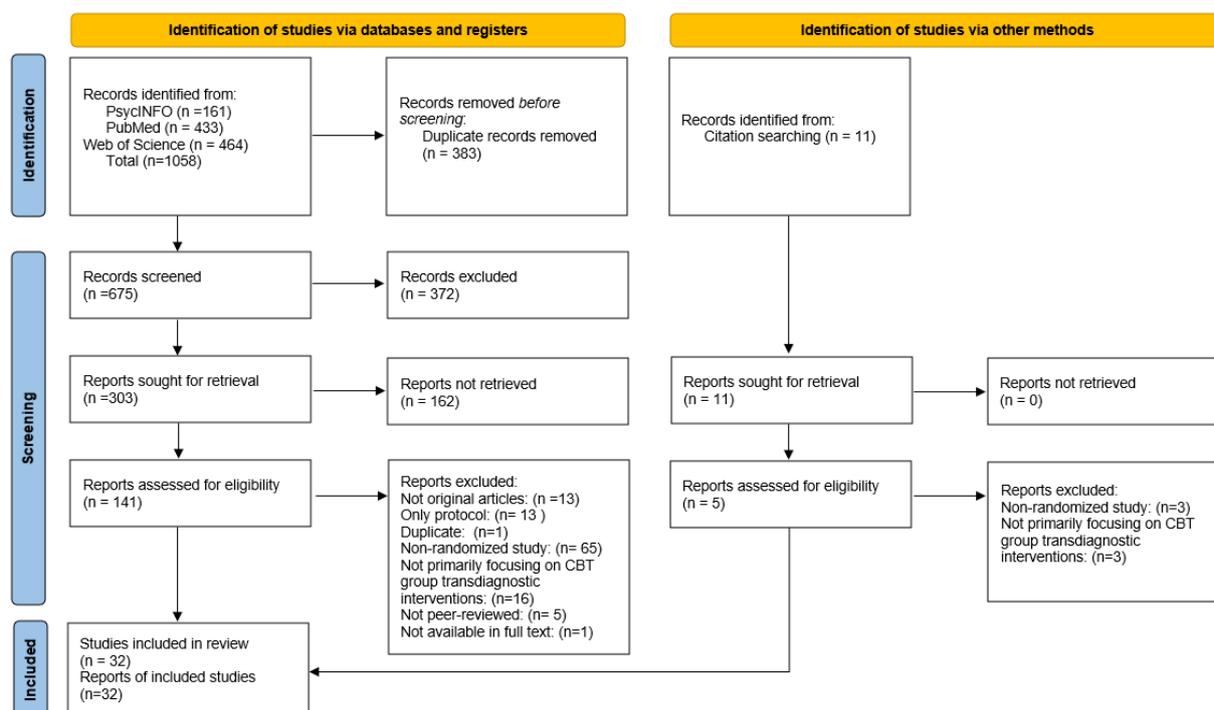
Nesta revisão, o risco de viés dos estudos foi avaliado e classificado a nível individual e também a nível geral, no último caso, julga-se baixo risco de viés (se a maior parte da informação for de estudos classificados como baixo risco de viés), algumas preocupações (se a maior parte da informação for de estudos de baixo risco e risco incerto) e alto risco de viés (se a quantidade de informação de alto risco é suficiente para afetar a interpretação dos resultados) (Carvalho et al., 2013).

3. RESULTADOS

A estratégia de busca nas bases eletrônicas resultou em 1.058 registros. Após a remoção dos duplicados, foram selecionados títulos e resumos de 685 artigos. Destes, 534 foram excluídos, e realizou-se a leitura na íntegra de 141 artigos. Cento e quatorze estudos foram rejeitados pelas seguintes razões: 1) o estudo foi baseado em análises secundárias de outro estudo (n=13); 2) eram publicações de protocolos (n=13); 3) não eram ensaios randomizados (n=65); 4) as intervenções transdiagnósticas não apresentavam componentes da CBT em grupo (n=16); 5) as publicações não eram revisadas por pares (n=5); e 6) o artigo não estava disponível com texto completo (n=1). Restaram então 27 artigos para análise completa. Além disso, outros 11 estudos foram identificados através das citações dos artigos incluídos (*grey literature*) — destes, foram excluídos os não randomizados (n=3) e aqueles que não caracterizavam intervenções CBT em grupos (n=3). Assim, 32 ensaios clínicos randomizados (ECRs) foram analisados para a presente revisão, dos quais 27 resultaram da busca das bases eletrônicas e 5 através de outros métodos. A Figura 1 apresenta o fluxograma que descreve a inclusão dos estudos.

Figura 1

Fluxograma Prisma relativo ao processo de seleção dos estudos



3.1 Características dos estudos incluídos

As características dos 32 estudos incluídos nesta revisão são apresentadas na Tabela 2 (apêndice 4). Todos eles foram publicados entre 2005 e 2022. Em relação ao local de proveniência dos trabalhos, o maior número de estudos foi realizado na Europa (43,8%, n=14); seguido dos Estados Unidos da América (18,8%, n=6), Irã (15,6%, n=5), Austrália (12,5%, n=4), Canadá (6,3%, n=2) e Brasil (3,1%, n=1). No que diz respeito às configurações de tratamento, as intervenções transdiagnósticas foram desenvolvidas principalmente em ambulatórios e centros públicos de saúde (n=16). Também foram avaliadas em centros de pesquisas acadêmicas (n=14), clínicas especializadas (n=1), e em uma comunidade terapêutica (n=1).

No total, 4.452 participantes foram randomizados em duas condições: tCBT transdiagnóstica ou grupo controle. A maioria dos estudos examinou amostras predominantemente femininas (n=29); dois utilizaram amostras exclusivamente masculinas (Garland et al., 2016; Kananian et al., 2020); e um utilizou amostra predominantemente masculina (Wuthrich et al., 2016). Apenas 9 estudos incluíram informações étnicas e raciais, nestes, a maioria dos pacientes identificaram-se como caucasianos. Esses dados — predominância do gênero feminino e etnia caucasiana da maioria dos pacientes tratados nas intervenções transdiagnósticas — apontam para a necessidade de pesquisas futuras que tenham como objetivo incluir uma amostra maior e mais representativa. Ademais, três estudos avaliaram tCBT em grupo apenas em amostras de adultos mais velhos (60 - 88 anos) e o restante incluiu adultos em idade ativa com mais de 18 anos de idade.

No geral, os estudos analisaram intervenções tCBT direcionadas aos participantes que atendiam critérios diagnósticos para ansiedade, depressão e/ou perturbações relacionadas (n=12); diferentes perturbações de ansiedade (p.e. PAG, PAS e PP) (n=5); depressão *major* e residual (n=2); perturbações alimentares (n=1); perturbações de personalidade (n=1); e perturbação por uso de substâncias (n=1). Além disso, dois estudos aplicaram as intervenções para abordar sequelas emocionais presentes em distúrbios médicos como a Esclerose Múltipla (n=1) e a infertilidade (n=1); e também houve estudos aplicados a processos não classificados como diagnósticos no DSM-5 (p.e. preocupação excessiva).

Os principais instrumentos utilizados para a avaliação diagnóstica foram o Programa de Entrevistas de Transtornos de Ansiedade (ADIS-IV) (Brown, Dinardo, & Barlow, 1994), a Entrevista Clínica Estruturada para Transtornos do Eixo I do DSM-IV (SCID-I) (First, Spitzer, Gibbons, & Williams, 1996) e o *Mini International Neuropsychiatric Interview* (MINI) (Sheehan et al., 1998). Os resultados primários foram avaliados principalmente através dos índices de gravidade dos instrumentos citados acima e também por meio de medidas para ansiedade e depressão, como o BAI (Beck et al., 1993) e o BDI (BDI-II; Beck et al., 1996).

A maioria dos estudos avaliou os resultados após a intervenção (n=13), com acompanhamento subsequente de 3 meses (n=6), 6 meses (n=5), 9 meses (n=2) ou até 12 meses após a conclusão da intervenção (n=5). Apenas um estudo relatou dados de resultados após 1 mês de intervenção. Os resultados foram avaliados principalmente com base no tamanhos de efeito de médias estimadas, médias observadas e derivados de dados de intenção de tratar (computados usando métodos diferentes como efeitos mistos, métodos de linha de base ou de última observação).

A adesão à CBT transdiagnóstica em grupo, expressa pelo número de participantes que completaram o número prescrito de módulos dentro do número de semanas estabelecido foi descrita apenas por 11 estudos, com variações consideráveis entre as intervenções. Apenas 10 estudos utilizaram métricas padronizadas para avaliar a integridade do tratamento; os outros estudos indicaram somente a realização de supervisões, treinamentos e a utilização de manuais clínicos como indicadores de integridade. Pesquisas futuras devem examinar os efeitos dos tratamentos com o apoio das medidas de integridade e adesão.

3.2 Risco de Viés e Qualidade dos Estudos

Os riscos de viés dos 32 estudos incluídos foram avaliados através da Cochrane RoB 2.0. Os resultados primários relativos às métricas de saúde mental e bem-estar psicológico foram o foco desta avaliação. Além disso, houve o interesse em avaliar o efeito da “atribuição à intervenção”, e assim o efeito “intenção de tratar” foi selecionado na ferramenta de RoB 2.0.

Referente ao viés de randomização, doze estudos foram caracterizados por “algumas preocupações” por não fornecerem informações suficientes sobre o processo de ocultação da alocação. Para o domínio das intervenções pretendidas, 30 ECRs foram avaliados como de “baixo risco de viés”, considerando a impossibilidade de cegar os participantes ou provedores de tratamento nas intervenções avaliadas e o fato de que não foram encontradas falhas graves que apontassem para possíveis desvios das intervenções pretendidas. Apenas dois estudos foram classificados com “algumas preocupações” devido à falta de informações referente a esse domínio.

Constatou-se “baixo risco de viés” para os dados ausentes na maioria dos estudos, pois os pesquisadores empregaram técnicas adequadas para lidar com dados ausentes, e a comparação entre os grupos não demonstrou diferenças significativas entre esses dados. Apenas 4 estudos foram caracterizados por “algumas preocupações” por não detalharem suficientemente essas informações. Neste domínio, um único estudo (Chen et al., 2013) foi classificado como de “alto risco de viés”, devido ao fato de que os dados da condição controle foram perdidos em duas medidas importantes de avaliação, afetando possivelmente os resultados.

Para o domínio relativo à mensuração do desfecho, a maioria dos estudos utilizou escalas de autorrelato como medida de resultados, prática amplamente utilizada em psicometria. Por essa razão, o domínio “algumas preocupações” foi considerado para os estudos em que as escalas de autorrelato foram apropriadas, desconsiderando a avaliação automática “de alto risco” realizada pelo algoritmo da ferramenta RoB 2.0.

No domínio referente à descrição dos resultados, a possibilidade de comparar os resultados dos estudos com protocolos previamente publicados e a consistência entre os métodos de análise estatística e os resultados apresentados permitiu a classificação dos estudos como de “baixo risco de viés”. O Apêndice 5 apresenta os detalhes da avaliação dos riscos de viés para os 32 estudos incluídos.

3.3 Características das condições controle/comparação

A maioria dos estudos incluídos comparou grupos de tratamento com condições controle não ativas, como lista de espera (n=11). Oito estudos usaram controles ativos específicos como grupos de dCBT (n=4), treinamento de relaxamento (n=1), grupo de discussão (n=1), grupo de apoio social (n=1) e grupo de apoio baseado em atividades (n=1). Sete estudos utilizaram condições controle de tratamento usual (TAU) como psicoterapia e consultas médicas com/sem intervenções farmacológicas. Além disso, cinco estudos compararam dois tipos de intervenções (MORE *versus* CBT, ART *versus* CFC, MMI *versus* CBT, UP individual *versus* UP em grupo, MBSR *versus* UP) com alguma condição controle (lista de espera ou TAU). Por fim, um estudo utilizou apenas intervenção farmacológica (antidepressivos e/ou ansiolíticos) como condição controle.

3.4 Características das intervenções tCBT em grupos

A maioria das intervenções CBT transdiagnósticas eram modulares e direcionadas aos processos comuns entre as perturbações “*one size fits all*”. O número de módulos variou de 6 a 16 e a maioria dos estudos continha cerca de 12 módulos. A duração da intervenção foi de 6 a 14 semanas. Como a maioria das intervenções nos ECRs foram guiadas por psicólogos — exceto duas que foram guiadas por enfermeiros e assistentes sociais —, a experiência dos terapeutas variou de estudantes supervisionados a psicólogos experientes. Os detalhes das intervenções tCBT são fornecidos no apêndice 6.

4. SÍNTESE DOS RESULTADOS

Não foi possível realizar um resumo estatístico das variáveis de resultado devido à heterogeneidade das medidas e métodos. Consequentemente, a presente revisão concentrou-se na síntese narrativa. A eficácia das intervenções foi categorizada em seis grupos conforme os seus objetivos e efeitos nos desfechos primários e secundários; estes são apresentados a seguir.

4.1. Intervenções tCBT para perturbação/sintomas de ansiedade e depressão comórbidas

Dez ensaios clínicos randomizados (ECRs) avaliaram o Protocolo Unificado (*Unified Protocol* – UP) para o tratamento transdiagnóstico de perturbações emocionais. O Protocolo Unificado foi desenvolvido por Barlow et al., (2011) para abordar perturbações de ansiedade, depressão e perturbações relacionadas.

Três estudos compararam o UP em grupo com a terapia cognitivo-comportamental clássica ou específica (dCBT) (Mohammadi et al., 2014; Osma et al., 2022; Reinholt et al., 2022). Osma et al., (2022) avaliou o efeito da intervenção UP em estabelecimentos públicos de saúde mental na Espanha em comparação com o tratamento usual (TAU: CBT específica aplicada em formato individual). Os resultados dos 488 participantes indicaram melhoras significativas nas medidas de depressão (BDI-II e ODSIS), ansiedade (BAI e OASIS) e qualidade de vida para ambas as condições, exceto para extroversão no TAU. As melhorias foram maiores na condição UP, que também produziu reduções no neuroticismo e no afeto negativo, apoiando a ideia de que a UP é uma intervenção útil para lidar com a desregulação emocional (alto neuroticismo). Após o tratamento, as melhorias se mantiveram durante os acompanhamentos subsequentes (6 e 9 meses), em todos os resultados do estudo.

A eficácia da UP em comparação com a dCBT aplicada em formato de grupos específicos foi avaliada por Reinholt *et al.*, (2022) em uma amostra de 291 pacientes ambulatoriais do serviço de saúde mental da Dinamarca. Os resultados indicaram que o grupo UP não foi inferior ao dCBT na melhora do bem-estar e na redução dos sintomas em pacientes com perturbação depressiva maior, perturbação de ansiedade social, perturbação do pânico ou agorafobia. Os resultados para o efeito de longo prazo do grupo UP em relação ao dCBT no bem-estar subjetivo foram inconclusivos e precisam de mais investigação. Esses resultados coincidem com o estudo realizado por Mohammadi et al. (2014) que comparou uma versão adaptada de UP com a dCBT em grupo em estudantes universitários (n=33). Os resultados do pós-teste dos dois grupos não apresentaram diferenças significativas, exceto para as medidas de ansiedade, que foram superiores no grupo UP.

Dois estudos compararam a UP com outras intervenções ativas: o Programa de Redução de Estresse Baseado em Mindfulness (MBSR) (Mousavi et al., 2019) e uma intervenção de apoio social

(TAU) (Nazari et al., 2020). Mousavi et al. (2019) encontrou resultados semelhantes entre UP e MBSR na redução de sintomas de ansiedade e depressão em mulheres que recebem fertilização in vitro (FIV) em comparação com um grupo controle (lista de espera). No entanto, não está claro, a partir dos resultados relatados, se houve diferenças entre UP e MBSR sobre esses resultados, e por isso mais pesquisas são necessárias para replicar e confirmar essas descobertas.

Nazari et al., (2020) identificou que a UP melhorou significativamente os escores de depressão, ansiedade, afeto positivo e negativo, regulação emocional e pontuações da escala de preocupação em comparação a TAU em mulheres com Esclerose Múltipla. Em ambos os estudos, os ganhos do tratamento foram mantidos no seguimento de três meses.

Dois estudos compararam o UP com TAUs baseados em intervenções farmacológicas (Corpas et al., 2022; de Ornelas et al., 2017). Ornelas et al. (2017) investigou as mudanças na qualidade de vida e funcionamento sexual de 48 pacientes alocados para receber tratamento UP ou TAU (ansiolíticos e/ou antidepressivos). Os resultados indicaram melhoras significativas na qualidade de vida, ansiedade e depressão entre os participantes tratados com o UP, com uma melhora no funcionamento sexual também observada. No estudo realizado por Corpas et al., (2022), uma intervenção UP breve e adaptada para grupos foi mais eficaz do que a medicação (ansiolíticos e/ou antidepressivos) na redução de todos os sintomas clínicos ($p = 0,007$ para ansiedade generalizada; $p = 0,000$ para somatização; $p = 0,000$ para transtorno do pânico; $p = 0,041$ para depressão) e na modificação emocional de estratégias de regulação e processos cognitivos, com tamanhos de efeito moderados/altos. Além disso, verificou-se que essas variáveis atuaram como preditoras da mudança terapêutica.

Os mesmos autores (Corpas et al., 2021), avaliaram a eficácia de uma intervenção UP breve adaptada para formato em grupo e uma intervenção UP breve no formato individual em comparação com TAU (ansiolíticos e/ou antidepressivos) para pacientes com perturbações emocionais leves/moderadas ($n=102$). Os participantes foram avaliados antes e após as intervenções, e os resultados indicaram que as psicoterapias breves proporcionaram melhorias semelhantes e foram mais eficazes que a TAU na redução dos sintomas com tamanhos de efeito moderados/altos. O TAU só foi eficaz na redução dos sintomas depressivos.

Dois estudos compararam o UP com lista de espera (Amirpour et al., 2018; Zemestani et al., 2017). Amirpour et al., (2018) avaliou a eficácia do UP adaptado na redução dos sintomas subclínicos da paranóia em estudantes universitários ($n=30$) e os resultados introdutórios encorajam novas pesquisas ao indicar diminuição da ideação paranóide ($P = 0,003$) e melhora da função geral ($P = 0,001$). No estudo realizado por Zemestani et al., (2017), os dados forneceram evidências preliminares de que o UP pode ser eficaz na redução dos sintomas depressivos e ansiosos e na melhoria do uso de

estratégias eficazes de regulação emocional por até 3 meses, apoiando a implementação do UP como um tratamento de grupo benéfico para pacientes com sintomas depressivos e ansiosos comórbidos.

Dois estudos avaliaram as perturbações emocionais através de outras intervenções tCBT. Cano-Vindel et al., (2021) investigou um total de 1.061 adultos em 22 centros de atenção primária na Espanha alocados para tratamento tCBT em grupo ou para consultas regulares (TAU). Os resultados pós-tratamento foram significativamente melhores no grupo tCBT em comparação com TAU (ansiedade: $p < 0,001$; depressão: $p < 0,00$; sintomas somáticos: $p < 1; 0,001$). O grupo tCBT também teve resultados significativamente melhores nos domínios em funcionamento e qualidade de vida, com melhora sustentada no seguimento de 12 meses. No estudo realizado por Ejeby et al., (2014), duas intervenções em grupo tCBT foram comparadas com cuidado usual (CAU) na atenção primária. Os pacientes ($n = 278$) com diagnóstico para ansiedade, depressão ou perturbações relacionadas foram randomizados para CAU, para dCBT em grupo administrada por psicólogos ou para a *Multi-Modal Intervention* (MMI) administrada por enfermeiras assistentes. Os resultados indicaram que MMI e CBT foram mais eficazes do que CAU na melhoria da qualidade de vida dos pacientes, apoiando a ideia de que o tratamento em grupo transdiagnóstico pode ser eficaz para pacientes com perturbações mentais comuns quando realizado em um ambiente de atenção primária.

4.2 Intervenções tCBT em grupo para perturbações de ansiedade

No estudo realizado por Erickson et al., (2007), um protocolo único baseado em técnicas da CBT foi desenvolvido para tratar pacientes com diferentes perturbações de ansiedade em um mesmo grupo. No total, 152 pacientes com diferentes perturbações (PAS, PAG, POC, PSTP, PP e agorafobia) foram aleatoriamente designados para tratamento imediato (CBT - 11 semanas) ou para um grupo de controle (lista de espera). O Inventário de Ansiedade de Beck (BAI) foi aplicado e os resultados apontaram melhoras significativas para o grupo tCBT. As reduções nos escores do BAI continuaram no acompanhamento (6 meses).

Norton & Hope (2005) também desenvolveram um programa tCBT para perturbações de ansiedade, caracterizado por se concentrar nas características comuns entre as perturbações de ansiedade e não em seus diagnósticos específicos. Neste primeiro ECR, 23 participantes foram aleatoriamente designados para tratamento imediato (tCBT em grupo – 12 semanas) ou grupo controle (lista de espera). Embora preliminares e baseados em uma pequena amostra, os resultados apoiaram a eficácia da tCBT nas medidas de ansiedade e prevenção de medo, e foram menos favoráveis à tCBT nas medidas de autorrelato de ansiedade e afeto negativo.

A intervenção tCBT de Norton & Hope (2005) também foi comparada com outras intervenções ativas, como o treino de relaxamento (Norton, 2012) e a dCBT (Norton & Barrera,

2012). No ECR realizado para examinar a eficácia da tCBT para ansiedade (12 semanas) em comparação com um treinamento de relaxamento (12 semanas), os resultados dos 87 participantes sugeriram melhorias significativas e estatisticamente equivalentes/não inferiores em todas as condições. Embora o relaxamento tenha sido associado a uma maior taxa de abandono, não foram relatadas diferenças na credibilidade do tratamento entre os grupos. Nenhuma evidência foi encontrada para quaisquer efeitos diferenciais da tCBT para quaisquer diagnósticos primários ou comórbidos (Norton, 2012).

Norton & Barrera (2012) avaliaram a eficácia da tCBT (12 semanas) em comparação com protocolos dCBT considerados padrão-ouro para perturbações de ansiedade (PP, PAS e PAG). Os resultados preliminares dos 46 participantes sugeriram melhorias equivalentes entre as condições transdiagnósticas e específicas de CBT, e nenhuma diferença na credibilidade do tratamento. No estudo realizado por Roberge et al., (2018), 231 participantes que preencheram critérios para perturbações de ansiedade (PAG, PAS, PP ou agorafobia) foram randomizados para tCBT em grupo ou para TAU dos serviços públicos de saúde do Canadá (p.e psicoterapia e/ou medicação psicotrópica), ambos os grupos continuaram com TAU. Os resultados dos modelos de regressão de efeitos mistos mostraram melhora superior no pós-tratamento para os participantes em tCBT + TAU, comparado a TAU para as medidas de ansiedade (BAI, $p < 0,001$) e depressão (ADIS-p $< 0,001$).

4.3 Intervenções tCBT para outras perturbações

O estudo realizado por Wade et al., (2017) avaliou a eficácia de um tratamento cognitivo-comportamental aprimorado para perturbações alimentares (CBT-E) adaptado para um formato em grupo. No total, 40 participantes com diferentes perturbações alimentares foram randomizados para CBT-E ou condição controle (lista de espera). Os escores do *Global Eating Disorder Examination Questionnaire* (EDE-Q), o IMC e as medidas de Perfeccionismo Clínico, Autoestima, Dificuldades Interpessoais e Intolerância ao Humor foram medidos durante o tratamento e no acompanhamento (3 meses). Um bom resultado foi alcançado por 67,9% dos que completaram o tratamento, por 66,7% da amostra total no EDE-Q, e também foram observadas reduções significativas no perfeccionismo clínico, autoestima, dificuldades interpessoais e intolerância ao humor.

No ensaio clínico randomizado realizado por Garland et al., (2016), a intervenção *Mindfulness-Oriented Recovery Enhancement* (MORE) foi comparada com um grupo dCBT e com TAU para homens anteriormente sem-teto que residem em uma comunidade terapêutica. Os participantes do estudo apresentavam perturbações psiquiátricas com uso concomitante de substâncias, além de extensos históricos de trauma. Os resultados do estudo indicaram que, do pré ao pós-tratamento, o MORE foi associado a melhorias modestas, mas significativamente maiores, no

desejo por substâncias, estresse pós-traumático e afeto negativo do que a CBT, e maiores melhorias no estresse pós-traumático e afeto positivo do que o TAU.

4.4 tCBT culturalmente adaptada (CA-CBT+)

A intervenção cognitivo-comportamental adaptada culturalmente (CA-CBT) é uma intervenção em grupo transdiagnóstica bem avaliada para refugiados, que usa psicoeducação, meditação e exercícios de alongamento. No estudo realizado por Kananian et al., (2020), foi adicionada à CA-CBT um treinamento de resoluções de problemas e a intervenção foi avaliada com refugiados do sexo masculino diagnosticados com PTSD, depressão *major* e perturbações de ansiedade. Os participantes (N = 24) foram aleatoriamente designados para CA-CBT + ou para uma condição controle (lista de espera). As avaliações foram realizadas pré-tratamento, 12 semanas pós-tratamento e 1 ano de acompanhamento. Os resultados indicaram melhorias na qualidade de vida e na resolução de problemas, resultados estes que se mantiveram a longo prazo. Além disso, a taxa de evasão foi muito baixa, com entrega em formato de grupo.

4.5 Intervenções tCBT para a população idosa

Dois estudos avaliaram a eficácia de um programa tCBT em grupo desenvolvido para o tratamento de ansiedade e depressão comórbidas em adultos mais velhos, o *Aging Wisely*. Wuthrich & Rapee, (2013) avaliaram a eficácia do *Aging Wisely* em comparação com uma lista de espera em adultos com idade superior a 60 anos (n=62). Os resultados indicaram reduções significativamente maiores no grupo tCBT do que a lista de espera nos sintomas de ansiedade e depressão, mas não foram encontradas diferenças significativas entre os grupos nas medidas de preocupação e bem-estar.

O programa também foi avaliado em comparação com um grupo de discussão (Wuthrich et al., 2016), onde 133 participantes idosos com diagnóstico de depressão unipolar e/ou ansiedade foram alocados aleatoriamente para o grupo *Wise Wisely* ou para um grupo de discussão. Os participantes foram avaliados pré-pós e com 6 meses de acompanhamento. Ambas as condições resultaram em melhorias significativas ao longo do tempo em todos os diagnósticos, sintomas e medidas de bem-estar. A CBT em grupo produziu melhorias mais rápidas e sustentadas na ansiedade, depressão, gravidade do diagnóstico e nas taxas de recuperação em comparação com um controle ativo em adultos mais velhos.

4.6 Intervenções Focadas em Processos Transdiagnósticos

Dez ensaios clínicos randomizados avaliaram intervenções direcionadas a processos transdiagnósticos. O estudo realizado por Hvenegaard et al., (2020) testou a adição de um programa

CBT em grupo focado na ruminação (RFCBT) em comparação com a dCBT em grupo, ambas as condições continuaram com tratamento médico de rotina. No total, 131 pacientes ambulatoriais com depressão maior foram alocados aleatoriamente para RFCBT ou grupo dCBT. Os resultados apontaram que RFCBT melhorou significativamente os sintomas depressivos em relação ao grupo CBT no pós-tratamento. Não foram encontradas diferenças pós-tratamento na ruminação ou nos sintomas depressivos nos 6 meses de seguimento.

A ruminação também foi um processo transdiagnóstico avaliado no estudo de Teismann et al., (2014), que investigou se a CBT em grupo focada na ruminação depressiva seria eficaz na redução da depressão residual. Os participantes (N=60) foram aleatoriamente designados para o tratamento em grupo ou condição controle (lista de espera). O tratamento melhorou significativamente o humor deprimido, a ruminação, o controle percebido sobre a ruminação e as crenças metacognitivas disfuncionais em comparação com a condição controle. Os ganhos de tratamento foram mantidos durante o período de acompanhamento (1 ano). Resultado semelhante alcançou o estudo de Ekkers et al., (2011), que investigou o Treinamento de Memória Competitiva (COMET) para ruminação depressiva. Nesse estudo, um total de 93 pacientes ambulatoriais, com idade superior a 65 anos, foram randomizados para duas condições de tratamento: COMET + TAU *versus* apenas TAU. Os resultados foram favoráveis para o grupo COMET + TAU, que mostrou uma melhora significativa na depressão e ruminação em comparação com TAU sozinho.

O COMET também foi avaliado em outros dois estudos, mas para outro processo transdiagnóstico: a autoestima. Korrelboom et al., (2009) avaliou esta intervenção para o tratamento da baixa autoestima em pacientes com perturbações alimentares. No total, 52 pacientes com perturbações alimentares e baixa autoestima foram randomizados para receber 8 semanas de COMET + TAU ou apenas TAU. Os efeitos indicadores a favor do COMET+TAU foram encontrados para duas medidas de autoestima e o humor depressivo. Korrelboom et al., (2011) também avaliou se o COMET para baixa autoestima seria uma intervenção eficaz para pacientes com perturbações de personalidade. Nestes ECRs, 91 pacientes com perturbações de personalidade que já estavam em terapia em uma instituição regular de saúde mental foram aleatoriamente designados para um grupo de COMET + TAU ou (TAU). Em comparação com os pacientes que receberam apenas TAU, os pacientes na condição COMET + TAU melhoraram significativamente e com grandes tamanhos de efeito nos índices de autoestima e depressão. Melhorias significativas em medidas de autonomia e otimismo social também foram a favor do COMET, mas tiveram tamanhos de efeito pequenos a intermediários.

Dois estudos avaliaram intervenções direcionadas à regulação emocional. Neacsiu et al., (2014) investigou o DBT-ST: Treinamento de Habilidades da Terapia Comportamental Dialética,

desenvolvido por Linehan (1993). Nesse estudo, o DBT-ST foi avaliado como um tratamento transdiagnóstico autônomo para desregulação emocional e com uso de habilidades DBT como mediador de resultado. Quarenta e quatro adultos ansiosos e/ou deprimidos, sem perturbação de personalidade borderline e com alta desregulação emocional foram randomizados para 16 semanas de DBT-ST ou um grupo de apoio baseado em atividades (ASG). Os participantes completaram medidas de desregulação emocional, uso de habilidades DBT e psicopatologia a cada 2 meses até 2 meses após o tratamento. Análises longitudinais indicaram que o DBT-ST foi superior ao ASG na diminuição da desregulação emocional, no aumento do uso de habilidades e na diminuição da ansiedade, mas não da depressão.

No estudo realizado por Berking et al., (2019), a eficácia da regulação geral do afeto como um tratamento autônomo e baseado em grupo para a depressão foi investigada. No total, 218 indivíduos que preenchiam os critérios para depressão *major* foram randomizados para o *Affect Regulation Training* (ART), para uma condição controle (lista de espera) ou para uma condição controle de fatores comuns (CFC). As análises em vários níveis indicaram que a participação em ART foi associada a uma maior redução da gravidade dos sintomas depressivos do que lista de espera ($d = 0,56$), enquanto a ligeira superioridade de ART sobre CFC ($d = 0,25$) não foi estatisticamente significativa. Análises de mediação indicaram que mudanças nas habilidades de regulação emocional mediaram as diferenças entre ART/CFC e lista de espera. Assim, os resultados fornecem evidências da melhoria das habilidades de regulação emocional como um mecanismo comum de mudança nos tratamentos psicológicos para depressão.

O pensamento negativo repetitivo (RNT) é considerado um importante processo transdiagnóstico no início, curso e recorrência das perturbações depressivas e ansiosas. Rogiers et al., (2022) avaliou uma intervenção em grupo transdiagnóstica desenvolvida para o tratamento de RNT em comparação com TAU em 86 pacientes com depressão *major* e/ou PAG, ambas as condições continuaram seus cuidados de saúde mental habituais. Os resultados apontaram que embora todos os desfechos tenham melhorado após a intervenção, apenas a incontrolabilidade da ruminação, a preocupação, o distanciamento dos pensamentos e a qualidade de vida permaneceram estatisticamente significantes em comparação ao grupo controle. De acordo com os resultados, a intervenção em grupo melhora o RNT e a qualidade de vida dos pacientes tratados para depressão *major* e/ou PAG. As melhorias permaneceram estáveis até 9 meses após o tratamento.

A preocupação excessiva também é uma característica comum a várias perturbações e representa um processo ideal para intervenção transdiagnóstica. O estudo realizado por Chen et al., (2013) examinou a eficácia de um tratamento de ativação comportamental (BAW) em 49 indivíduos que apresentaram sinais de preocupação excessiva. Os participantes foram randomizados para uma

intervenção em grupo de 8 semanas (BAW) ou para lista de espera. Os resultados demonstraram que o BAW foi bem sucedido na redução da preocupação excessiva, sintomas depressivos, evitação cognitiva, intolerância à incerteza e melhoria da orientação para a resolução de problemas. Apesar das limitações de tamanho e poder da amostra, este estudo apresenta suporte promissor para o BAW como um tratamento transdiagnóstico prático para preocupação.

Os comportamentos de falsa segurança são considerados processos comuns a diferentes perturbações de ansiedade. No estudo realizado por Schmidt et al., (2012) a eficácia da Terapia de Eliminação de Comportamentos de Falsa Segurança (F-SET) foi avaliada em 96 pacientes com sintomas de ansiedade que foram aleatoriamente designados para F-SET ou para um grupo controle (lista de espera). Os dados indicam que o F-SET mostrou boa eficácia e durabilidade quando administrado a grupos mistos de pacientes com ansiedades.

5. DISCUSSÃO

5.1 Resumo de Evidência

O objetivo da presente revisão foi examinar sistematicamente as evidências a respeito da eficácia das intervenções transdiagnósticas cognitivo-comportamentais em grupo para a população adulta em comparação com condições controle não ativas (p.e. lista de espera), condições de tratamento usuais (p.e. consultas regulares) ou intervenções ativas específicas (p.e. dCBT). Os desfechos avaliados correspondem aos resultados primários apresentados pelos estudos empíricos no geral, efeitos sobre os sintomas de depressão, ansiedade, qualidade de vida e outras medidas relativas a saúde mental e bem-estar psicológico.

Dos 32 ECRs avaliados, a maioria comparou a tCBT em grupo com uma condição controle de lista de espera (n=10). Nesses estudos, os resultados indicaram melhoras superiores e significativas para as intervenções tCBT em diferentes desfechos, como reduções nos sintomas depressivos e ansiosos (Zemestani et al., 2017; Wuthrich & Rapee, 2013), nos sintomas de ansiedade (Erickson et al., 2007, Norton & Hope, 2005, Schmidt et al., 2012), nos sintomas subclínicos da paranóia (Amirpour et al., 2018), na preocupação excessiva (Chen et al., 2013), na ruminação depressiva (Teismann et al., 2014), na psicopatologia das perturbações alimentares (Wade et al., 2017), bem como na melhoria da qualidade de vida e na resolução de problemas para refugiados (Kananian et al., 2020). No geral, os resultados são promissores e apoiam a eficácia da tCBT em grupo para o tratamento de diferentes populações clínicas. No entanto, cumpre notar que são estudos preliminares, com tamanho e poder de amostra reduzidos, e a falta de controle com intervenções ativas não permite avaliar se os resultados positivos referem-se à intervenção em si ou a outros fatores terapêuticos presentes em um formato de terapia em grupo, como a socialização com outras pessoas e a relação terapêutica.

Os resultados relatados também mostraram-se favoráveis à tCBT quando comparada aos tratamentos usuais (TAU) como intervenções farmacológicas ou consultas regulares com clínicos gerais. No entanto, é importante salientar que os TAUs podem variar de forma significativa de acordo com diferentes instituições, diretrizes clínicas e países. Por exemplo, no estudo realizado por Osma et al. (2022), a intervenção tCBT em grupo foi comparada com o TAU, que consiste na CBT aplicada individualmente, considerada uma intervenção padrão-ouro para muitas perturbações; enquanto que em outros estudos a TAU caracteriza-se apenas como intervenções farmacológicas ou consultas médicas regulares. Considerando essas particularidades, os estudos que compararam a tCBT com TAU baseados somente no tratamento farmacológico apresentaram melhoras significativas favoráveis à tCBT nos sintomas de depressão, ansiedade e estratégias de regulação emocional (Corpas et al., 2022; Corpas et al., 2021). A tCBT também apresentou resultados significativos na qualidade

de vida e no funcionamento sexual em comparação com tratamento farmacológico no estudo de Ornelas et al. (2017).

Nos estudos que avaliaram a tCBT com TAU baseado em consultas médicas regulares ou intervenções psicológicas e sociais, os resultados indicaram melhoras significativas nas medidas de depressão, ansiedade e qualidade de vida quando comparado à CBT individual (Osma et al, 2022, Cano-Vindel et al., 2021), melhoras na depressão, ansiedade e regulação emocional quando comparado ao apoio social (Nazari et al., 2020), e melhoras nos sintomas de ansiedade, depressão e qualidade de vida quando comparada a consultas regulares com médicos do centro de saúde (Ejebby et al., 2014, Roberge et al., 2018). Quando comparada aos tratamentos usuais baseados em consultas psiquiátricas com ou sem tratamento de suporte (p.e. psicoterapia ou apoio psicossocial), a tCBT apresentou melhoras significativas nas medidas de depressão e ruminação (Ekkers et al., 2011), nas medidas de autoestima para pessoas com perturbações alimentares (Korrelboom et al.,2009) e nas medidas de autoestima e depressão em pessoas com perturbações de personalidade (Korrelboom et al.,2011).

Na meta-análise realizada por Watts et al., (2015), o impacto da CBT no desfecho clínico foi semelhante em estudos que visavam tratar ansiedade ou depressão em comparação com TAU, sugerindo que a CBT é superior à TAU nesses desfechos; no entanto, o efeito foi menor em estudos de terapias transdiagnósticas. Segundo os autores, as poucas comparações de tratamentos transdiagnósticos *versus* TAU poderiam ser uma possível explicação para esses achados, além da grande heterogeneidade das intervenções TAU. A meta-análise realizada por Newby et al., (2015) encontrou resultados semelhantes ao identificar apenas pequenas diferenças nos estudos que compararam tCBT com TAU, o que também poderia ser explicado pela heterogeneidade das intervenções TAU, bem como pela influência de outros fatores terapêuticos inespecíficos associados à melhora dos sintomas, como a aliança terapêutica.

Na presente revisão, os achados são semelhantes aos de Watts et al., (2015) e Newby et al, (2015) quanto à heterogeneidade dos TAU; no entanto, nosso estudo sugere resultados favoráveis à tCBT. Apesar de não termos as análises quantitativas necessárias para confirmar essa hipótese, um ponto importante a ser considerado é que a maioria desses estudos comparou tCBT em grupo + TAU com TAU aplicado isoladamente. Desta forma, o *design* desses estudos e os resultados encontrados sugerem a adição da tCBT em grupo aos cuidados habituais como uma co-intervenção capaz de reduzir a gravidade dos sintomas apresentados pela população e apoiar a disseminação da prática baseada em evidências. Ressalta-se que futuras revisões meta-analíticas são necessárias para examinar detalhadamente o impacto de novos tratamentos em comparação com TAU e suas particularidades.

Os estudos que compararam intervenções tCBT com condições controle ativas encontraram resultados semelhantes e estatisticamente equivalentes/não inferiores na redução de sintomas de ansiedade e depressão (UP vs MBSR, Mousavi et al., 2019); nos sintomas e medidas de bem-estar psicológico em idosos (tCBT vs Grupo de Discussão, Wuthrich et al., 2016), apesar das melhorias mais rápidas e sustentadas serem da tCBT; e nos sintomas de ansiedade entre diferentes perturbações de ansiedade (tCBT vs RLX, Norton., 2012). Os resultados foram favoráveis à tCBT na diminuição da desregulação emocional e sintomas de ansiedade (DBT-ST vs CFC, Neacsiu et al., 2014) e na regulação emocional e diminuição dos sintomas depressivos (ART vs CFC vs Lista de Espera, Berking et al., 2019). Esses achados condizem com a revisão realizada por Newby et al, (2015), que encontrou grandes diferenças nos resultados entre os tratamentos transdiagnósticos em comparação com condições controle de lista espera e condições controle ativas (p.e. psicoeducação, fóruns de discussão, treinamento de relaxamento).

Em comparação com as intervenções dCBT específicas, a tCBT apresentou resultados semelhantes (não-inferiores) nos desfechos primários para a maioria dos estudos investigados. Os resultados da tCBT foram equivalentes na melhoria do bem-estar e na redução de sintomas ansiosos e depressivos (Mohammadi et al. 2014, Reinholt *et al.*, 2022) e nos sintomas de ansiedade (Norton & Barreira, 2012). Esses efeitos são consistentes com a meta-análise realizada por Pearl & Norton, (2017), que identificou que o efeito estimado dos tratamentos transdiagnósticos foi semelhante aos tratamentos CBT específicos para diagnóstico. Em apenas dois estudos os resultados de uma intervenção tCBT foi superior aos resultados da dCBT em grupo, como a terapia em grupo focada na ruminação (RFCBT), que apresentou melhoras significativas nos sintomas depressivos em comparação ao grupo dCBT, mas esses resultados não foram sustentados ao longo do acompanhamento de 6 meses (Hvenegaard et al., 2020). Por sua vez, a intervenção MORE (Garland et al., 2016) foi associada a melhorias modestas no desejo de substâncias, estresse pré-traumático e afeto negativo em comparação a dCBT, mas infelizmente, o estudo foi comprometido por não atender os padrões de integridade aprovados pelo desenvolvedor da intervenção dCBT. Para mais informações, consultar o mesmo estudo, corrigido por Garland et al., (2018).

Dos 32 estudos incluídos, todos foram caracterizados por “algumas preocupações” na avaliação de risco de viés. Dentre as principais razões, inclui-se a falta de relatórios de ocultação de alocação, cegamento e a falta de análise de grandes grupos ou desistentes que não terminaram o estudo. A avaliação considerou as particularidades inerentes aos estudos pragmáticos, como a impossibilidade de cegar aqueles que fornecem e recebem as intervenções e a utilização de medidas de autorrelato para avaliação dos resultados, prática comum em psicometria. Desta forma, todos os estudos que utilizaram somente medidas de autorrelato foram classificados com “algumas

preocupações". Apenas 1 estudo foi classificado como de “alto risco de viés” por apresentar inconsistências metodológicas que colocam em dúvida a integridade dos resultados. Desta forma, existem algumas restrições à qualidade da evidência dos estudos incluídos nesta revisão, e essas limitações devem ser consideradas para fins de interpretação.

Os resultados apresentados pelos estudos analisados sugerem que os tratamentos transdiagnósticos são superiores às condições de lista de espera e aos tratamentos usuais, e são pelo menos tão eficazes quanto as intervenções de controle ativas e os tratamentos cognitivo-comportamentais específicos para diagnóstico. Embora esses resultados sejam preliminares e nenhuma conclusão sobre a eficácia da TCBT possa ser extraída deste estudo — visto que os achados são analisados de forma narrativa e sem o apoio de uma meta-análise —, os resultados indicam que as intervenções transdiagnósticas em grupo podem ser uma importante ferramenta para o tratamento de perturbações mentais comórbidas e estão de acordo com as principais revisões e meta-análises realizadas até o momento (McEvoy et al., 2009; Newby et al., 2015; Pearl & Norton, 2017; Reinholt & Krogh, 2014). No entanto, essas revisões não são específicas para as intervenções tCBT em grupos e por isso, as implicações para a prática e pesquisa para esse formato serão discutidas na seção a seguir.

5.2 Implicações para a Prática e Pesquisa

Até onde se sabe, a presente revisão é a primeira a avaliar especificamente as intervenções cognitivo-comportamentais transdiagnósticas em grupos. Os resultados sobre a eficácia geral dos tratamentos tCBT são comparáveis a revisões narrativas e meta-análises prévias (McEvoy et al., 2009; Newby et al., 2015; Reinholt & Krogh, 2014), contudo, apresentam implicações distintas ao avaliar esse formato de entrega específico. Como esperava-se, a maioria das intervenções tCBT avaliadas foram direcionadas às perturbações de ansiedade e depressão comórbidas, às perturbações de ansiedade e aos sintomas de ansiedade e depressão. No entanto, também foram encontrados estudos direcionados à perturbação alimentar, uso de substâncias, perturbações de personalidade, estudos específicos para população idosa, um estudo que avaliou o funcionamento sexual e estudos que investigaram as sequelas emocionais presentes em distúrbios médicos como a Esclerose Múltipla e a Infertilidade. Além disso, também foram encontrados estudos interessados nos processos transdiagnósticos como foco das intervenções em grupos, como a preocupação excessiva e a regulação emocional.

As intervenções tCBT avaliadas eram modulares e direcionadas aos processos comuns entre as perturbações “*one size fits all*” (Schaeuffele et al., 2021). O número de módulos variou entre 6 a 12 e a duração dos tratamentos também variou entre 6 a 14 semanas. No entanto, o conteúdo das

intervenções foi semelhante e majoritariamente baseado em modelos cognitivos e comportamentais, sendo aplicado um conjunto básico de princípios e técnicas próprios da CBT (p.e reestruturação cognitiva e exposição gradual) e também estratégias e técnicas específicas para regulação emocional, aceitação e atenção plena para o tratamento dos processos comuns subjacentes às perturbações estudadas. O Apêndice 6 apresenta o conteúdo e os detalhes das diferentes intervenções tCBT avaliadas.

Cumprir notar que os estudos apresentaram resultados promissores e favoráveis às intervenções tCBT, mas poucos investigaram as interações interpessoais entre os membros do grupo e entre os membros e terapeutas (s), fatores e processos estes que podem influenciar os efeitos da terapia em grupo, como as características do paciente (p.e. estilo de apego), os processos da terapia em grupo (p.e. sessões preparatórias, composição do grupo, coesão grupal) e as características do líder (p.e. estilo terapêutico, co-liderança) (Barkowski et al., 2020). Os estudos que avaliaram o Protocolo Unificado (UP) foram os que ofereceram maior destaque às características dos pacientes e não apenas às manifestações sintomatológicas como o afeto e o temperamento. Isso se deve fato de que o UP apresenta como alvo terapêutico o neuroticismo, um traço temperamental caracterizado como a tendência a experimentar afetos negativos frequentes e intensos, resultando em desregulação emocional. Os resultados indicaram que para além de melhoras nos sintomas de depressão e ansiedade, o UP produziu grandes reduções no neuroticismo e no afeto negativo (de Ornelas et al., 2017; Osma et al., 2022).

A coesão grupal e a aliança terapêutica foram fatores investigados através de questionários no estudo de Wuthrich et al., (2016), que comparou a tCBT com um grupo ativo de discussão na população idosa. Os dois grupos não diferiram significativamente nessas medidas. Reinholt et al., (2022) e Roberge et al., (2018) citaram a investigação exploratória de fatores processuais como coesão grupal, mas esses dados não foram apresentados nos estudos publicados. Com efeito, futuras pesquisas devem se esforçar para incorporar essas análises, a fim de auxiliar na compreensão do valor terapêutico de componentes terapêuticos não específicos, como a conexão social e o compartilhamento de experiências com outras pessoas.

As avaliações empíricas sobre os fatores e processos terapêuticos envolvidos nas intervenções são essenciais para fomentar as vantagens da terapia em grupo e apresentar soluções para as possíveis desvantagens desse formato. Por exemplo, para algumas pessoas com perturbações de ansiedade, uma intervenção em grupo pode parecer um cenário muito desafiador, implicando em evitação, nesse caso uma possível solução seria oferecer sessões introdutórias para abordar dúvidas e questões motivacionais (Barkowski et al., 2020). No estudo de Ornelas et al. (2017), a cada sessão inicial dois ex-pacientes que haviam completado as sessões de tratamento em grupo anteriores eram convidados

para conversar com os novos participantes sobre suas experiências, e segundo os autores, a inclusão dos ex-participantes motivou os novos pacientes. Incluir diferentes estratégias para engajamento dos pacientes pode ser a resposta para aumentar a adesão, aceitabilidade e otimizar a entrega das intervenções em grupo.

A maioria das intervenções foram conduzidas por psicólogos experientes e estudantes de psicologia, mas também houve a participação de outros profissionais na elaboração e aplicação dos grupos, como médicos, enfermeiros e assistentes sociais. Apenas um estudo investigou se a experiência do terapeuta afetaria os resultados encontrados (Schmidt et al., 2012), onde metade dos grupos foram conduzidos propositalmente por estudantes de pós-graduação em psicologia clínica a nível de mestrado e os outros grupos foram conduzidos por um pós-doutorando experiente. Não foram encontradas diferenças entre os grupos nos resultados, mas também não foi utilizada nenhuma medida específica para avaliar a experiência dos terapeutas. Portanto, são resultados preliminares e inconclusivos.

Apesar dos estudos não apresentarem informações suficientes para avaliar se a experiência dos profissionais interferia nos desfechos e na qualidade das intervenções, a pesquisa realizada por Norton et al., (2014) examinou o impacto da experiência dos terapeutas nos resultados dos clientes que participaram de uma intervenção tCBT em grupo para perturbações de ansiedade. Os resultados demonstraram que os participantes apresentaram melhoras significativas e que a quantidade de experiência do terapeuta não estava relacionada à melhora. No entanto, estudos futuros são necessários para avaliar melhor as relações causais entre formação/experiência dos profissionais envolvidos e resultados clínicos dos participantes, especialmente porque a necessidade de treinamento extensivo por parte dos terapeutas envolve custos elevados e configura-se como uma grande limitação para a viabilidade e acessibilidade das intervenções baseadas em evidências.

Ademais, as vantagens das intervenções tCBT em grupo parecem ser as mesmas que a psicoterapia em grupo no geral, como facilitar o treinamento e a aplicação clínica e atender um número maior de pacientes com um número menor de sessões, com melhor custo/benefício sem perder a eficácia da forma individual (Oliveira, 2019). A principal diferença corresponde às vantagens extras sobre esses fatores, considerando que ao focar nas características compartilhadas e não nas diferenças entre as perturbações, é possível diminuir mais ainda a lista de espera e os altos custos de treinamento associados aos tratamentos direcionados a diagnósticos específicos (Harris & Norton, 2018).

Por fim, observou-se que os estudos com maior número de participantes foram aqueles realizados nos centros de saúde pública, intervenções direcionadas à atenção primária. Os resultados dos mais de 2.500 participantes, acompanhados por até 12 meses, confirmam as hipóteses levantadas

sobre as vantagens da tCBT aplicada no formato grupal para esses ambientes. Ao abordar as comorbidades psiquiátricas, promover o uso eficiente de recursos profissionais e otimizar o tempo de treinamento dos terapeutas, a tCBT apresenta-se como uma abordagem custo-efetiva com o potencial de melhorar significativamente os tratamentos clínicos para diferentes perturbações (Cano-Vindel et al., 2021). Segundo os autores, a tCBT em grupo pode ser uma alternativa viável, ética e eficaz por incluir uma ampla gama de diagnósticos e permitir tratar vários indivíduos ao mesmo tempo com poucos recursos adicionais (Osma et al., 2022), além de fornecer um modelo de entrega que pode ajudar a superar as barreiras de implementação em larga escala da psicoterapia baseada em evidências (Roberge et al., 2020).

5.3 Pontos Fortes e Limitações

Os pontos fortes da presente revisão incluem as vantagens metodológicas do pré-registro do protocolo do estudo antes da realização da pesquisa; uma estratégia abrangente e inclusiva aplicada em vários bancos de dados; a pesquisa em três idiomas diferentes: inglês, português e espanhol; a inclusão de estudos sem restrição de datas; a realização da avaliação de risco de viés e a inclusão de um grande número de estudos, todos ECRs.

No entanto, há também muitas limitações que merecem consideração. Nesta revisão, foram encontrados estudos com um grande número de participantes e boa qualidade metodológica, no entanto, a maioria dos estudos avaliados foram realizados em ambientes ambulatoriais ou clínicas especializadas, com tamanhos reduzidos de amostra. Outra limitação foi a falta de dados detalhados sobre aspectos étnicos, culturais e raciais dos participantes. Sugere-se, pois, que futuras investigações devem incluir esses dados para garantir uma amostra maior e mais representativa.

A heterogeneidade de métodos e medidas utilizados pelos estudos para avaliar os resultados primários e secundários impediram uma avaliação concreta sobre os efeitos das intervenções. Apesar de existirem meta-análises anteriores que avaliaram medidas como depressão, ansiedade e qualidade de vida em intervenções transdiagnósticas (Newby et al., 2015), o presente estudo incluiu muitas outras métricas para além dessas. Portanto, não foi possível realizar uma meta-análise. A maioria dos estudos utilizou medidas de autorrelato para avaliar o impacto das intervenções, o que implica diretamente em risco de viés. Sugere-se, assim, que estudos futuros incluam instrumentos avaliados por clínicos e autorrelatados.

Apesar da escolha em utilizar apenas ECRs apresentar vantagens quanto à qualidade dos estudos, os investigadores da presente revisão limitaram a avaliação de inúmeros estudos não-experimentais que poderiam contribuir de forma significativa para a compreensão mais abrangente das intervenções tCBT. Assim como a escolha de incluir apenas intervenções transdiagnósticas com

componentes da CBT também limitou as avaliações. Inclusive, conforme hipotetizado, a falta de uma estrutura teórica específica implicou em dificuldades por parte dos investigadores para identificar quais intervenções seriam ou não tCBT, visto que muitas intervenções parecem ser CBT, mas não o são. Nesses casos, e-mails foram enviados para os autores dos estudos e/ou desenvolvedores das intervenções a fim de esclarecer essas dúvidas e categorizar corretamente as intervenções como CBT transdiagnósticas.

O maior foco das intervenções analisadas foram as perturbações emocionais como depressão e ansiedade. No entanto, apesar do objetivo em comum, muitas intervenções eram diferentes. A criação de diferentes protocolos e as adaptações das intervenções tCBT justifica-se para fins de comprovações científicas, mas colocam em risco a sua principal vantagem em comparação com os tratamentos específicos: a promessa de ser um tratamento único aplicável a muitas apresentações clínicas. Desta forma, acreditamos que estudos futuros devem investigar cada vez mais os processos comuns entre as diferentes perturbações, as técnicas e estratégias terapêuticas eficazes entre diferentes demandas terapêuticas e os fatores interpessoais que atuam como mediadores de resultados nas intervenções terapêuticas em grupo, reunindo assim os esforços necessários para a construção de uma prática psicológica baseada em evidências, integradora e acessível.

6. CONCLUSÃO

Apesar das limitações apresentadas, os resultados encontrados confirmam as hipóteses iniciais desta revisão e dos estudos realizados anteriormente. As evidências disponíveis sugerem que as intervenções tCBT em grupo apresentam resultados semelhantes e/ou superiores a outras intervenções e podem oferecer vantagens com relação ao tempo de treinamento dos terapeutas, custos e acessibilidade. Esses achados são especialmente importantes devido à alta prevalência das perturbações mentais em nossa sociedade. Segundo o mais recente relatório da Organização Mundial da Saúde (2022, 17 de junho), em 2019, quase um bilhão de pessoas — incluindo 14% dos adolescentes do mundo — viviam com uma perturbação mental.

As perturbações mentais afetam a vida de crianças, adolescentes e adultos, tanto em países desenvolvidos como em desenvolvimento, causam enorme sofrimento e invalidez, e são responsáveis por custos elevados para os indivíduos, as famílias e as sociedades (Almeida et al., 2013). Dada a alta comorbidade entre as perturbações mentais e a necessidade de otimizar e disseminar a prática baseada em evidências, as intervenções transdiagnósticas em grupo podem apresentar grandes benefícios, principalmente como uma abordagem integradora e capaz de expandir os cuidados baseados em evidências aos serviços comunitários de saúde mental. Para isso, torna-se essencial que a tCBT continue sua evolução em termos de eficácia e compreensão teórica, com o objetivo final de responder as limitações relativas ao foco nos diagnósticos específicos e incluir a prática baseada em evidências na elaboração e implementação de políticas, planos e serviços de saúde mental.

7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Almeida, D., & Marinho, G. (2021). Transdiagnostic cognitive-behavioral therapy: A literature review. *Psicologia, Saúde & Doença*, 22(03), 979–990. <https://doi.org/10.15309/21psd220317>
- Almeida J, Xavier M, Cardoso G, Pereira M, Gusmão R, Corrêa B, et al. Estudo epidemiológico nacional de saúde mental - 1.o Relatório. 2013. p. 60
- Amirpour, L., Gharaee, B., & Birashk, B. (2018). Efficacy of group transdiagnostic cognitive-behavioral Therapy on Subclinical Paranoia. *Iranian Journal of Psychiatry and Behavioral Sciences*, 12(4).
- Barkowski, S., Schwartz, D., Strauss, B., Burlingame, G. M., & Rosendahl, J. (2020). Efficacy of group psychotherapy for anxiety disorders: A systematic review and meta-analysis. *Psychotherapy Research*, 30(8), 965–982. <https://doi.org/10.1080/10503307.2020.1729440>
- Barlow, D. H., Harris, B. A., Eustis, E. H., & Farchione, T. J. (2020). The unified protocol for transdiagnostic treatment of emotional disorders. *World Psychiatry*, 19(2), 245–246. <https://doi.org/10.1002/wps.20748>
- Barlow, D. H., Farchione, T. J., Fairholme, C. P., Ellard, K. K., Boisseau, C. L., Allen, L. B., & Ehrenreich-May, J. (2011). *Unified protocol for transdiagnostic treatment of emotional disorders: Therapist guide*. Oxford University Press.
- Beck, A. T. (2019). A 60-year evolution of cognitive theory and therapy. *Perspectives on Psychological Science*, 14(1), 16–20. <https://doi.org/10.1177/1745691618804187>
- Beck, J. S., & Fleming, S. (2021). A brief history of Aaron T. Beck, MD, and cognitive behavior therapy. *Clinical Psychology in Europe*, 3(2), 1–7. <https://doi.org/10.32872/CPE.6701>
- Beck, A. T., & Steer, R. A. (1993). *Beck anxiety inventory manual*. San Antonio, TX: Psychological Corporation.
- Beck, A. T., Steer, R. A., & Brown, G. (1996). *Beck depression inventory–II (BDI-II)* [Database record]. APA PsycTests. <https://doi.org/10.1037/t00742-000>
- Berking, M., Eichler, E., Luhmann, M., Diedrich, A., Hiller, W., & Rief, W. (2019). Affect regulation training reduces symptom severity in depression – A randomized controlled trial. *PLoS ONE*, 14(8), 1–25. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0220436>
- Boswell, J. F. (2013). Intervention strategies and clinical process in transdiagnostic cognitive-behavioral therapy. *Psychotherapy*, 50(3), 381–386. <https://doi.org/10.1037/a0032157>
- Brockmeyer, T., Zimmermann, J., Kulesa, D., Hautzinger, M., Bents, H., Friederich, H. C., Herzog, W., & Backenstrass, M. (2015). Me, myself, and I: Self-referent word use as an indicator of self-focused attention in relation to depression and anxiety. *Frontiers in Psychology*, 6(OCT), 1–10. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2015.01564>
- Brown, T. A., Barlow, D. H., & Di Nardo, P. A. (1994). *Anxiety disorders interview schedule for DSM-IV (ADIS-IV): client interview schedule*. New York: Oxford University Press.
- Bullis, J. R., Sauer-Zavala, S., Bentley, K. H., Thompson-Hollands, J., Carl, J. R., & Barlow, D. H. (2015). The unified protocol for transdiagnostic treatment of emotional disorders: Preliminary exploration of effectiveness for group delivery. *Behavior Modification*, 39(2), 295–321.

<https://doi.org/10.1177/0145445514553094>

- Cano-Vindel, A., Muñoz-Navarro, R., Moriana, J. A., Ruiz-Rodríguez, P., Medrano, L. A., & González-Blanch, C. (2021a). Transdiagnostic group cognitive behavioural therapy for emotional disorders in primary care: The results of the PsicAP randomized controlled trial. *Psychological Medicine, February*. <https://doi.org/10.1017/S0033291720005498>
- Carvalho, A. P. V., Silva, V., & Grande, A. J. (2013). Avaliação do risco de viés de ensaios clínicos randomizados pela ferramenta da colaboração Cochrane. *Diagnóstico & Tratamento, 18*(1), 38–44. <http://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-670595#>
- Caspi, A., Houts, R. M., Belsky, D. W., Goldman-Mellor, S. J., Harrington, H., Israel, S., Meier, M. H., Ramrakha, S., Shalev, I., Poulton, R., & Moffitt, T. E. (2014). The p factor: One general psychopathology factor in the structure of psychiatric disorders? *Clinical Psychological Science, 2*(2), 119–137. <https://doi.org/10.1177/2167702613497473>
- Chamberlain, L. D., & Norton, P. J. (2013). An evaluation of the effects of diagnostic composition on individual treatment outcome within transdiagnostic cognitive-behavioral group therapy for anxiety. *Cognitive Behaviour Therapy, 42*(1), 56–63. <https://doi.org/10.1080/16506073.2012.748090>
- Chen, J., Liu, X., Rapee, R. M., & Pillay, P. (2013). Behavioural activation: A pilot trial of transdiagnostic treatment for excessive worry. *Behaviour Research and Therapy, 51*(9), 533–539. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2013.05.010>
- Clark, D. A., & Taylor, S. (2009). The transdiagnostic perspective on cognitive-behavioral therapy for anxiety and depression: New wine for old wineskins? *Journal of Cognitive Psychotherapy, 23*(1), 60–66. <https://doi.org/10.1891/0889-8391.23.1.60>
- Corpas, J., Moriana, J. A., Vencesla, J. F., & Galvez-Lara, M. (2021). Brief psychological treatments for emotional disorders in primary and specialized Care: A randomized controlled trial. *International journal of clinical and health psychology, 21*(1).
- Corpas, J., Moriana, J. A., Venceslá, J. F., & Gálvez-Lara, M. (2022). Effectiveness of brief group transdiagnostic therapy for emotional disorders in primary care: A randomized controlled trial identifying predictors of outcome. *Psychotherapy Research, 32*(4), 456–469. <https://doi.org/10.1080/10503307.2021.1952331>
- David, D., Cristea, I., & Hofmann, S. G. (2018). Why cognitive behavioral therapy is the current gold standard of psychotherapy. *Frontiers in Psychiatry, 9*(JAN), 6–8. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2018.00004>
- de Ornelas, A. C. C., Sanford, J., Boettcher, H., Nardi, A. E., & Barlow, D. (2017). Improvement in quality of life and sexual functioning in a comorbid sample after the unified protocol transdiagnostic group treatment. *Journal of Psychiatric Research, 93*, 30–36. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2017.05.013>
- Díaz-García, A., González-Robles, A., García-Palacios, A., Fernández-Álvarez, J., Castilla, D., Bretón, J. M., Baños, R. M., Quero, S., & Botella, C. (2021). Negative and positive affect regulation in a transdiagnostic internet-based protocol for emotional disorders: Randomized controlled trial. *Journal of Medical Internet Research, 23*(2), 1–23. <https://doi.org/10.2196/21335>

- Ejebj, K., Savitskij, R., Ost, L. G., Ekbohm, A., Br, t, L., Ramnero, J., Asberg, M., & Backlund, L. G. (2014). Randomized controlled trial of transdiagnostic group treatments for primary care patients with common mental disorders. *Family Practice, 31*(3), 273–280.
- Ekkers, W., Korrelboom, K., Huijbrechts, I., Smits, N., Cuijpers, P., & van der Gaag, M. (2011). Competitive memory training for treating depression and rumination in depressed older adults: A randomized controlled trial. *Behaviour Research and Therapy, 49*(10), 588–596. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2011.05.010>
- Erickson, D. H., Janeck, A. S., & Tallman, K. (2007). A cognitive-behavioral group for patients with various anxiety disorders. *Psychiatric Services, 58*(9), 1205–1211. <https://doi.org/10.1176/ps.2007.58.9.1205>
- Fairburn, C. G., Cooper, Z., & Shafran, R. (2003). Cognitive behaviour therapy for eating disorders: A “transdiagnostic” theory and treatment. *Behaviour Research and Therapy, 41*(5), 509–528. [https://doi.org/10.1016/S0005-7967\(02\)00088-8](https://doi.org/10.1016/S0005-7967(02)00088-8)
- First, M. B., Spitzer, R., Gibbon, M., & Williams, J. (1996). Structured clinical interview for axis I disorders-Patient Edition. New York: Biometrics Research, New York State Psychiatric Institute.
- Fusar-Poli, P., Solmi, M., Brondino, N., Davies, C., Chae, C., Politi, P., Borgwardt, S., Lawrie, S. M., Parnas, J., & McGuire, P. (2019). Transdiagnostic psychiatry: a systematic review. *World Psychiatry, 18*(2), 192–207. <https://doi.org/10.1002/wps.20631>
- Garland, E. L., Roberts-Lewis, A., Tronnier, C. D., Graves, R., & Kelley, K. (2016). Mindfulness-oriented recovery enhancement versus CBT for co-occurring substance dependence, traumatic stress, and psychiatric disorders: Proximal outcomes from a pragmatic randomized trial. *Behaviour Research and Therapy, 77*, 7–16. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2015.11.012>
- Garland, E. L., Roberts-Lewis, A., Tronnier, C. D., Graves, R., & Kelley, K. (2018). Corrigendum to “Mindfulness-oriented recovery enhancement versus CBT for co-occurring substance dependence, traumatic stress, and psychiatric disorders: Proximal outcomes from a pragmatic randomized trial” [Behav. Res. Ther. 77 (2016) 7–16] (S000579671530). *Behaviour Research and Therapy, 100*, 78. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2017.09.007>
- Goodheart, C. D., Levant, R. F., Barlow, D. H., Carter, J., Davidson, K. W., Hagglund, K. J., Hollon, S. D., Johnson, J. D., Leviton, L. C., Mahrer, A. R., Newman, F. L., Norcross, J. C., Silverman, D. K., Smedley, B. D., Wampold, B. E., Westen, D. I., Yates, B. T., Zane, N. W., Reed, G. M., ... Bullock, M. (2006). Evidence-based practice in psychology. *American Psychologist, 61*(4), 271–285. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.61.4.271>
- Gornall, J. (2013). DSM-5: A fatal diagnosis? *BMJ (Online), 346*(7909), 1–5. <https://doi.org/10.1136/bmj.f3256>
- Harris, K. R., & Norton, P. J. (2018). Transdiagnostic cognitive behavioral therapy for the treatment of emotional disorders: A group case study. *Clinical Case Studies, 17*(6), 387–405. <https://doi.org/10.1177/1534650118793938>
- Harvey, A. G., Watkins, E., Mansell, W., & Shafran, R. (2004). *Cognitive behavioural process across*

psychological disorders: A transdiagnostic approach to research and treatment. Oxford New Press. New York.

- Hayes, S. C., & Hofmann, S. G. (2020). *Terapia cognitivo-comportamental baseada em processos: ciência e competências clínicas*. Artmed.
- Henriques, R. da S. P. (2021). Classificação psiquiátrica: tensionamento atual entre realismo e nominalismo. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, 31(3), 1–18. <https://doi.org/10.1590/s0103-73312021310328>
- Hofmann, S. G., Asnaani, A., Vonk, I. J. J., Sawyer, A. T., & Fang, A. (2012). The efficacy of cognitive behavioral therapy: A review of meta-analyses. *Cognitive Therapy and Research*, 36(5), 427–440. <https://doi.org/10.1007/s10608-012-9476-1>
- Hutton, B., Catalá-López, F., & Moher, D. (2016). The PRISMA statement extension for systematic reviews incorporating network meta-analysis: PRISMA-NMA. *Medicina Clínica (English Edition)*, 147(6), 262–266. <https://doi.org/10.1016/j.medcle.2016.10.003>
- Hvenegaard, M., Moeller, S. B., Poulsen, S., Gondan, M., Grafton, B., Austin, S. F., Kistrup, M., Rosenberg, N. G. K., Howard, H., & Watkins, E. R. (2020). Group rumination-focused cognitive-behavioural therapy (CBT) v. group CBT for depression: Phase II trial. *Psychological Medicine*, 50(1), 11–19. <https://doi.org/10.1017/S0033291718003835>
- Ingram, R. E. (1990). Self-focused attention in clinical disorders: Review and a conceptual model. *Psychological Bulletin*, 107(2), 156–176. <https://doi.org/10.1037//0033-2909.107.2.156>
- Insel, T., Cuthbert, B., Garvey, M., Heinssen, R., Pine, D., Quinn, K., Sanislow, C., & Wang, P. (2010). Research Domain Criteria (RDoC): Toward a. *American Journal of Psychiatry Online, July*, 748–751.
- Kananian, S., Soltani, Y., Hinton, D., & Stangier, U. (2020). Culturally adapted cognitive behavioral therapy plus problem management (CA-CBT+) with afghan refugees: A randomized controlled pilot study. *Journal of Traumatic Stress*, 33(6), 928–938. <https://doi.org/10.1002/jts.22615>
- Klinger, E. (1996). The contents of thoughts: Interference as the downside of adaptive normal mechanisms in thought flow. In I. G. Sarason, G. R. Pierce, & B. R. Sarason (Eds.), *Cognitive interference: Theories, methods, and findings* (pp. 3–23). Lawrence Erlbaum Associates, Inc
- Knapp, P., & Beck, A. T. (2008). Fundamentos, modelos conceituais, aplicações e pesquisa da terapia cognitiva. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 30(SUPPL. 2), 54–64. <https://doi.org/10.1590/S1516-44462008000600002>
- Korrelboom, K., de Jong, M., Huijbrechts, I., & Daansen, P. (2009). Competitive memory training (COMET) for treating low self-esteem in patients with eating disorders: A randomized clinical trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 77(5), 974–980. <https://doi.org/10.1037/a0016742>
- Korrelboom, K., Marissen, M., & Van Assendelft, T. (2011). Competitive memory training (COMET) for low self-esteem in patients with personality disorders: A randomized effectiveness study. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 39(1), 1–19. <https://doi.org/10.1017/S1352465810000469>
- Kotov, R., Waszczuk, M. A., Krueger, R. F., Forbes, M. K., Watson, D., Clark, L. A., Achenbach, T. M., Althoff, R. R., Ivanova, M. Y., Michael Bagby, R., Brown, T. A., Carpenter, W. T., Caspi, A., Moffitt,

- T. E., Eaton, N. R., Forbush, K. T., Goldberg, D., Hasin, D., Hyman, S. E., ... Zimmerman, M. (2017). The hierarchical taxonomy of psychopathology (HiTOP): A dimensional alternative to traditional nosologies. *Journal of Abnormal Psychology, 126*(4), 454–477. <https://doi.org/10.1037/abn0000258>
- Kristjánsdóttir, H., Sigurosson, B. H., Salkovskis, P., Sigurosson, E., Sighvatsson, M. B., & Sigurosson, J. F. (2019). Effects of a brief transdiagnostic cognitive behavioural group therapy on disorder specific symptoms. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy, 47*(1), 1–15. <https://doi.org/10.1017/S1352465818000450>
- Linehan, M. M. (1993). *Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder*. Guilford Press.
- Mansell, W., Harvey, A., Watkins, E. R., & Shafran, R. (2008). Cognitive behavioral processes across psychological disorders: A review of the utility and validity of the transdiagnostic approach. *International Journal of Cognitive Therapy, 1*(3), 181–191. <https://doi.org/10.1680/ijct.2008.1.3.181>
- Mansell, W., Harvey, A., Watkins, E., & Shafran, R. (2009). Conceptual foundations of the transdiagnostic approach to CBT. *Journal of Cognitive Psychotherapy, 23*(1), 6–19. <https://doi.org/10.1891/0889-8391.23.1.6>
- McEvoy, P. M., Nathan, P., & Norton, P. J. (2009). Efficacy of transdiagnostic treatments: A review of published outcome studies and future research directions. *Journal of Cognitive Psychotherapy, 23*(1), 20–33. <https://doi.org/10.1891/0889-8391.23.1.20>
- Mohammadi, A., Birashk, B., & Gharaie, B. (2014). Comparison of the effect of group transdiagnostic treatment and group cognitive therapy on emotion regulation. [Comparison of the effect of group transdiagnostic treatment and group cognitive therapy on emotion regulation.]. *Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology, 19*(3), 187–194.
- Moher, D., Schulz, K. F., Simera, I., & Altman, D. G. (2010). Guidance for developers of health research reporting guidelines. *PLoS Medicine, 7*(2). <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1000217>
- Morris, L., & Mansell, W. (2018). A systematic review of the relationship between rigidity/flexibility and transdiagnostic cognitive and behavioral processes that maintain psychopathology. *Journal of Experimental Psychopathology, 9*(3). <https://doi.org/10.1177/2043808718779431>
- Mousavi, E., Hosseini, S., Bakhtiyari, M., Mohammadi, A., Isfeedvajani, M. S., Arani, A., & Sadaat, H. (2019). Comparing the effectiveness of the unified protocol transdiagnostic and mindfulness-based stress reduction program on anxiety and depression in infertile women receiving in vitro fertilisation. *Journal of research in medical and dental science, 7*(2), 44-51
- Nazari, N., Aligholipour, A., & Sadeghi, M. (2020). Transdiagnostic treatment of emotional disorders for women with multiple sclerosis: a randomized controlled trial. *BMC Women's Health, 20*(1), 1–11. <https://doi.org/10.1186/s12905-020-01109-z>
- Neacsiu, A., Eberle, J., Kramer, R., Wiesmann, T., & Linehan, M. (2014). Dialectical behavior therapy skills for transdiagnostic emotion dysregulation: A pilot randomized controlled trial. *Behaviour Research and Therapy, 59*, 40–51. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2014.05.005>
- Newby, J. M., McKinnon, A., Kuyken, W., Gilbody, S., & Dalgleish, T. (2015). Systematic review and meta-

- analysis of transdiagnostic psychological treatments for anxiety and depressive disorders in adulthood. *Clinical Psychology Review*, *40*, 91–110. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2015.06.002>
- Norton, P. (2012). A randomized clinical trial of transdiagnostic cognitive-behavioral treatments for anxiety disorder by comparison to relaxation training. *Behavior Therapy*, *43*(3), 506–517. 0000-0001-9731-4396%22
- Norton, P J, & Barrera, T. L. (2012). Transdiagnostic versus diagnosis-specific cbt for anxiety disorders: a preliminary randomized controlled noninferiority trial. *Depression and anxiety*, *29*(10), 874–882. <https://doi.org/10.1002/da.21974>
- Norton, Peter J., & Hope, D. A. (2005). Preliminary evaluation of a broad-spectrum cognitive-behavioral group therapy for anxiety. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, *36*(2), 79–97. <https://doi.org/10.1016/j.jbtep.2004.07.002>
- Norton, Peter J., & Roberge, P. (2017). Transdiagnostic Therapy. *Psychiatric Clinics of North America*, *40*(4), 675–687. <https://doi.org/10.1016/j.psc.2017.08.003>
- Norton, Peter J, Little, T., & Wetterneck, C. T. (2014). Does Experience Matter? Trainee Experience and Outcomes During Transdiagnostic Cognitive-Behavioral Group Therapy for Anxiety. In *Cognitive Behaviour Therapy* (Vol. 43, Issue 3, pp. 230–238). Taylor & Francis. <https://doi.org/10.1080/16506073.2014.919014>
- Oliveira, A. C. (2019). Eficácia da terapia cognitivocomportamental no tratamento da depressão: revisão integrativa. *Revista Brasileira de Terapias Cognitivas*, *15*(1), 29–37. <https://doi.org/10.5935/1808-5687.20190006>
- Osma, J., Peris-Baquero, O., Suso-Ribera, C., Farchione, T. J., & Barlow, D. H. (2022). Effectiveness of the unified protocol for transdiagnostic treatment of emotional disorders in group format in Spain: Results from a randomized controlled trial with 6-months follow-up. *Psychotherapy Research*, *32*(3), 329–342. <https://doi.org/10.1080/10503307.2021.1939190>
- Păsărelu, C. R., Andersson, G., Bergman Nordgren, L., & Dobrean, A. (2017). Internet-delivered transdiagnostic and tailored cognitive behavioral therapy for anxiety and depression: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Cognitive Behaviour Therapy*, *46*(1), 1–28. <https://doi.org/10.1080/16506073.2016.1231219>
- Pearl, S. B., & Norton, P. J. (2017). Transdiagnostic versus diagnosis specific cognitive behavioural therapies for anxiety: A meta-analysis. *Journal of Anxiety Disorders*, *46*, 11–24. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2016.07.004>
- Pinto, J. (2020). *Abordagens transdiagnósticas e seus usos para o desenvolvimento de marcadores objetivos em psiquiatria*. [Tese de Doutorado, Faculdade de Medicina da Universidade Federal do Rio Grande do Sul] *. Repositório Institucional da Universidade Federal do Rio Grande do Sul. <https://www.lume.ufrgs.br/handle/10183/206577>
- Reinholt, N., Hvenegaard, M., Christensen, A. B., Eskildsen, A., Hjørthøj, C., Poulsen, S., Arendt, M. B., Rosenberg, N. K., Gryesten, J. R., Aharoni, R. N., Alrø, A. J., Christensen, C. W., & Arnfred, S. M.

- (2022). Transdiagnostic versus diagnosis-specific group cognitive behavioral therapy for anxiety disorders and depression: A randomized controlled trial. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 91(1). <https://doi.org/10.1159/000516380>
- Reinholt, N., & Krogh, J. (2014). Efficacy of transdiagnostic cognitive behaviour therapy for anxiety disorders: A systematic review and meta-Analysis of published outcome studies. In *Cognitive Behaviour Therapy* (Vol. 43, Issue 3, pp. 171–184). Taylor & Francis. <https://doi.org/10.1080/16506073.2014.897367>
- Roberge, P., Provencher, M. D., Gaboury, I., Gosselin, P., Vasiliadis, H.-M., Benoît, A., Carrier, N., Antony, M. M., Chaillet, N., Houle, J., Hudon, C., & Norton, P. J. (2020). Group transdiagnostic cognitive-behavior therapy for anxiety disorders: A pragmatic randomized clinical trial. *Psychological Medicine*. <https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&AuthType=ip,shib&db=psych&AN=2020-92662-001&lang=pt-pt&site=ehost-live&scope=site>
- Roberge, P., Provencher, M. D., Gosselin, P., Vasiliadis, H.-M., Gaboury, I., Benoit, A., Antony, M. M., Chaillet, N., Houle, J., Hudon, C., & Norton, P. J. (2018). A pragmatic randomized controlled trial of group transdiagnostic cognitive-behaviour therapy for anxiety disorders in primary care: Study protocol. *BMC Psychiatry*, 18. 0000-0001-9929-8393%22,
- Rogiers, R., Baeken, C., den Abbeele, D., Watkins, E. R., Remue, J., Colman, R., De Raedt, R., & Lemmens, G. M. D. (2022). Group intervention “Drop it!” decreases repetitive negative thinking in major depressive disorder and/or generalized anxiety disorder: A randomised controlled study. *Cognitive therapy and research*, 46(1), 182–196.
- Santana, S. de M., Silva, N. G. da, Gonçalves, D. M., & Melo, M. C. M. D. (2014). Group interventions in cognitive-behavioral perspective: experiences from the clinical school. *Revista Brasileira de Terapias Cognitivas*, 10(1), 47–53. <https://doi.org/10.5935/1808-5687.20140007>
- Schaeuffele, C., Schulz, A., Knaevelsrud, C., Renneberg, B., & Boettcher, J. (2021). CBT at the crossroads: the rise of transdiagnostic treatments. *International Journal of Cognitive Therapy*, 14(1), 86–113. <https://doi.org/10.1007/s41811-020-00095-2>
- Schmidt, N. B., Buckner, J. D., Pusser, A., Woolaway-Bickel, K., Preston, J. L., & Norr, A. (2012). Randomized controlled trial of false safety behavior elimination therapy: A unified cognitive behavioral treatment for anxiety psychopathology. *Behavior Therapy*, 43(3), 518–532. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2012.02.004>
- Sheehan, D. V., Lecrubier, Y., Sheehan, K. H., Amorim, P., Janavs, J., Weiller, E., Hergueta, T., Baker, R., & Dunbar, G. C. (1998). The mini-International neuropsychiatric interview (M.I.N.I.): The development and validation of a structured diagnostic psychiatric interview for DSM-IV and ICD-10. *Journal of Clinical Psychiatry*, 59(SUPPL. 20), 22–33.
- Silva, R. A. da S. (2016). *A perspetiva transdiagnóstica pela voz de psicoterapeutas e supervisores: um estudo qualitativo pela variedade de fatores* [Dissertação de Mestrado, Universidade de Lisboa] *. Repositório Institucional da Universidade de Lisboa.
- Sterne, J. A. C., Savović, J., Page, M. J., Elbers, R. G., Blencowe, N. S., Boutron, I., Cates, C. J., Cheng, H.

- Y., Corbett, M. S., Eldridge, S. M., Emberson, J. R., Hernán, M. A., Hopewell, S., Hróbjartsson, A., Junqueira, D. R., Jüni, P., Kirkham, J. J., Lasserson, T., Li, T., ... Higgins, J. P. T. (2019). RoB 2: A revised tool for assessing risk of bias in randomised trials. *The BMJ*, *366*, 1–8. <https://doi.org/10.1136/bmj.l4898>
- Talkovsky, A. M., & Norton, P. J. (2016). Intolerance of uncertainty and transdiagnostic group cognitive behavioral therapy for anxiety. *Journal of Anxiety Disorders*, *41*, 108–114. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2016.05.002>
- Talkovsky, A. M., Paulus, D. J., Kuang, F., & Norton, P. J. (2017). Quality of life outcomes following transdiagnostic group cognitive-behavioral therapy for anxiety. *International Journal of Cognitive Therapy*, *10*(2), 93–114. https://doi.org/10.1521/ijct_2017_10_01
- Teismann, T., von Brachel, R., Hanning, S., Grillenberger, M., Hebermehl, L., Hornstein, I., & Willutzki, U. (2014). A randomized controlled trial on the effectiveness of a rumination-focused group treatment for residual depression. *Psychotherapy Research*, *24*(1), 80–90. <https://doi.org/10.1080/10503307.2013.821636>
- Wade, S., Byrne, S., & Allen, K. (2017). Enhanced cognitive behavioral therapy for eating disorders adapted for a group setting. *International journal of eating disorders*, *50*(8), 863–872.
- Watts, S. E., Turnell, A., Kladnitski, N., Newby, J. M., & Andrews, G. (2015). Treatment-as-usual (TAU) is anything but usual: A meta-analysis of CBT versus TAU for anxiety and depression. *Journal of Affective Disorders*, *175*, 152–167. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2014.12.025>
- WHO-Western Pacific Region. (2022). Transforming mental health for all. In *World Mental Health Report*. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240049338>
- Wuthrich, V. M., & Rapee, R. M. (2013). Randomised controlled trial of group cognitive behavioural therapy for comorbid anxiety and depression in older adults. *Behaviour Research and Therapy*, *51*(12), 779–786. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2013.09.002>
- Wuthrich, V. M., Rapee, R. M., Kangas, M., & Perini, S. (2016). Randomized controlled trial of group cognitive behavioral therapy compared to a discussion group for co-morbid anxiety and depression in older adults. *Psychological Medicine*, *46*(4), 785–795. 0000-0001-8693-2949%22,
- Zemestani, M., Imani, M., & Ottaviani, C. (2017). A preliminary investigation on the effectiveness of unified and transdiagnostic cognitive behavior therapy for patients with comorbid depression and anxiety. *International Journal of Cognitive Therapy*, *10*(2), 175–185. 0000-0002-5240-4387%22

APÊNDICES

Apêndice 1.

Processos transdiagnósticos apresentados no modelo de Harvey et al. (2004)

Processos Transdiagnósticos Gerais				
Processos Atencionais	Processos de Memória	Processos de Racionalização	Processos de Pensamento	Processos Comportamentais
Processos transdiagnósticos definitivos e específicos				
Atenção Seletiva (estímulos externos)	Memória seletiva explícita	Raciocínio (viés) de interpretação	Pensamento negativo recorrente	Evitamento Comportamental
Atenção seletiva (estímulos internos)	Memórias recorrentes	Raciocínio (viés) de expectativa	Crenças metacognitivas negativas e positivas	Comportamento de segurança
Evitamento atencional Atenção a fontes de segurança		Raciocínio emocional		Evitamento experiencial
Possíveis processos transdiagnósticos				
	Memória seletiva implícita	Raciocínio atribucional	Supressão de pensamento	Sinais de segurança ineficazes
	Memória Supergeneralizada	Heurística de disponibilidade Viés de covariação		
	Codificação e recuperação de memórias evasivas	Viés de confirmação para regras de ameaças		

Notas: tabela traduzida e adaptada do estudo realizado por Harvey et al., (2004). Reproduzida com autorização.

Apêndice 2.

Os processos transdiagnósticos mais investigados na literatura (adaptado de Almeida & Marinho, 2021)

Processo Geral	Processo Específico	Definição	Perturbações em comum
Processos Cognitivos	Atenção selectiva	manifesta-se quando existe uma tendência contínua para prestar particular atenção a um determinado estímulo (interno ou externo), estando habitualmente relacionado com as preocupações da pessoa.	alterações na atenção selectiva externa: perturbações de ansiedade, perturbações do comportamento alimentar e perturbações psicóticas. alterações na atenção selectiva interna: depressão, perturbações de ansiedade, perturbação obsessiva compulsiva e dor crónica.
	Memórias recorrentes intrusivas	memórias que habitualmente se referem a experiências com elevada carga emocional e que ocorrem na forma de imagens vívidas, provocando intenso sofrimento.	perturbação de stress pós-traumático, perturbação dismórfica corporal, perturbação depressiva major, perturbações psicóticas e perturbação afectiva bipolar
	Supressão de pensamento	refere-se ao processo cognitivo de bloquear pensamentos perturbadores.	Perturbação depressiva major, perturbação, perturbação de stress pós-traumático, perturbação da ansiedade generalizada, perturbação obsessiva compulsiva.
	Pensamento negativo recorrente	trata-se do processo de repetidamente e de forma perseverante ruminar sobre temáticas negativas, como na ruminação depressiva ou preocupação ansiosa.	Perturbação de ansiedade social, perturbação de ansiedade generalizada, perturbação depressiva major, perturbação do stress pós-traumático, perturbação de sono e esquizofrenia.
	Regulação emocional maladaptativa	refere-se a estratégias de regulação emocional que estão na origem de sintomas ou de outros resultados negativos.	Perturbações do comportamento alimentar, perturbações de ansiedade, depressivas, e perturbação do uso de substâncias.
	Neuroticismo	refere-se ao traço de experienciar afectos negativos, incluindo ansiedade, depressão, raiva, auto-consciência, irritabilidade e instabilidade emocional.	perturbações depressivas, de ansiedade e perturbação do uso de substâncias.
Processos Comportamentais	a literatura existente sobre modelos comportamentais apoia, geralmente, um modelo transdiagnóstico de aquisição, manutenção e generalização do medo, com respostas de evitamento.		

Notas: tabela elaborada e adaptada através do estudo realizado por Almeida & Marinho, (2021).

Apêndice 3.

Protocolos terapêuticos direcionados aos processos transdiagnósticos (adaptado de Schaeuffele et al., 2021)

Terapia	Processo Transdiagnóstico
Terapia focada na ruminação Programa sobre tristeza e ruminação	Pensamento negativo repetitivo/ruminação
Terapia metacognitiva	Crenças metacognitivas
Modificação viés atencional	Viés atencional
Ativação comportamental	Evitação comportamental
Terapia Comportamental Transdiagnóstica	
Terapia de aceitação e compromisso	Evitação experiencial
Terapia para eliminação de comportamento de falsa segurança	Comportamento de segurança
CBT para perfeccionismo clínico	Perfeccionismo
Modelo de Tratamento por Eistein	Intolerância a incerteza
Terapia comportamental dialética	Regulação emocional
Treino de regulação afetiva Treino de regulação emocional	
Protocolo unificado	Afeto negativo/neuroticismo

Notas: tabela traduzida e adaptada do estudo realizado por Schaeuffele et al., (2021).

Apêndice 4.

Tabela 2

Características Gerais dos estudos incluídos

Estudo	País	N°	Participantes	Local de Intervenção	Sexo (F%)	Idade média ± SD	Intervenção		Formato dos Grupos	Terapeutas e experiência	Medidas de resultados primários	Design
							Tratamento	Controle				
Osma et al. (2022)	Espanha	488	ansiedade, depressão e perturbações relacionadas	centros de saúde (atenção primária)	UP: 79,2% TAU:78,0%	UP 42.76 ± 11.61 TAU 42.45 ± 13.1	UP 12 semanas (120 min) 8 módulos	TAU - CBT individual não-protocolizada + farmacoterapia (30-40min)	8-10 participantes 2 clínicos (terapeuta e co-terapeuta)	psicólogos licenciados (8 a 10 anos) residentes de psicologia (2 a 4 anos)	ADIS-IV-L; NEO-FFI, PANAS, BDI-II, ODSIS,BAI,OASIS, QLI	RCT, pré-pós (3 meses), 6 e 9 meses follow-up
Roberge et al. (2020)	Canadá	231	perturbações de ansiedade (PAG, PAS, PP,agorafobia)	comunidade (atenção primária)	85,7%	tCBT+ TAU 37,8 ± 12.2 TAU 36.2± 11.8	tCBT+ TAU 12 semanas (120min)	TAU (terapia convencional e/ou farmacoterapia) sem restrições	8-10 participantes 2 clínicos (terapeuta e co-terapeuta)	psicólogos com Ph.D (min 2 anos de experiência)	ADIS-5, BAI, HPQ	RCT, pré-pós, 8 e 12 meses de follow-up
Zemestani et al. (2017)	Irã	43	perturbações do humor e sintomas de ansiedade	estudantes	67,4%	22.8±3.6	UP 14 semanas (90min)	Lista de Espera	dados não fornecidos 2 terapeutas	psicólogos doutorandos com experiência em CBT	ADIS-IV, SCID -I, BDI-II, BAI, ERQ	RCT, pré-pós com 3 meses de follow-up
Garland et al. (2016)	EUA	180	perturbações psiquiátricas + uso de substâncias	comunidade terapêutica	0%	MORE 37,7±10.4 CBT 36,5±11.2 TAU 38,7±9.8	MORE 10 sessões (120min)	TAU (120 min por dia) CBT 10 sessões (120 min)	6-12 participantes 1 terapeuta cada grupo	assistente social clínico (MORE), clínicos (CBT e TAU), ambos nível mestrado	ADIS-IV, MINI, Histórico de traumas, PACS, PCL-C, BSI, PANAS, <i>Mindfulness Questionnaire</i>	RCT, pré-pós
Wuthrich et al. (2016)	Austrália	133	idosos, perturbações de ansiedade e depressão	clínica universitária	CBT 32.8% Grupo Discussão 22.6%	67,35±5.44 60 - 88 anos	Aging Wisely 12 semanas - 1 intervalo (120 min)	Grupo de Discussão não-direcionado 12 semanas - 1 intervalo (120 min)	6-8 participantes (terapeutas)	estudantes psicologia clínica	ADIS-IV, MMSE, GDS, GAI ,WHOQOL-BRE	RCT; pré-pós com 6 meses de follow-up
Norton (2012)	EUA	87	perturbações de ansiedade	clínica universitária	62.06%	32,98 ±10.73	tCBT 12 semanas (120 min)	RLX 12 semanas (120 min)	dados não fornecidos	estudantes em nível de doutorado	ADIS-IV, STAI, ADDQ, BAI, PDSS, SPDQ, GAD-Q-IV	RCT, pré-pós
Reinholt et al. (2021)	Dinamarca	291	depressão major, PAS, PP e/ou agorafobia	serviços ambulatoriais	64,60%	32.22±11.0	UP 14 semanas (120 min) 8 módulos	Grupos dCBT 14 semanas (120 min)	8 participantes 2 terapeutas	psicólogos licenciados e psicoterapeutas com média de 8,8 anos de experiência	MINI, WHO-5	RCT, pré-pós com 6 meses de follow-up
Cano-Vindel et al. (2021)	Espanha	1061	sintomas de depressão, ansiedade e/ou somatoforme	centros de saúde (atenção primária)	81,1%	43,6 ± 12.3	TD-GCBT+TAU 7 sessões (90 min) 12-14 semanas	TAU consultas regulares com médicos assistentes	8-10 participantes 1 psicólogo clínico	psicólogos clínicos experientes e treinados	PHQ, GAD-7, PHQ-9, PHQ-15	RCT, pré-pós, 3, 6 e 12 meses de follow-up
Wuthrich et al. (2013)	Austrália	62	idosos, <i>mixed</i> depressão e ansiedade	clínica universitária	Aging Wisely 66.66% Lista de Espera 62.86%	67,44 ± 6.19	Aging Wisely 12 semanas (120min)	Lista de espera	6-8 participantes (terapeuta e co-terapeuta)	psicólogos e estudantes de pós-graduação em psicologia clínica	ADIS-IV, ACE-R, GDS, CES-D, GAI, PSWQ, SF12	RCT, pré-pós e 3 meses de follow-up
Nazari et al. (2020)	Irã	64	esclerose múltipla com <i>mixed</i> ansiedade e depressão	clínica hospitalar	100%	35,13 ± 5.28	UP 14 sessões semanais (120 min)	intervenção de apoio social - 14 sessões (120min)	dados não fornecidos	dados não fornecidos	SCID I-IV, HADS, DERS	RCT, pré-pós e 3 meses de follow-up

Estudo	País	N°	Participantes	Local de Intervenção	Sexo (F%)	Idade média ± SD	Intervenção		Formato dos Grupos	Terapeutas e experiência	Medidas de resultados primários	Design
							Tratamento	Controle				
Mohammadi et al. (2013)	Irã	33	sintomas de ansiedade e depressão	estudantes universitários	75,8%	22,6 ± 3.1	UP adaptado	dCBT	dados não fornecidos	dados não fornecidos	ADIS-IV, DASS, WSAS	RCT, pré-pós
Schmidt et al. (2012)	EUA	96	PP, PAS e/ou PAG	ambulatorio universitário	72%	36,3 ± 10.7	8 sessões semanais (120min)	8 sessões semanais (120min)	dados não fornecidos	P.hd terapeuta e estudantes de pós-graduação em psicologia clinica (1 a 2 anos)	SCID-NP; ASI, BDI-II, MI, DIS, SPRAS, CGI	RCT, pré-pós com 6 meses follow-up
							F-SET	Lista de Espera	1 terapeuta			
							10 sessões semanais (120min)					
Neacsiu et al. (2014)	EUA	48	desregulação emocional e sintomas de depressão e/ou ansiedade	centro universitário	DBT (68,2%) ASG 63,6%	DBT 32,27±10.50 ASG 38,82±13.55	DBT-ST	ASG - apoio baseado em atividades	grupos abertos e contínuos	terapeutas nível mestrado e assistente bacharelado (ambos 3 anos)	SCID-I; DERS, DBT-WCCL, PHQ-9, OASIS	RCT, pré-pós e 6 meses de follow-up
							16 sessões semanais (120min)	16 sessões semanais (120min)	terapeuta e co-terapeuta			
Berking et al. (2019)	Alemanha	218	depressão <i>major</i> e comorbidades	serviços ambulatoriais	64,2%	38,9±12.7	ART	CFC	4-8 participantes	psicólogos em nível de mestrado	SCID-IV, HRSD, BDI-I	RCT, pré-pós
							6 semanas (180 min)	Lista de espera				
Korrelboom et al. (2011)	Países Baixos	91	perturbações de personalidade	centro psiquiátrico especializado	84%	36,1±8.7	COMET + TAU	TAU	5-9 participantes	psicólogos clínicos e enfermeiros	DSM-IV-TR, RSES, BDI, POS	RCT, pré-pós com 3 meses de follow-up
							7 sessões semanais (120 min)	terapia regular contínua				
Norton Barreira et al. (2012)	EUA	46	PP, PAG e/ou PAS	clínica universitária	50%	31,46 ± 8.93	tCBT	dCBT	dados não fornecidos	estudantes de pós-graduação em nível de doutorado	ADIS-IV, STAI, PDSS, SPDQ, GADQ-IV, BDI	RCT; pré - durante e pós tratamento.
							12 sessões semanais (120min)	12 sessões semanais (120min)	terapeuta e co-terapeuta			
Ejebj et al. (2014)	Suécia	245	ansiedade, depressão, estresse e somatoforme	centros de saúde (atenção primária)	MMI 85% CBT 75% TAU 82.7%	MMI 44.3±9.5 TCC 43.3±10.3 CAU 45.6±9.5	MMI	CBT	dados não fornecidos	psicólogos clínicos licenciados e enfermeiras	ADIS-IV, MCS of SF-36	RCT; pré-pós com 12 meses de follow-up
							6 sessões 2x por semana (150 min)	12 semanas (120 min)	terapeutas e co-terapeutas			
Wade et al. (2017)	Austrália	40	perturbações alimentares	ambulatorio universitário	100%	23.9 ± 5	CBT-E	Lista de Espera	dados não fornecidos	psicólogos clínicos <i>trainee</i>	MINI, EDE-Q 6.0, RSES, CPQ, TOMS, IIP-32	RCT, pré-pós com 3 meses de follow-up
							18 sessões semanais (120min) + 2 sessões individuais (50min)		2-3 clínicos			
Chen et al. (2013).	Austrália	49	preocupação excessiva	adultos da comunidade	77,6%	BAW 36,48±12.30 Lista de espera 42,17±13.11	BAW	Lista de Espera	5-7 participantes terapeuta e co-terapeuta	psicólogos e psicólogos <i>trainee</i>	CBAS, IUS, SPSI-R:S	RCT; pré-pós com 1 mês de follow-up
							8 sessões					
Kananian et al. (2020)	Alemanha	24	refugiados, PSPT, depressão, ansiedade e/ou somatoforme	ambulatorio universitário	0%	22,1± 13.6	CA-CBT+	Lista de Espera	dados não fornecidos	terapeutas	MINI, GHQ-28, PCL-5, PHQ-9, SSS-8, WHOQOL-BREF, ERS.	RCT; pré-pós com 12 meses de follow-up
							6 semanas (90min)		terapeuta e co-terapeuta			

Estudo	País	N°	Participantes	Local de Intervenção	Sexo (F%)	Idade média ± SD	Intervenção		Formato dos Grupos	Terapeutas e experiência	Medidas de resultados primários	Design
							Tratamento	Controle				
Corpas et al. (2021)	Espanha	105	depressão, ansiedade e/ou somatoforme	centros de saúde (atenção primária)	68.6%	39.6±11.2	UP breve adaptado 8 semanais (60min) 8 módulos	TAU farmacoterapia	8-12 participantes	psicólogos clínicos	SCID-5, GAD-7, PHQ-15, PHQ-PD, PHQ-9	RCT, pré-pós
Ekkers et al. (2011)	Países Baixos	93	idosos, perturbação depressiva maior e comorbidades	pacientes ambulatoriais	TAU+COM ET 71,6%	TAU + COMET 71,8±5.8	COMET + TAU 7 sessões semanais (90min)	TAU farmacoterapia + terapias habituais	6-8 participantes 2 terapeutas	terapeutas treinados em CBT	DSM-IV-TR, QIDS-SR, GDS, RRS, RSS	RCT; pré-pós
Amirpour et al. (2018)	Irã	30	sintomas de paranoia subclínica	estudantes universitários /população não clínica	100%	TAU 73,9±5.7	tCBT - UP 10 sessões (2x por semana)	Lista de Espera	dados não fornecidos 1 terapeuta	treinador com experiência em CBT	SCID-I, PS, WSAS	RCT, pré-pós
Rogiers et al. (2022)	Bélgica	80	Depressão major e/ou PAG	ambulatório universitário	RNT-G 66,66% DTG 65,71%	RNT-G 41.5±12.1	RNT-G 7 sessões semanais (90min) + 1 reforço após 1 mês	Tratamento Tardio	dados não fornecidos 2 terapeutas	psicólogo e psiquiatra sênior	MINI, PSWQ, LARSS, PTQ, MCV, CFQ-13, PRISM	RCT, pré-pós com 3 e 9 meses de follow-up
de Ornelas et al. (2017)	Brasil	48	Depressão unipolar e PAG	ambulatório universitário	81,3%	DTG 43.7±10.9 dados não fornecidos	UP -14 sessões semanais (120 min)	farmacoterapia	8 participantes	terapeutas (não especificados)	MINI, BAI, BDI, ASEX, WHOQOL - BREF	RCT, pré-pós
Corpas et al. (2021)	Espanha	102	depressão, PAG, PP e somatoforme	centros de saúde (atenção primária)	PBG 88,20% PBI 91,20% TAU 85,30%	38,50±12.20	8 módulos UPG 8 sessões semanais em grupo UPI 8 sessões semanais, individuais	TAU farmacoterapia	PBG - 10 participantes	psicólogos clínicos	SCID - 5, PHQ-15, PHQ-9, PHQ-PD, GAD-7, STAI, BDI-II, BSI-18	RCT, pré-pós
Mousavi et al. (2019)	Irã	45	infertilidade + sintomas de depressão e ansiedade	serviços ambulatoriais	100%	47% - 34 anos 53% entre 35-44 anos	UP 10 sessões semanais (120min) MBSR 8 sessões semanais (120min)	Lista de espera	dados não fornecidos 15 participantes por grupo	psicólogo	SCID-I, SCID-II, BAI, BDI-II	RCT, pré-pós com 3 meses de follow-up
Norton et al. (2005)	EUA	23	perturbações de ansiedade	clínica universitária	60.9%	39.58±11.88	tCBT 12 sessões semanais (150min)	Lista de espera	dados não fornecidos	terapeutas	ADIS-IV, CSR, DASS, MASQ	RCT, pré-pós
Erickson et al. (2007)	Canadá	152	perturbações de ansiedade	serviços ambulatoriais	GCBT 62% Lista de Espera 66%	GCBT 40.7±11.8 Lista de Espera 41.0 ±11.1	GCBT 11 sessões semanais (120min)	Lista de Espera	9-13 participantes dois líderes	psicólogo sênior doutorado + estudante psicologia clínica	SCID-IV, BAI, BDI-II, GAF	RCT, pré-pós

Estudo	País	N°	Participantes	Local de Intervenção	Sexo (F%)	Idade média ± SD	Intervenção		Formato dos Grupos	Terapeutas e experiência	Medidas de resultados primários	Design
							Tratamento	Controle				
Hvenegaard et al. (2020)	Dinamarca	131	depressão <i>major</i>	serviços ambulatoriais	RFCBT 71% CBT 82%	RFCBT 39.8 ±13.7	RFCBT 11 sessões semanais (180min)	dCBT 11 sessões semanais (180min)	dados não fornecidos	terapeutas formados em CBT com média de 9 anos de experiência	M.I.N.I, HRSD,	RCT; pré-pós e 6 meses de follow-up
Korrelboom et al. (2009)	Países Baixos	53	perturbações alimentares	serviços ambulatoriais	100%	COMET 25.5±5.3 TAU 25.4 ±5.7	COMET+TAU 7 sessões semanais (90min)	TAU (consultas regulares em grupo ou individual baseadas em CBT)	6-8 participantes terapeuta e co-terapeuta	psicóloga clínica com experiência e uma arteterapeuta (co-terapeuta)	RSES, BDI, EDI-II	RCT; pré-pós
Teismann et al. (2014)	Alemanha	60	depressão residual	clínica universitária	CBT-DR 71.0% Lista de Espera 72.4%	CBT-DR 47.58 ±27.11 Lista de Espera 46.62 ±12.47	CBT-DR 11 sessões semanais	Lista de Espera	6 participantes dois terapeutas	psicólogos clínicos formados em CBT (3 a 6 anos)	SCID-I, BDI-II, PTQ, RSQ-B, PBRS,	RCT, pré-pós e 12 meses de follow-up

Notas. Países: EUA = Estados Unidos da América. Participantes: PAG = Perturbação da Ansiedade Generalizada, PAS = Perturbação da Ansiedade Social, PP= Perturbação de Pânico. Intervenções: UP = unified protocol, CBT = cognitive behaviour therapy, TAU = treatment-as-usual, tCBT= transdiagnostic group cognitive-behavioral therapy, MORE = mindfulness-oriented recovery enhancement, RLX = relaxation training program, dCBT = diagnosis-specific cognitive-Behavioral therapy, TD-GCBT = transdiagnostic group cognitive behavioural therapy, F-SET=false safety behaviour elimination therapy, DBT-ST=dialectical behavior therapy skills training, ASG=activities-based support group, ART=Affect Regulation Training, CFC=controlling for common factors (CFC), COMET= Competitive Memory Training, MMI= multimodal intervention, CBT-E= enhanced cognitive behavioral treatment, BAW=behavioural activation treatment for worry, CA-CBT+= Culturally Adapted Cognitive Behavioral Therapy Plus Problem Management, RNT-G=Repetitive negative thinking group. Medidas de resultados: ADIS-IV-L: Anxiety Disorders Interview Schedule for DSM-IV-Lifetime Version, NEO-FFI=NEO Five-Factor Inventory, PANAS=Positive and Negative Affect Schedule, BDI-II: Beck Depression Inventory-II, ODSIS: Overall Depression Severity and Impairment Scale, BAI=Beck Anxiety Inventory, OASIS: Overall Anxiety Severity and Impairment Scale, QLI:Quality of Life Index, ADIS-5:Anxiety and Related Disorders Interview Schedule for DSM-5, HPQ: World Health Organization Health and Work Performance Questionnaire, ERQ: Emotion Regulation Questionnaire, SCID-I: Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorders; PACS: Penn Alcohol Craving Scale, PCL-C: Checklist-Civilian version; BSI: Brief Symptom Inventory, ADIS: Anxiety Disorders Interview Schedule for DSM-IV, MMSE: Mini Mental State Examination – Revised, GDS: Geriatric Depression Scale, GAI: Geriatric Anxiety Inventory, WHOQOL-BRE: World Health Organization quality of life measure brief, STAI: State-Trait Anxiety Inventory-State Version, ADDQ: Anxiety Disorder Diagnostic Questionnaire, PDSS: Panic Disorder Severity Scale, SPDQ: Social Phobia Diagnostic Questionnaire, GAD-Q-IV: Generalized Anxiety Disorder Questionnaire for DSM-IV, WHO-5: World Health Organisation 5 Well-Being Index, PHQ: Patient health questionnaire, GAD-7: Generalized Anxiety Disorder 7 scale, PHQ-9: Patient Health Questionnaire for depression, PHQ 15: Patient Health Questionnaire of somatic symptoms subscale, ACE-R: Addenbrooke Cognitive Examination-Revised, CES-D: Centre for Epidemiological Studies e Depression Scale, SF12: Short Form e 12 version 1 Mental Health Subscale, SCID I-IV: Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorders, HADS: Hospital anxiety and depression scale; DERS:Difficulties in Emotion Regulation Scale, DASS: Depression, Anxiety, and Stress Scale, WSAS: Work and Social Adjustment Scale, ASI: Anxiety Sensitivity Index, MI:mobility Inventory, DIS: Sheehan Disability Scale, SPRAS: Sheehan Patient-Rated Anxiety Scale, CGI: Clinical Global Impressions Scale, SCID-NP: Structured Clinical Interview for Axis I DSM-IV Disorders, DBT-WCCL: DBT Ways of Coping Checklist, HRSD: Hamilton Rating Scale for Depression, RSES: Rosenberg Self-Esteem Scale, POS: Positive Outcome Scale, DSM-IV-TR: fourth edition of the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders; MCS of SF-36: Mental Component Summary (MCS) score of short form 36, EDQ-6.0: Eating disorder examination questionnaire; CPQ: Clinical perfectionism questionnaire; TOMS: Tolerance of mood states scale, IIP-32: Inventory of interpersonal problems, CBAS: Cognitive-Behavioural Avoidance Scale, IUS: Intolerance of Uncertainty Scale, SPSP-R-S: Social Problem Solving Inventory-Revised Short Form, GHQ-38: General Psychological Well-Being, SSS: Somatic Symptom Scale, QIDSSR: Quick Inventory of Depressive Symptomatology-Self Report, RRS: Ruminative Response Scale, RSS: Rumination on Sadness Scale, PS: Paranoia Scale, WSAS:Work and Social Adjustment Scale; PTQ: Perseverative Thinking Questionnaire, MCV: Metacognitive questionnaire, CFQ-13: Cognitive Fusion Questionnaire, PRISM: Pictorial Representation of Illness and Self Measure, ASEX: Arizona Sexual Experience Scale; M.I.N.I: MINI - 5.0: Mini International Neuropsychiatric Interview, PHQ-PD: Patient Health Questionnaire-Panic Disorder, CSR: Clinician Severity Ratings, a component of the ADIS-IV, MASQ: Mood and Anxiety Symptom Questionnaire.

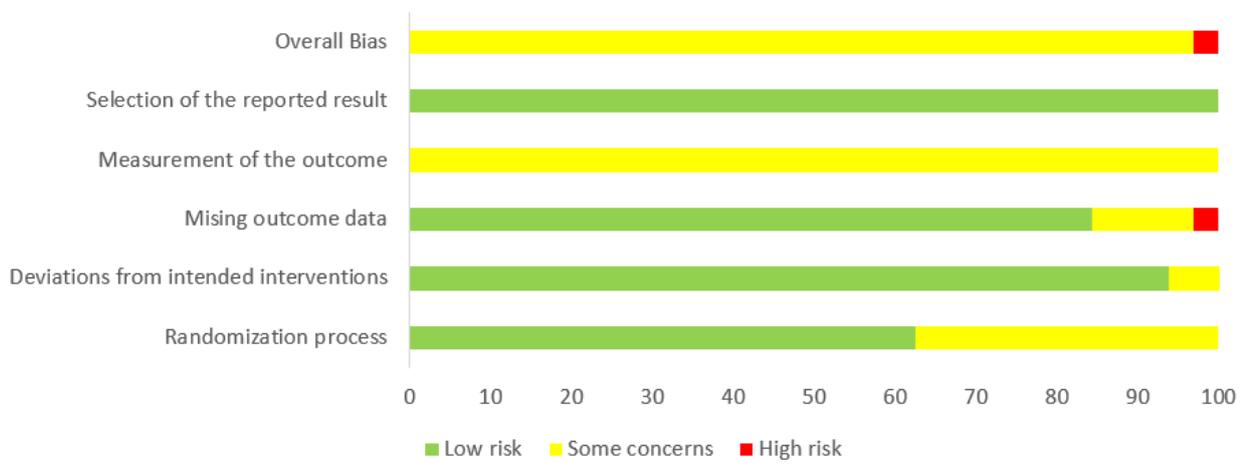
Apêndice 5.

Classificação individual do risco de viés dos estudos incluídos - Cochrane RoB 2.0

<u>D1</u>	<u>D2</u>	<u>D3</u>	<u>D4</u>	<u>D5</u>	<u>Overall</u>	
+	+	+	!	+	!	+
+	+	+	!	+	!	!
!	+	+	!	+	!	-
+	+	+	!	+	!	
+	+	+	!	+	!	D1 Randomisation process
+	+	+	!	+	!	D2 Deviations from the intended interventions
+	+	+	!	+	!	D3 Missing outcome data
+	+	+	!	+	!	D4 Measurement of the outcome
+	+	+	!	+	!	D5 Selection of the reported result
+	+	+	!	+	!	
!	!	!	!	+	!	
+	+	+	!	+	!	
+	+	+	!	+	!	
+	+	+	!	+	!	
+	+	+	!	+	!	
!	+	+	!	+	!	
+	!	+	!	+	!	
!	+	+	!	+	!	
!	+	-	!	+	-	
!	+	+	!	+	!	
+	+	+	!	+	!	
+	+	!	!	+	!	
+	+	!	!	+	!	
!	+	+	!	+	!	
!	+	+	!	+	!	
+	+	+	!	+	!	
!	+	!	!	+	!	
!	+	+	!	+	!	
!	+	+	!	+	!	
+	+	+	!	+	!	
+	+	+	!	+	!	
!	+	+	!	+	!	

Apêndice 5.

Classificação geral do risco de viés dos estudos incluídos - Cochrane RoB 2.0



Apêndice 6.

Características das Intervenções Transdiagnósticas em Grupos

Estudos	Nº	Intervenção	Conteúdo das sessões
Reinholt et al. (2022), Corpas et al. (2022), Corpas et al. (2021), Osma et al. (2021), Nazari et al. (2020), Elnaz Mousavi et al. (2019), Amirpour et al. (2018), Zemestani et al. (2017), Ornelas et al. (2017), Mohammadi et al. (2013)	10	Protocolo Unificado (UP): Intervenção Cognitivo- Comportamental transdiagnóstica desenvolvida por Barlow et. al (2011) para o tratamento de perturbações emocionais (depressão, ansiedade e perturbação somatoforme).	1- Motivação para mudança e compromisso com o tratamento; 2 - Compreender a adaptabilidade das emoções; 3 - Reconhecimento e análise de emoções; 4 e 5 -Treinamento de conscientização emocional - I e II; 6 e 7 - Flexibilidade cognitiva- I e II; 8 - Evitação emocional e comportamentos guiados pela emoção; 9 - Consciência e tolerância às sensações físicas; 10 e 11 - Exposição emocional interoceptiva e situacional - I e II; 12 - Conquistas, manutenção e prevenção de recaídas.
Roberge et al. (2020), Norton (2012), Norton et al. (2012), Norton et al. (2004)	4	Terapia Cognitivo-Comportamental Transdiagnóstica (tCBT) desenvolvida por Norton & Hope (2002) para o tratamento de perturbações de ansiedade.	1.5 - Psicoeducação: componentes da ansiedade, justificativa do tratamento, causas da ansiedade e automonitoramento diário; 1.5 - Reestruturação Cognitiva: identificar pensamentos de ansiedade, interpretações equivocadas e avaliações equivocadas, desafiar e desenvolver uma interpretação ou avaliação equilibrada; 4 a 9 - Exposição: desenvolver uma hierarquia do medo, conduzir a exposição na sessão e na lição de casa enquanto se envolve na prevenção de respostas; 10 e 11 - Reestruturação Cognitiva Baseada em Esquema: idêntico à reestruturação cognitiva anterior, mas com ênfase no estilo neurótico geral: “tendência de interpretar estímulos neutros ou ambíguos como negativos, ameaçadores e pessoalmente relevantes”; 12 - Rescisão/Prevenção de Recaída: autoexposição contínua e reestruturação cognitiva, lapsos vs. recaídas, Planos de Ação de Emergência.
Ekkers et al. (2011), Korrelboom et al. (2011), Korrelboom et al. (2009)	3	Treinamento de Memória Competitiva (COMET) desenvolvido por Korrelboom, Visser & Ten Broeke (2004) para o tratamento da ruminação (aplicados a autoestima e ruminação depressiva).	1 - Identificação da auto-imagem negativa; identificação de uma auto-imagem positiva credível que seja incompatível com a auto-imagem negativa; 2 a 5 -Fortalecimento da auto-imagem positiva: a competitividade de recuperação da autoimagem positiva contraditória é reforçada pelo reforço repetido de sua carga emocional 6 e 7 - Formando novas associações entre “pistas de risco” e autoimagem positiva por contra-condicionamento: Nas últimas sessões do COMET, os pacientes são treinados para associar sua nova autoimagem positiva a pistas que normalmente provocam incerteza.
Wuthrich et al. (2016), Wuthrich et al. (2013)	2	Aging Wisely (CBT) intervenção baseada em habilidades cognitivo- comportamentais desenvolvida por	1- Introdução, psicoeducação, mitos sobre o envelhecimento; 2 - Motivação para mudar e definição de metas, monitoramento do humor, identificação da presença de pensamentos em situações;

		Wuthrich & Rapee (2013) para o tratamento de depressão e ansiedade comórbidas em idosos.	<p>3 - Agendamento de atividades, ligando pensamentos e sentimentos;</p> <p>4 - Identificação de pensamentos disfuncionais, resolução de problemas;</p> <p>5 - Reestruturação cognitiva;</p> <p>6 - Barreiras comuns à reestruturação cognitiva, usando a reestruturação cognitiva para lidar com a solidão e a baixa motivação;</p> <p>7 - Revisão das metas, revisão das habilidades ensinadas até o momento;</p> <p>8- Exposição gradual e redução da evitação;</p> <p>9- Exposição graduada, assertividade e comunicação;</p> <p>10 - Estratégias de sono;</p> <p>11- Lidando com a perda e luto;</p> <p>12-Rever metas e habilidades, prevenção de recaídas.</p>
Cano-Vindel et al. (2021)	1	Terapia Cognitivo-Comportamental Transdiagnóstica em Grupo TD-CBT: desenvolvida por Cano-Vindel (2011) para o tratamento de perturbações emocionais (depressão, ansiedade e somatoforme) na atenção primária.	<p>1 e 2 - Psicoeducação: informações sobre ansiedade e estado de humor, distúrbios emocionais, a terapia de grupo, componentes do tratamento e os objetivos do tratamento, vieses cognitivos, a relação entre pensamentos e emoções, equívocos de emoções, equívocos de distúrbios emocionais;</p> <p>1 e 2 - Relaxamento: respiração abdominal, treino de relaxamento muscular progressivo, visualização;</p> <p>3 a 7- Técnicas de reestruturação cognitiva: modelo ABC Ellis, informações sobre pensamentos irracionais e racionais, exercícios para: detecção e refutação de pensamentos irracionais com pensamentos racionais, detecção de vieses cognitivos, reestruturar vieses cognitivos, fornecer autoinstruções positivas;</p> <p>5 a 7 -Terapia comportamental: ativação comportamental, terapia de exposição, habilidades sociais e assertividade, soluções de problemas;</p> <p>7 - Prevenção de recaídas: aceitação da recaída, reestruturação da recaída.</p>
Garland et al. (2015)	1	Mindfulness-Oriented Recovery Enhancement (MORE) intervenção transdiagnóstica desenvolvida por Garland (2013) para o tratamento de perturbações psiquiátricas + uso de substâncias.	<p>1 - Treinamento de atenção plena para direcionar o comportamento de hábito automático e promover a não reatividade;</p> <p>2 - Treinamento de reavaliação positiva para regular emoções negativas e promover um senso de significado na vida;</p> <p>3 - Treinamento em saborear eventos e emoções agradáveis para melhorar déficits no processamento natural de recompensas e afetividade positiva.</p> <p>Obs: os três domínios acima são apresentados durante 10 sessões.</p>
Schmidt et al. (2012)	1	Terapia de Eliminação de Comportamentos de Falsa Segurança (F-SET), intervenção cognitivo-comportamental desenvolvida por Schimidt et.al (2012) para o tratamento de perturbações de	<p>1 - Psicoeducação sobre as perturbações de ansiedade;</p> <p>2 - Atitude antifóbia: o papel dos comportamentos antifóbicos na refutação de falsas crenças subjacentes ansiedade;</p> <p>3 a 10 - Ao longo do tratamento, uma variedade de tópicos de falsa segurança são revisados e a cada semana os pacientes são questionados reduzir tais comportamentos até que todos os falsos comportamentos de segurança tenham sido eliminados. A cada semana após a sessão 3 do tratamento, os pacientes foram desafiados a se</p>

		ansiedade .	envolver em atividades antifóbicas relevantes.
Rogiers et al. (2022)	1	RNT-G: Intervenção em Grupo Transdiagnóstica desenvolvida por Rogiers et al. (2022) para o tratamento de pensamentos negativos repetitivos para TAG e depressão major.	1- Informações sobre pensamentos negativos repetitivos (RNT); 2- Ativação Comportamental: atividades exploratórias (anti- RNT); 3- Ativação Comportamental: engajar-se em atividades; 4 - Intervenções cognitivas: psicoeducação sobre o papel das cognições e esquemas; 5 - Intervenções cognitivas: reconhecimento das próprias cognições e esquemas disfuncionais; 6 - Intervenções cognitivas. Discutindo cognições disfuncionais; 7 - Bem-estar: psicoeducação sobre a função das emoções positivas; 8 - Reforço (<i>booster</i>).
Neacsiu et al. (2014)	1	DBT-ST: Treinamento de Habilidades da Terapia Comportamental Dialética , desenvolvida por Linehan (1993) e direcionado para desregulação emocional transdiagnóstica.	1, 2 e 9 - Mindfulness: habilidades, que enfatizam observar, descrever e participar do momento presente de forma eficaz e sem julgamentos; 3 a 8 - Habilidades de regulação emocional: estratégias para mudar emoções e a tendência a responder emocionalmente; 10 a 13 - Habilidades de tolerância ao sofrimento: ncluindo estratégias para controlar ações impulsivas e aceitar radicalmente eventos difíceis da vida; 15 a 16 - Habilidades de eficácia interpessoal: que vão desde a atuação assertiva até a manutenção do respeito próprio.
Berking et al. (2019)	1	Treinamento de Regulação do Afeto (ART) , intervenção transdiagnóstica baseada em grupo desenvolvida por Berking & Lukas (2015) que visa aprimorar as habilidades gerais de regulação emocional em populações clínicas e de risco.	No início do treinamento, os participantes recebem informações sobre emoções, incluindo origens biológicas e psicológicas, funções, riscos e benefícios das reações emocionais. Em seguida, são apresentados sete “ciclos viciosos” baseados em achados das neurociências afetivas e considerados importantes na manutenção a longo prazo do afeto negativo. Os indivíduos aprendem habilidades para quebrar esses ciclos e melhorar a ER eficaz. Essas habilidades incluem relaxamento muscular e respiratório, consciência emocional sem julgamento, aceitação e tolerância, auto-suporte compassivo, identificação de causas de reações emocionais e modificação de estados afetivos. Na construção de habilidades de ER, uma ênfase especial é colocada na importância do treinamento regular.
Ejeby et al. (2014)	1	Intervenção Multimodal não especializada (MMI) : intervenção transdiagnóstica em grupo desenvolvida por Ruslan Savitskij (2014) para o tratamento de perturbações mentais para pacientes de cuidados primários.	1 - Estabelecimento de metas unificadas entre os membros do grupo, psicoeducação sobre pensamentos, emoções e comportamentos comuns em pessoas com sintomas depressivos e ansiosos. 2 - Os participantes foram apresentados a um exercício em que um participante compartilha um problema pessoal com o grupo e obtém feedback. O foco também foi sobre a importância do treinamento físico e os participantes foram ensinados a fazer alguns exercícios de ioga. 3 e 4 - Compreender a diferença entre emoções e pensamentos e foram apresentadas estratégias de como lidar com os conflitos. 5 - Os participantes foram convidados a convidar pessoas importantes em suas vidas para participar de duas sessões para trabalhar em equipe. Os participantes e seus convidados foram incentivados a participar de atividades

			em pequenos grupos. 6 e 7 - Estratégias para lidar com pensamentos e emoções difíceis em situações altamente estressantes.
Chen et al. (2013)	1	Ativação Comportamental para Preocupação Excessiva (BAW) , desenvolvida para o tratamento de preocupação excessiva.	1 - Psicoeducação sobre o impacto funcional da preocupação excessiva e incontrollável e o modelo de tratamento da BA. 2 - Avaliação funcional foi introduzida para criar consciência de padrões de evitação relacionados à preocupação e suas consequências; 3 a 7 - Os participantes foram então encorajados a ativar comportamentos competitivos de acordo com seus objetivos e desenvolver estratégias de enfrentamento; 6 a 8 - Importância da repetição e da integração da mudança na rotina diária foi enfatizada em todas as sessões.
Wade et al. (2017)	1	CBT-E: Terapia Cognitivo-Comportamental Aprimorada , desenvolvida por Fairburn et. al. (2003) é um tratamento projetado para atingir a psicopatologia das perturbações alimentares (PA), em vez de um diagnóstico específico.	1 a 4 - Estágio 1: Motivação, psicoeducação e estabelecimento de automonitoramento e alimentação regular; 5 e 6 - Estágio 1: Intolerância ao Humor; 7 e 8 - Estágio 2: Revisão detalhada do progresso e identificação de barreiras à mudança. Observe que a sessão oito foi conduzida individualmente e não no formato usual de grupo. 9 a 17 - Estágio 3: Superavaliação de peso, forma e alimentação, incluindo verificação e prevenção da forma, mentalidade e regras alimentares. O estágio três também incluiu sessões sobre os mecanismos adicionais de manutenção (duas sessões sobre autoestima, uma sessão cada para Perfeccionismo Clínico e Dificuldades Interpessoais).
Kanarian et al. (2020)	1	Terapia cognitivo-comportamental adaptada culturalmente em grupo transdiagnóstica com resolução de problemas (CA-CBT+) , desenvolvida para refugiados afegãos com sintomas de sofrimento psicopatológico.	Psicoeducação: sobre sintomas de angústia e estratégias para melhorar a saúde mental; Exercícios de ioga e alongamento: que o terapeuta demonstrou e os participantes praticaram juntos; Treinamento de Resolução de Problemas: que se concentrou em problemas individuais e utilizou o grupo como recurso para <i>brainstorming</i> ; Técnicas de Meditação: respiração consciente e meditação de bondade amorosa, bem como imagens guiadas culturalmente apropriadas; Além disso, na maioria das sessões, para abordar cognições catastróficas, modelos explicativos e descrições de sintomas foram adaptados ao contexto cultural dos participantes.
Erickson et al. (2007)	1	Terapia Cognitivo-Comportamental em Grupos (GCBT) , aplicada a diferentes perturbações de ansiedade.	1-Objetivos do grupo; razão; hierarquias; tarefas de casa 2- Transtornos de ansiedade e suas causas; Princípios de estabelecimento de metas 3. Transtornos de ansiedade e seus tratamentos; estratégias de exposição especiais (específicas ao diagnóstico) 4. A resposta ao estresse: lutar ou fugir; fisiologia do estresse; habilidades de relaxamento 5. Estratégias especiais de exposição; relaxamento; um papel para amigos e familiares 6. Como os pensamentos influenciam a emoção: pensamentos automáticos negativos; monitoramento de pensamento

		<p>7. Desafiando os pensamentos ansiosos: o registro do pensamento; probabilidades; catástrofes</p> <p>8. Cognições mais desafiadoras; experimentos comportamentais, incerteza; controle da respiração</p> <p>9. Cognições novamente: esquema central; controle de preocupações e inflação de preocupações; controle da respiração</p> <p>10. Medo de avaliação negativa; prevenção de recaídas</p> <p>11. Avalie seu progresso; novas metas de 11 semanas</p>
Teismann et. al. (2014)	2	<p>Programa cognitivo-comportamental em grupo para ruminação depressiva (CBT- DR) desenvolvido por Teismann et. al. (2007) para o tratamento da ruminação.</p> <p>1 - Psicoeducação sobre a conexão entre depressão e ruminação, bem como sobre as consequências adversas da ruminação depressiva;</p> <p>2 - Desenvolvimento de uma versão idiossincrática do modelo metacognitivo de ruminação depressiva, complementada por um foco nas consequências positivas e negativas da ruminação e uma diferenciação entre características funcionais e disfuncionais do pensamento repetitivo;</p> <p>3 - Técnica de treinamento da atenção: Introdução ao ATT, um exercício de atenção auditiva com foco externo, projetado para neutralizar o autofoco excessivo;</p> <p>4 - Questionando a crença de que a ruminação é incontrolável e coleta de estratégias idiossincráticas para obter controle de curto prazo sobre a ruminação;</p> <p>5 - Detached Mindfulness: promovendo a desapego mindfulness; ajudar os pacientes ao perceber um pensamento intrusivo de “não fazer nada”, em vez de ficar preso em pensamentos perseverantes ou responder com tentativas de supressão de pensamentos;</p> <p>6 - Modificando crenças metacognitivas positivas sobre as vantagens da ruminação pelo uso de estratégias de reatribuição verbal;</p> <p>7 - 8: Uso de estratégias de reatribuição verbal para descatastrofizar o medo da recorrência dos sintomas como um gatilho comum de ruminação disfuncional. Promoção da aceitação e ação;</p> <p>9 - Escrita Expressiva: introdução do paradigma da escrita expressiva, em que os indivíduos escrevem de forma aberta, curiosa, concreta e sem julgamentos sobre um acontecimentos capazes de desencadear a ruminação;</p> <p>10 - Formação em resolução de problemas: modelação da resolução de problemas racional, concreta e sem julgamentos através do trabalho com problemas agudos de alguns participantes do grupo;</p> <p>11 - Término do tratamento, recapitulação de estratégias e métodos para lidar com a ruminação e prevenção de recaídas.</p>
Hvenegaard et al. (2019)		<p>CBT focada na Ruminação (RFCBT), tratamento de CBT manualizado orientado por princípios para a depressão, adotando uma perspectiva de ativação comportamental e focado na</p> <p>1 - Apresentação à conexão entre humor e comportamento e à ideia de ruminação como comportamento de evitação habitual;</p> <p>2 e 3 - Prática do uso da análise funcional para identificar os gatilhos para os comportamentos de ruminação e evitação;</p> <p>4 - Treinamento em resolução de problemas passo a passo;</p>

ruminação.

5 - Prática de mudar de um estilo de pensamento abstrato mal-adaptativo para um estilo de pensamento construtivo e mais específico;

6 – Prática do envolvimento e a absorção nas atividades;

7 e 8 – Prática na construção de imagens compassivas e no uso da compaixão na vida cotidiana, projetadas para fornecer uma alternativa funcional incompatível à ruminação;

9 – Prática de como avaliar o progresso pessoal sem ficar preso em pensamentos não construtivos;

10 - Mudança do comportamento de evitação para o comportamento de abordagem guiado pelos valores de vida do indivíduo;

11- Construção de resiliência e prevenção a recaídas.

**Intervenções Cognitivo-Comportamentais Transdiagnósticas em Grupo: Uma Revisão
Sistemática de Literatura**

Stephanie Bittencourt Joaquim

Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação

