

Trabalho de Conclusão de Curso

# PÓS-GRADUAÇÃO EM TERAPIA COGNITIVO-COMPORTAMENTAL

---

**ALUNO: Mário da Cruz Gloria Filho**

**ORIENTADORA: Francielle Machado Beria**

# Sumário

1. INTRODUÇÃO.....	2
2. DESAFIOS AO PARADIGMA DIAGNÓSTICO ATUAL.....	3
3. MECANISMOS TRANSDIAGNÓSTICOS: NOVIDADE OU REDESCOBERTA? .....	6
4. DEFININDO E APLICANDO.....	9
5. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	10
6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....	11

## 1. INTRODUÇÃO

A presente revisão narrativa de literatura tem por objetivo discutir os desafios do modelo atual de psicopatologia, baseados nos DSM-5-TR (APA, 2023) e CID 11 (WHO, 2022), e, abordar se o novo modelo de diagnóstico em mecanismos transdiagnósticos (MTD), trata-se de fato de uma novidade.

A justificativa para o presente trabalho está baseada em questões epistemológicas nas quais é necessário primeiro certificar-se de que o novo modelo é, de fato, um novo paradigma (Kuhn, 2012), ou apenas, mais uma redescoberta.

Além disso o trabalho justifica-se na necessidade de compreender melhor um novo paradigma proposto para a orientação de profissionais de saúde mental. Não é plausível vender uma ideia apenas porque ela é nova e, aparentemente, contribui para despatologizar. É necessário, primeiramente, compreender se ela é útil, clara o suficiente e cuidadosa para constituir-se como um novo modelo. Nesse sentido o presente trabalho visa elucidar o novo modelo com possíveis vantagens e desvantagens para, em seguida, recomendar ou não recomendar sua adoção. Assim é útil discutir quais são os limites do atual modelo e como seria a migração para um modelo transdiagnóstico, se essa for desejável e, até mesmo, possível.

Primeiro serão abordadas as limitações do modelo atual baseado em manuais diagnósticos. Em seguida, será discutido se a nova ciência diagnóstica baseada em mecanismos transdiagnósticos (MTD) trata-se realmente de um novo marco ou apenas mais uma redescoberta. Por último serão feitas considerações sobre adotar ou não um novo modelo para orientar a seleção de intervenções na prática clínica.

## 2. DESAFIOS AO PARADIGMA DIAGNÓSTICO ATUAL

Desde sua criação modelos tradicionais de psicopatologia que utilizam categorias nosológicas, são amplamente criticados (Hayes et al., 2012). Muitos clínicos e pesquisadores, inclusive, recusam-se a atualizar manuais diagnósticos em sua prática clínica sob a justificativa de que tais publicações são por demais limitados, além de colocarem rótulos na experiência do sofrimento, o que seria, segundo os que advogam essa perspectiva, mais patologizante do que curativo. Em meio a toda uma discussão que parece ser muito mais política do que prática, o ponto central é que manuais diagnósticos constituem a principal forma de comunicação entre profissionais de saúde do mundo inteiro, mesmo diante de suas limitações.

Desenvolvimentos recentes da área da psicopatologia apontam pelo menos 7 desafios para o paradigma diagnóstico atual (Dalglish et al., 2020). O primeiro deles é que processos biopsicossociais inerentes às psicopatologias são naturalmente transdiagnósticos (Dalglish et al., 2020). Diferentes da maioria das doenças físicas, nas quais é possível identificar as diferenças qualitativas no estado de saúde ou em um pequeno número de variáveis claramente identificáveis, os problemas de saúde mental normalmente apresentam causas complexas, multifatoriais e interativas com causas bem pouco claras. O segundo deles é que sintomas de saúde mental ocorrem muito mais ao longo de um contínuo que apenas entre categorias binárias de “sim” e “não” (Dalglish et al., 2020). Desta forma a imposição de categorias artificiais em um espaço que é naturalmente multidimensional, sacrifica em muito a riqueza da informação clínica disponível, contribuindo para uma instabilidade diagnóstica. Além disso indivíduos que experimentam sofrimento psicológico muitas vezes não atendem os critérios necessários para um diagnóstico, apesar de manifestarem clara necessidade de cuidado.

O terceiro deles é o alto número de comorbidades e a baixa diferenciação entre transtornos supostamente diferentes (Dalglish et al., 2020). Dados epidemiológicos (Castillo-Carniglia et al., 2019) e a observação clínica revelam que a comorbidade é a regra ao invés de exceção no diagnóstico psiquiátrico. A alta comorbidade é comumente associada à severidade dos sintomas e comprometimento da funcionalidade. Esta altíssima taxa de sintomas comórbidos sugere que as categorias

diagnósticas atuais podem constituir mais uma artificialidade que uma realidade (Maj, 2005) e deve, portanto, ser revista.

O quarto desafio apresentado ao paradigma diagnóstico é a grande heterogeneidade dentre os diagnósticos (Dalgleish et al., 2020). Isso significa que indivíduos que apresentam um mesmo diagnóstico podem não tem qualquer sintoma em comum. De fato, dos nove sintomas listados no DSM-5-TR pode haver mais de 16,400 combinações onde todas qualificam-se como transtorno depressivo maior (Fried e Nesse, 2015). Teóricos afirmam, por exemplo, que um mesmo diagnóstico tenha tantas combinações de sintomas diferentes que uma apresentação final pode ser completamente distinta de outro paciente que apresenta o mesmo diagnóstico. Isso atrapalharia dois clínicos chegarem a uma mesma conclusão, comprometendo o objetivo principal de categorias nosológicas: a criação de uma linguagem comum entre os profissionais da área.

O quinto desafio apresentado ao paradigma diagnóstico atual é a captura incompleta de sintomas (Dalgleish, 2020). Uma questão subjacente ao diagnóstico psiquiátrico é quais sintomas devem ser considerados como os mais típicos de uma determinada psicopatologia uma vez que muitos dos sintomas presentes em questões de saúde mental, fazem parte da vida quotidiana, com é o caso do cansaço. Outro exemplo bastante significativo é que os 280 instrumentos desenvolvidos para medir depressão diferem significativamente nos sintomas que medem.

Muitos dos sintomas medidos por alguns desses instrumentos nem constam dentre os nove critérios principais presentes no DSM-5-TR, o que gera um problema de validade interna dos instrumentos. Isto é, será que eles medem o que de fato se propõem a medir? (Shaughnessy et al., 2010). Assim, aos poucos, é possível observar um nível de desorganização na comunicação entre os profissionais, o que era, em primeiro lugar o objetivo primordial dos manuais diagnósticos (Fusar-Poli et al., 2019).

O sexto desafio é que questões de saúde mental mudam lentamente de característica ao longo do espectro de vida ao ponto que indivíduos podem mudar de diagnóstico ou mudar de apresentação do diagnóstico ao longo do tempo. Isso pode ocorrer, sobretudo, nos transtornos de ansiedade e de depressão unipolar. Até certo ponto a plasticidade na apresentação dos sintomas ocorre em função do desenvolvimento da pessoa, por outro lado, a natureza da abordagem diagnóstica,

também contribui para a para uma visão recortada de um período para a formulação do diagnóstico. Assim ocorre uma polarização entre “atende critérios” e “não atende critérios” ao invés que “qual a intensidade dos sintomas apresentados naquele momento?”, “os sintomas já foram mais intensos em outro momento?”.

O sétimo e último desafio são as intervenções clínicas baseadas em diagnósticos. Esta seria uma grande vantagem do atual modelo, no entanto, devido os grandes índices de comorbidade na prática clínica do mundo real, as intervenções baseadas em diagnósticos acabam sendo bastante distorcidas (Dalglish, 2020). O resultado é que boa parte dos clínicos acaba optando por uma combinação eclética de tratamentos designada especificamente para o cliente de acordo com sua apresentação e formulação de caso. Assim as intervenções por diagnóstico acabam sendo desenvolvidas para um cliente que existe apenas no papel, mas não no mundo real o que questionaria sua validade por inteiro.

Considerando os desafios aqui apresentados é útil também revisar do que se trata a nova proposição. A pesquisa atual em mecanismos transdiagnósticos atende às altas expectativas para suplantam o modelo vigente? No capítulo seguinte será revisada a literatura atual sobre um novo modelo possível.

### 3. MECANISMOS TRANSDIAGNÓSTICOS: NOVIDADE OU REDESCOBERTA?

A abordagem transdiagnóstica para os transtornos mentais surgiu das teorias cognitivo comportamentais e dos tratamentos desenvolvidos para os transtornos alimentares (Fairburn et al., 2003). Aos poucos expandiram-se para os transtornos ansiosos e depressivos (Fusar-Poli et al., 2019). O raciocínio inicial dos mecanismos transdiagnósticos apresenta dois pontos principais: a) vários transtornos mentais compartilham causas e processos de manutenção assim como aspectos cognitivos, afetivos e comportamentais; b) o número crescente de manuais de tratamento desenvolvidos em cima de diagnósticos específicos, constitui-se como uma barreira para a implementação de tratamentos cognitivos-comportamentais, bem como, para o treinamento efetivo de novos clínicos (Sakiris e Berle, 2019).

Além disso, um terceiro ponto foi adicionado durante a elaboração do modelo transdiagnóstico, especialmente quando ele foi ampliado dos transtornos alimentares para os transtornos ansiosos e depressivos: c) intervenções específicas para transtornos dependem de categorias diagnósticas heterogêneas e prestam pouca atenção à comorbidade, que é elevada e tais intervenções não seriam adequadas aos pacientes do mundo real.

A pesquisa sobre o modelo transdiagnóstico visa resolver esses problemas e introduzir uma nova abordagem que, teoricamente, melhoraria a forma como é classificada, formulada, tratada e prevenida a saúde mental (Fusar-Poli, 2019). Afastar-se de uma abordagem de diagnóstico único em direção a uma conceitualização e tratamento transdiagnósticos constituiria uma mudança de paradigma. Até o momento não está claro se a pesquisa em mecanismos transdiagnósticos alcança as altas expectativas necessárias para impactar o modelo clínico atual e promover uma mudança.

A fim de deixar mais claro o estado atual da pesquisa com a abordagem transdiagnóstica foram elencados os principais pontos da mais recente e completa revisão sistemática (Fusar-poli, 2019) que utilizou 111 artigos acadêmicos para responder à seguinte pergunta: a abordagem transdiagnóstica é, de fato, uma novidade que promete romper com o paradigma atual ou constitui-se como apenas mais uma nova redescoberta?

O estado atual da literatura sobre a abordagem transdiagnóstica é bastante heterogêneo e incoerente. (Fusar-poli, 2019). Até a hoje a área focou apenas em alguns transtornos, especialmente nos de ansiedade, depressão e transtornos alimentares, nada produzindo sobre esquizofrenia, por exemplo. A análise conceitual realizada pelos autores da revisão sistemática sugere que, presentemente, a pesquisa transdiagnóstica não representa uma troca de paradigma plausível o suficiente para mudar o cenário da saúde mental no mundo (Fusar-poli, 2019). O que foi notado, por meio de testes empíricos, é que apenas 3 dos 111 estudos incluídos na revisão realmente trataram de questões transdiagnósticas, segundo o critério estabelecido (Mansell et al., 2009), sugerindo que a designação “transdiagnóstica” é comumente utilizada sem critérios rígidos ou de forma despadronizada, ignorando uma conceituação preestabelecida, ou seja, a maioria dos estudos conceituou “transdiagnóstico” da forma que lhe foi mais conveniente, ignorando conceito compartilhado por outros teóricos (Fusar-poli, 2019).

Muitos estudos também estavam completamente incompatíveis com o referencial transdiagnóstico uma vez que investigavam sintomas ou apenas um único transtorno. Outros apresentavam fraqueza metodológica, já que nem definiam as categorias do DSM e CID que visavam desconstruir. Em linhas gerais, a essa nova abordagem tem se mostrado bastante incoerente e heterogênea, prestando menos atenção à questão da comorbidade do que os próprios DSM e CID (Fusar-Poli, 2019).

Outra fraqueza metodológica significativa dos estudos revisados é que a maior parte teve como objetivo testar resultados, aumentando a chance de falsos positivos. Esse fator foi agravado pelo estabelecimento de linhas de corte arbitrárias para a severidades dos sintomas, a falta de replicação externa dos estudos e uma interpretação dos resultados mais entusiasmada do que a realidade (Fusar-poli, 2019). Consistente com essas limitações, a área parece restringir-se apenas ao estudo de quadros ansiosos e depressivos e ainda não identificou processos transdiagnósticos universais que pudessem favorecer uma nova classificação diagnóstica.

É importante salientar que abordagens transdiagnósticas não substituíram sistemas de classificação diagnóstica em nenhuma outra área da medicina clínica. Pelo contrário, sistemas transdiagnósticos e categóricos frequentemente coexistem em medicina orgânica e na psiquiatria, como observado no próprio DSM 5 com a

abordagem dimensional dos transtornos de personalidade. A revisão sistemática recomenda que caso o movimento transdiagnóstico queira de fato suplantar o sistema atual de classificação da psicopatologia, ele deve esforçar-se sumariamente para resolver a fraqueza empírica dos estudos atuais.

O argumento fundamental para uma abordagem transdiagnóstica é que as categorias diagnósticas (especialmente ansiedade, depressão e transtornos alimentares) não são entidades discretas e descontínuas, uma vez que há características compartilhadas em quase todas elas. No entanto, no lançamento do DSM-IV (APA, 1994), foi adicionado ao seu prefácio: “não existe qualquer suposição que cada categoria de transtorno mental seja uma entidade completamente distinta com fronteiras absolutas separando-a de outros transtornos mentais.” (APA, 1994). Isso demonstra que a entidade organizadora do manual, já em sua última grande atualização, reconheceu uma possível natureza transdiagnóstica do fenômeno estudado.

#### 4. DEFININDO E APLICANDO

As críticas acima apresentadas sugerem que falta à abordagem transdiagnóstica uma definição comum e que ainda é precipitado abandonar o modelo tradicional, orientado pelos manuais diagnósticos, para adotá-la completamente. Parte significativa disto deve-se à falta de robustez metodológica e ao emaranhado conceitual dos estudos apresentados até hoje.

Uma definição possível de mecanismos transdiagnósticos é o enfoque em processos psicológicos comuns que estão por de trás das descrições topográficas de diferentes transtornos, que contribuem para o surgimento e para a manutenção da psicopatologia (Frank & Davidson, 2014). Essa perspectiva está mais concentrada em abordar as comorbidades psiquiátricas por meio de princípios de tratamento do que de desenvolver protocolos para transtornos específicos, sendo possível assim ultrapassar os limites das classificações categóricas tradicionais (Frank & Davidson, 2014).

Desta forma sugere-se aos clínicos praticantes fazer o exercício de pensar de duas formas distintas. A primeira delas é identificar o diagnóstico principal de cada paciente, juntamente com os secundários, caso existam, utilizando os manuais diagnósticos, observação clínica, escuta psicológica e medidas quantitativas como o *Beck Depression Inventory - BDI* e *Beck Anxiety Inventory - BAI* (Pessoa et al., 2022), e outras disponíveis, validados para o contexto brasileiro, e assim fechar um diagnóstico objetivo que oriente o tratamento do paciente.

A segunda delas – menos urgente, podendo ser feita ao longo das sessões de tratamento - é identificar e listar os mecanismos transdiagnósticos mais comuns ao caso específico, utilizando observação clínica, escuta psicológica e medidas quantitativas, como a Escala de Intolerância à Incerteza (Buhr & Dugas, 2002; Carleton et al., 2007), a Bateria Fatorial de Personalidade (Nunes et al. 2019) para avaliar o fator neuroticismo, um importante preditor de psicopatologias em geral (Sauer-Zavala et al., 2021) e a Escala de Ruminação (He et al., 2021), apenas para citar alguns exemplos de mecanismos transdiagnósticos mais comuns.

Essa dupla abordagem permite aos clínicos tratar o diagnóstico nosológico e, ao mesmo tempo, individualizar o tratamento com base na formulação de caso baseada nos mecanismos transdiagnósticos.

## 5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente trabalho constitui-se como uma revisão narrativa de literatura. Seu formato é restrito e pode estar enviesado pelas preferências do pesquisador. Esse aspecto, sem dúvida, é a principal limitação do texto aqui apresentado. Ele não deve ser a única fonte de estudos para quem se interessa pela temática dos mecanismos transdiagnósticos.

Apesar dos desafios apresentados pelo paradigma atual - representado pelos manuais DSM-5-TR e CID 11 - a abordagem transdiagnóstica ainda não parece estar em condições de estabelecer-se como um novo paradigma para a classificações dos problemas de saúde mental. Não existe uma robustez científica dos construtos propostos, nem mesmo uma coerência conceitual. Assim, adotar uma postura mais conservadora, que reconhece haver esforços para repensar o modelo atual, ao mesmo tempo que não o abandona, parece ser mais prudente nesse momento.

Muitos estudos ainda devem ser realizados antes que se proponha um novo modelo formalmente. Assim como com qualquer outra ideia científica, reconhecer limitações nas ideias e conceitos é positivo e não deve ser o único critério para deixar partir. O fato de uma ideia conter imprecisões não é argumento para abandoná-la ainda. Afinal toda hipótese científica que se preze deve ser passível de ser falseada (Popper, 1963).

## 6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

American Psychiatric Association. (2023). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed., text rev.). <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425787>

American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (4th ed.).

Buhr, K., & Dugas, M. J. (2002). The intolerance of uncertainty scale: Psychometric properties of the English version. *Behaviour research and therapy*, 40(8), 931-945.

Carleton, R. N., Norton, M. P. J., & Asmundson, G. J. (2007). Fearing the unknown: A short version of the Intolerance of Uncertainty Scale. *Journal of anxiety disorders*, 21(1), 105-117.

Castillo-Carniglia, A., Keyes, K. M., Hasin, D. S., & Cerdá, M. (2019). Psychiatric comorbidities in alcohol use disorder. *The Lancet Psychiatry*, 6(12), 1068-1080.

Dalglish, T., Black, M., Johnston, D., & Bevan, A. (2020). Transdiagnostic approaches to mental health problems: Current status and future directions. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 88(3), 179–195. <https://doi.org/10.1037/ccp0000482>

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)

Frank, R., & Davidson, J. (2014). *The Transdiagnostic Road Map to Case Formulation and Treatment Planning*. New Harbinger Publications.

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>

Hayes, S., Strosahl, K., & Wilson, K. (2012). *Acceptance and commitment therapy: The process and practice of mindful change*. Guilford Press.

He, J., Liu, Y., Cheng, C., Fang, S., Wang, X., & Yao, S. (2021). Psychometric properties of the Chinese version of the 10-item ruminative response scale among undergraduates and depressive patients. *Frontiers in Psychiatry, 12*, 626859.

Maj, M. (2005). “Psychiatric comorbidity”: An artefact of current diagnostic systems? *The British Journal of Psychiatry, 186*, 182-184.

Mansell, W., Harvey, A., Watkins, E., & Shafran, R. (2009). Conceptual foundations of the transdiagnostic approach to CBT. *Journal of Cognitive Psychotherapy: An International Quarterly, 23*(1), 6-19. <https://doi.org/10.1891/0889-8391.23.1.6>

Nunes, C., Hutz, C., & Nunes, M. (2019). *Bateria fatorial de personalidade: Manual técnico*. Pearson.

Pessoa, T. E. G., Paiva, T. T., Santos, I. L. S., Pimentel, C. E., & Mariano, T. E. (2022). Análise estrutural do Inventário de Depressão Beck versão curta (BDI-13). *Revista Interamericana de Psicología/Interamerican Journal of Psychology*, 56(2).

Popper, K. R. (1963). *Conjectures and refutations. The growth of scientific knowledge*. Routledge & Kegan Paul.

Sakiris, N., & Berle, D. (2019). A systematic review and meta-analysis of the unified protocol as a transdiagnostic emotion regulation based intervention. *Clinical Psychology Review*, 10(1).

Sauer-Zavala, Shannon, Jay C. Fournier, Stephanie Jarvi Steele, Brittany K. Woods, Mengxing Wang, Todd J. Farchione, and David H. Barlow. "Does the unified protocol really change neuroticism? Results from a randomized trial." *Psychological medicine* 51, no. 14 (2021): 2378-2387.

Kuhn, T. S. (2012). *The structure of scientific revolutions* (50th ed.). University of Chicago Press.

World Health Organization. (2022). *ICD-11: International classification of diseases* (11th revision). <https://icd.who.int/>