Universidade do Minho
Escola de Psicologia

Juliana Sofia Pacheco Oliveira

A Eficácia do *Protocolo Unificado para o Tratamento Transdiagnóstico de Perturbações Emocionais* numa Amostra Clínica Portuguesa

outubro de 2024

A Eficácia do *Protocolo Unificado para o Tratamento Transdiagnóstico de Perturbações Emocionais* numa Amostra Clínica Portuguesa

Juliana Oliveira

UMinho | 2024

Universidade do Minho

Escola de Psicologia

Juliana Sofia Pacheco Oliveira

A Eficácia do *Protocolo Unificado para o Tratamento Transdiagnóstico de Perturbações Emocionais* numa Amostra Clínica Portuguesa

Dissertação de Mestrado
Mestrado em Psicologia Clínica e
Psicoterapia de Adultos

Trabalho efetuado sob a orientação do **Doutor João Tiago Oliveira** e do **Professor Doutor Miguel Gonçalves**

outubro de 2024

Despacho RT - 31 /2019 - Anexo 3

Declaração a incluir na Tese de Doutoramento (ou equivalente) ou no trabalho de Mestrado

DIREITOS DE AUTOR E CONDIÇÕES DE UTILIZAÇÃO DO TRABALHO POR TERCEIROS

Este é um trabalho académico que pode ser utilizado por terceiros desde que respeitadas as regras e boas práticas internacionalmente aceites, no que concerne aos direitos de autor e direitos conexos.

Assim, o presente trabalho pode ser utilizado nos termos previstos na licença abaixo indicada.

Caso o utilizador necessite de permissão para poder fazer um uso do trabalho em condições não previstas no licenciamento indicado, deverá contactar o autor, através do RepositóriUM da Universidade do Minho.

Licença concedida aos utilizadores deste trabalho



Atribuição-NãoComercial
CC BY-NC

https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/

Agradecimentos

Começo por agradecer aos meus orientadores, Doutor João Tiago e Professor Doutor Miguel Gonçalves, por todo o apoio, contributo e compromisso com este projeto. Muito obrigada por toda a partilha de conhecimento e sugestões que ajudaram a começar, a desenvolver e a enriquecer esta tese.

Obrigada ao grupo de investigação por todo o *feedback* sobre a minha tese. Em especial aos meus colegas de turma Ana Sofia, Rita, Beatriz, Daniela, Sérgio e Marlene por todos os desafios partilhados ao longo desta jornada.

Aos meus amigos, muito obrigada por acompanharem este processo de perto. Obrigada pelo carinho e aconchego que foram. Obrigada à Bia, ao César, ao Zito e à Raposo por todos os jogos e conversas tranquilizadoras. Obrigada à Mariana pela apoio constante e as palavras encorajadoras ao longo deste ano

Obrigada à minha Mãe, ao meu Pai e à Maria pela preocupação, pelo cuidado e pelas palavras de incentivo regulares que servem muitas vezes de trampolim e me permitem chegar mais longe. Obrigada por acreditarem sempre mim, por vezes bem mais do que eu.

Ao Dario, um agradecimento por todo o apoio ao longo da escrita e reescrita desta tese. Obrigada por acreditares em mim.

Por fim, dedico esta dissertação a todas as estudantes Palestinianas, em particular, aquelas que iniciaram o seu percurso em Psicologia e nunca o terminarão.

DECLARAÇÃO DE INTEGRIDADE

Declaro ter atuado com integridade na elaboração do presente trabalho académico e confirmo que não recorri à prática de plágio nem a qualquer forma de utilização indevida ou falsificação de informações ou resultados em nenhuma das etapas conducente à sua elaboração.

Mais declaro que conheço e que respeitei o Código de Conduta Ética da Universidade do Minho.

Universidade do Minho, 21 de outubro de 2024



(Juliana Sofia Pacheco Oliveira)

A Eficácia do *Protocolo Unificado para o Tratamento Transdiagnóstico de Perturbações Emocionais* numa Amostra Clínica Portuguesa

Resumo

Introdução: O *Protocolo Unificado para o Tratamento Transdiagnóstico de Perturbações Emocionais* (UP) é uma intervenção cognitivo-comportamental transdiagnóstica eficaz no tratamento de perturbações emocionais, como as perturbações de ansiedade e depressão, com foco na regulação emocional. Este tratamento é particularmente eficaz no tratamento de condições comórbidas.

Objetivos: Avaliar a eficácia do UP na redução de sofrimento psicológico numa amostra clínica portuguesa e analisar o papel da regulação emocional como mediador da mudança terapêutica.

Método: A amostra incluiu 96 clientes, divididos entre *completers* e *dropouts*. As medidas de sofrimento psicológico e de regulação emocional foram avaliadas entre sessões e pré e pós o tratamento. Foi realizada uma análise de mediação para testar o papel da regulação emocional.

Resultados: Os resultados mostraram uma redução significativa no sofrimento psicológico para a amostra completa com um tamanho de efeito grande. A análise de mediação revelou que a regulação emocional mediou completamente a relação entre o número de sessões e a redução do sofrimento.

Discussão: Os resultados confirmam a eficácia preliminar do UP no tratamento de perturbações emocionais e destacam a regulação emocional como um mecanismo crucial de mudança terapêutica. O presente estudo reforça a utilidade do UP em diferentes contextos culturais e clínicos.

Palavras-chave: Perturbações emocionais; regulação emocional; protocolo unificado.

The Efficacy of the *Unified Protocol for Transdiagnostic Treatment of Emotional Disorders* in a Portuguese Clinical Sample

Abstract

Introduction: The *Unified Protocol for Transdiagnostic Treatment of Emotional Disorders* (UP) is an effective transdiagnostic cognitive-behavioral intervention for the treatment of emotional disorders such as anxiety and depression disorders, focusing on emotional regulation. This treatment is particularly effective in treating comorbid conditions.

Objectives: To evaluate the UP's efficacy in reducing psychological distress in a portuguese clinical sample and to investigate the role of emotional regulation as a mediator of therapeutic change.

Method: The sample consisted of 96 clients, divided into completers and dropouts. Measures of psychological distress, anxiety, depression, and emotional regulation were assessed between sessions and pre- and post-treatment. A mediation analysis was conducted to test the role of emotional regulation.

Results: The results showed a significant reduction in psychological distress for the entire sample, with a large effect size. The mediation analysis indicated that emotional regulation completely mediated the relationship between number of sessions and distress reduction.

Discussion: The results confirm the preliminary efficacy of the UP in treating emotional disorders and highlight emotional regulation as a crucial mechanism of therapeutic change. The study reinforces the utility of the UP across different cultural and clinical contexts.

Keywords: Emotional disorders; emotional regulation; unified protocol.

Índice

A Eficácia do Protocolo Unificado para o Tratamento Transdiagnóstico de Perturbações Emocionais numa amostra clínica Portuguesa 9

Perturbações Psicológicas 9

Intervenção Psicológica para Perturbações Emocionais: Intervenções Específicas e Intervenções Transdiagnósticas 9

Protocolo Unificado para o Tratamento Transdiagnóstico das Perturbações Emocionais 10

Objetivos 12

Método 12

Amostra 12

Tratamento e Terapeutas 13

Instrumentos 13

Procedimento 15

Recolha de Dados 15

Análise de Dados 15

Resultados 18

Eficácia do UP 18

Eficácia Global 18

Estado dos Completers 18

Efeito Mediador da Regulação Emocional 18

Discussão 20

Eficácia do UP 20

Eficácia Global 20

Estado dos Completers 22

Efeito Mediador da Regulação Emocional 22

Limitações e Recomendações 23

Implicações 24

Conclusão 24

Referências 26

Anexo A 32

Índice de Figuras

Figura 1. Figura Ilustrativa dos Caminhos da Mediação 17

Figura 2. Efeito de Mediador da Regulação Emocional na Relação entre o Número de Sessões e o Sofrimento Psicológico 19

Índice de Tabelas

Tabela 1. Resultados Pré e Pós Intervenção dos Completers 19

Tabela 2. Resultados da Mediação 20

A Eficácia do Protocolo Unificado para o Tratamento Transdiagnóstico de Perturbações Emocionais numa amostra clínica Portuguesa

Perturbações Psicológicas

As perturbações psicológicas apresentam um impacto significativo na saúde da população mundial, representando 7.4% da carga global de doenças (Whiteford et al., 2013). Em Portugal, estima-se que um quinto da população (22.9%) sofra de uma perturbação psicológica, com 16.5% da população a sofrer de uma perturbação de ansiedade e 7.9% de perturbações de humor (Almeida et al., 2013). Entre as perturbações de ansiedade, a mais prevalente é a fobia específica, enquanto a perturbação depressiva major é a condição mais prevalente entre as perturbações de humor (Almeida et al., 2013; Antunes et al., 2018). As perturbações depressivas e as perturbações de ansiedade têm sido regularmente reportadas na literatura como perturbações emocionais (Antuña-Camblor et al., 2024)

Intervenção Psicológica para Perturbações Emocionais: Intervenções Específicas e Intervenções Transdiagnósticas

A literatura tem demonstrado, consistentemente, a eficácia da psicoterapia no tratamento das perturbações emocionais, proporcionando melhorias no bem-estar dos indivíduos tratados (Newby et al., 2015). Dentro deste contexto, estudos meta-analíticos sugerem que a terapia cognitivo-comportamental (TCC) apresenta resultados positivos na redução dos sintomas associados a perturbações emocionais (Cuijpers et al., 2014; Gaskell et al., 2023; Johnsen & Friborg, 2015; Wilamowska et al., 2010). De acordo com Bullis e colegas (2023), as intervenções específicas, isto é, intervenções construídas para perturbações específicas, têm-se demonstrado eficazes. No entanto, este tipo de intervenção tem limitações, uma vez que o uso destas intervenções parte do pressuposto que cada perturbação tem fatores exclusivos de desenvolvimento e manutenção (Barlow et al., 2017). Esta exclusividade compele os psicoterapeutas a discriminar um tratamento para cada perturbação, criando sobre o psicoterapeuta uma elevada carga de formação (Barlow et al., 2018) dado o elevado grau de detalhe dos manuais terapêuticos individualizados (Wilamowska et al., 2010). Como exemplo, para a perturbação de pânico existem cerca de quinze manuais publicados com diferenças triviais e sem validação empírica sobre essas diferenças (Wilamowska et al., 2010). Do mesmo modo, as taxas de coocorrência de perturbações de humor, de ansiedade e relacionadas são elevadas, e as intervenções específicas nem sempre abordam adequadamente a comorbidade e a sobreposição de sintomas entre perturbações (Cludius et al., 2020). Com base nestas limitações, tornou-se importante desenvolver e validar intervenções transdiagnósticas. As intervenções transdiagnósticas, focam-se nos sintomas e mecanismos subjacentes partilhados por diferentes perturbações (Bullis et al., 2023). Este caráter transdiagnóstico potencia o uso de estratégias

que podem ser aplicadas a indivíduos com condições únicas e condições comórbidas, aumentando, assim, o tamanho da população alvo. Para além disto, a formação de psicólogos clínicos para o uso de protocolos transdiagnósticos pode ser mais eficiente e rentável (Barlow et al., 2017), uma vez que não precisam de treino específico num conjunto diversificado de protocolos terapêuticos.

De facto, a investigação tem demonstrado a existência de comunalidades entre as perturbações de ansiedade e as perturbações depressivas tais como: (1) a comorbidade, visto que estudos têm demonstrado percentagens de coocorrência que rondam os 55%, no momento do diagnóstico, e 76% quando se consideram diagnósticos durante toda a vida (Brown et al., 2001); (2) a existência de redes neurais partilhadas entre as perturbações emocionais como, por exemplo, a hiperexcitabilidade das estruturas límbicas (Shin & Liberzon, 2010); (3) a estrutura latente, uma vez que o afeto negativo está presente em diversas perturbações emocionais (Wilamowska et al., 2010); (4) e, por fim, a etiologia que sustenta a evidência de fatores biológicos, psicológicos e ambientais partilhados (Wilamowska et al., 2010).

Segundo Barlow e colegas (2018), existem também comunalidades entre as perturbações de ansiedade e depressivas referidas pelo *Protocolo Unificado para o Tratamento Transdiagnóstico de Perturbações Emocionais* (do inglês *Unified Protocol for Transdiagnostic Treatment of Emotional Disorders*; UP) como vulnerabilidades centrais. Assim, são exemplo, o afeto negativo, ou seja, a tendência para experienciar emoções negativas de forma frequente e intensa; a avaliação negativa das experiências emocionais (e.g., "Sou fraco por sentir medo"); e, por fim, as reações aversivas às emoções que conduzem a esforços para evitar e suprimir emoções, sendo estas estratégias desadaptativas de regulação emocional. Estas vulnerabilidades deixam os clientes mais suscetíveis ao desenvolvimento e manutenção de perturbações emocionais.

Protocolo Unificado para o Tratamento Transdiagnóstico das Perturbações Emocionais

O UP é uma intervenção transdiagnóstica amplamente estudada e utilizada em contexto clínico (Barlow et al., 2018). Baseado na terapia cognitivo-comportamental, o UP tem uma abordagem de tratamento centrada nas emoções (Barlow et al., 2018; Wilamowska et al., 2010), distinguindo-se por abordar mecanismos de regulação emocional presentes em diferentes perturbações emocionais, como perturbações de ansiedade, depressivas e POC (Barlow et al., 2018). De acordo com Fairholme e colegas (2010), a regulação emocional é definida como a modificação, por parte da pessoa que experiencia a emoção, de qualquer aspeto da resposta emocional, incluindo a valência, a intensidade, a duração e a expressão da emoção. É um processo dinâmico que pode incluir tanto a amplificação quanto a atenuação das emoções, quer positivas quer negativas (Fairholme et al., 2010). Indivíduos com perturbações

emocionais experienciam emoções negativas com mais frequência e intensidade. Por sua vez, as reações a estas emoções negativas tendem a ser de evitamento como forma de causar alívio momentâneo, perpetuando os sintomas a longo prazo, através de reforço negativo (Wilamowska et al., 2010). Desta forma, o objetivo do protocolo não é eliminar as emoções negativas, mas ajudar o cliente a desenvolver uma relação mais adaptativa e flexível com as suas emoções (Barlow et al., 2018). As estratégias incluídas neste tratamento com objetivo de melhorar a regulação emocional baseiam-se, em grande parte, em princípios comuns encontrados em tratamentos psicológicos prévios com base empírica, nomeadamente, a promoção de *mindfulness*, reavaliação de pensamentos automáticos, mudança de comportamentos guiados pela emoção e uso de exposição interoceptiva e situacional (Barlow et al., 2018). No entanto, estas estratégias foram adaptadas para ir ao encontro das respostas negativas nas experiências emocionais, por exemplo, o evitamento comportamental (Barlow et al., 2018).

O tratamento do UP pretende promover a capacidade dos clientes em identificar e modificar os seus padrões desadaptativos nas respostas emocionais, uma vez que o processamento inadequado de experiências emocionais desempenha um papel no desenvolvimento e manutenção dos sintomas nessas perturbações (Barlow et al., 2018). O foco inclui tanto as reações às pistas internas (interoceptivas) como externas (Wilamowska et al., 2010). Resumidamente, ao promover a regulação emocional como um fator unificador em diferentes perturbações, o UP promove uma melhoria global no funcionamento emocional e psicológico dos clientes, focando-se na adequação da regulação emocional como um recurso terapêutico essencial (Barlow et al., 2018). Tendo em conta a ênfase que o UP atribui à regulação emocional, é possível compreender a forma como é teorizado, no entanto, é importante compreender o papel que cumpre na prática clínica.

O UP apresenta vantagens como a abordagem transdiagnóstica e a modularidade e flexibilidade do tratamento. A abordagem transdiagnóstica torna o UP particularmente útil em casos de comorbidade, em que os tratamentos específicos para cada perturbação podem ser insuficientes no sentido em que, num cliente com mais que uma perturbação, apenas a perturbação cujo protocolo se foca será tratada (Barlow et al., 2018). Esta ideia é suportada por uma meta-análise de Carlucci e colegas (2021), que demonstra que o UP é eficaz em casos de comorbidade. Estes dados demonstram também que as melhorias associadas ao tratamento com UP mantêm-se durante um ano, mostrando a manutenção dos ganhos terapêuticos. Por sua vez, a modularidade e flexibilidade do UP permitem uma maior personalização do tratamento, uma vez que os oito módulos podem ser ajustados e reorganizados para se adequar a cada cliente. Esta flexibilidade permite que os terapeutas adaptem o tratamento ao ritmo e às dificuldades específicas do cliente, sem perder a estrutura base do protocolo (Barlow et al., 2018). A

distribuição por 12 a 16 sessões, com possibilidade de espaçamento das sessões após o módulo 7, facilita a prática e consolidação das habilidades adquiridas.

A investigação demonstra que 62% dos clientes, com condições comórbidas, deixam de preencher critérios de diagnóstico após o tratamento e que tais melhorias se mantêm durante um ano (Barlow et al., 2018). Uma meta-análise refere que a intervenção com o UP foi significativamente mais eficaz do que a condição de controlo passiva (e.g., lista de espera) na redução dos sintomas de ansiedade e depressão, com um tamanho de efeito moderado a grande (Longley & Gleiser, 2023). Adicionalmente, o UP é tão eficaz quanto as intervenções específicas cognitivo-comportamentais (Longley & Gleiser, 2023; Newby et al., 2015). Tanto quanto sabemos, ainda não há estudos sobre a eficácia do UP para a população portuguesa.

Objetivos

O primeiro objetivo deste estudo é avaliar a eficácia deste protocolo numa amostra naturalista da população portuguesa, com recurso a uma análise de remissão sintomática. Em segundo lugar pretende avaliar o impacto da regulação emocional na mudança sintomática. Isto é, pretende analisar as melhorias na regulação emocional entre sessões e avaliar se a regulação emocional atua como mecanismo mediador através do qual o UP promove a mudança sintomática.

Método

Amostra

Neste estudo participaram 96 clientes (69 mulheres e 27 homens) que receberam tratamento psicológico numa clínica universitária. A idade dos participantes variou entre 18 e 56 anos (M = 28.9; DP = 10.2). Todos os participantes eram portugueses caucasianos e cerca de 50% eram estudantes da Universidade do Minho. Quanto à distribuição de diagnóstico, 45.7% dos participantes foram diagnosticados com perturbação de ansiedade, 44.6% com perturbação depressiva e os restantes 9.7% com perturbação obsessivo-compulsiva (POC).

Desta amostra, 58 participantes completaram o tratamento (*completers*), cumprindo o protocolo terapêutico. Esta subamostra era constituída, maioritariamente, por mulheres (72.4%), estudantes (51.2%), solteiros (70.7%) e indivíduos completaram, no mínimo, o grau de licenciado (60.4%). Os restantes 38 clientes foram considerados *dropouts*, uma vez que descontinuaram prematuramente a intervenção entre a sessão 1 e a sessão 17 (M = 7.6; DP = 4.1; Swift & Greenberg, 2012). Esta subamostra era constituída, na sua maioria, por mulheres (71.7%), solteiros (73.7%) e indivíduos que completaram, pelo menos, a licenciatura (57.9%). Os estudantes representavam 44.7% deste grupo. Ambos os grupos apresentavam uma distribuição de diagnóstico semelhante.

Tratamento e Terapeutas

Os casos utilizados neste estudo foram tratados com o UP em terapia individual (Barlow et al., 2018). Este protocolo divide o tratamento em oito módulos: (1) estabelecer objetivos e fomentar a motivação para o tratamento; (2) psicoeducação e identificação das emoções; (3) *mindfulness*; (4) flexibilidade cognitiva; (5) evitamento emocional e comportamentos guiados pelas emoções; (6) consciência e tolerância das sensações físicas; (7) exposição às emoções; (8) reconhecer ganhos e prevenir recaídas. Cada uma das sessões teve duração prevista de 60 minutos, iniciando com uma revisão das tarefas para casa atribuídas na sessão anterior, seguida de uma breve revisão da semana do cliente. O UP é composto por um mínimo de 12 e um máximo de 16 sessões, contudo, o intervalo nesta amostra foi de 16 a 20 sessões, uma vez que num conjunto muito significativo de casos não foi possível cumprir a agenda das sessões no número previsto pelo protocolo. No início da intervenção é indicado realizar as sessões semanalmente, esperando-se o espaçamento de duas semanas entre sessões no final do tratamento.

O tratamento foi conduzido em co-terapia por quatro terapeutas (três mulheres e um homem) com uma média de dois anos de prática clínica, posterior ao estágio profissional. Um dos terapeutas era um estudante de doutoramento, outro já tinha finalizado o seu doutoramento e os restantes tinham completado o seu mestrado em Psicologia Clínica. Os terapeutas receberam treino de aplicação do UP e contaram com reuniões de supervisão regulares facilitadas por psicólogos experientes.

Instrumentos

Questionário Sociodemográfico

O questionário sociodemográfico permite obter informações sobre a idade, género, habilitações académicas, estado civil do cliente e reunir uma caracterização geral de cada indivíduo.

Outcome Questionnaire-45.2 (OQ-45.2)

O OQ-45.2 é um questionário de autorrelato desenhado para monitorizar o progresso da terapia, especificamente, avaliar a mudança terapêutica (Lambert et al., 1996, versão portuguesa Machado & Fassnacht, 2015). Este questionário consiste em 45 questões subdivididas em três subescalas relacionadas com o sofrimento psicológico, relações interpessoais e o papel social do cliente. Cada item é respondido numa escala de *Likert* de cinco pontos que varia de "nunca" (0) a "frequentemente" (4). A versão adaptada deste questionário apresenta excelentes propriedades psicométricas, com um alfa de *Cronbach* de .93 na população clínica e um α de .91 na população normativa. O ponto de corte para a pontuação total é 62, sendo que valores mais elevados indicam maior sofrimento psicológico. Adicionalmente, o RCI da versão portuguesa corresponde a 15 pontos.

Outcome Questionnaire-10.2 **(OQ-10.2)**

O OQ-10.2 é uma versão reduzida do OQ-45.2 (Lambert et al., 1996; Lambert et al., 2005; versão portuguesa Oliveira et al., 2021). Este instrumento tem 10 itens que monitorizam a mudança sintomática, em dimensões do bem-estar e sofrimento psicológico, em curtos períodos de tempo. Os itens são avaliados numa escala de *Likert* com cinco pontos, sendo o ponto de corte 16. A versão portuguesa demonstra propriedades psicométricas muito boas com alfa de *Cronbach* de .88 e confiabilidade teste-reteste de .81.

Beck Depression Inventory-II **(BDI-II)**

O BDI-II é uma medida de autorrelato que avalia a severidade da sintomatologia depressiva (Beck et al., 2011; versão portuguesa Campos & Gonçalves, 2011). Este instrumento com 21 itens mede a severidade da sintomatologia através da soma das respostas numa escala que varia de 0 (ausência de sintomas depressivos) a 63 (sintomatologia depressiva severa). A versão portuguesa desta medida apresenta um alfa de *Cronbach* de .91 para a população clínica, apresentando, assim, excelentes propriedades psicométricas.

Beck Anxiety Inventory **(BAI)**

A BAI é constituída por 21 itens que avaliam os níveis de ansiedade (Beck et al., 1988; versão portuguesa Quintão et al., 2013). Cada item é classificado numa escala de *Likert* com quatro pontos que varia de "quase nunca" (0) a "sempre" (3), sendo que maiores pontuações nesta escala indicam maior severidade da sintomatologia. Esta medida apresenta uma consistência interna boa para a população clínica com fiabilidade da pessoa ("semelhante ao alfa de *Cronbach*") de .79.

Difficulties in Emotion Regulation Scale **(DERS)**

A DERS é um instrumento que avalia dificuldades de regulação emocional clinicamente significativas, mais especificamente em seis dimensões: (1) não aceitação das emoções negativas; (2) incapacidade de se envolver em comportamentos dirigidos por objetivos quando experiencia emoções negativas; (3) dificuldades em controlar comportamentos impulsivos quando experiencia emoções negativas; (4) acesso limitado a estratégias de regulação emocional que são percebidas como efetivas; (5) falta de consciência emocional; (6) falta de clareza emocional (Gratz & Roemer, 2004; versão portuguesa de Coutinho et al., 2010). Este instrumento contém 36 itens numa escala *Likert* de cinco pontos desde "quase nunca se aplica a mim" (1) a "aplica-se quase sempre a mim" (5). Desta forma, a pontuação máxima é de 180 e corresponde a maiores dificuldades de regulação emocional. No que concerne as propriedades psicométricas, este instrumento apresenta um alfa de *Cronbach* de .93 e fiabilidade teste-reteste de .82.

Procedimento

O presente estudo foi aprovado pela Comissão de Ética para a Investigação em Ciências Sociais e Humanas da Universidade do Minho (SECSH 011/2018). Os clientes foram informados sobre os objetivos do estudo e as condições de investigação através de um consentimento informado. Este consentimento informado também assegurava o anonimato do cliente e o caráter voluntário da sua participação.

Recolha de Dados

Os dados foram recolhidos na Associação de Psicologia da Universidade do Minho (APsi), uma clínica universitária, sem fins lucrativos, que presta serviços à comunidade geral (Associação de Psicologia, 2024), resultando em dados da prática clínica comunitária. Aquando do pedido de consulta, os clientes preencheram o questionário sociodemográfico. Depois de admitidos no serviço, os clientes foram distribuídos consoante a disponibilidade dos terapeutas o que resultou num procedimento quase aleatório. A triagem dos participantes foi realizada através da entrevista estruturada *Anxiety Disorders Interview Schedule for DSM-IV: Lifetime Version* (ADIS-IV-L; DiNardo et al., 1994), durante a qual se avaliaram os seguintes critérios de inclusão: (1) completar os critérios de diagnóstico para perturbação depressiva, perturbação de ansiedade ou POC de acordo com *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM-IV-TR; American Psychiatric Association, 2000); (2) ter mais do que 18 anos; e (3) providenciar consentimento informado assinado, responder aos questionários e permitir a gravação das consultas. Foram excluídos desta amostra os (1) participantes com perturbações de personalidade, (2) participantes com perturbações para as quais é indicado um tratamento clínico especializado (e.g., perturbações relacionadas com o consumo de substâncias, perturbações sexuais e alimentares), (3) ideação suicida severa, (4) sintomatologia psicótica ou (5) perturbação bipolar. Após esta seleção excluíram-se 50 participantes que foram reencaminhados para tratamentos terapêuticos apropriados no mesmo serviço ou em serviços externos.

Relativamente aos instrumentos, o OQ-45.2, BDI-II, BAI e a DERS foram preenchidos no início e no fim da terapia. Em todas as sessões os clientes preenchiam o OQ-10.2. A DERS foi, também, recolhida a cada quatro sessões. Apenas os investigadores envolvidos neste estudo tiveram acesso aos dados recolhidos. A recolha de dados estendeu-se de 2015 a 2019.

Análise de Dados

Terminada a recolha de dados, procedeu-se à organização e tratamento dos dados. Os dados foram analisados no software R (version 3.1.2, R Core Team, 2013). Em primeiro lugar, realizaram-se estatísticas descritivas da amostra e exploração da normalidade dos dados. Posteriormente, os casos

foram agrupados nas categorias *completers* e *dropouts* sendo que para cada um destas subamostras foram realizadas estatísticas descritivas. As pontuações dos *completers* no OQ-45.2, após a intervenção, foram analisadas considerando o *Reliable Change Index* (RCI; Jacobson & Truax, 1991). Segundo Jacobson e Truax (1991), o RCI contempla a categoria recuperados que inclui aqueles que, no início da intervenção pontuaram acima do ponto de corte para o OQ-45.2 e que, no final da intervenção, pontuaram abaixo do ponto de corte com uma mudança de, pelo menos, um RCI após a intervenção; melhorados que inclui os clientes com melhoria sintomática de, pelo menos, um valor do RCI desde o início do tratamento mas que se mantêm acima do ponto de corte na mesma medida; inalterados quando não melhoram nem deterioram e subclínicos, que categoriza aqueles que pontuaram abaixo do ponto de corte para o OQ-45.2 desde o início da intervenção. Inicialmente, o grupo dos *dropouts* (n = 38) foi definido como os indivíduos que falharam em completar o tratamento (ver Swift & Greenberg, 2012). Numa fase posterior, foi utilizado o ponto de corte do OQ-10.2 para categorizar os *dropouts* com sucesso e sem sucesso, uma vez que terminando o tratamento antes do previsto, os clientes não preencheram os questionários pós-intervenção. Segundo Swift & Greenberg (2012), a descontinuação prematura do tratamento é definida pela interrupção prévia da intervenção antes do cliente recuperar dos problemas. Assim, os dropouts sem sucesso encaixam-se nesta definição enquanto os dropouts com sucesso pontuaram abaixo do ponto de corte no OQ-10.2, não se encaixando nesta definição de dropout.

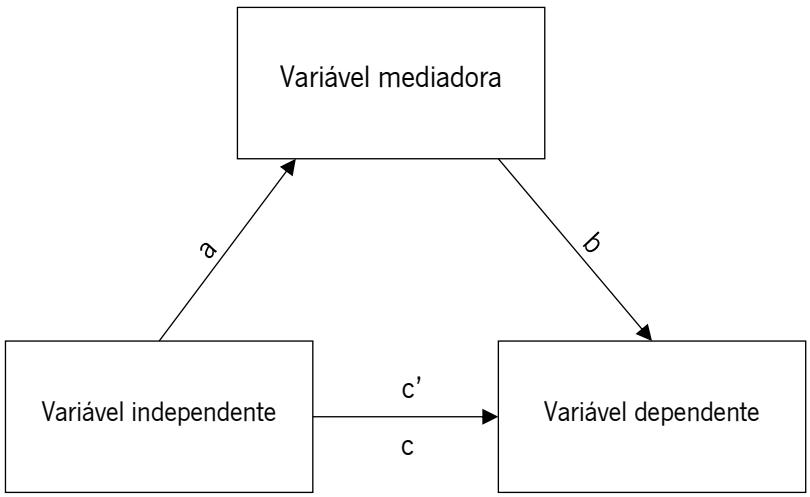
De forma a avaliar a eficácia do protocolo UP procedeu-se à aplicação do teste *t-student* para amostras emparelhadas assim como tamanhos de efeito de amostras emparelhadas. Estas análises permitiram verificar a mudança sintomática entre os momentos pré e pós intervenção para a amostra completa, utilizando o OQ-10, e para os *completers*, utilizando o OQ-45.2, BAI, BDI e DERS. Quanto ao segundo objetivo, conduziu-se uma análise de mediação para avaliar se as mudanças na regulação emocional mediavam a relação entre o número de sessões e o sofrimento psicológico. Assim, os dados de cada um dos participantes foram analisados em intervalos de quatro sessões para avaliar o seu progresso longitudinal. Esta análise foi realizada com recurso ao *Lavaan package* (Rosseel*,* 2012). Inicialmente, realizaram-se estatísticas descritivas e correlações das variáveis regulação emocional, número de sessões e sofrimento psicológico. De seguida, foi especificado o modelo de mediação, *Structural Equation Model* (SEM; Rosseel*,* 2012) e definido o efeito direto entre variáveis (c'), efeito mediador (a e b), efeito indireto (a * b) e o efeito total (c' + a * b).

De acordo com MacKinnon e colegas (2007), para testar a mediação deve ser utilizado um modelo de mediação que envolve três passos: (a) verificar se a variável independente está relacionada com a variável mediadora (caminho a); (b) verificar se a variável mediadora está relacionada com a

variável dependente (caminho b); (c) verificar se, ao incluir a variável mediadora no modelo de mediação, a relação entre a variável independente e dependente (caminho c) diminui em comparação com o modelo de mediação sem a variável mediadora (caminho c'; ver Figura 1). Para cada equação, o coeficiente padronizado deve ser estimado e a sua significância testada. Para concluir se há mediação, o efeito indireto, que corresponde ao produto do efeito da variável independente sobre a mediadora e do efeito da mediadora sobre a variável dependente (a*b), deve ser estatisticamente significativo, uma vez que indica que a variável mediadora está a mediar a relação entre a variável independente e dependente. Esta relação é definida como mediação completa quando o efeito da variável independente sobre a variável dependente é totalmente mediado pela variável mediadora, o que significa que, controlada a variável mediadora, não há efeito direto significativo. Por outro lado, esta relação é de mediação parcial se o efeito da variável independente sobre a dependente é parcialmente mediado pela variável mediadora. Aqui, ainda existe um efeito direto significativo após controlar a variável mediadora.

Figura 1

Figura Ilustrativa dos Caminhos na Mediação



Nota. a = efeito mediador da variável independente na variável mediadora; b = efeito mediador da variável mediadora na variável dependente; c' = efeito direto da variável independente na variável dependente; c = efeito total da variável independente na variável dependente.

Resultados

Eficácia do UP

Eficácia Global

A análise da amostra completa (*completers* e *dropouts*) revelou uma diminuição estatisticamente significativa (t = 10.77, p < .001) do sofrimento psicológico, medido pelo OQ-10, com um tamanho de efeito grande (d = 1.11). No início da intervenção, para o OQ-45.2, os *dropouts* pontuaram entre 18 e 128 (M = 75.8; DP = 26.5). No final da intervenção, 55.3% (n = 21) dos *dropouts* pontuaram na sua última sessão acima do ponto de corte no OQ-10.2, sendo considerados casos de insucesso, e 44.7% (n =17) casos de sucesso, já que pontuaram abaixo do ponto de corte. Tanto os casos de sucesso como os de insucesso apresentavam características sociodemográficas semelhantes à exceção do diagnóstico, uma vez que 57.1% dos casos de insucesso apresentava perturbação depressiva enquanto essa perturbação estava presente em 29.4% dos casos de sucesso.

Estado dos Completers

Relativamente à remissão sintomática dos *completers*, na Tabela 1 são apresentados os resultados pré e pós intervenção dos *completers* relativos ao sofrimento psicológico, sintomatologia ansiosa, sintomatologia depressiva e dificuldades e dificuldades ao nível da regulação emocional bem como o teste *t-student* para amostras emparelhadas de cada medida. Assim, pode-se verificar que para cada um dos questionários (Tabela 1), a média das pontuações pós-intervenção é menor comparativamente com as médias pré-intervenção, indicando uma diminuição de sofrimento psicológico, sintomatologia depressiva e ansiosa, bem como das dificuldades de regulação emocional. Tais diminuições são estatisticamente significativas (p < .001) e apresentam um tamanho de efeito grande para cada uma das medidas. No início da intervenção, para o OQ-45.2 o grupo dos *completers* pontuou entre 34 e 134 (M = 83.6; DP = 20.2). No final da intervenção, com base no RCI, 69.5% dos clientes *completers* foram considerados recuperados, 8.5% melhorados, 8.5% inalterados e 10.2% subclínicos.

Efeito Mediador da Regulação Emocional

A análise de mediação (Figura 2) revelou que o efeito mediador do número de sessões prediz significativamente alterações na regulação emocional (B = -1.84, SE = 0.21, z = -8.98, p < .001, β = -.43) e que a as mudanças na regulação emocional predizem significativamente alterações no sofrimento psicológico (B = 0.18, SE = 0.01, z = 14.10, p < 0.001, β = .63). Adicionalmente, a análise indicou que o efeito indireto do número de sessões no sofrimento psicológico, através de alterações na regulação emocional, é significativo (B = -0.33, SE = 0.04, z = -7.57, p < .001, β = -.27), confirmando o papel mediador da regulação emocional. O efeito total do número de sessões no sofrimento psicológico, que

inclui os efeitos diretos e indiretos, é significativo (B = -0.43, *SE* = 0.06, *z* = -6.99, *p* = < .001, β = -.35), enquanto o efeito direto do número de sessões no sofrimento psicológico não é significativo (B = -0.10, *SE* = 0.05, *z* = -1.79, *p* = .074, β = -.08). Estes resultados sugerem que alterações na regulação emocional estão associadas à redução do sofrimento psicológico. Os resultados destas análises encontram-se descritas na Tabela 2.

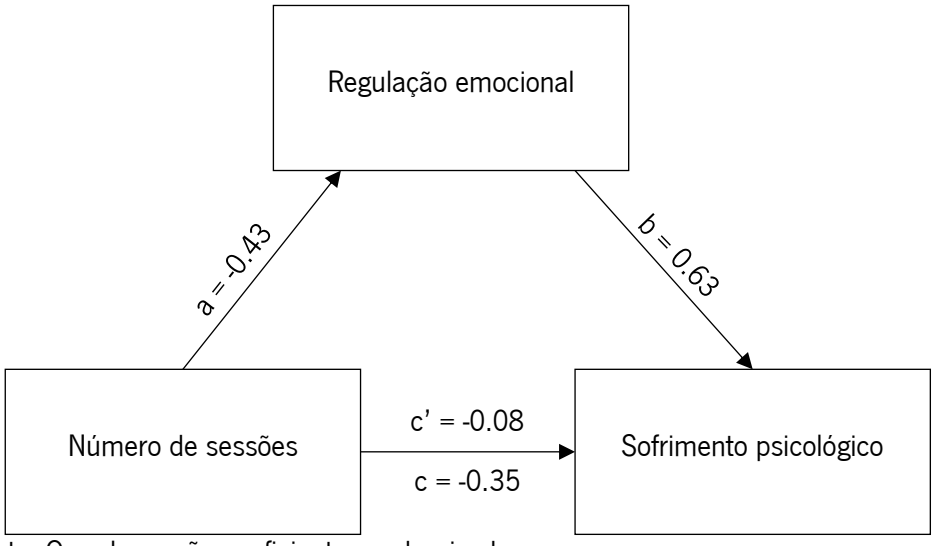
Tabela 1

Resultados Pré e Pós Intervenção dos Completers

	Pré	Pós	Teste *t-student*		
	M (DP)	*M (DP)*	*t*	*p*	*d* de Cohen
OQ-45.2	82.4 (12.6)	57.9 (13.5)	13.59	<.001	1.98
BDI-II	21.9 (9.7)	5.2 (6.3)	12.99	<.001	1.77
BAI	18.0 (9.8)	8.0 (6.9)	7.31	<.001	1.08
DERS	99.4 (21.2)	67.6 (17.8)	9.93	<.001	1.34

Figura 2

Efeito de Mediador da Regulação Emocional na Relação entre o Número de Sessões e o Sofrimento Psicológico



Nota. Os valores são coeficientes padronizado

Discussão

O presente estudo procurou analisar a eficácia do UP numa amostra clínica portuguesa e o papel da regulação emocional como o alvo da intervenção neste protocolo. Os resultados deste estudo demonstraram a eficácia do UP na redução sintomática numa amostra clínica portuguesa e o papel mediador da regulação emocional entre o número de sessões e o sofrimento psicológico.

Tabela 2

Resultados da Mediação

Tipo de Efeito	Caminho	B	*SE*	*z*	*p*	β
Efeito Mediador	Sessão ⟶ DERS (a)	-1.84	0.21	-8.98	<.001	-.43
Efeito Mediador	DERS ⟶ OQ (b)	0.18	0.01	14.10	<.001	.63
Efeito Direto	Sessão ⟶ OQ (c')	-0.43	0.06	-6.99	<.001	-.35
Efeito Indireto	Sessão ⟶ DERS ⟶ OQ (a * b)	-0.33	0.04	-7.57	<.001	-.27
Efeito Total	Sessão ⟶ OQ (c' + a * b)	-0.10	0.05	-1.79	.074	-.08

Eficácia do UP

Eficácia Global

O UP é um tratamento cognitivo-comportamental transdiagnóstico focado nas emoções que oferece benefícios clínicos e práticos quando comparado com outros modelos mais tradicionais de TCC (Barlow et al., 2018). Estudos meta-analíticos destacam que o UP é tão eficaz quanto as intervenções TCC específicas em termos de redução de sintomas de ansiedade e depressão, apresentando uma vantagem adicional ao tratar comorbidades (Barlow et al., 2018; Carlucci et al., 2021). Neste estudo, verificámos uma diminuição ao nível do sofrimento psicológico para a amostra completa, estatisticamente significativa e com um tamanho de efeito grande, o que reforça a eficácia do UP na promoção de mudança sintomática.

Relativamente aos *dropouts*, apesar da taxa corresponder a cerca de 40%, apenas 21.9% (n = 21) da amostra total descontinuou o tratamento com sofrimento psicológico significativo, segundo o ponto de corte do OQ-10, sugerindo que 17% (n = 17) dos clientes descontinuaram a intervenção por

não apresentarem sintomatologia clínica. Um estudo de Zieve e colegas (2019), sugere que a taxa de *dropout* pode estar associada a níveis elevados de severidade sintomática e a uma insatisfação com os resultados percebidos da terapia, o que contribui para a interrupção precoce do tratamento, explicando assim, a taxa de dropouts sem sucesso. Por outro lado, a literatura também refere que, em alguns casos, os clientes percebem uma melhoria suficiente e interrompem a terapia devido à sensação de já terem atingido um nível aceitável de recuperação (Bados et al., 2007; Zieve et al., 2019), explicando os 17% dos *dropouts* com sucesso. Segundo Zieve e colegas (2019), quando consideramos a taxa de *dropout* como descontinuação prematura do tratamento, a taxa de *dropout* é relativamente mais elevada, ao contrário de uma conceptualização baseada no abandono antes da recuperação. O mesmo estudo refere que os indivíduos que não completam o tratamento, mais provavelmente, têm barreiras ao tratamento, como razões logísticas, financeiras ou outras, do que os *completers*.

Numa fase inicial, quando consideramos *dropout* como a falha em completar o tratamento, a taxa foi de cerca de 40%. A literatura tem demonstrado que a taxa de *dropout* em clínicas universitárias é relativamente maior quando comparada com outros contextos (Swift & Greenberg, 2012), à semelhança do que acontece neste estudo. Um estudo sobre a eficácia da TCC numa clínica universitária reportou taxas de *dropout* de 43.8% (Bados et al., 2007). O mesmo estudo demonstrou que a taxa de *dropout* é maior quando os clientes são atendidos por um profissional em formação, no caso deste estudo, três dos quatro terapeutas tinham pouca experiência profissional. Outra possível explicação é que terapeutas em formação trabalham frequentemente com clientes mais jovens e em clínicas universitárias, ambas as condições associadas a maiores taxas de *dropout.* Numa fase posterior, quando considerámos a taxa de *dropout* segundo a perspetiva de descontinuar a intervenção antes de recuperar, a taxa de *dropout* sem sucesso foi de cerca de 22%. De acordo com uma meta-análise de Swift e Greenberg (2012), a percentagem média de *dropout* em psicoterapia é de 20%, o que significa que a taxa de *dropout* sem sucesso neste estudo está alinhada com a literatura. A literatura também tem demonstrado que não parecem existir diferenças estatisticamente significativas entre as taxas de dropout do UP e intervenção específica (Bentley et al., 2021; Schaeuffele et al., 2024) Assim, a taxa de dropout parece não se prender à natureza transdiagnóstica do UP. À semelhança do que aconteceu neste estudo, um estudo de Zieve e colegas (2019), demonstrou que as proporções de indivíduos com perturbações ansiosas e depressivas não difere entre os *dropouts* e os *completers*, ou seja, que não há efeito do tipo de perturbação nas prevalências de *dropouts*.

Concluindo, a vasta evidência a favor da eficácia deste protocolo, inclusive, neste estudo, sugere a adaptabilidade do UP para a população portuguesa. Adicionalmente, estes resultados reforçam,

também, que o UP pode ser uma ferramenta importante para abordar a elevada taxa de comorbidade de perturbações emocionais frequentemente observada em populações clínicas (Barlow et al., 2017; Bullis et al., 2023).

Estado dos Completers

Para o grupo dos *completers*, também verificámos uma diminuição significativa da sintomatologia depressiva, ansiosa, dificuldades de regulação emocional e, de uma forma geral, de sofrimento psicológico. Estas diminuições são estatisticamente significativas e apresentam um tamanho de efeito grande. Tais diminuições corroboram as hipóteses de estudos anteriores que destacam a capacidade do UP em reduzir significativamente sintomas de ansiedade e depressão e realçam o valor clínico deste protocolo. (Bullis et al., 2023; Carlucci et al., 2021; Longley & Gleiser, 2023; Newby et al., 2015). Adicionalmente, Newby e colegas (2015) salientam que o UP tem um impacto positivo moderado na qualidade de vida dos clientes. Para além da redução sintomatológica pré e pós tratamento, o UP também tem mostrado resultados positivos a longo prazo, com melhorias mantidas nos *follow-up* de seis, 12 e 36 meses (Bullis et al., 2023; Carlucci et al., 2021).

Os resultados deste estudo indicam que 41.7% dos clientes da amostra total recuperaram, de acordo com o *Reliable Change Index* (RCI), o que significa que cerca de 40 clientes deixaram de apresentar sofrimento psicológico clinicamente significativo após a intervenção. Atualmente, existem poucas meta-análises que reportem as taxas de recuperação associadas ao UP e as percentagens observadas variam consideravelmente entre os estudos. Por exemplo, um estudo de Schaeuffele e colegas (2022) reportaram uma taxa de recuperação fiável de aproximadamente 48%, enquanto Reinholt e colegas (2016) registaram uma taxa de 36.3%. Estes dados sugerem que a taxa de recuperação deste estudo é comparável com resultados de outros estudos. Por outro lado, meta-análises sobre a remissão sintomática na TCC reportaram taxas de recuperação de 48% para a ansiedade (Springer et al., 2018) e 41% para a depressão (Cujipers et al., 2021), semelhante à taxa de recuperação deste estudo. A TCC e o UP, embora distintos na abordagem, apresentam resultados semelhantes na remissão sintomática (Longley & Gleiser, 2023; Newby et al., 2015), sugerindo que ambas as intervenções são eficazes, com variações dependentes do contexto clínico e das características da amostra. A diferença nos resultados pode ser atribuída à heterogeneidade das populações tratadas e à adaptação das intervenções ao contexto clínico.

Efeito Mediador da Regulação Emocional

A análise de mediação revelou o efeito mediador da regulação emocional na relação entre o número de sessões e a diminuição do sofrimento psicológico. Estes resultados vão ao encontro do que

é proposto pelos autores do UP (Barlow et al., 2018), nomeadamente, que a promoção de regulação emocional contribuiu para a redução do sofrimento psicológico. Segundo MacKinnon e colegas (2007), a mediação completa foi observada, ou seja, quando controlada a variável mediadora, o número de sessões não teve um impacto significativo no sofrimento psicológico, uma vez que verificámos que o efeito direto não é significativo. Este tipo de mediação sugere que a regulação emocional é um mecanismo preponderante na redução do sofrimento psicológico (Asnaani et al., 2020; Munõz-Navarro et al., 2022). Estes resultados realçam o papel da regulação emocional no sucesso terapêutico e vão ao encontro da literatura, que reporta o efeito mediador da regulação emocional (Asnaani et al., 2020; Munõz-Navarro et al., 2022). Estes dados suportam a premissa central do UP de que as perturbações de ansiedade e perturbações depressivas partilham vulnerabilidades centrais associadas à regulação emocional e que a identificação e modificação de respostas negativas nas experiências emocionais promovem uma mudança sintomática (Barlow et al., 2018).

Segundo Asnaani e colegas (2020), a regulação emocional desempenha um papel fundamental na eficácia de TCC, especificamente em intervenções que utilizem técnicas de exposição. Esta técnica proporciona uma oportunidade para os clientes regularem e lidarem com as suas experiências emocionais e desenvolverem competências de regulação emocional. Consequentemente, reduzindo a ansiedade associada a estas experiências. A exposição é também uma técnica fundamental do UP e, portanto, é possível que seja um fator explicativo na redução de sintomatologia nesta amostra. Segundo Muñoz-Navarro e colegas (2022), o tratamento transdiagnóstico parece ter um impacto mais positivo na regulação emocional quando comparado com intervenção específica, realçando a importância de abordar estratégias de regulação emocional desadaptativas como ruminação, preocupação ou metacognição negativa, durante a intervenção terapêutica. No que concerne as melhorias entre sessões, a análise de mediação permitiu analisar o progresso longitudinal geral dos clientes ao longo do tratamento. Ao longo das sessões foram observadas melhorias graduais na regulação emocional, refletindo-se numa redução de 1,84 unidades nas dificuldades de regulação emocional por cada unidade de sessão adicional, indicando um efeito forte e estatisticamente significativo. Desta forma, podemos compreender que a melhoria vai decorrendo entre sessões até ao final da intervenção. Este resultado sugere que as melhorias não ocorrem de forma abrupta, mas sim de forma contínua ao longo do tempo e do processo terapêutico.

Limitações e Recomendações

Este estudo apresenta algumas limitações, por exemplo, uma amostra reduzida de clientes e de terapeutas. São necessários estudos futuros com mais clientes e terapeutas para podermos generalizar os resultados. Adicionalmente, sugere-se que estudos futuros incluam um grupo de controlo ativo. Esta

comparação poderá ser importante para compreender se a regulação emocional é específica do UP ou transversal entre modelos terapêuticos. Durante este estudo, o foco principal incidiu sobre as estratégias de regulação emocional de uma forma geral. Seria interessante em estudos futuros compreender o papel de estratégias emocionais específicas como distração, evitamento comportamental, intolerância à incerteza, preocupação, ruminação, supressão e metacognição negativa, que cumprem muitas vezes o papel de manutenção da sintomatologia ansiosa e depressiva (Cisler et al., 2010; Muñoz-Navarro et al., 2022; Naragon-Gainey et al., 2017). Por fim, estudos futuros devem considerar formas de qualificar os *dropouts* e considerar as motivações dos clientes, por exemplo, satisfação ou insatisfação com os resultados terapêuticos, questões logísticas, financeiras ou outras barreiras (Zieve et al., 2019).

Implicações

O presente estudo apresenta contributos significativos, uma vez que permite corroborar a hipótese de que as competências de regulação emocional, mecanismo central do UP, reduzem o sofrimento psicológico. Este tratamento procura reduzir a intensidade e frequência das experiências emocionais negativas, trabalhando as estratégias de regulação emocional e melhorando o funcionamento do cliente (Barlow et al., 2018). O UP apresenta vantagens já que pode ser utilizado com clientes com diagnósticos específicos e/ou com comorbidade, aumentando, deste modo, o número de pessoas com as quais pode ser utilizado (Bullis et al., 2023). Um outro ponto forte deste protocolo é a sua flexibilidade na aplicação das estratégias fundamentais, de forma a tornar o tratamento o mais personalizado possível a cada um dos clientes (Barlow et al., 2017). O UP oferece, também, uma abordagem mais eficiente e economicamente viável para psicólogos clínicos, em particular, os menos experientes, ao permitir que um único protocolo seja aplicado a uma variedade de perturbações. Esta flexibilidade é particularmente relevante em contextos clínicos onde a formação intensiva em múltiplos protocolos pode ser pouco prática (Bullis et al., 2023). Ademais, estes resultados reforçam a importância de intervenções voltadas para o desenvolvimento de competências de regulação emocional dentro do contexto terapêutica, já que as estratégias desadaptativas de regulação emocional perpetuam o evitamento e aumentando a resposta emocional de medo (Asnaani et al., 2020).

Conclusão

Este estudo visou avaliar a eficácia, em contexto naturalista, do UP no tratamento de perturbações emocionais numa amostra clínica portuguesa, com um foco particular no papel da regulação emocional como mecanismo mediador da mudança sintomática. Os resultados revelaram que o UP é eficaz na redução do sofrimento psicológico e que a regulação emocional demonstrou ser um mediador completo, o que reforça a importância deste mecanismo no sucesso terapêutico. Estudos

futuros deverão focar-se em amostras mais diversificadas e incluir um grupo de controlo para confirmar se o papel da regulação emocional é transversal entre modelos terapêuticos. Por fim, este estudo contribui para o campo da psicologia clínica ao fornecer evidência sobre a eficácia do UP na população portuguesa, destacando a importância da regulação emocional como fator central na mudança sintomática.

Referências

Associação de Psicologia. (n.d.). *Missão*. https://apsi.uminho.pt/

Almeida, J. M. C., Xavier, M., Cardoso, G., Pereira, M. G., Gusmão, R., Corrêa, B., Gago, J., Talina, M., & Silva, J. (2013). *Estudo Epidemiológico Nacional de Saúde Mental. 1.º Relatório.* (1º; p. 58).

American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed., text rev.). Washington, DC: Author.

American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed.). American Psychiatric Association. https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596

Antunes, A., Frasquilho, D., Azeredo-Lopes, S., Neto, D., Silva, M., Cardoso, G., & Caldas-de-Almeida, J. M. (2018). Disability and common mental disorders: Results from the World Mental Health Survey Initiative Portugal. *European Psychiatry*, *49*, 56–61. https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2017.12.004

Antuña-Camblor, C., Peris-Baquero, Ó., Juarros-Basterretxea, J., Cano-Vindel, A., & Rodríguez-Díaz, F. J. (2024). Transdiagnostic risk factors of emotional disorders in adults: A systematic review. *Anales de Psicología*, *40*(2), 199–218. https://doi.org/10.6018/analesps.561051

Asnaani, A., Tyler, J., McCann, J., Brown, L., & Zang, Y. (2020). Anxiety sensitivity and emotion regulation as mechanisms of successful CBT outcome for anxiety-related disorders in a naturalistic treatment setting. *Journal of Affective Disorders*, *267*, 86–95. https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.01.160

Bados, A., Balaguer, G., & Saldaña, C. (2007). The efficacy of cognitive–behavioral therapy and the problem of drop-out. *Journal of Clinical Psychology*, *63*(6), 585–592. https://doi.org/10.1002/jclp.20368

Barlow, D. H., Farchione, T. J., Bullis, J. R., Gallagher, M. W., Murray-Latin, H., Sauer-Zavala, S., Bentley, K. H., Thompson-Hollands, J., Conklin, L. R., Boswell, J. F., Ametaj, A., Carl, J. R., Boettcher, H. T., & Cassiello-Robbins, C. (2017). The Unified Protocol for Transdiagnostic Treatment of Emotional Disorders Compared With Diagnosis-Specific Protocols for Anxiety disorders: A randomized clinical trial. *JAMA Psychiatry*, *74*(9), 875. https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2017.2164

Barlow, D. H., Farchione, T. J., Sauer-Zavala, S., Latin, H. M., Ellard, K. K., Bullis, J. R., Bentley, K. H., Boettcher, H. T., & Cassiello-Robbins, C. F. (2018). *Unified protocol for transdiagnostic treatment of emotional disorders: Therapist guide* (Second edition). Oxford University Press.

Beck, A. T., Epstein, N., Brown, G., & Steer, R. A. (1988). An inventory for measuring clinical anxiety: Psychometric properties. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *56*(6), 893–897. https://doi.org/10.1037/0022-006X.56.6.893

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

Bentley, K. H., Cohen, Z. D., Kim, T., Bullis, J. R., Nauphal, M., Cassiello-Robbins, C., Sauer-Zavala, S., Sbi, S., Gallagher, M. W., Farchione, T. J., & Barlow, D. H. (2021). The nature, timing, and symptom trajectories of dropout from transdiagnostic and single-diagnosis cognitive-behavioral therapy for anxiety disorders. *Behavior Therapy*, *52*(6), 1364–1376. https://doi.org/10.1016/j.beth.2021.03.007

Brown, T. A., Campbell, L. A., Lehman, C. L., Grisham, J. R., & Mancill, R. B. (2001). Current and lifetime comorbidity of the DSM-IV anxiety and mood disorders in a large clinical sample. *Journal of Abnormal Psychology*, *110*(4), 585–599. https://doi.org/10.1037/0021-843X.110.4.585

Bullis, J. R., Eustis, E. H., Curreri, A. J., Cardona, N. D., Woods, B. K., Rosellini, A. J., Barlow, D. H., & Farchione, Todd. J. (2023). The unified protocol for transdiagnostic treatment of emotional disorders compared with diagnosis-specific protocols for anxiety disorders: A three-year follow-up. *Journal of Mood & Anxiety Disorders*, *3*, 100024. https://doi.org/10.1016/j.xjmad.2023.100024

Campos, R. C., & Gonçalves, B. (2011). The Portuguese Version of the Beck Depression Inventory-II (BDI-II): Preliminary psychometric data with two nonclinical samples. *European Journal of Psychological Assessment*, *27*(4), 258–264. https://doi.org/10.1027/1015-5759/a000072

Carlucci, L., Saggino, A., & Balsamo, M. (2021). On the efficacy of the unified protocol for transdiagnostic treatment of emotional disorders: A systematic review and meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, *87*, 101999. https://doi.org/10.1016/j.cpr.2021.101999

Cisler, J. M., Olatunji, B. O., Feldner, M. T., & Forsyth, J. P. (2010). Emotion regulation and the anxiety disorders: An integrative review. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, *32*(1), 68–82. https://doi.org/10.1007/s10862-009-9161-1

Cludius, B., Mennin, D., & Ehring, T. (2020). Emotion regulation as a transdiagnostic process. *Emotion*, *20*(1), 37–42. https://doi.org/10.1037/emo0000646

Coutinho, J., Ribeiro, E., Ferreirinha, R., & Dias, P. (2010). Versão portuguesa da escala de dificuldades de regulação emocional e sua relação com sintomas psicopatológicos. *Archives of Clinical Psychiatry (São Paulo)*, *37*(4), 145–151. https://doi.org/10.1590/S0101-60832010000400001

Cuijpers, P., Karyotaki, E., Ciharova, M., Miguel, C., Noma, H., & Furukawa, T. A. (2021). The effects of psychotherapies for depression on response, remission, reliable change, and deterioration: A meta-analysis. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, *144*(3), 288–299. https://doi.org/10.1111/acps.13335

DiNardo, P. A., Brow, T. A., & Barlow, D. H. (1994). Anxiety disorders interview schedule for DSM-IV: Life time version (ADIS-IV-L). Psychological Corporation

Fairholme, C. P., Boisseau, C. L., Ellard, K. K., Ehrenreich, J. T., & Barlow, D. H. (2010). Emotions, emotion regulation, and psychological treat ment: A unified perspective. In A. M. Kring & D. M. Sloan (Eds.), *Emotion regulation and psychopathology: A transdiagnostic approach to etiology and treatment*. (pp. 283– 309). New York: Guilford Press.

Gaskell, C., Simmonds-Buckley, M., Kellett, S., Stockton, C., Somerville, E., Rogerson, E., & Delgadillo, J. (2023). The effectiveness of psychological interventions delivered in routine practice: Systematic review and meta-analysis. *Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research*, *50*(1), 43–57. https://doi.org/10.1007/s10488-022-01225-y

Gratz, K. L., & Roemer, L. (2004). Multidimensional assessment of emotion regulation and dysregulation: Development, factor structure, and initial validation of the difficulties in emotion regulation scale. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, *26*(1), 41–54. https://doi.org/10.1023/B:JOBA.0000007455.08539.94

Jacobson, N. S., & Truax, P. (1991). Clinical significance: A statistical approach to defining meaningful change in psychotherapy research. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *59*(1), 12–19. https://doi.org/10.1037/0022-006X.59.1.12

Johnsen, T. J., & Friborg, O. (2015). The effects of cognitive behavioral therapy as an anti-depressive treatment is falling: A meta-analysis. *Psychological Bulletin*, *141*(4), 747–768. https://doi.org/10.1037/bul0000015

Lambert, M. J., Burlingame, G. M., Umphress, V., Hansen, N. B., Vermeersch, D. A., Clouse, G. C., & Yanchar, S. C. (1996). The reliability and validity of the outcome questionnaire. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, *3*(4), 249–258. https://doi.org/10.1002/(SICI)1099-0879(199612)3:4<249::AID-CPP106>3.0.CO;2-S

Lambert, M. J., Finch, A., Okiishi, J., & Burlingame, G. (2005). *Administration and scoring manual for the OQ-10.2*. OQ Measures, LLC.

Longley, S. L., & Gleiser, T. S. (2023). Efficacy of the unified protocol: A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Clinical Psychology: Science and Practice*, *30*(2), 208–221. https://doi.org/10.1037/cps0000141

Machado, P. P. P., & Fassnacht, D. B. (2015). The Portuguese version of the Outcome Questionnaire (OQ-45): Normative data, reliability, and clinical significance cut-offs scores. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, *88*(4), Artigo 4. https://doi.org/10.1111/papt.12048

MacKinnon, D. P., Fairchild, A. J., & Fritz, M. S. (2007). Mediation analysis. *Annual Review of Psychology*, *58*(1), 593–614. https://doi.org/10.1146/annurev.psych.58.110405.085542

Muñoz-Navarro, R., Medrano, L. A., Limonero, J. T., González-Blanch, C., Moriana, J. A., Ruiz-Rodríguez, P., & Cano-Vindel, A. (2022). The mediating role of emotion regulation in transdiagnostic cognitive behavioural therapy for emotional disorders in primary care: Secondary analyses of the PsicAP randomized controlled trial. *Journal of Affective Disorders*, *303*, 206–215. https://doi.org/10.1016/j.jad.2022.01.029

Naragon-Gainey, K., McMahon, T. P., & Chacko, T. P. (2017). The structure of common emotion regulation strategies: A meta-analytic examination. *Psychological Bulletin, 143*(4), 384–427. https://doi.org/10.1037/bul0000093

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

Oliveira, J. T., Faustino, D., Machado, P. P. P., Ribeiro, E., Gonçalves, S., & Gonçalves, M. M. (2021). Sudden gains and ambivalence in the unified protocol for transdiagnostic treatment of emotional disorder. *International Journal of Cognitive Therapy*, *14*(3), Artigo 3. https://doi.org/10.1007/s41811-021-00106-w

Quintão, S., Delgado, A. R., & Prieto, G. (2013). Validity study of the Beck Anxiety Inventory (Portuguese version) by the Rasch Rating Scale model. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, *26*(2), 305–310. https://doi.org/10.1590/S0102-79722013000200010

R Core Team. (2013). R: A language and environment for statistical com puting. R Foundation for Statistical Computing. Vienna, Austria. http:// www.R-project.org/

Reinholt, N., Aharoni, R., Winding, C., Rosenberg, N., Rosenbaum, B., & Arnfred, S. (2017). Transdiagnostic group CBT for anxiety disorders: The unified protocol in mental health services. *Cognitive Behaviour Therapy*, *46*(1), 29–43. https://doi.org/10.1080/16506073.2016.1227360

Rosseel, Y. (2012). lavaan: An R package for structural equation modeling. *Journal of Statistical Software, 48*(2), 1-36. https://doi.org/10.18637/jss.v048.i02

Schaeuffele, C., Homeyer, S., Perea, L., Scharf, L., Schulz, A., Knaevelsrud, C., Renneberg, B., & Boettcher, J. (2022). The unified protocol as an internet-based intervention for emotional disorders: Randomized controlled trial. *PLOS ONE*, *17*(7), e0270178. https://doi.org/10.1371/journal.pone.0270178

Schaeuffele, C., Meine, L. E., Schulz, A., Weber, M. C., Moser, A., Paersch, C., Recher, D., Boettcher, J., Renneberg, B., Flückiger, C., & Kleim, B. (2024). A systematic review and meta-analysis of transdiagnostic cognitive behavioural therapies for emotional disorders. *Nature Human Behaviour*, *8*(3), 493–509. https://doi.org/10.1038/s41562-023-01787-3

Shin, L. M., & Liberzon, I. (2010). The neurocircuitry of fear, stress, and anxiety disorders. *Neuropsychopharmacology*, *35*(1), 169–191. https://doi.org/10.1038/npp.2009.83

Springer, K. S., Levy, H. C., & Tolin, D. F. (2018). Remission in CBT for adult anxiety disorders: A meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, *61*, 1–8. https://doi.org/10.1016/j.cpr.2018.03.002

Swift, J. K., & Greenberg, R. P. (2012). Premature discontinuation in adult psychotherapy: A meta-analysis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *80*(4), 547–559. https://doi.org/10.1037/a0028226

Whiteford, H. A., Degenhardt, L., Rehm, J., Baxter, A. J., Ferrari, A. J., Erskine, H. E., Charlson, F. J., Norman, R. E., Flaxman, A. D., Johns, N., Burstein, R., Murray, C. J., & Vos, T. (2013). Global burden of disease attributable to mental and substance use disorders: Findings from the Global Burden of Disease Study 2010. *The Lancet*, *382*(9904), 1575–1586. https://doi.org/10.1016/S0140-6736(13)61611-6

Wilamowska, Z. A., Thompson-Hollands, J., Fairholme, C. P., Ellard, K. K., Farchione, T. J., & Barlow, D. H. (2010). Conceptual background, development, and preliminary data from the unified protocol for transdiagnostic treatment of emotional disorders. *Depression and Anxiety*, *27*(10), 882–890. https://doi.org/10.1002/da.20735

Zieve, G. G., Persons, J. B., & Yu, L. A. D. (2019). The relationship between dropout and outcome in naturalistic cognitive behavior therapy. *Behavior Therapy*, *50*(1), 189–199. https://doi.org/10.1016/j.beth.2018.05.004

Anexo A

Universidade do Minho

SECSH

Subcomissão de Ética para as Ciências Sociais e Humanas

Identificação do documento: SECSH 011/2018

Título do projeto: *Eficácia Psicoterapêutica do Protocolo Unificado para o Tratamento Transdiagnóstico das Perturbações Emocionais em Contexto Comunitário*

Investigador(a) Responsável: Eugénia Maria Ribeiro Pereira, Professora Auxiliar da Escola de Psicologia da Universidade do Minho; Investigadora CIPsi-UM; Mário Miguel Machado Osório Gonçalves, Professor Catedrático da Escola de Psicologia da Universidade do Minho; Investigador CIPsi-UM; Paulo Manuel Pinto Pereira Almeida Machado, Professor Catedrático da Escola de Psicologia da Universidade do Minho; Investigador CIPsi-UM; Sónia Ferreira Gonçalves, Professora Auxiliar da Escola de Psicologia da Universidade do Minho; Investigadora CIPsi-UM

Outros Investigadores: Ângela Cristina Franco Ferreira e Carina Andreia Silva Magalhães - MSc – Bolseiras de Investigação CIPsi-UM; Dulce Patrícia Vale Vasconcelos Pinto, Maria Manuela Gonçalves Sousa Peixoto e Pablo Fernandez Navarro - PhD – Bolseiros de Investigação CIPsi-UM; João Tiago Terra da Cruz Oliveira - MSc – Bolseiro de Doutoramento FCT e CIPsi-UM; Rafael Araújo, MSc – Assistente de Investigação CIPsi-UM; Cátia Sofia Macedo Braga, PhD – Assistente de Investigação CIPsi-UM

Os documentos enviados estão em conformidade com o Guião para submissão de processos a apreciar pela Subcomissão de Ética para as Ciências Sociais e Humanas (SECSH).

Face ao exposto, nada temos a opor à execução do projeto, na Universidade do Minho.

Braga, 28 de maio de 2018.

Digitally signed by PAULO MANUEL PINTO PEREIRA ALMEIDA MACHADO
Date: 2018.06.04 08:52:37 +01'00'

Paulo Manuel Pinto Pereira Almeida Machado