

Катерина НАУМОВА

УДК: 159.973  
Прегледен труд

## ТРАНСДИЈАГНОСТИЧКА ПЕРСПЕКТИВА КОН НАРУШУВАЊАТА НА МЕНТАЛНОТО ЗДРАВЈЕ

### *Кратка содржина*

Во трудот е прикажан актуелниот статус на трансдијагностичкиот пристап кон психопатологијата, кој засега претставува алтернативен модел на опишување и разбирање на нарушеното ментално здравје, што се обидува да го премости јазот меѓу клиничката реалност и дијагностичката парадигма. Напуштањето на границите (т.е. ограничувањата) на дијагностичките категории, кое го предлага оваа перспектива, создава нови можности, не само за повалидно концептуално одредување на процесите што лежат во основата на широк спектар нарушувања и имаат улога на фактори на ризик за нивна појава, но и на механизми кои ги одржуваат, туку и за креирање на психолошки интервенции чија полезност ги надминува поединечните дијагностички ентитети. По кус осврт кон слабостите на категоријалните нозолошки системи, претставена е димензионалната репрезентација на психопатологијата, на која се темели оваа перспектива. Потоа се изложени различни пристапи кон дефинирањето и проучувањето на трансдијагностичките процеси, а дискутирани се и емпириските докази за неколку обемно истражувани фактори на ранливост. Прикажани се накусо и спецификите на трансдијагностичките психолошки интервенции, а на крајот се предочени актуелните предизвици и потенцијалните насоки на развој на оваа перспектива.

**Клучни зборови:** трансдијагностички процеси, фактори на ранливост, трансдијагностички интервенции

Практичната и истражувачката дејност на клиничките психолози со децении е соочена со растечки внатрешен притисок да го премости јазот меѓу фактичкото пројавување на психопатолошките феномени и нивната концептуализација во традиционалните нозолошки системи - Дијагностичкиот и статистички прирачник на менталните растројства (ДСМ) и Меѓународната класификација на болестите (МКБ). Вообичаените критики на дијагностичката парадигма (на пример, Dalglish et al., 2020) се насочени кон истакнување на: а) мултифакторската биопсихосоцијална етиолошка заднина на нарушувањата, наспроти редуccionистичкиот пристап; б) емпириски поддржаната димензионална природа на психопатолошката симптоматологија, наспроти предложениот категоријален модел; в) доми-

нантното присуство на коморбидитет меѓу растројствата, како своевиден артефакт на структурата на класификациските системи; г) хетерогеноста на дијагностичките категории, која води и до илјадници можности за задоволување на дијагностичкиот праг; д) ограничениот опсег на знаци и симптоми преку кои се опишани растројствата, наспроти повеќекратно побројните репрезентативни симптоми опфатени во мерните инструменти; ѓ) фенотипската пластичност, која не е исход исклучиво на индивидуалните развојни промени во симптоматологијата, туку е последица на дихотомниот приказ на димензионални и динамички конструкти; е) тежнеењето кон евалуација на психолошки третмани наменети за поединечни растројства, наспроти неопходноста од флексибилно приспособување на интервенциите кон состојбата, потребите и можностите на клиентите.

Оттука, не изненадува сè посилената поддршка во стручната јавност на т.н. трансдијагностичка парадигма, која засега претставува алтернативен модел на опишување и разбирање на нарушеното ментално здравје. Напуштањето на границите (т.е. ограничувањата) на дијагностичките категории кое го предлага оваа перспектива создава нови можности, не само за повалидно концептуално одредување на процесите што лежат во основата на широк спектар нарушувања и имаат улога на фактори на ризик за нивна појава, но и на механизми кои ги одржуваат, туку и за креирање на психолошки интервенции чија полезност ги надминува поединечните дијагностички ентитети.

Трансдијагностичките пристапи се темелат на обемните емпириски докази за посоодветната димензионална репрезентација на психопатолошките проблеми. Одредени модели предлагаат бифакторска структура, дефинирана од фактор на општа психопатологија и од поединечни фактори на симптоматски димензии (Caspi et al., 2014). Други модели нудат посложени хиерархиски структури составени од општ фактор на психопатологија и неколку нивоа на димензии на проблеми. Најилустративен пример за ваков пристап и актуелно најпродорен модел во литературата е *Хиерархиската таксономија на психопатологијата* (Kotov et al., 2017; Conway et al., 2019), во која димензиите од втор ред се именувани спектри, а ги опфаќаат интернализирачката и екстернализирачката психопатологија, соматоформните проблеми, нарушувањата во мислењето и деташираноста. Следните нивоа во структурата се т.н. потфактори, односно специфичните проблеми поврзани со спектрите, како на пример, проблемите во исхраната, психичката вознемиреност, антисоцијалното однесување итн. Под нив се синдромите, односно растројствата, онака како што се тековно опишани во класификациските системи, а најдолу се сместени знаците, симптомите со нивните компонентите, и неадаптивните црти на личност.

Сеопфатните димензионални модели, како и категоријалните, се атеориски и не се експланаторни, а засега и тешко се преточуваат во клиничка практика. Поради тоа, паралелно со нивниот развој, истражувачкиот фокус е континуирано свртен кон биопсихосоцијалните процеси, кои ја

зголемуваат веројатноста за појава на широк опсег психопатолошки проблеми, може да бидат фактори кои ја одржуваат дисфункционалноста, а некои од нив може да имаат и заштитна функција.

### Трансдијагностички процеси

Првичен преглед на емпириски податоци за поголем број когнитивно-бихевиорални трансдијагностички процеси дале Харви и нејзините соработници (Harvey et al., 2004), кои истовремено предложиле и концептуална одредница на поимот. Имено, сугерираше како трансдијагностички да се именуваат процеси кои се манифестираат и во клиничка и во неклиничка популација, а се имплицирани во најмалку четири ментални растројства. Согласно со нивниот преглед, најсилна емпириска поддршка постоела за дванаесет дотогаш истражувани процеси, меѓу кои селективното внимание, интрузивните сеќавања, емоционалното расудување, позитивните и негативните метакогнитивни верувања, бихевиоралното избегнување итн. Подоцна, Харви и сор. (Harvey et al., 2011) вовеле дистинкција меѓу *дескриптивни* трансдијагностички процеси, кои се едноставно присутни кај повеќе растројства, и *механистички* трансдијагностички процеси, кои се каузално поврзани со растројствата.

Истовремено, Нолен-Хоксема и Воткинс предложиле хевристика за развој на модели на трансдијагностички процеси, истакнувајќи ги во преден план насоките за идентификување на фактори кои ја објаснуваат мултифиналноста и дивергентните траектории на психопатологијата, односно општиот и специфичниот ризик за појава на одделни растројства (Nolen-Hoeksema & Watkins, 2011). Тие сугерираше разграничување на процесите на *дистални* и *проксимални*, односно на фактори на ризик кои индиректно влијаат на појавата на психопатолошките проблеми и фактори на ризик кои директно влијаат на појавата на психопатологијата. Во првата категорија ги сместиле срединските контекстуални фактори и вродените биолошки особини, поточно искуствата или карактеристиките кои (вообичаено) се независни од постапките на една индивидуа, а кои освен тоа тешко се контролираат и модификуваат. Примери за фактори од првата група се рани трауматски искуства или нарушено ментално здравје на родителите, додека примери за втората група се генетски абнормалности или абнормалности во структурата на мозокот и мозочните функции. Оваа категорија трансдијагностички фактори е секогаш каузално оддалечена од појавата на психопатологијата, но временската дистанца меѓу изложеноста на овие фактори и развојот на симптомите не е нужно многу голема. Втората категорија, односно проксималните фактори, го посредуваат односот меѓу дисталните фактори на ризик и психопатологијата. Тие се дефинирани како интраперсонални варијабли кои временски претходат на симптомите и/или директно ги предизвикуваат. Во оваа категорија се сместени три групи, честопати заемно поврзани фактори: а) биолошки фактори кои

водат до потенцијално неадаптивни емоционални, когнитивни или бихевиорални тенденции (на пример, хиперактивност на амигдалата или хипоактивност на префронталниот кортекс); б) когнитивни дефицити или пристрасности во обработката на информациите (на пример, дефицити во работната меморија); в) личносни диспозиции кои ги одредуваат начините на реагирање во широк опсег животни ситуации (на пример, невротизам и регулирање на емоциите).

Хевристиката, понатаму, ги опфаќа и механизмите кои ги поврзуваат двете категории фактори на ризик, како и модераторите на ефектите од проксималните фактори. Нолен-Хоксема и Воткинс предлагаат најмалку три механизми, односно сметаат дека дисталните фактори може да ги обликуваат реакциите на опкружувањето, потоа верувањата, когнитивните шеми и сликата за себе, како и процесите на учење на адаптивно, односно неадаптивно однесување. Конечно, модераторите ги детерминираат конкретните симптоми кон кои водат проксималните фактори на ризик кај една индивидуа, односно дивергентните траектории на психопатологијата, додека дисталните и проксималните фактори на ризик водат до мултифинални психопатолошки исходи.

Во продолжение ќе се осврнеме на неколку процеси кон кои актуелно е насочен истражувачкиот интерес и за чија инволвираност во појавата, експресијата и текот на различни психопатолошки проблеми веќе постои солидна емпириска поддршка. Овие процеси се јадрени компоненти и на поограничените по опфат трансдијагностички модели на емоционалните растројства (Bullis et al., 2019; Norton & Paulus, 2017), растројствата во исхраната (Cooper & Grave, 2017), психотичните растројства (Ein-Dor et al., 2016) и екстернализирачката психопатологија (Eaton et al., 2015).

**Невротизам.** Изразената склоност кон доживување примарно негативни емоционални одговори на стресни животни искуства е одамна идентификуван корелат на голем број психопатолошки проблеми, а неколку концептуални модели се обидуваат да ја објаснат оваа силна поврзаност (Ormel et al., 2013). Имено, покрај моделот на *ранливост*, кој невротизмот го дефинира како независен трансдијагностички фактор што може да биде и дистално и проксимално каузално поврзан со нарушувањата на менталното здравје, во литературата се среќаваат уште четири модели кои нудат алтернативни објаснувања за оваа врска. На пример, моделот на *спектар* предлага дека екстремно изразениот невротизам претставува растројство, само по себе; моделот на *заеднички причинители*, пак, сутерира дека оваа личносна диспозиција е дистинктивна во однос на психопатологијата, но обете се детерминирани од исти генетски и средински фактори; додека моделите на *состојба* и на *лузна* претпоставуваат дека појавата на психопатолошки симптоми води до привремени, односно до трајни промени во изразеноста на невротизмот. До неодамна, емпириските докази не обезбедуваа конклузивен одговор за валидноста на моделите. Меѓутоа, неодамнешна метаанализа што вклучува 59 проспективни истражувања и

над 440 000 испитаници (Jeronymus et al., 2016), и во која биле контролирани ефектите од историјата на психопатолошките проблеми, но и од актуелната симптоматологија, покажала дека високоизразениот невротизам е исклучително силен и долготраен фактор на ранливост за интернализирачка и неспецифична психопатологија, додека неговиот ефект е послаб, иако долготраен, кога станува збор за екстернализирачка психопатологија и нарушувања во мислењето. Една од клучните импликации од овие наоди е можноста психолошките интервенции да се насочат кон „сnižување“ на невротизмот, но и кон рана превенција на развој на екстремни нивоа на оваа црта. Третманот на невротизам е веќе присутен во трансдијагностичката клиничка практика (Barlow et al., 2017).

**Перфекционизам.** Тенденцијата да се очекуваат од себе или од другите исклучително високи, дури и безгрешни нивоа на постигнување, а кои ги надминуваат барањата на актуелните околности е уште една обемно истражувана лична диспозиција. Сумарните прегледи на емпириските докази за трансдијагностичката природа на перфекционизмот (на пример, Egan et al., 2011) јасно демонстрираат дека тој е фактор на ранливост, пред сè, за растројства во исхраната, а претставува фактор што ја одржува или влошува симптоматологијата специфична за опсесивно-компулсивно растројство, социјална анксиозност и депресија, со што всушност неповолно го детерминира и исходот од третманот на овие растројства. Покрај тоа, изразениот перфекционизам е поврзан и со истовремено присуство на две или повеќе растројства. Примарна клиничка импликација од ваквите наоди е дека неадаптивните аспекти на перфекционизмот, слично како и невротизмот, треба да станат фокус на интервенциите од самиот почеток на психолошкиот третман, што понатаму ќе води до редукција на симптомите на анксиозност, депресија, опсесивност-компулсивност и на растројства во исхраната, во прилог на што говорат и иницијалните емпириски докази (Lloyd et al., 2015).

**Регулирање на емоциите.** Дефицитите во способноста да се модулираат сопствените емоционални искуства согласно со контекстуалните услови се обемно истражувани фактор на ризик за појавата и одржувањето на повеќе интернализирачки и екстернализирачки психопатолошки проблеми, како и на невноразвојни и психотични растројства. Поаѓајќи од развојна перспектива, Алдао и нејзините соработници спровеле внимателен преглед на низа проспективни истражувања, врз основа на кој посочуваат дека дисрегулираниот афект може да се дефинира како трансдијагностички процес, иако досегашните истражувања кај деца и адолесценти го проучувале овој феномен во многу ограничен опсег, не земајќи ги често предвид релевантните модератори на неговите потенцијални ефекти (Aldao et al., 2016). Од друга страна, систематски преглед на 67 истражувања за исходите од различни психолошки третмани со возрасни клиенти покажал дека независно од типот на третманот или од типот на растројството, примената на избегнување (бихевиорално или искусствено) како стратегија за

регулирање на емоциите и генерално дисрегулираниот афект се намалуваат паралелно со намалувањето на симптомите на анксиозност, депресија, употреба на супстанции, патологија во исхраната и гранично растројство на личноста (Sloan et al., 2017). Со оглед на тоа што само неколку од овие истражувања вклучувале анализа на временскиот редослед на промените, наодите конклузивно не ја потврдуваат каузалната улога на промените во регулирањето на емоциите во подобрувањето на психолошката состојба на клиентите.

**Руминирање.** Репетитивното анализирање на личните загрижи, проследено со чувства на вознемиреност и отсуство на преземање конкретни чекори за разрешување на проблемите е когнитивен фактор на ранливост за мултифинална психопатологија. Се дефинира и како (неадаптивна) стратегија за регулирање на емоциите, меѓутоа поради опсежната литература посветена на овој процес, ќе биде дискутиран засебно. Најсолидни се емпириските докази дека руминирањето ги одржува и влошува депресивните растројства, меѓутоа ги интензивира и симптомите на посттравматското стресно растројство, социјалната анксиозност и сложените процеси на обжалување, а во помал обем и на генерализираното анксиозно растројство (Kaplan et al., 2018; Moulds et al., 2020). Покрај тоа, руминирањето е имплицирано и во појавата и одржувањето на психотичните растројства, растројствата во исхраната и зависноста од алкохол (Nolen-Hoeksema & Watkins, 2011; Ludwig et al., 2019; Smith et al., 2018), а претставува и проксимален фактор на ризик за одделни растројства на личноста (Kelley et al., 2021; Kovács et al., 2021). Дополнителна поддршка за трансдијагностичката природа на овој процес се наодите дека психолошкиот третман на емоционалните растројства истовремено води до снижување и на руминирањето и на психопатолошката симптоматологија (Sloan et al., 2017).

**Нетолеранција кон неизвесност.** Тешкотиите при поднесувањето на искуството на недостиг на неопходни, доволни и/или важни информации може да водат до низа неповолни когнитивни, емоционални и бихевиорални одговори, во обид да се избегне или разреши оваа аверзивна состојба. Неодамнешна метаанализа во која биле вклучени 181 трансверзално истражување и над 50 000 испитаници упатува на умерена поврзаност на нетолерантноста кон неизвесност со депресијата, социјалната анксиозност, паничното растројство, агорафобијата, генерализираното анксиозно растројство, опсесивно-компулсивното растројство и растројствата во исхраната (McEvoy et al., 2019). Наодите не биле поврзани со возраста на испитаниците, што покажува дека оваа врска е континуирана низ целиот животен циклус. Меѓутоа, систематски преглед на помал број проспективни и експериментални истражувања укажува на најсилна емпириска поддршка за улогата на оваа тенденција како каузален механизам примарно во однос на анксиозните растројства, послаби се доказите во однос на негативниот афект или нарушувањата на расположението, а уште поограничени се во однос на симптомите на опсесивност-компулсивност (Rosser, 2019).

Од друга страна, проверката на ефективноста на неколку групни терапевски интервенции за емоционални растројства ја посочува и можноста овој трансдијагностички процес да се третира и како транстераписки фактор на промена, со оглед на тоа што редукцијата на нетолеранцијата во текот на третманот била проследена со редукција на репетитивните негативни мисли и на симптомите на анксиозни растројства, иако не и на симптомите на депресија (McEvoy & Erceg-Hurn, 2016). Истовремено, иницијалните докази сугерираат дека изразената нетолеранција кон неизвесност не ја загрозува инволвираноста и ангажираноста на клиентите во третманот.

**Анксиозност поврзана со смртта.** Немоќта ефективно да се справиме со свесноста за сопствената смртност и минливоста на животот резултира со нагласена емоционална вознемиреност при помислата на смрт и умирање. Засега единствениот систематски преглед на емпириската литература (Iverach et al., 2014), што вклучува и наоди од експериментални истражувања, упатува дека присуството на овој дистинктивен анксиозен одговор е имплицирано во појавата и развојот на соматоформните растројства, анксиозните растројства (фобии, социјална анксиозност, панично растројство, агорафобија, сепарациска анксиозност), депресивните растројства, опсесивно-компулсивното растројство, посттрауматското стресно растројство и растројствата во исхраната. Дополнителна емпириска поддршка за трансдијагностичката природа на овој конструкт обезбедува неодамнешно истражување со хетероген примерок од клиничка популација (Menzies et al., 2019), во кое била утврдена силна поврзаност меѓу анксиозноста предизвикана од смртта и композитен индикатор на психопатологијата, дури и по контрола на ефектот на невротизмот. Примарна клиничка импликација од овие наоди е потребата од евалуирање на ефективност на интервенции за третман на овој вид анксиозност и на промените кои тоа би ги предизвикало во севкупното психолошко функционирање.

## Трансдијагностички психолошки интервенции

Трансдијагностичкиот пристап кон психолошките третмани, исто така, се развивал под влијание на клиничката реалност, односно коморбидитетот како норма и хетерогената манифестација на исти растројства. Во овој контекст, како трансдијагностички се дефинираат интервенции во рамки на кои се применуваат истите принципи на третман кај различни растројства, без приспособување на протоколот (McEvoy et al., 2009). Во литературата вообичаено се разликуваат две категории трансдијагностички интервенции: универзални и модуларни. Во првата категорија спаѓаат унифицирани третмани за повеќе психопатолошки проблеми, кај кои се утврдени заеднички механизми (т.е. трансдијагностички процеси) што ја одржуваат психопатологијата и кон чија промена се насочени интервенциите. Предности на овој тип третмани се широката полезност, како

и поедноставената примена и едукација на клиничарите, додека слабост е потребата од претходен внимателен избор на компоненти од кои ќе се состои интервенцијата, а кои треба да бидат усогласени со очекуваните варијации во состојбата на клиентите (Sauer-Zavala et al., 2017). Типичен и емпириски валидиран претставник на овој пристап е *Унифицираниот протокол за трансдијагностички третман на емоционални растројства* (Barlow et al., 2017; Carlucci et al., 2019), кој е примарно фокусиран на невротизмот, како јадрен фактор на ранливост.

Модуларните интервенции, од друга страна, се состојат од тераписки модули, односно функционални единици, кои се избираат и комбинираат согласно со потребите на секој поединечен клиент. Овој вид третмани се индивидуализирани и се примарно емпириски, а не теориски засновани. Предност на ваквиот пристап е токму зголемената усогласеност меѓу особеностите на интервенцијата и состојбата на клиентот, но истовремен недостаток е потребата од алгоритми за избор и примена на поединечните модули (Sauer-Zavala et al., 2017). Пример за ваков тип интервенција е *Модуларниот пристап на терапија за анксиозност, депресија, траума или проблеми во однесувањето* (Chorpita & Weisz, 2009), кој иницијално бил применуван со деца и адолесценти, а потоа бил приспособен и за возрасни.

Доминантно, трансдијагностичките интервенции се развивале во рамки на когнитивно-бихевиоралниот пристап кон терапијата, на почеток во т.н. трета генерација терапии (метакогнитивна терапија, терапија на прифаќање и посветеност, интервенции базирани на потполна свесност, дијалектичка бихевиорална терапија), за потоа да се профилираат засебни трансдијагностички третмани (Schaeuffele et al., 2021). Меѓутоа, изминатава деценија беа презентирани и психодинамички трансдијагностички интервенции за емоционални растројства (Leichsenring & Steinert, 2018), како и трансдијагностичка реконцептуализација на третман во рамки на хуманистичко-искуствениот пристап кон терапијата (Timulak & Keogh, 2019).

Се разбира дека обемот на истражувања за ефикасноста и ефективноста на трансдијагностичките третмани е значително помал во однос на т.н. фокални третмани (насочени кон поединечни растројства), но досегашните емпириски наоди зборуваат во прилог на еднаква или поголема ефикасност на трансдијагностичките пристапи во споредба со вообичаен третман и/или третман специфичен за одредена дијагноза, како и во споредба со отсуство на активна интервенција (Newby et al., 2015). Потенцијалните предности на овие интервенции произлегуваат од нивната мултипроблемска ориентација, флексибилноста во индивидуализирањето на третманот и помалиот степен на сложеност на третманот, што е особено важно за нивна имплементација во заедници со ограничени ресурси за грижа за менталното здравје (Martin et al., 2018). Меѓутоа, овие карактеристики не се еднакво застапени кај сите трансдијагностички интервенции, така што нивната применливост во широк опсег контексти засега е ограничена.



## Идни насоки

Понатамошниот напредок на трансдијагностичката перспектива е поврзан со разрешување на неколку актуелни прашања (Dagleish et al., 2020). Пред сè, неопходен е развој на соодветна метатеориска рамка, која би служела и како водич во креирањето на нови клинички пристапи. Следно, разбирањето на ефектот од дисфункционалните трансдијагностички процеси неминовно мора да се темели на разбирање на содржината на овие ментални процеси, зашто токму нивната содржина е во фокусот на терапевските интервенции. Понатаму, актуелно може да се зборува за дистинкција меѓу т.н. „меки“ и „тврди“ трансдијагностички пристапи, при што во првата категорија се сместуваат пристапи кои во рамки на постоечката дијагностичка нозологија трагаат по заеднички процеси кај различни дијагнози, додека во втората се сместени оние кои се обидуваат да ги заменат дијагнозите со сосем поинакви формулации. Во тој контекст, воведувањето на вистинска алтернатива на актуелната дијагностичка рамка ќе биде возможна со пошироко прифаќање на потврдите трансдијагностички модели. Следната неопходна промена се однесува на примена на специфична истражувачка методологија при евалуацијата на трансдијагностичките интервенции. Имено, се предлага мерење на повеќе т.н. копримарни исходи од третманот, испитување на процесите и механизмите кои водат до клинички промени, како и на интраиндивидуалните обрасци на односи меѓу симптомите и промените во трансдијагностичките процеси, што неминовно посочува и на потреба од развој на робустни трансдијагностички мерни инструменти. Последно, вкоренетоста на дијагностичката парадигма во системите на здравствена заштита, и нејзиниот примат во истражувачката и клиничка практика, ја нагласува потребата од засилување на мултидисциплинарната соработка, која актуелно ги предводи напорите за ревидирање и рафинирање на трансдијагностичката перспектива кон психопатологијата, мултиметодското испитување на процесите и евалуацијата на психолошките интервенции.

## Литература

- Barlow, D. H., Farchione, T. J., Sauer-Zavala, S., Murray Latin, H., Ellard, K. K., Bullis, J. R., Bentley, K. H., Boettcher, H. T., & Cassiello-Robbins, C. (2017). *Unified Protocol for Transdiagnostic Treatment of Emotional Disorders: Therapist Guide* (2nd ed.). Oxford University Press. <https://doi.org/10.1093/med-psych/9780190685973.001.0001>
- Bullis, J. R., Boettcher, H., Sauer-Zavala, S., Farchione, T. J., & Barlow, D. H. (2019). What is an emotional disorder? A transdiagnostic mechanistic definition with implications for assessment, treatment, and prevention. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 26(2), e12278. <https://doi.org/10.1111/cpsp.12278>
- 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>
- Chorpita, B. F., & Weisz, J. R. (2009). *Match-ADTC: Modular approach to therapy for children with anxiety, depression, trauma, or conduct problems*. PracticeWise.
- Conway, C. C., Forbes, M. K., Forbush, K. T., Fried, E. I., Hallquist, M. N., Kotov, R., Mullins-Sweatt, S. N., Shackman, A. J., Skodol, A. E., South, S. C., Sunderland, M., Waszczuk, M. A., Zald, D. H., Afzali, M. H., Bornovalova, M. A., Carragher, N., Docherty, A. R., Jonas, K. G., Krueger, R. F., ... Eaton, N. R. (2019). A Hierarchical Taxonomy of Psychopathology can transform mental health research. *Perspectives on Psychological Science*, 14(3), 419–436. <https://doi.org/10.1177/1745691618810696>
- Cooper, Z., & Grave, R. D. (2017). Eating Disorders. In *The Science of Cognitive Behavioral Therapy* (pp. 337–357). Elsevier. <https://doi.org/10.1016/B978-0-12-803457-6.00014-3>
- Dagleish, 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>
- Eaton, N. R., Rodriguez-Seijas, C., Carragher, N., & Krueger, R. F. (2015). Transdiagnostic factors of psychopathology and substance use disorders: A review. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 50(2), 171–182. <https://doi.org/10.1007/s00127-014-1001-2>
- Egan, S. J., Wade, T. D., & Shafran, R. (2011). Perfectionism as a transdiagnostic process: A clinical review. *Clinical Psychology Review*, 31(2), 203–212. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2010.04.009>
- Ein-Dor, T., Viglin, D., & Doron, G. (2016). Extending the transdiagnostic model of attachment and psychopathology. *Frontiers in Psychology*, 7. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2016.00484>

- Harvey, A. G. (Ed.). (2004). *Cognitive behavioural processes across psychological disorders: A transdiagnostic approach to research and treatment*. Oxford University Press.
- Harvey, A. G., Murray, G., Chandler, R. A., & Soehner, A. (2011). Sleep disturbance as transdiagnostic: Consideration of neurobiological mechanisms. *Clinical Psychology Review, 31*(2), 225–235. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2010.04.003>
- Iverach, L., Menzies, R. G., & Menzies, R. E. (2014). Death anxiety and its role in psychopathology: Reviewing the status of a transdiagnostic construct. *Clinical Psychology Review, 34*(7), 580–593. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2014.09.002>
- Jeronimus, B. F., Kotov, R., Riese, H., & Ormel, J. (2016). Neuroticism's prospective association with mental disorders halves after adjustment for baseline symptoms and psychiatric history, but the adjusted association hardly decays with time: A meta-analysis on 59 longitudinal/prospective studies with 443 313 participants. *Psychological Medicine, 46*(14), 2883–2906. <https://doi.org/10.1017/S0033291716001653>
- Kaplan, D. M., Palitsky, R., Carey, A. L., Crane, T. E., Havens, C. M., Medrano, M. R., Reznik, S. J., Sbarra, D. A., & O'Connor, M.-F. (2018). Maladaptive repetitive thought as a transdiagnostic phenomenon and treatment target: An integrative review. *Journal of Clinical Psychology, 74*(7), 1126–1136. <https://doi.org/10.1002/jclp.22585>
- Kelley, K., Walgren, M., & DeShong, H. L. (2021). Rumination as a transdiagnostic process: The role of rumination in relation to antisocial and borderline symptoms. *Journal of Affective Disorders, 295*, 865–872. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2021.08.034>
- Kovács, L. N., Schmelowszky, Á., Galambos, A., & Kökönyei, G. (2021). Rumination mediates the relationship between personality organization and symptoms of borderline personality disorder and depression. *Personality and Individual Differences, 168*, 110339. <https://doi.org/10.1016/j.paid.2020.110339>
- Leichsenring, F., & Steinert, C. (2018). Towards an evidence-based unified psychodynamic protocol for emotional disorders. *Journal of Affective Disorders, 232*, 400–416. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2017.11.036>
- Lloyd, S., Schmidt, U., Khondoker, M., & Tchanturia, K. (2015). Can psychological interventions reduce perfectionism? A systematic review and meta-analysis. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy, 43*(6), 705–731. <https://doi.org/10.1017/S1352465814000162>
- Ludwig, L., Werner, D., & Lincoln, T. M. (2019). The relevance of cognitive emotion regulation to psychotic symptoms – A systematic review and meta-analysis. *Clinical Psychology Review, 72*, 101746. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2019.101746>
- Martin, P., Murray, L. K., Darnell, D., & Dorsey, S. (2018). Transdiagnostic treatment approaches for greater public health impact: Implementing

- principles of evidence-based mental health interventions. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 25(4), e12270. <https://doi.org/10.1111/cpsp.12270>
- McEvoy, P. M., & Erceg-Hurn, D. M. (2016). The search for universal transdiagnostic and trans-therapy change processes: Evidence for intolerance of uncertainty. *Journal of Anxiety Disorders*, 41, 96–107. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2016.02.002>
- McEvoy, P. M., Hyett, M. P., Shihata, S., Price, J. E., & Strachan, L. (2019). The impact of methodological and measurement factors on transdiagnostic associations with intolerance of uncertainty: A meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 73, 101778. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2019.101778>
- 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>
- Menzies, R. E., Sharpe, L., & Dar-Nimrod, I. (2019). The relationship between death anxiety and severity of mental illnesses. *British Journal of Clinical Psychology*, 58(4), 452–467. <https://doi.org/10.1111/bjc.12229>
- Moulds, M. L., Bisby, M. A., Wild, J., & Bryant, R. A. (2020). Rumination in posttraumatic stress disorder: A systematic review. *Clinical Psychology Review*, 82, 101910. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2020.101910>
- 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>
- Nolen-Hoeksema, S., & Watkins, E. R. (2011). A heuristic for developing transdiagnostic models of psychopathology: Explaining multifinality and divergent trajectories. *Perspectives on Psychological Science*, 6(6), 589–609. <https://doi.org/10.1177/1745691611419672>
- Norton, P. J., & Paulus, D. J. (2017). Transdiagnostic models of anxiety disorder: Theoretical and empirical underpinnings. *Clinical Psychology Review*, 56, 122–137. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2017.03.004>
- Ormel, J., Jeronimus, B. F., Kotov, R., Riese, H., Bos, E. H., Hankin, B., Rosmalen, J. G. M., & Oldehinkel, A. J. (2013). Neuroticism and common mental disorders: Meaning and utility of a complex relationship. *Clinical Psychology Review*, 33(5), 686–697. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2013.04.003>
- Rosser, B. A. (2019). Intolerance of uncertainty as a transdiagnostic mechanism of psychological difficulties: A systematic review of evidence pertaining to causality and temporal precedence. *Cognitive Therapy and Research*, 43(2), 438–463. <https://doi.org/10.1007/s10608-018-9964-z>
- Sauer-Zavala, S., Gutner, C. A., Farchione, T. J., Boettcher, H. T., Bullis, J. R., & Barlow, D. H. (2017). Current definitions of “transdiagnostic” in treatment development: A search for consensus. *Behavior Therapy*, 48(1), 128–138. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2016.09.004>

- 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>
- Sloan, E., Hall, K., Moulding, R., Bryce, S., Mildred, H., & Staiger, P. K. (2017). Emotion regulation as a transdiagnostic treatment construct across anxiety, depression, substance, eating and borderline personality disorders: A systematic review. *Clinical Psychology Review, 57*, 141–163. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2017.09.002>
- Smith, K. E., Mason, T. B., & Lavender, J. M. (2018). Rumination and eating disorder psychopathology: A meta-analysis. *Clinical Psychology Review, 61*, 9–23. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2018.03.004>
- Timulak, L., & Keogh, D. (2020). Emotion-focused therapy: A transdiagnostic formulation. *Journal of Contemporary Psychotherapy, 50*(1), 1–13. <https://doi.org/10.1007/s10879-019-09426-7>