

SCUOLA DI SPECIALIZZAZIONE IN PSICOTERAPIA
COGNITIVO-COMPORTAMENTALE

SEDE CAGLIARI



**Scuola di Specializzazione
in Psicoterapia
Cognitivo-Comportamentale**

**COGNITIVE-BEHAVIOURAL APPROACHES IN THE TREATMENT OF PSYCHOTIC
SYMPTOMS: A NARRATIVE REVIEW OF THE LITERATURE**

**APPROCCI COGNITIVO-COMPORTAMENTALI NEL TRATTAMENTO DEI SINTOMI
PSICOTICI: UNO SGUARDO NARRATIVO ALLA LETTERATURA**

ELABORATO FINALE DI 2° ANNO

DOTT.SSA MICHELA PISCHEDDA

ANNO 2025

COGNITIVE-BEHAVIOURAL APPROACHES IN THE TREATMENT OF PSYCHOTIC SYMPTOMS: A NARRATIVE REVIEW OF THE LITERATURE

APPROCCI COGNITIVO- COMPORTAMENTALI NEL TRATTAMENTO DEI SINTOMI PSICOTICI: UNO SGUARDO NARRATIVO ALLA LETTERATURA

DOTT.SSA MICHELA PISCHEDDA
PSICOLOGA



Comprendere la Psicosi e la Schizofrenia

- **Psicosi e schizofrenia:** gravi disturbi psichiatrici che alterano percezioni, pensieri, umore e comportamento.
- Ogni individuo manifesta un profilo unico di sintomi ed esperienze.
- Negli ultimi 15 anni: nuova prospettiva sulla complessità e i processi sottostanti.



EVOLUZIONE DEL TRATTAMENTO:

- Crescente interesse per interventi psicologici e psicosociali;
- Riconoscimento del ruolo dei processi cognitivi nell'esordio e nella persistenza dei sintomi;
- Gli antipsicotici restano fondamentali, ma presentano limiti, soprattutto sui sintomi negativi (apattia, anedonia, ritiro sociale).

Conseguenza:

→ Necessità di approcci integrati e personalizzati, che uniscano farmacoterapia e terapia psicologica.

Evoluzione degli Approcci Cognitivo-Comportamentali

SVILUPPO DELLA CBT

- Basata sul legame pensieri – emozioni – comportamento.
- Origini:
 - **Albert Ellis** → Rational Emotive Behaviour Therapy (anni '60)
 - **Aaron T. Beck** → CBT per la depressione (anni '70)

CBT E PSICOSI

- Dagli anni '90: crescente applicazione ai disturbi psicotici.
- Inizialmente focalizzata sui sintomi e sul coping delle allucinazioni.
- Evoluzione verso una formulazione personalizzata del caso (CBTp).

Approcci correlati

Psicoeducazione

Social Skill Training

Cognitive Remediation

Terza onda CBT: metacognizione, mindfulness, accettazione.

Obiettivi

01

OBIETTIVO GENERALE

Valutare il ruolo e l'efficacia della terapia cognitivo-comportamentale (CBT) nel trattamento dei sintomi psicotici.

02

FOCUS SPECIFICO

Approfondire l'applicazione della CBT nei sintomi prodromici e nel trattamento precoce delle psicosi.

03

ASPETTI ANALIZZATI

Meccanismi d'azione che spiegano l'efficacia della CBT;

Applicazioni cliniche e modalità di intervento;

Evidenze scientifiche recenti sulla riduzione dei sintomi e il miglioramento funzionale.

Metodologia

Sezione	Criteri / Risultati
Criteri di inclusione	<ul style="list-style-type: none">• Pubblicazioni entro gli ultimi 15 anni (2010–2025)• Lingua inglese o italiana• Peer-reviewed• Disponibilità del full text• Studi qualitativi e quantitativi, review narrative, sistematiche e meta-analisi• Interventi riconducibili alla CBT
Criteri di esclusione	<ul style="list-style-type: none">• Pubblicazioni più vecchie di 15 anni• Solo abstract disponibile• Interventi non riconducibili alla CBT
Fonti di ricerca	PubMed (n = 5) PsycINFO (n = 2) Google Scholar (n = 8)
Totale articoli individuati	15
Articoli esclusi (screening)	5 – per non pertinenza o mancanza di full text
Articoli inclusi nella review	 10 studi finali

Metodi

STUDIO: POZZA, DOMENICHETTI & DETTORE (2019)

RECLUTAMENTO

01

- Annunci cartacei/elettronici rivolti a professionisti dei servizi pubblici.
- Giovani in valutazione clinica considerati "a rischio psicotico".
- tot: 58

02

CRITERI DI INCLUSIONE

- Età: 16-35 anni
- Diagnosi di "stato mentale a rischio" (CAARMS) → valuta 3 gruppi di sintomi prodromici.

03

CRITERI DI ESCLUSIONE

- Disturbi neurologici, ritardo mentale, autismo, psicosi/bipolare attuali o lifetime;
- Ideazione suicidaria, precedente TCC, uso di antipsicotici;
- Scarsa competenza linguistica in italiano;
- Trattamento con antidepressivi/ansiolitici ammesso solo se dosaggio stabile.

Tabella 1. Stati mentali a rischio identificati dalla CAARMS.

Gruppi di sintomi		Intensità	Frequenza
APS intensità	Contenuto insolito del pensiero	3-5	3-6
	Idee non bizzarre	3-5	3-6
	Anomalia percettive	3-4	3-6
	Eloquio disorganizzato	4-5	3-6
APS frequenza	Contenuto insolito del pensiero	6	3
	Idee non bizzarre	6	3
	Anomalia percettive	5-6	3
	Eloquio disorganizzato	6	3
BLIPS	Contenuto insolito del pensiero	6	4-6
	Idee non bizzarre	6	4-6
	Anomalia percettive	5-6	4-6
	Eloquio disorganizzato	6	4-6

Legenda. APS= Attenuated Psychotic Symptoms; BLIPS= Brief Limited Intermittent Psychotic Symptoms; CAARMS= Comprehensive Assessment of At-Risk Mental States.

MISURE BASELINE

01

- **SCID-I** → disturbi psichiatrici di Asse I (DSM-IV-TR);
- **SCID-II** → disturbi di personalità;
- **CAARMS** → conferma dello stato mentale a rischio.

02

MISURA DI ESITO PRIMARIA

- Transizione a psicosi o diagnosi DSM-IV-TR di disturbo psicotico/bipolare;
- Valutazione con **SCID-I** e conferma tramite **PANSS**.

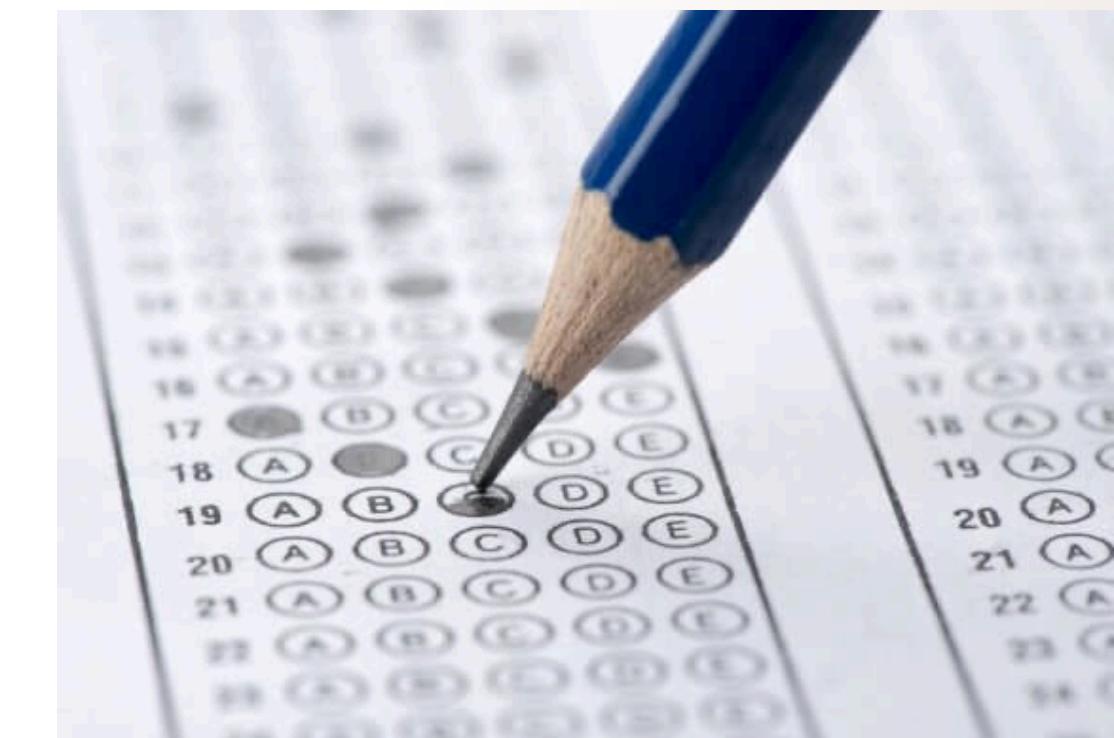
03

• **GAF (Global Assessment of Functioning)**

Valuta funzionamento sintomatico, sociale e occupazionale;

Scala 1-100 → punteggi alti = miglior funzionamento;

Considerata gold standard per il funzionamento globale nelle psicosi.



Caratteristiche degli studi inclusi componenti della TCC

Fase / Sessioni	Obiettivi principali	Componenti e tecniche principali	Intervento sui sintomi depressivi (18–21)	Ridurre sintomi depressivi e aumentare attività gratificanti	Ristrutturazione credenze depressive, grafici e diari dell'umore, esperimenti comportamentali, attività piacevoli, intervento sulla procrastinazione, training auto-istruzionale, homework
1. Introduzione e definizione obiettivi (Sessione 1)	Stabilire alleanza terapeutica e obiettivi condivisi	Modello ABC, definizione obiettivi, diari di automonitoraggio, feedback e homework			
2. Assessment e monitoraggio (Sessioni 2–3)	Analizzare pensieri, sintomi e situazioni trigger	Esplorazione credenze e pensieri automatici, freccia discendente, incontri con familiari, homework	8. Intervento su ruminazione (22–25)	Gestire pensieri ripetitivi e rimuginio	Problem solving, time for worry, flashcard, homework
3. Ingaggio (Sessione 4)	Rafforzare motivazione e partecipazione del paziente	Revisione sessione, feedback, coinvolgimento dei familiari, homework	9. Intervento su ansia sociale (26–29)	Potenziare abilità sociali e assertività	Psicoeducazione, diari, role playing, esposizione a situazioni sociali, esercizi per autostima e assertività, homework
4. Normalizzazione esperienze psicotiche (Sessioni 5–7)	Ridurre stigma e paura dei sintomi psicotici	Psicoeducazione, normalizzazione, spiegazione dopamina sensitization, flashcard, homework	10. Prevenzione della ricaduta (30)	Consolidare risultati e prevenire ricadute	Sintesi percorso, segnali precoci di allarme, strategie di coping, concetti di lapse e relapse
5. Ristrutturazione cognitiva e metacognitiva (Sessioni 8–15)	Modificare convinzioni disfunzionali e migliorare consapevolezza	Identificazione distorsioni cognitive, ristrutturazione cognitiva/metacognitiva,			Revisione percorso, ristrutturazione
6. Gestione delle emozioni (Sessioni 16–17)	Potenziare riconoscimento e regolazione emotiva	Psicoeducazione sulle emozioni, tecniche di rilassamento (respirazione,	11. Booster sessions (31–32)	Rinforzare apprendimenti e mantenere benefici	cognitiva/metacognitiva, aggiornamento diari ABC, psicoeducazione sulle esperienze sottosoglia, feedback e conclusione

Risultati e Analisi

PRINCIPALI SCOPERTE DELLA RICERCA

La presente review ha verificato l'efficacia della TCC nei sintomi psicotici e in particolare nei sintomi di esordio. Gli studi inclusi confermano che la TCC ha mostrato una tendenza a ridurre il rischio di conversione in psicosi, anche se la differenza rispetto al gruppo di controllo è risultata solo marginalmente significativa.

- TCC riduce marginalmente il rischio di conversione in psicosi;
- Effetto maggiore sul funzionamento nei soggetti con GAF iniziale più alto;
- Tassi di drop-out contenuti, ma maggiore tra le femmine;
- Evidenze meta-analitiche confermano efficacia moderata della CBT sui sintomi positivi.



Discussione

Negli ultimi dieci anni sono aumentate le meta-analisi e rassegne sistematiche sull'efficacia della CBT per le psicosi (CBTp), ma solo una parte presenta qualità metodologica elevata.

LA CBT

- E' la terapia psicologica più studiata per la schizofrenia, soprattutto per i **sintomi positivi**, dove mostra un'efficacia significativa e consistente (effetti di entità medio-piccola).
- Per i **sintomi negativi** e generali, gli effetti sono più variabili, ma le meta-analisi di qualità media confermano un beneficio significativo.
- Gli outcome secondari (ansia, depressione, funzionamento, qualità di vita) mostrano risultati in parte positivi ma non conclusivi; servono studi più solidi.
- Non emergono evidenze forti sull'efficacia nel prevenire le ricadute psicotiche, anche se interventi familiari + CBT sembrano ritardarne l'insorgenza nei giovani.

Conclusioni

IN SINTESI FINALE

Le psicosi restano una grande sfida umana e scientifica. La **CBT** possiede solo alcune risposte, ma evidenze sempre più solide suggeriscono che essa può essere un valido strumento - impiegata insieme alla terapia farmacologica e in base al profilo del singolo paziente - per raggiungere importanti esiti terapeutici e per far fronte, in ultima analisi, alle dolorose e invalidanti esperienze prodotte da questi gravi disturbi psichiatrici.



Bibliografia

Thompson, A., Marwaha, S., & Broome, M. R. (2016). At-risk mental state for psychosis: Identification and current treatment approaches. *BJPsych Advances*, 22(3), 186-193.

Pozza, A., Domenichetti, S., & Dettore, D. (2019). Cognitive behavioural therapy for young individuals at ultra-high risk of a first episode of psychosis: A randomised controlled trial. *Rivista di Psichiatria*, 54(4), 150-159.

Newman-Taylor, K., Maguire, T., Smart, T., Bayford, E., Gosden, E., Addyman, G., Grange, J., Bullard, P., Simmons-Dauvin, M., Margoum, M., Smart, B., Das, K., Hardy, S., Hiscutt, C., Hodges, C., Holleyman, A., Jones, H., Spurr, K., Trickett, J., & Graves, E. (2025). CBT for depression and anxiety adapted for psychosis risk in primary care: Controlled trial to assess feasibility, acceptability and signals of efficacy. *BJPsych Open*, 11, e101, 1-8.

Hayward, M., Berry, K., Bremner, S., Cavanagh, K., Dodgson, G., Fowler, D., Gage, H., Greenwood, K., Hazell, C., Bibby-Jones, A.-M., Robertson, S., Touray, M., Dailey, N., & Strauss, C. (2023). Increasing access to CBT for psychosis patients: Study protocol for a randomised controlled trial evaluating brief, targeted CBT for distressing voices delivered by assistant psychologists.

Guiana, G., Abbatecola, M., Aali, G., Tarantino, F., Ebuenyi, I. D., Lucarini, V., Li, W., Zhang, C., & Pinto, A. (2022). Cognitive behavioural therapy (group) for schizophrenia. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 2022(7), CD009608.

Bibliografia

Laws, K. R., Pedley, R., Andrews, H., McKenna, P. J., & McCarthy-Jones, S. (2018). Cognitive behavioural therapy for schizophrenia - outcomes for functioning, distress and quality of life: a meta-analysis. BMC Psychology, 6, 32.

Liu, J., Zhang, J., & Zhang, M. (2023). Cognitive behavioural therapy for schizophrenia spectrum disorders: an umbrella review of meta-analyses of randomised controlled trials. Schizophrenia Bulletin Open.

Salsabil Siddiqui, D. Mehta, & al. (2024). Psychosocial interventions for individuals with comorbid psychosis and substance use disorders: systematic review and meta-analysis of randomized studies. Schizophrenia Bulletin.

Can, et al. (2024). Interventions for adults with psychosis: systematic review. Frontiers in Psychiatry.
European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience (2022). Effects of psychological treatments on functioning in people with schizophrenia: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. 273, 779–810 (2023).

Barbieri, A., & Visco-Comandini, F. (2019). Efficacia della terapia cognitivo-comportamentale nel trattamento delle psicosi: una meta-rassegna [Efficacy of cognitive behavioural therapy in the treatment of psychosis: A meta-review]. Rivista di Psichiatria, 54(5), 189–195.

GRAZIE A TUTTI