

III° EDIZIONE
**INCONTRI DI PSICHIATRIA
DELL'ETÀ EVOLUTIVA**

**13/15 OTTOBRE 2025
FIRENZE**



Dagli Stati Mentali a Rischio agli Esordi Psicotici in età evolutiva

Maria Pontillo



Bambino Gesù
OSPEDALE PEDIATRICO



Contents lists available at ScienceDirect

European Neuropsychopharmacology

journal homepage: www.sciencedirect.com/journal/european-neuropsychopharmacology



REVIEW

Identification and treatment of individuals with childhood-onset and early-onset schizophrenia

Christoph U. Correll^{a,b,c,*}, Celso Arango^d, Birgitte Fagerlund^{e,f}, Silvana Galderisi^g, Martien J. Kas^h, Stefan Leucht^{i,j}

^a Department of Child and Adolescent Psychiatry, Charité – Universitätsmedizin Berlin, Berlin, Germany

^b Department of Psychiatry and Molecular Medicine, Donald and Barbara Zucker School of Medicine at Hofstra/Northwell, Hempstead, NY, USA

^c Department of Psychiatry, Zucker Hillside Hospital, Northwell Health System, Glen Oaks, NY, USA

^d Department of Child and Adolescent Psychiatry, Institute of Psychiatry and Mental Health, Hospital General Universitario Gregorio Marañón, IISGM, CIBERSAM, School of Medicine, Universidad Complutense, Madrid, Spain

^e Child and Adolescent Mental Health Center, Copenhagen University Hospital – Mental Health Services CPH, Copenhagen, Denmark

^f Department of Psychology, Faculty of Social Sciences, University of Copenhagen, Copenhagen, Denmark

^g Department of Mental and Physical Health and Preventive Medicine, University of Campania “Luigi Vanvitelli”, Naples, Italy

^h Groningen Institute for Evolutionary Life Sciences (GELIFES), Neurobiology, University of Groningen, the Netherlands

ⁱ Department of Psychiatry and Psychotherapy, School of Medicine, Technical University of Munich, Germany

^j Department of Psychiatry, Department of Psychosis Studies, and Institute of Psychiatry, Psychology and Neuroscience, King's College London, UK



ARTICLE INFO

Keywords:

Early-onset schizophrenia
Childhood-onset schizophrenia
Functional outcomes
Diagnosis, Antipsychotic treatment
Transition
Antipsychotics
Adolescence

ABSTRACT

Approximately 8 % of patients with schizophrenia are diagnosed before age 18, and 18 % experience their first symptoms before age 18. This narrative review explores the management of patients with early-onset schizophrenia (EOS) and childhood-onset schizophrenia (COS) from diagnosis to their transition to adult care settings. Early diagnosis of schizophrenia in children and adolescents is essential for improving outcomes, but delays are common due to overlapping of symptoms with developmental phenomena and other psychiatric conditions, including substance use, and lack of clinicians' awareness. Once diagnosed, antipsychotic treatment is key, with specific second-generation agents generally being preferred due to better tolerability and their broader efficacy evidence-base in youth. Dosing should be carefully individualized, considering age-related differences in drug metabolism and side effect liability. Clinicians must be vigilant in detecting early non-response and consider switching or dose escalation when appropriate. Since early age of illness onset is a consistent risk factor for treatment-resistant schizophrenia (TRS), clinicians need to be competent in diagnosing TRS and using clozapine. Since COS and EOS are associated with cognitive deficits and impaired functioning, psychosocial interventions should be considered to improve overall functioning and quality of life. Good long-term outcomes depend on continuous treatment engagement, and successful transitioning from pediatric to adult care requires careful planning, early preparation, and collaboration between pediatric and adult clinicians. Targeting functional outcomes and quality of life in addition to symptom remission can improve overall patient well-being. Comprehensive evaluations, age-specific assessments, and targeted interventions are needed to address the unique challenges of EOS and COS.

«Circa l'**8%** dei pazienti con schizofrenia riceve la diagnosi prima dei **18 anni**, il **18%** presenta i primi sintomi **prima dei 18 anni.**»

«La **diagnosi precoce di schizofrenia** nei bambini e negli adolescenti è essenziale per migliorarne gli esiti, ma **si verifica raramente** a causa della **sovrapposizione dei sintomi** con altri **disturbi dello sviluppo e psicopatologie**, oltre alle **sfide specifiche per l'età** e alla **manca di consapevolezza da parte dei clinici.**»



«Sindrome Psicotica Attenuata» secondo il DSM-5-TR

- a) Almeno **uno** dei seguenti sintomi è presente in forma **attenuata**, con un giudizio di realtà relativamente intatto, ed è di severità e frequenza sufficienti da giustificare attenzione clinica:
 - 1. **deliri**;
 - 2. **allucinazioni**;
 - 3. **eloquio disorganizzato**.
- b) Presenza dei sintomi per **diverse volte alla settimana** nell'ultimo mese.
- c) Comparsa o peggioramento dei sintomi **nell'ultimo anno**.
- d) I sintomi devono essere sufficientemente **stressanti e disabilitanti** per l'individuo da giustificare attenzione clinica.
- e) La sintomatologia non è meglio spiegata da un altro disturbo mentale, incluso un disturbo depressivo o bipolare con caratteristiche psicotiche, e non è attribuibile agli effetti fisiologici di una sostanza o di un'altra condizione medica.
- f) Non sono mai stati soddisfatti i criteri per **nessun disturbo psicotico**.



Criteria Ultra-High Risk

Sintomi Positivi Attenuati (APS)	Presenza di almeno di uno dei seguenti sintomi positivi attenuati • disturbi della percezione • insoliti contenuti di pensiero • ideazione paranoide • pensieri ed eloquio bizzarri • comportamento e aspetto bizzarro	Frequenza dei sintomi: almeno diverse volte alla settimana. Devono essere insorti durante l'anno precedente con decorso ingravescente
Sintomi psicotici brevi limitati intermittenti ("BLIPS")	Presenza di almeno uno dei seguenti sintomi positivi di gravità psicotica: • idee di riferimento • disturbi della percezione • ideazione paranoide • pensieri ed eloquio bizzarri	Frequenza dei sintomi: -devono essere iniziati negli ultimi tre mesi e devono essere presenti almeno per diversi minuti al giorno -Durata dell'episodio meno di una settimana. -I sintomi si risolvono spontaneamente.
Sindrome di Rischio Genetico e Deterioramento	- Parente di primo grado con una diagnosi di disturbo psicotico - Il paziente soddisfa i criteri per il Disturbo Schizotipico di Personalità	Deterioramento funzionale: riduzione del 30% o più nel punteggio GAF rispetto all'anno precedente



Alessandro, 16 anni: Psicopatologia, UHR e Psicosi

❖ Informazioni anamnestiche

- 16 anni, secondo di tre germani (fratello più grande e una sorella gemella). Unione genitoriale.
- Nato alla 35 settimana. Peso alla nascita: 2,450 gr. Riferito periodo di incubatrice per una settimana nel post-partum
- Tappe dello sviluppo psicomotorio: deambulazione autonoma ai 14 mesi, Acquisizione del linguaggio entro i 36 mesi. Controllo sfinterico intorno ai 24 mesi.
- Passaggi scolastici contraddistinti da difficoltà di separazione dai due anni e mezzo (inserimento asilo nido) fino ai sei anni.
- Familiarità psichiatrica positiva per psicosi (nonno sul ramo paterno) e disturbo d'ansia (madre)
- No eventi di vita stressanti e/o traumatici



14 anni

- Preoccupazioni eccessive riguardo le proprie capacità e adeguatezza dei propri comportamenti
- Paura immotivata per il suo futuro
- Irrequietezza, irritabilità e frequenti vuoti di memoria
- Compromissione grave del funzionamento

Disturbo d'Ansia Generalizzato

Alessandro 16 anni: Psicopatologia, UHR e Psicosi

16 anni

17 anni

15 anni

- Abbandono progressivo della frequenza scolastica
- Appiattimento emotivo-affettivo
- Ritiro sociale

Disturbo d'Ansia Generalizzato
Disturbo Depressivo Persistente

- Chiusura relazionale
- Aggressività intra-familiare
- Sensazioni cinestesiche (macchia scura alla testa che si sta espandendo associato ad un senso di pressione.
- Sensazione che i movimenti del corpo si realizzino in maniera automatico e senza alcun controllo
- **Critica parziale**

Sindrome Psicotica Attenuata

«Il mio cervello è stato sostituito con un pezzo di metallo.

I medici, d'accordo con i miei genitori, me l'hanno cambiato mentre dormivo, anche se negano tutto.

Ora non riesco più a ragionare, sono molto confuso, sento le viti che si muovono dentro la mia testa.

Il mio corpo sta lentamente diventando una macchina e nessuno vuole aiutarmi.»

- **Critica assente**

Psicosi

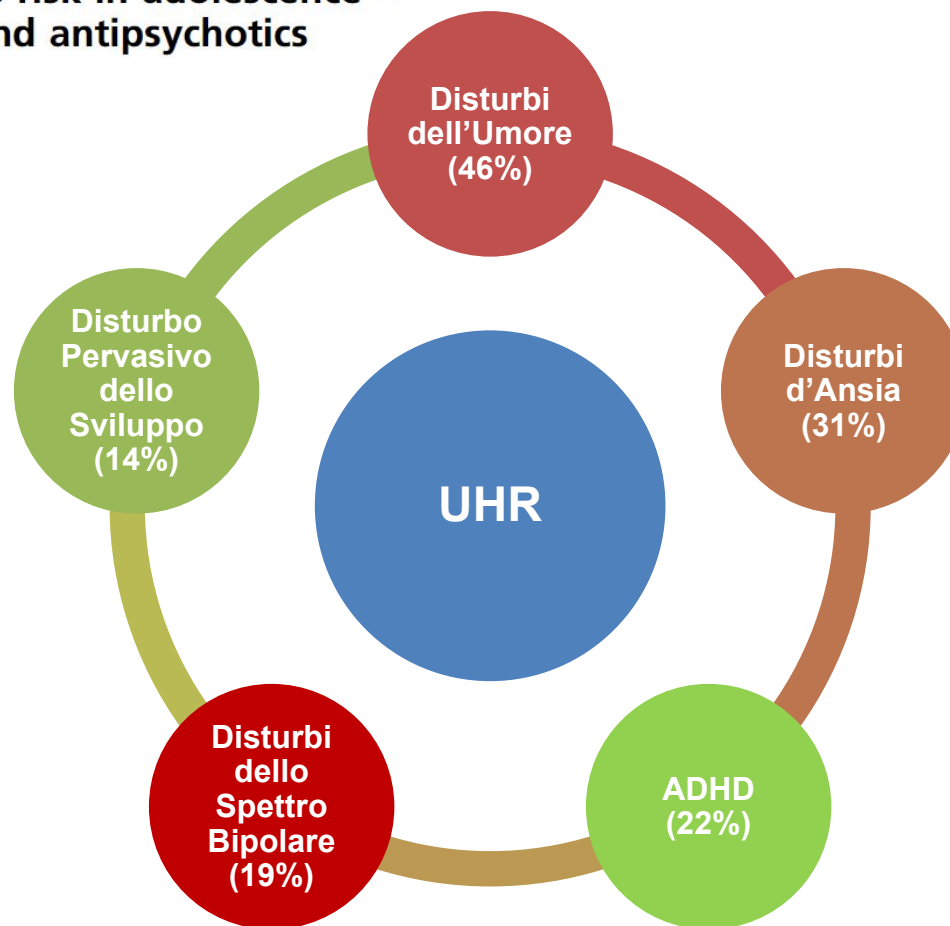


Clinica della Sindrome Psicotica Attenuata in Adolescenza

- Significativa riduzione del funzionamento globale e di ruolo nell'anno precedente l'insorgenza dei sintomi
- 50% con familiarità di primo o secondo grado per psicosi
- 60% contenuti insoliti di pensiero come sintomi più frequenti (sospettosità/persecutorietà)
- 79% presentano APS a sintomi positivi attenuati
- **65% dei pazienti hanno almeno una diagnosi associata DSM-5 (es. Disturbi d'Ansia, DOC, Disturbo Depressivo)**
- **Alta prevalenza e alta severità di sintomatologia negativa**
- **Presente Autolesionismo e Suicidalità**

Editorial Perspective: Psychosis risk in adolescence – outcomes, comorbidity, and antipsychotics

Raballo A., Poletti M., Preti, 2023



UHR: Traiettorie clinico-evolutiva

Ansia sociale, Depressione,
DOC, Disturbi Alimentari,
PTSD

Declino cognitivo e
compromissione
funzionale
Sintomi negativi

Sintomi positivi, di
disorganizzazione

UHR

META-ANALYSIS

Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry
Volume ■ / Number ■ / ■ 2021

Systematic Review and Meta-analysis: Psychosis Risk in Children and Adolescents With an At-Risk Mental State

Ulla Lång, MA¹, Kathryn Yates, MSc¹, Finbarr P. Leacy, PhD¹, Mary C. Clarke, PhD¹,
Fiona McNicholas, MD¹, Mary Cannon, MD, PhD¹, Ian Kelleher, MD, PhD¹



Clinical Characterization of Paediatric OCD with and without UHR

Barbara D'Aiello¹, Maria Pontillo^{1*}, Francesco Demaria¹, Valeria Villani¹, Michelangelo Di Luzio¹, Cristina Di Vincenzo^{1,2} & Stefano Vicari^{1,3}

146 children admitted in NPI with OCD

OCD+UHR

59 patients; M:F = 43:16; mean age 14.98 (2.59);

OCD only

87 patients; M:F = 50:37; mean age 12.74 (2.53);

Table 4. Different psychopathological profiles for the two groups.

	OCD+UHR	OCD only
Gender	M>F	M=F
Age of onset	later	earlier
IQ	=	=
Functioning	lower	
Psychiatric comorbidity	commonly present	commonly present
Familiarity for psychosis	present	absent
Neurodevelopmental comorbidity	less present	more present
KSADS diagnoses	ASD, DEP	ADHD, TICs, GAD
Obsession symptoms	forbidden/taboo thoughts	contamination, need to confess/disclose, urgency to arrange symmetrically,
Compulsion symptoms	less present	washing, repetition, ordering, checking
ruminative thinking	more present	less present
family accommodation	less present	more present



Analisi della domanda Ilaria 13 anni	Sintomi comportamentali	Sintomi cognitivi	Insight	Ipotesi diagnostica suggestiva
• Ansia prima, durante dopo i pasti • Frequenti richieste di rassicurazione alla mamma e al nonno	-Tendenza ad evitare indumenti che coprono il collo e collane -tendenza a mangiare lentamente, no perdita di peso -Irrequietezza motoria - Tendenza all'ordine e alla simmetria - Calo significativo del rendimento scolastico	«ho paura di vomitare oppure soffocare o strozzarmi. «E' un pensiero fisso, non riesco a pensare ad altro. Se vomito potrebbe accadere qualcosa di brutto, Se vomito perdo il controllo e le cose non vanno come dovrebbero» (es. Just Not Right Experience) 	Buono	ARFID???? Disturbo Ossessivo-Compulsivo
Analisi della domanda Ilaria 15 anni	Sintomi comportamentali	Sintomi cognitivi	Insight	Ipotesi diagnostica suggestiva
• Ritiro sociale, • Contenuti insoliti di pensiero • Appiattimento affettivo	• Ritiro sociale • Predilezione per ambienti con pochi oggetti, soprattutto sulla scrivania, a tavola, sul banco o al bar • Predilezione per alcuni indumenti (tessuti)	«penso qualcosa di strano dottorressa: che gli oggetti che mi sono vicini possano entrare in bocca e strozzarmi» «a volte, ma capita meno spesso, che sia una forza maligna a ordinare questo» «sento anche spesso i brividi, se fossero delle presenze ad	Parziale	Sindrome Psicotica Attenuata in paziente con Disturbo Ossessivo-Compulsivo

<i>Anedonia</i>	<i>riduzione nell'esperienza di piacere durante un'attività o dell'aspettativa/anticipazione del piacere derivante da una futura attività.</i>
<i>Asocialità</i>	<i>ridotta attività sociale accompagnata da un ridotto interesse nel formare relazioni strette con gli altri</i>
<i>Appiattimento affettivo</i>	<i>Riduzione dell'espressione delle emozioni</i>
<i>Apatia</i>	<i>riduzione dell'iniziativa e della persistenza nell'attività</i>
<i>Alogia</i>	<i>riduzione nella quantità dell'eloquio</i>

Negative symptoms of schizophrenia: new developments and unanswered research questions

Silvana Galderisi, Armida Mucci, Robert W Buchanan, Celso Arango

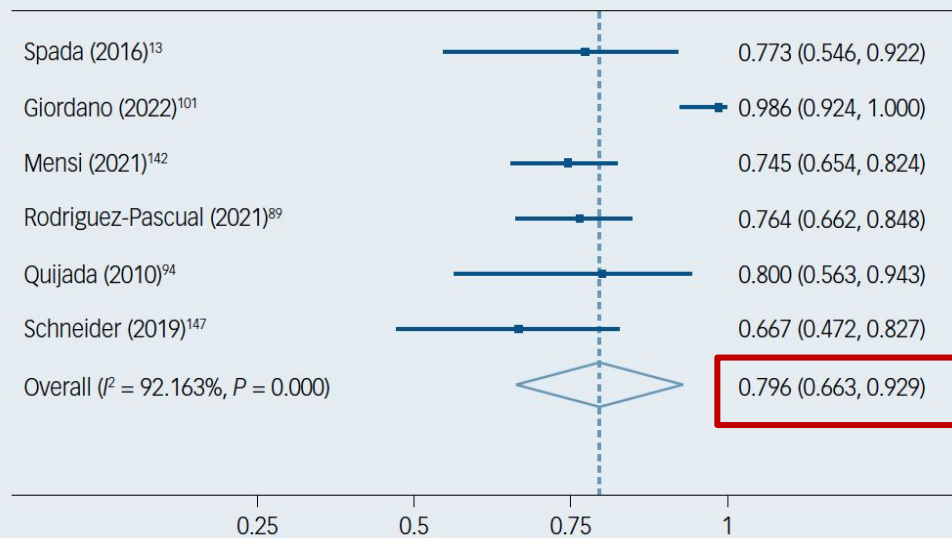
Lancet Psychiatry 2018

Published **Online**

March 27, 2018

[http://dx.doi.org/10.1016/](http://dx.doi.org/10.1016/S2215-0366(18)30050-6)

S2215-0366(18)30050-6

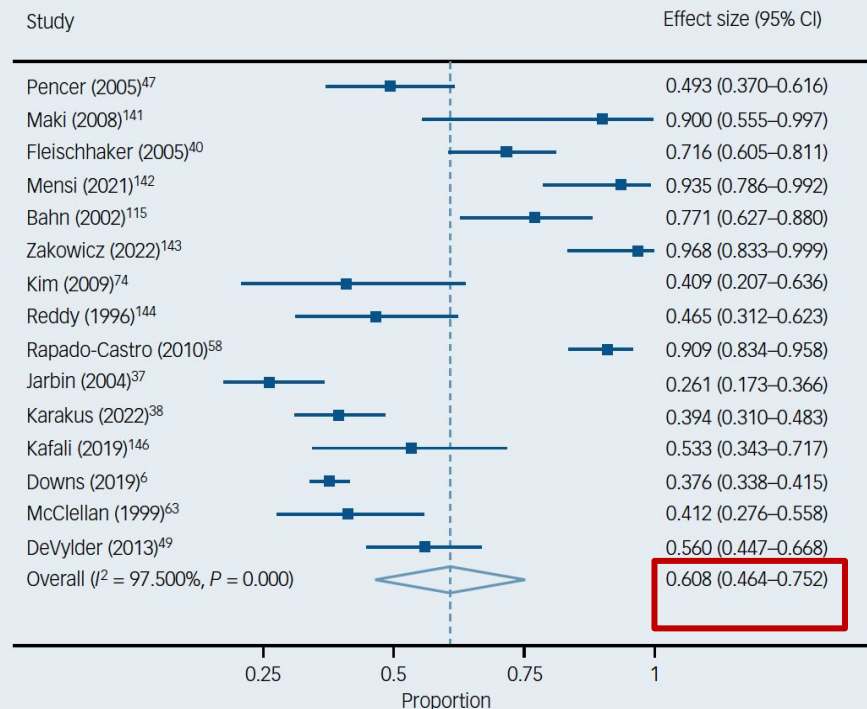


«Molteplici evidenze suggeriscono che i sintomi negativi possano essere i **primi sintomi più comuni della psicosi**, comparando potenzialmente **1 anno prima dell'emergere dei sintomi positivi attenuati**.»

«Questa sequenza di eventi ha portato alcuni ricercatori a suggerire che gli individui con sintomi negativi dovrebbero essere inclusi come **nuovo gruppo clinico a rischio per lo sviluppo della psicosi**.»

Negative symptoms in children and adolescents with early-onset psychosis and at clinical high-risk for psychosis: systematic review and meta-analysis

Gonzalo Salazar de Pablo, Ana Catalan, Julio Vaquerizo Serrano, Borja Pedruzo, Luis Alameda, Veronica Sandroni, Alvaro Armendariz, Victoria Rodriguez, Celso Arango, Carmen Moreno, Johnny Downs, Chris Abbott, Jae Il Shin, Marco Solmi, Paolo Fusar-Poli* and Christoph U. Correll*



Understanding suicidality in adolescents and young adults at clinical high risk for psychosis: a narrative review on risk factors and clinical insights

Maria Pontillo^{1*}, Cristina Di Vincenzo², Michelangelo Di Luzio¹, Francesco Demaria¹, Barbara D'Aiello¹, Ilaria Bertoncini¹, Massimo Apicella¹, Milena Labonia¹, Gino Maglio¹, Roberto Averna¹ and Stefano Vicari^{1,3}

9 Studi, Campioni misti per età

70% Autolesionismo e IS

19% Tentativo di Suicidio

TABLE 4 Key recommendations for suicide risk prevention adopted by oxygen, The National Centre of Excellence in Youth Mental Health, 2016 (46).

Recommendation	Details
Build a Strong Therapeutic Relationship and Alliance	Establish trust and open communication with the patient, demonstrating empathy and understanding. Create a safe and supportive environment where the patient feels comfortable sharing their thoughts and feelings. Set clear and collaborative goals to promote a sense of partnership and empowerment.
Engage Family Members	Involve family members, with the patient's consent, in specific monitoring tasks.
Identify a Crisis Contact Person	Work with the patient to identify a contact person, including their phone number, to reach out to during a crisis, including the therapist.
Schedule Regular and Frequent Meetings	Ensure that meetings are frequent, regular, and planned early.
Survey the Patient's Social Network	Identify other supportive figures among family and friends.
Help the Patient Organize Their Time	Assist the patient in organizing their time between sessions.
Develop a 24-Hour Behavioral Plan	Define a behavioral plan for the next 24 hours with the patient, which can be reviewed by the therapist or an accepted clinical figure.
Use Problem-Solving Techniques	Apply problem-solving techniques to both specific concrete situations and the emergence of particularly activating ideations.

Understanding suicidality in adolescents and young adults at clinical high risk for psychosis: a narrative review on risk factors and clinical insights

Maria Pontillo^{1*}, Cristina Di Vincenzo², Michelangelo Di Luzio¹, Francesco Demaria¹, Barbara D'Aiello¹, Ilaria Bertoncini¹, Massimo Apicella¹, Milena Labonia¹, Gino Maglio¹, Roberto Averna¹ and Stefano Vicari^{1,3}

- **Sintomi di disorganizzazione**, tra cui comportamenti bizzarri, aspetto trascurato e umore disforico (*D'Angelo et al. 2017*)
- Sintomi di **ansia o PTSD** (*Thompson et al. 2020*)
- **Sospettosità** (*Bang et al. 2017*)

Stati Mentali a Rischio: Diagnosi

European Psychiatry 30 (2015) 405–416



ELSEVIER

Contents lists available at ScienceDirect

European Psychiatry

journal homepage: <http://www.europsy-journal.com>

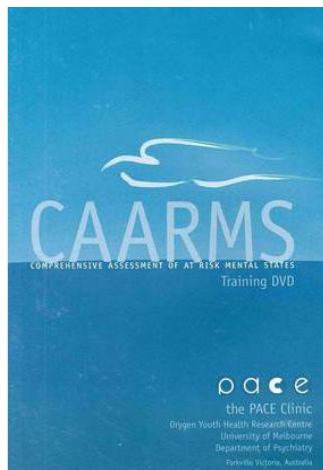
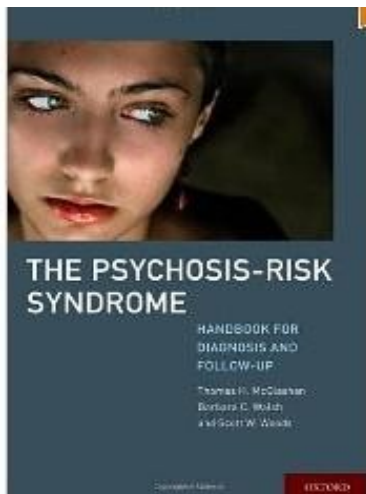


Original article

EPA guidance on the early detection of clinical high risk states of psychoses



F. Schultze-Lutter^a, C. Michel^a, S.J. Schmidt^a, B.G. Schimmelmann^a, N.P. Maric^c,
R.K.R. Salokangas^d, A. Riecher-Rössler^e, M. van der Gaag^{f,g}, M. Nordentoft^h, A. Raballo^{i,j},
A. Meneghelli^k, M. Marshall^{l,m}, A. Morrison^{n,o}, S. Ruhrmann^b, J. Klosterkötter^{b,*}



4.2.5. Recommendation 5

The EPA considers that the above CHR criteria should only be used and communicated with outmost care in children and young adolescents in whom they should nevertheless be assessed and monitored (see Schmidt SJ et al.; this issue). In late adolescence, however, the CHR criteria seem to be as applicable as in adults.

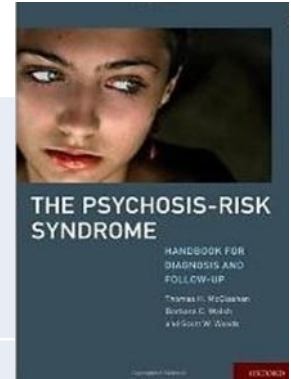
4.2.6. Recommendation 6

The EPA considers that a trained specialist (psychiatrist, clinical psychologist or equivalent mental health professional) with sufficient experience in CHR should carry out the assessment; if referral to a specialist is not possible, the responsible clinician should consult a trained specialist on the case, e.g. by phone; and specialized early detection services should be prepared to give such advice, e.g., within the framework of telephone consultation hours. Case conferences with experts in early detection of psychoses are even advised for mental health specialists.



Struttura dell'intervista

Sintomi positivi (1-5)	1. Contenuti del pensiero insoliti 2. Sospettosità 3. Grandiosità 4. Anomalie percettive 5. Disorganizzazione concettuale
Sintomi Negativi (6-11)	6. Anedonia sociale 7. Apatia/Perdita della volontà 8. Espressione delle emozioni 9. Esperienza delle emozioni 10. Ricchezza ideativa 11. Funzionamento occupazionale
Disorganizzazione (12-15)	12. Comportamenti o aspetto strani 13. Pensiero Bizzarro 14. Disturbi dell'attenzione 15. Riduzione dell'igiene personale
Sintomi Generali (16 – 19)	16. Disturbi del sonno 17. Umore disforico 18. Disturbi motori 19. Riduzione della tolleranza allo stress



UHR: Il livello di Insight critico come marcatore diagnostico SIPS/SOPS-Oriented



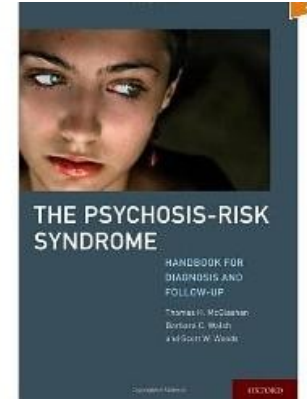
Specificatori

Frequenza, durata, intensità

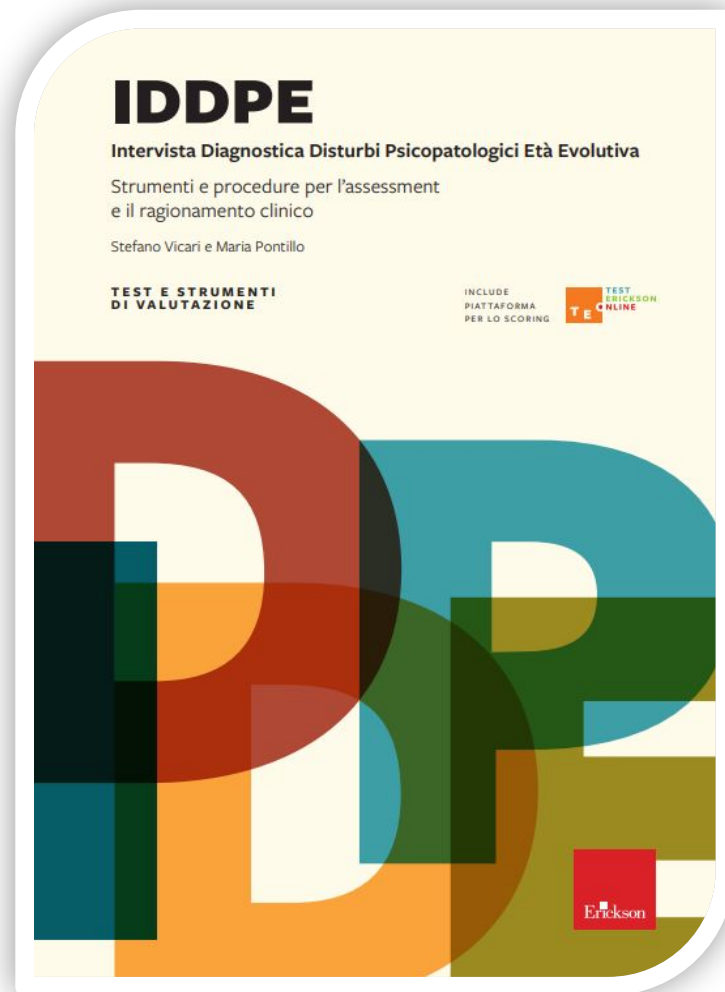
Livello di sofferenza/angoscia associato

Interferenza con la vita quotidiana

Grado di convinzione/Insight



SINDROME DI PSICOSI ATTENUATA				
Presenza di almeno due sintomi tra		Sì	No	Info assente
Deliri attenuati	Contenuti di pensiero simili a quelli deliranti della psicosi ma meno severi e più transitori			
Allucinazioni attenuate	Dispercezioni simili a quelle della psicosi ma meno severe e più transitorie			
Eloquio disorganizzato attenuato	Discorsi bizzarri, eloi non focalizzati/contorti			
Specificatori diagnostici	Sì	No	Ulteriori informazioni	
Presenza di insight parziale/giudizio di realtà relativamente intatto				
Non sono mai stati soddisfatti i criteri per nessun disturbo psicotico				
I sintomi sono di gravità/frequenza sufficienti da giustificare attenzione clinica				
Criterio temporale	Sì	No	Ulteriori informazioni	
Sintomo presente almeno una volta a settimana nell'ultimo mese				
Sintomo iniziato/peggiorato nell'ultimo anno				
Età d'esordio				
Caratteristiche del decorso clinico				
Specificatori qualitativi	Ulteriori informazioni			
Tipologia di deliri attenuati				
Tipologia di allucinazioni attenuate				
Tipologia di eloquio disorganizzato				
Livello di angoscia/disagio clinico associato				
Note per la diagnosi differenziale				
- Con insight scarso/assente valutare disturbo psicotico breve. - Valutare la presenza di disabilità intellettive/disturbi dello spettro dell'autismo che possano meglio giustificazione la presenza di tematiche insolite di pensiero/dispercezioni. - Nella fascia 13-18 valutare se è presente uno stretto legame temporale con episodi di assunzione di sostanze, in tal caso valutare la presenza di disturbo psicotico indotto da sostanze. - Nella fascia 13-18 valutare eventuali aspetti personologici in corso di strutturazione a miglior giustificazione di riferiti deliri/allucinazioni.				



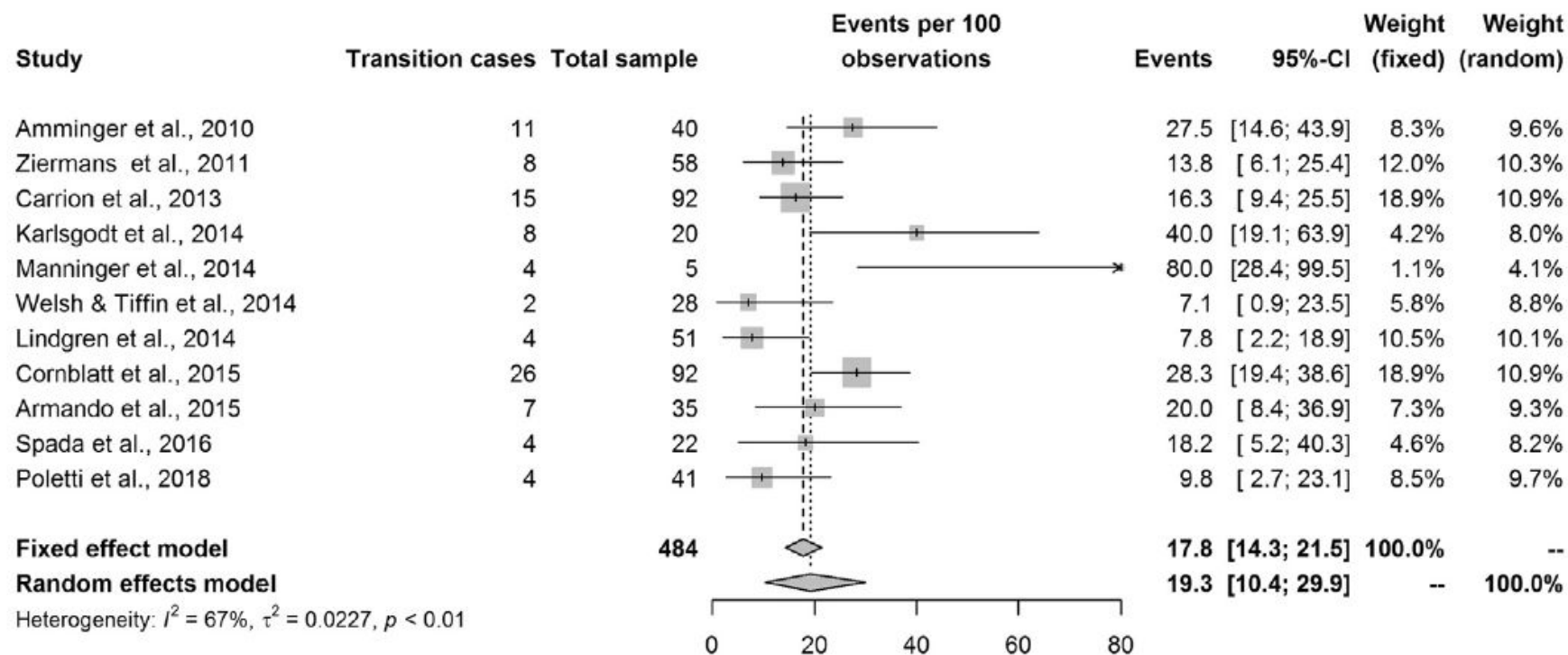
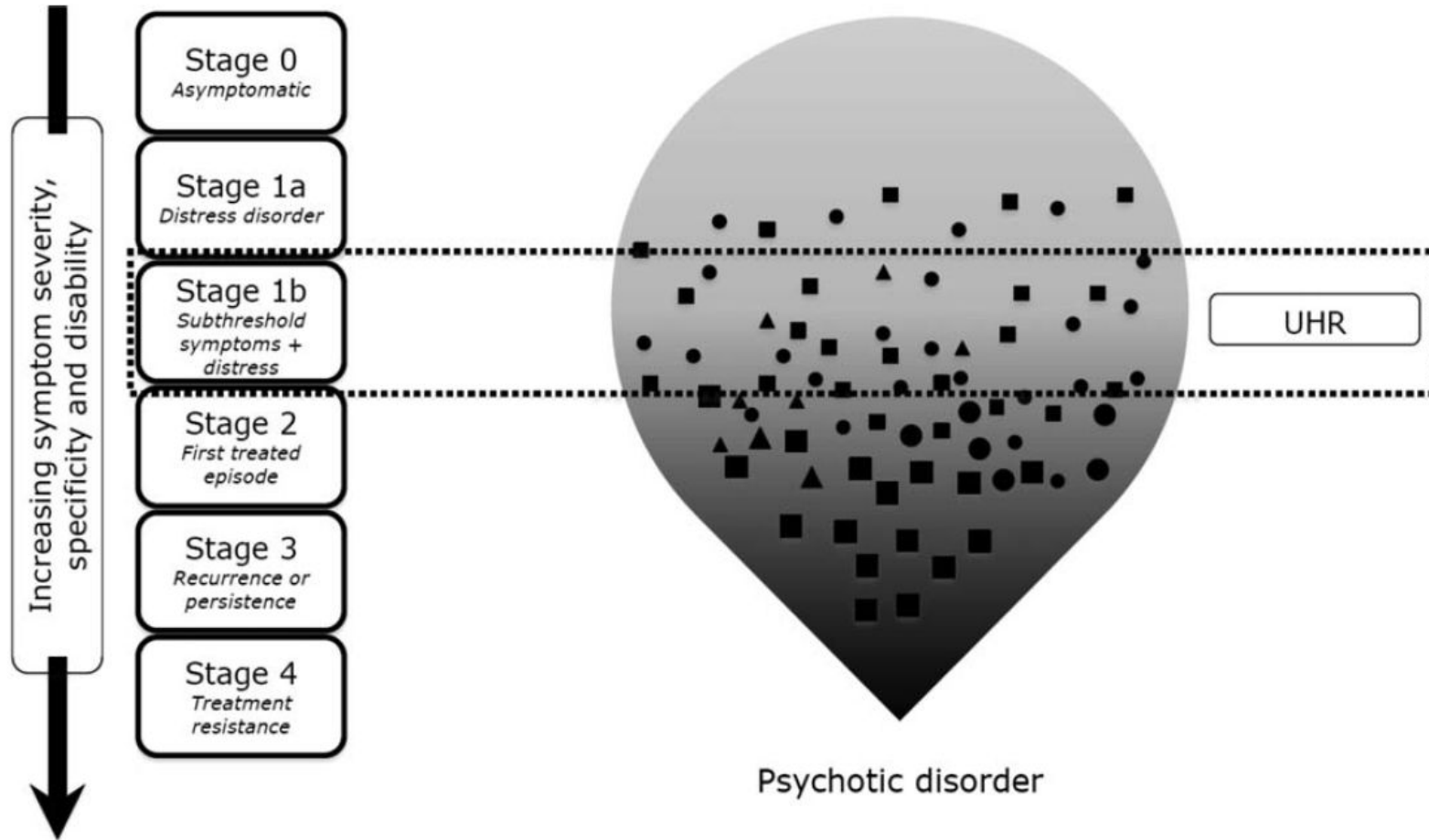


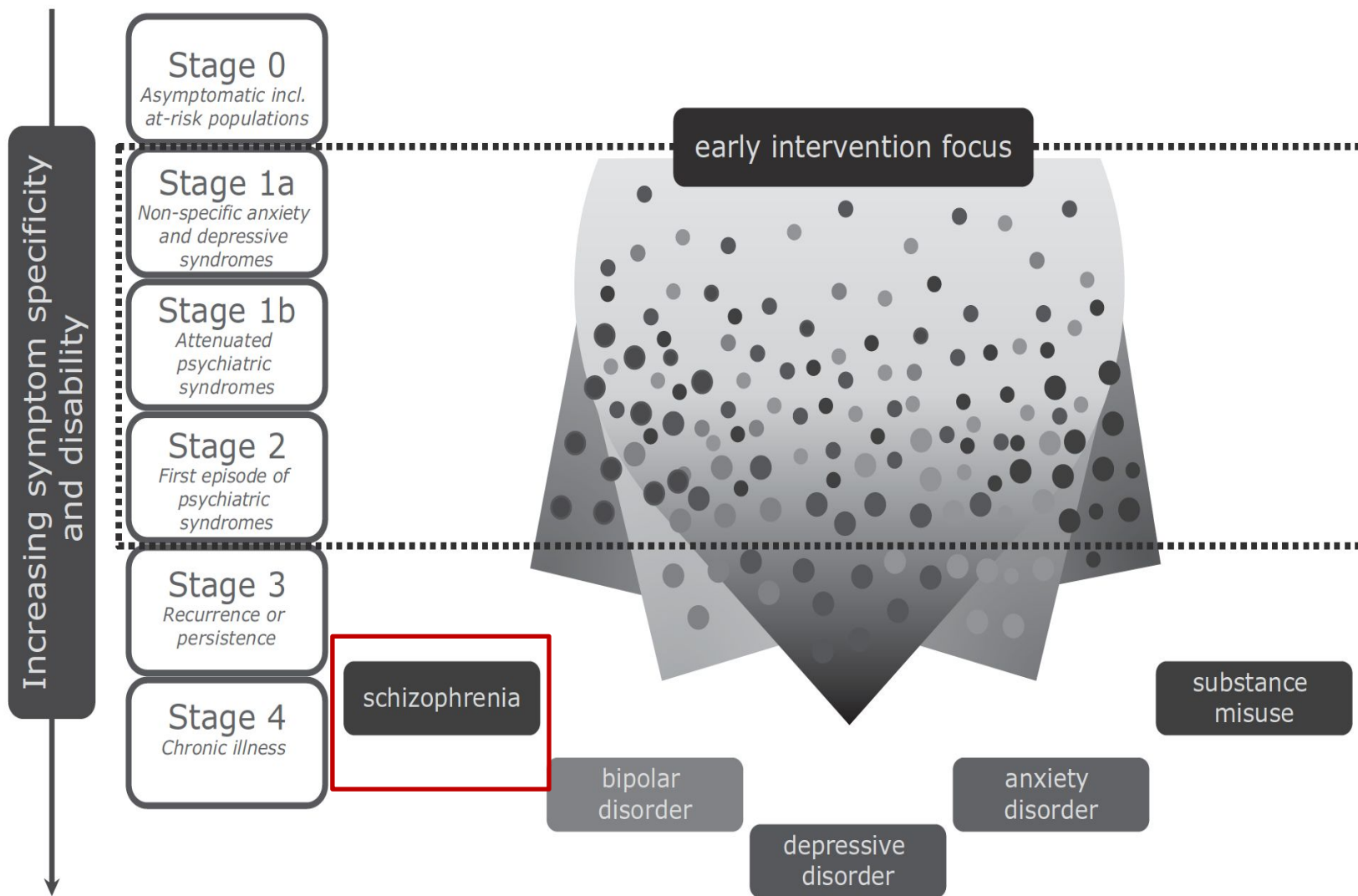
Fig. 3. Summary of pooled results: Conversion prevalence on the basis of the cumulative sample retained at follow up.

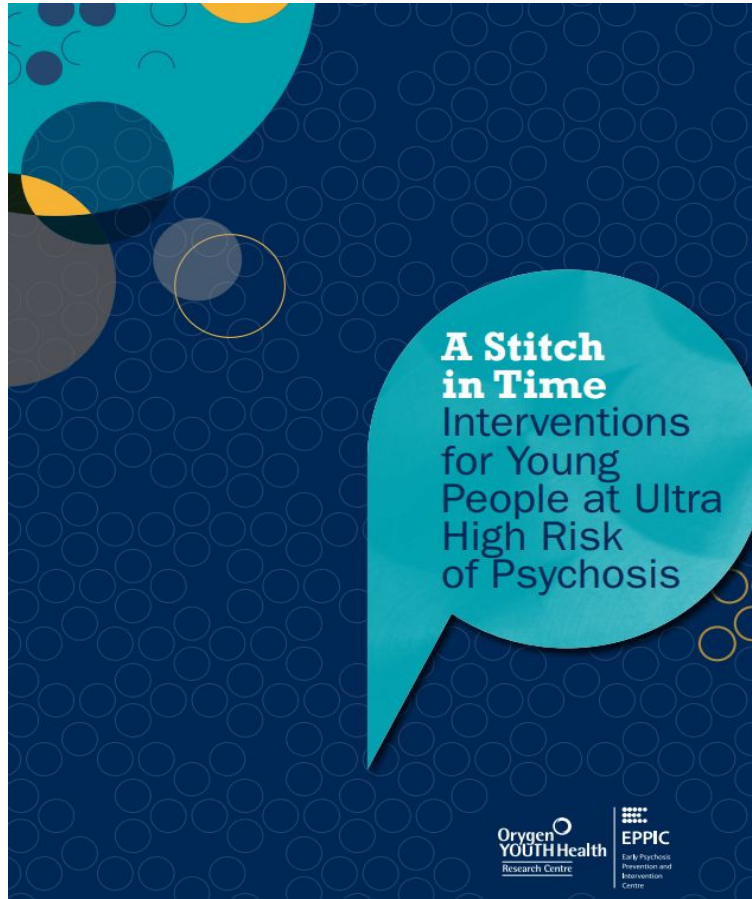
Campione (con follow-up): 484 pazienti
 Età media (SD): 15.8 anni (0.8)
Tasso di transizione: 19.3% (10.4-29.9)

Traiettoria Omotipica



Traiettorie Eterotipica





Assessment, engagement and formulation

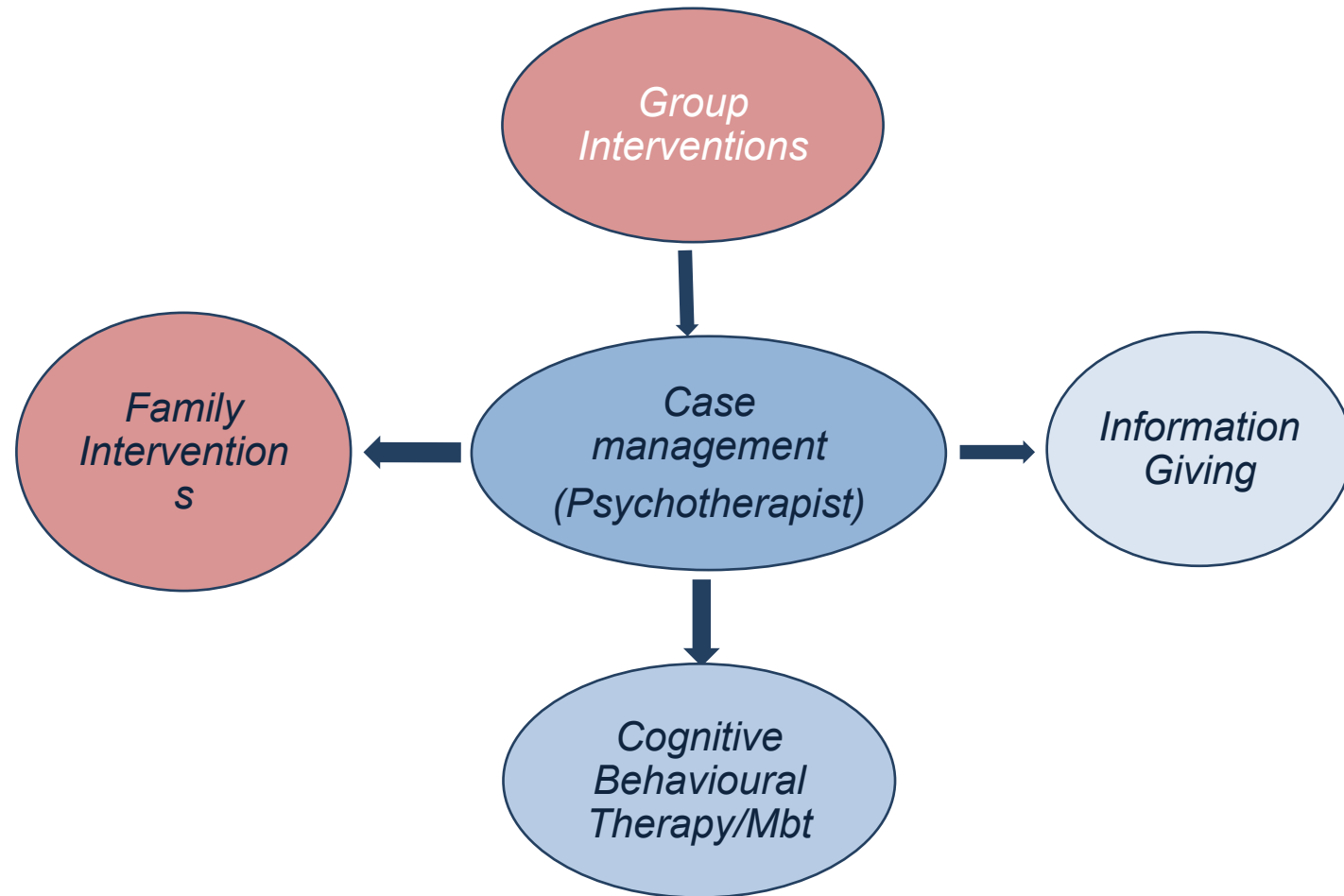
THE '5PS' OF CASE FORMULATION		
Presenting	Initial signs, symptoms or other issues that are clinically important for the young person	For example, paranoia, low mood, homelessness
Predisposing	Factors that infer vulnerability or increase the risk for the presenting problems	For example, early childhood trauma, family history of psychotic disorder
Precipitating	Personal or circumstantial stressors or triggers that are associated with the onset of the presenting problems	For example, relationship break-up, began using cannabis, bullying
Perpetuating	Factors that maintain or exacerbate the severity of the presenting problems	For example, regular substance use, interpersonal problems, poor social support
Protective	Personal or circumstantial factors that buffer or ameliorate the impact of the presenting problems	For example, previous success at school, supportive family, good coping skills

**A Stitch
in Time**
Interventions
for Young
People at Ultra
High Risk
of Psychosis

Orygen
YOUTHHealth
Research Centre

EPPIC
Early Psychosis
Prevention
Program

2023



CBT e interventi basati sulla Mentalizzazione: Approcci integrati



UHR: Interventi

Molecular Psychiatry

www.nature.com/mp

SYSTEMATIC REVIEW OPEN



Preventing psychosis in people at clinical high risk: an updated meta-analysis by the World Psychiatric Association Preventive Psychiatry section

Amedeo Minichino¹, Cathy Davies², Olga Karpenko³, Nikos Christodoulou⁴, Rodrigo Ramalho⁵, Sunil Nandha⁶, Stefano Damiani⁷, Umberto Provenzano⁷, Cecilia Maria Esposito⁷, Martina Maria Mensi^{7,8}, Renato Borgatti^{7,10}, Alberto Stefana¹⁰, Philip McGuire¹ and Paolo Fusar-Poli^{1,2,6,7,9}✉

© The Author(s) 2025

Recently published large-scale randomised controlled trials (RCTs) have questioned the efficacy of preventive interventions in individuals at clinical high risk for psychosis (CHR-P). We conducted a systematic review and meta-analysis to include this new evidence and provide future directions for the field. We followed the PRISMA guidelines and a pre-registered protocol, with a literature search conducted from inception to November 2023. We included RCTs that collected data on psychosis transition (the primary outcome) in CHR-P. Secondary outcomes were symptoms severity and functioning. Investigated time points were 6,12,24,36, and +36 months. We used odd ratios (ORs) and standardised mean differences (SMD) as summary outcomes. Heterogeneity was estimated with the Higgins I^2 . Twenty-four RCTs, involving 3236 CHR-P individuals, were included. Active interventions were Cognitive Behavioural Therapy (CBT), family-focused therapy, Integrated Psychological Therapy, antipsychotics, omega-3 fatty acids, CBT plus risperidone, minocycline, and other non-pharmacological approaches (cognitive remediation, sleep-targeted therapy, brain stimulation). Results showed no evidence that any of the investigated active interventions had a sustained and robust effect on any of the investigated outcomes in CHR-P, when compared to control interventions, including CBT on transition to psychosis at 12 months (9 RCTs; OR: 0.64; 95% CI: 0.39–1.06; I^2 : 21%; $P = 0.08$). These results highlight the need for novel treatment approaches in CHR-P. Future studies should consider the heterogeneity of this clinical population and prioritise stratification strategies and bespoke treatments.

Molecular Psychiatry; <https://doi.org/10.1038/s41380-025-02902-8>

□ 20 RCT 3236 pz inclusi

□ Interventi attivi considerati:

- **Antipsicotici**: 3 RCTs → OR: 0.87 (95% CI: 0.32-2.32)
- **CBT**: 9 RCTs → OR: 0.64 (95% CI: 0.39-1.06)
- **CBT + Risperidone**: 2 RCTs → OR: 0.55 (95% CI: 0.24-1.28)
- **Omega-3**: 4 RCTs → OR: 0.72 (95% CI: 0.14-3.69)

Nessuno di questi trattamenti è efficace nel prevenire la transizione a Psicosi a 12 mesi.

Original Article

*EHME and JPS contributed equally to the manuscript.

Parts of this paper have been presented as a poster at the meeting of the Schizophrenia International Research Society (SIRS) in Florence, Italy, 4–8 April 2018.

Cite this article: Weijers J, Ten Kate C, Viechtbauer W, Rampaart LJA, Eurelings EHM, Selten JP (2021). Mentalization-based treatment for psychotic disorder: a rater-blinded, multi-center, randomized controlled trial. *Psychological Medicine* **51**, 2846–2855. <https://doi.org/10.1017/S0033291720001506>

Received: 3 December 2019

Revised: 29 April 2020

Accepted: 6 May 2020

First published online: 29 May 2020

Key words:

Mentalization-based treatment; psychosis; randomized controlled trial; schizophrenia; social functioning

Author for correspondence:

J. Weijers, E-mail: j.weijers@rivierduinen.nl

Mentalization-based treatment for psychotic disorder: a rater-blinded, multi-center, randomized controlled trial

J. Weijers^{1,2} , C. Ten Kate¹, W. Viechtbauer², L. J. A. Rampaart¹, E. H. M. Eurelings^{3,*} and J. P. Selten^{1,2,*}

¹Rivierduinen Institute for Mental Health Care, Sandifortdreef 19, 2333 ZZ Leiden, The Netherlands; ²Department of Psychiatry and Neuropsychology, School for Mental Health and Neuroscience, Maastricht University, Universiteitssingel 50, 6229 ER Maastricht, The Netherlands and ³Department of Clinical Psychology, Health, and Neuropsychology, Leiden University, Wassenaarseweg 52, 2333 AK Leiden, The Netherlands

Abstract

Background. Impaired mentalizing ability – an impaired ability to understand one's own and other people's behavior in terms of mental states – is associated with social dysfunction in non-affective psychotic disorder (NAPD). We tested whether adding mentalization-based treatment for psychotic disorder (MBTp) to treatment as usual (TAU) results in greater improvement in social functioning.

Methods. Multicenter, rater-blinded, randomized controlled trial. Eighty-four patients with NAPD were assigned to TAU or MBTp plus TAU. Patients in the MBTp group received 18 months of MBTp, consisting of weekly group sessions and one individual session per 2 weeks. Social functioning was measured using the Social Functioning Scale. We conducted ANCOVAs to examine the difference between treatment conditions directly after treatment and at 6-month follow-up and performed moderation and mediation analyses.

Results. Intention-to-treat analyses showed no significant differences between groups post-treatment ($p = 0.31$) but revealed the MBTp group to be superior to TAU at follow-up ($p = 0.03$). Patients in the MBTp group also seemed to perform better on measures of mentalizing ability, although evidence of a mediation effect was limited ($p = 0.06$). Lastly, MBTp treatment was less effective in chronic patients than in recent-onset patients ($p = 0.049$) and overall symptoms at baseline were mild, which may have reduced the overall effectiveness of the intervention.

Conclusion. The results suggest that MBTp plus TAU may lead to more robust improvements in social functioning compared to TAU, especially for patients with a recent onset of psychosis.

Received: 24 February 2023 | Accepted: 5 June 2023

DOI: 10.1111/papt.12479

REVIEW ARTICLE



Acceptance and commitment therapy for psychosis: Current status, lingering questions and future directions

Eric M. J. Morris^{1,2} , Louise C. Johns^{3,4} | Brandon A. Gaudiano⁵

¹School of Psychology & Public Health, La Trobe University, Melbourne, Victoria, Australia

²Northern Health, Melbourne, Victoria, Australia

³Oxford Health NHS Foundation Trust, Oxford, UK

⁴Department of Psychiatry, University of Oxford, Oxford, UK

⁵Department of Psychiatry & Human Behavior, Brown University & Butler Hospital, Providence, Rhode Island, USA

Correspondence

Eric M. J. Morris, School of Psychology & Public Health, La Trobe University, Science Drive, Bundoora, Melbourne 3086, VIC, Australia. Email: eric.morris@latrobe.edu.au

Abstract

Purpose: Acceptance and Commitment Therapy for psychosis (ACTp) is a contextual behavioural intervention that promotes psychological flexibility by fostering active acceptance, cognitive defusion, values construction and committed action to enhance well-being and recovery. Multiple studies have shown that ACTp is acceptable and efficacious, but questions remain as to its distinction from similar approaches and the conditions under which it would be implemented most effectively.

Methods: We present the current evidence for processes and outcomes of ACTp and summarise the qualitative findings of experiences of service users in ACT programmes. We compare ACTp with other cognitive behavioural therapies and mindfulness-informed interventions for psychosis.

Results: Acceptance and commitment therapy for psychosis is promising as a pragmatic, process-driven intervention model. Further efforts are needed to investigate psychological flexibility in the context of psychosis with observational, experimental and intervention studies that will inform model scope and treatment refinement. Additionally, implementation research is the necessary next step, including how support persons can be trained in ACTp. Lower intensity and technology-assisted approaches have the potential to reduce barriers to accessing ACTp and extend impact.

Conclusions: Over the last 20 years, ACTp has demonstrated meaningful effects in individual and group formats in a range of settings, targeting outcomes such as rehospitalisation, depression, psychotic symptom distress and impact. Future



- Evitamento delle relazioni interpersonali associato alla sensazione di essere rifiutato dall'altro
- Tendenza alla diffidenza/sospettosità
- Tendenza al rimuginio ossessivo
- Disregolazione emotiva
- Esperienze percettive anomale "stabili", soprattutto in condizioni di stress
- **Mentalizzazione deficitaria (sia self-oriented che others-oriented)**
- Esperienze di personalizzazione e derealizzazione (esperienze dissociative)

Personality Traits and Disorders in Adolescents at Clinical High Risk for Psychosis: Toward a Clinically Meaningful Diagnosis

Tommaso Boldrini^{1*}, Annalisa Tanzilli², Giuseppe Di Cicilia³, Ivan Gualco³, Vittorio Lingiardi², Silvia Salcuni¹, Maria Cristina Tata⁴, Stefano Vicari^{4,5} and Maria Pontillo⁴

¹ Department of Developmental Psychology and Socialization, University of Padua, Padua, Italy; ² Department of Dynamic and Clinical Psychology, Sapienza University of Rome, Rome, Italy; ³ Center for Individual and Couple Therapy, Genoa, Italy; ⁴ Child and Adolescent Neuropsychiatry Unit, Department of Neuroscience, Children Hospital Bambino Gesù, IRCCS, Rome, Italy; ⁵ Department of Life Sciences and Public Health, Catholic University, Rome, Italy

OPEN ACCESS

Edited by:
Frauke Schulze-Lutter,
Heinrich Heine University
Düsseldorf, Germany

Reviewed by:
Philip Grant,
Fresenius University of Applied
Sciences, Germany
Maria Urquijo,
Ludwig-Maximilians-University
Munich, Germany

***Correspondence:**
Tommaso Boldrini
tommaso.boldrini@unipd.it

Specialty section:
This article was submitted to
Child and Adolescent Psychiatry,
a section of the journal
Frontiers in Psychiatry

Received: 16 May 2020
Accepted: 20 October 2020
Published: 08 December 2020

Citation:
Boldrini T, Tanzilli A, Di Cicilia G,
Gualco I, Lingiardi V, Salcuni S,
Tata MC, Vicari S and Pontillo M
(2020) Personality Traits and Disorders
in Adolescents at Clinical High Risk for
Psychosis: Toward a Clinically
Meaningful Diagnosis.
Front. Psychiatry 11:562835.
doi: 10.3389/fpsy.2020.562835

Aims: Recent meta-analytic data show that approximately 40% of individuals at clinical high risk for psychosis (CHR) receive at least one personality disorder (PD) diagnosis. Personality pathology could significantly influence CHR patients' prognosis and response to treatment. We aimed at exploring the PD traits of CHR adolescents, in order to outline a prototypic description of their most frequently observed personality characteristics.

Methods: One hundred and twenty-three psychiatrists and psychologists used a Q-sort procedure [i.e., the Shedler-Westen Assessment Procedure-200 for Adolescents (SWAP-200-A)] to assess personality traits and disorders in 58 (30 male; mean age = 16 years, range = 13–19 years) CHR adolescents and two gender- and age-matched samples, respectively, with (n = 60) and without PDs (n = 59).

Results: Differences between the CHR, PD, and clinical groups showed that CHR adolescents had pervasive and more clinically relevant schizoid, schizotypal, borderline, and avoidant traits, as well as poorer adaptive functioning. Moreover, by collecting the highest mean SWAP-200-A items, we empirically outlined a prototypic description of CHR youths, comprised of avoidance of social relationships; suspiciousness; obsessional thoughts; lack of psychological insight; dysphoric and overwhelming feelings of anxiety and depression; odd and anomalous reasoning processes or perceptual experiences; symptoms of depersonalization and derealization; and negative symptoms of avolition, abulia, blunted affects, and impaired role functioning.

Conclusions: The results suggest that avoidant interpersonal strategies, impaired mentalization, and difficulties in emotional regulation could become important targets for psychosocial interventions with CHR adolescent populations.

Keywords: clinical high risk (CHR) for psychosis, personality, adolescence, early detection & prevention, personality traits

Course of auditory vocal hallucinations in childhood: 11-year follow-up study

- **Basse abilità di mentalizzazione predicono l'Esordio Psicotico in campioni clinici di adolescenti;**

- **Le allucinazioni nei bambini e negli adolescenti sono meno frequentemente seguite da un primo episodio psicotico (FEP) nei pz che possiedono buone capacità di mentalizzazione;**



An attachment perspective on the risk for psychosis: Clinical correlates and the predictive value of attachment patterns and mentalization



Tommaso Boldrini ^{a,b,*}, Maria Pontillo ^c, Annalisa Tanzilli ^a, Guido Giovanardi ^{a,d}, Giuseppe Di Cicilia ^a, Silvia Salcuni ^b, Stefano Vicari ^c, Vittorio Lingiardi ^a



«Una forma di **attività mentale**, ovvero la **percezione** e la **comprensione del comportamento umano in termini di stati mentali intenzionali**

(per esempio: bisogni, desideri, sentimenti, credenze, obiettivi, intenzioni e motivazioni)»

«L'approccio basato sulla mentalizzazione, presenta molti aspetti caratteristici degli approcci cognitivi pur derivando dalla tradizione psicoanalitica».

es. prevede un lavoro terapeutico sulla rappresentazione cognitiva delle emozioni e sui nessi tra emozione e comportamento

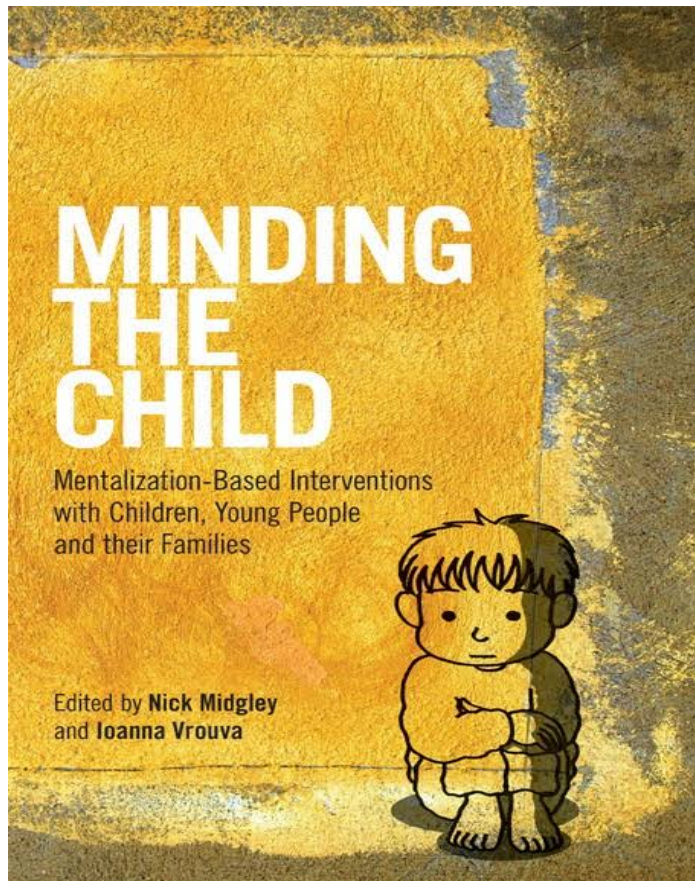
Annual Review of Clinical Psychology

The Mentalizing Approach to Psychopathology: State of the Art and Future Directions

Patrick Luyten,^{1,2} Chloe Campbell,² Elizabeth Allison,² and Peter Fonagy²

To mentalize or not to mentalize

Hyper-mentalizing and under-mentalizing in schizophrenia



- *Sintomi negativi come espressione della progressiva riduzione della mentalizzazione;*
- *Ipermentalizzazione come deficit nella funzione di decentramento e differenziazione;*

Chapter 2

Mentalizing problems in children and adolescents

Carla Sharp and Amanda Venta



«SafeTeen 2025»
ASST Ospedale Niguarda
Ospedale Pediatrico Bambin Gesù

**Interventi ad Alta Intensità
per Adolescenti e famiglie con Disturbo Psichiatrico Grave (UHR, Depressione, Suicidalità,
Autolesionismo)**

10 adolescenti di età compresa tra i **13 e i 18 anni** con diagnosi di UHR, Suicidalità, Autolesionismo

Equipe multidisciplinare formata da

1 Case Manager Pazienti e Famiglie

1 Referente Clinico Neuropsichiatra Infantile

3 Psicoterapeute per il Protocollo Individuale

1 Psicoterapeuta per il Parent Training

2 Psicoterapeute + 1 Osservatore per i percorsi terapeutici di gruppo

Visita specialistica
neuropsichiatrica

Valutazione psicopatologica



Valutazione iniziale, intermedia e finale
(T0,T1,T2) tempo di follow-up: 6 mesi

**C'È DA
FARE**



Bambino Gesù
OSPEDALE PEDIATRICO

**Percorso di
psicoterapia
individuale**

**Percorso di Parent
Training**

**Terapia di gruppo per gli
Adolescenti**

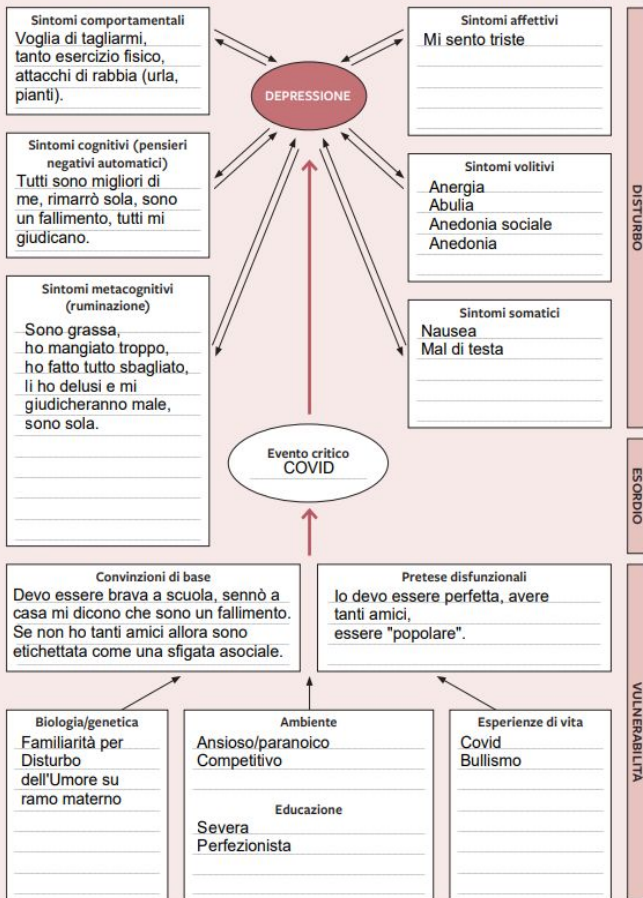
**Terapia di gruppo per i
genitori**

Supervisione in Team multidisciplinare



Protocollo di psicoterapia individuale

• Costruzione relazione terapeutica; • Condivisione sofferenze, emozioni e pensieri sottostanti • Esplorazione strategie • Indagine comportamenti autolesionistici e la loro funzione • Procedura ACT	• Identifico gli errori di ragionamento • Riconosco i miei errori di ragionamento
• Compito MBT • Psicoeducazione (triade di Beck, identificazione pensieri negativi)	• Familiarizzazione con la tecnica del respiro calmante • Lavoro sulla ruminazione • <u>Mindfulness</u>
• Ricostruzione e condivisione del funzionamento mentale del paziente Strumenti (storia di vita, tecnica della moviola, ABC)	• Superare il senso di colpa eccessivo • Superare la vergogna • Non giudicarti!
• Ricostruzione e condivisione del funzionamento mentale del paziente individuando sintomi comportamentali, cognitivi, somatici; ruminazione, credenze disfunzionali, pensieri automatici) • Condivisione definitiva del caso	• Procedura ACT • Potenziare la rete sociale; aspettativa su come andrà; normalizzazione del rifiuto; decentramento; potenziare il <u>coping</u> rispetto agli eventi attivanti esterni, focus sulla differenza tra empatia e mettersi nei panni di qualcun altro (<u>es. dipendenze familiari</u>)
• Problem solving • Spiegazione modello ABC • Intervento sui pensieri depressogeni attraverso la tecnica della ristrutturazione cognitiva	• Prevenzione delle ricadute (procedura ACT) – promuovere l'integrazione dell'esperienza
• Interventi sull'autosvalutazione e sul secondario depressivo • Formulazione del circolo vizioso • Legame genitori (procedura ACT) • Legame con i pari	• Potenziare la rete sociale – aspettativa su come andrà – normalizzare il rifiuto- decentramento • Prevenzione delle ricadute



Il mio grafico dell'umore

Nella prima riga della tabella, scrivi la data e poi metti due volte al giorno, in mattinata e alla sera — all'incirca alla stessa ora — un segno in corrispondenza dello stato del tuo umore su una scala da 1 a 10, dove 1 significa umore bassissimo, il peggiore possibile, e 10 significa umore altissimo, il migliore possibile. Nelle ultime righe della tabella specifica cosa stavi facendo in quel momento.

Data	28/06	29/06	30/06	01/07	02/07	03/07	04/07
	Matt. Sera	Matt. Sera	Matt. Sera	Matt. Sera	Matt. Sera	Matt. Sera	Matt. Sera
10							
9							
8							
7							
6		X	X	X			X
5	X	X		X	X	X	X
4				X			X
3						X	X
2			X		X		
1							
Attività svolte nella mattinata	Colazione	Montato mobile	Lavoro	Lavoro	Lavoro	Lavoro	Lavoro
Attività svolte il pomeriggio/sera	Uscita con Marta	Cena da Andre	Saluto Marta Cena Matteo	Uscita amici	Saluto Nonna	Cena da Andre	Compleanno



10 adolescenti di età compresa tra i **13 e i 18 anni** con diagnosi di UHR,
Suicidalità, Autolesionismo



Risultati Preliminari

Riduzione dei comportamenti autolesivi

Riduzione dei comportamenti di ritiro sociale

Minore distress rispetto ai sintomi positivi



Bambino Gesù
OSPEDALE PEDIATRICO



**Take
home message*

- 20% di Adolescenti con APS sviluppa una Psicosi; la restante parte presenta un elevato rischio per altri disturbi mentali (es. disturbi dell'umore, d'ansia, uso di sostanze e disturbi di personalità)
- L'individuazione di **APS** permette di **evitare ritardi nella presa in carico iniziale tramite interventi psicosociali**
- Il mancato soddisfacimento di tutti i criteri APS **non esclude** il rischio di sviluppare psicopatologia grave
- Nella psicoterapia con pazienti adolescenti APS, target terapeutici di fondamentale rilevanza potrebbero essere:
 1. favorire le abilità di mentalizzazione
 2. riduzione delle difficoltà di regolazione emotiva
 3. diminuzione delle strategie di evitamento interpersonale
 4. potenziare le strategie di coping rispetto allo stress e agli eventi di vita stressanti



maria.pontillo@opbg.net