



UNIVERSITATEA BABEȘ-BOLYAI
FACULTATEA DE PSIHOLOGIE ȘI ȘTIINȚE ALE EDUCAȚIEI
ȘCOALA DOCTORALĂ “PSIHODIAGNOSTIC ȘI
INTERVENȚII PSIHOLOGICE VALIDATE ȘTIINȚIFIC”



TEZA DE DOCTORAT

**IDEAȚIA PARANOIDĂ DE-A LUNGUL SPECTRULUI PSIHOTIC ȘI
DINCOLO DE ACESTA: EVALUARE, MECANISME DE PROCES,
ȘI INTERVENȚII DIGITALE**

Rezumat

AUTOR: DOCTORAND PAZIUC ROXANA MIHAELA

COORDONATOR ȘTIINȚIFIC: PROF. UNIV. DR. DOBREAN ANCA

CLUJ-NAPOCA, 2026

MULȚUMIRI

Această teză nu ar fi existat fără oamenii care au contribuit de-a lungul timpului atât la scrierea ei, cât și la formarea mea. Sunt profund recunoscătoare doamnei coordinator Prof. univ. dr. Anca Dobrean, a cărei îndrumare a fost deopotrivă riguroasă și generoasă. Ea mi-a oferit darul rar al încrederii: încrederea de a-mi găsi propria cale, de a face greșelile care merită făcute și de a învăța din ele. Această încredere este martorul tăcut al tuturor lucrurilor cuprinse în aceste pagini.

De asemenea, sunt sincer recunoscătoare membrilor comisiei de îndrumare, Prof. univ dr. Aurora Szentagotai-Tătar, dr. Costina Păsărelu și dr. Silviu Matu, pentru observațiile și sugestiile valoroase care au contribuit la îmbunătățirea acestei teze. Colegilor și colaboratorilor mei le sunt profund recunoscătoare pentru timpul acordat, lectura atentă și observațiile asupra versiunilor anterioare ale acestei lucrări. Întrebările, comentariile și încurajările voastre au contribuit la conturarea acestui manuscris în moduri care, deși invizibile, rămân totuși esențiale. Dr. Raluca Diana Georgescu, dr. Stelian Florean, dr. Costina Poetar și dr. Cosmin Popa, vă datorez mai mult decât o simplă mențiune. Ați fost alături de mine în cele mai dificile momente ale acestei lucrări: în analiza datelor, corecția manuscriselor și în revizuirile care păreau interminabile. Ați văzut limpede acolo unde eu nu reușeam, ați găsit firul roșu atunci când eu îl pierdusem, ați continuat să citiți și să recitiți cu răbdare, cu generozitate, până când lucrarea și-a aflat forma finală. Implicarea voastră în această cercetare a depășit orice așteptare și vă sunt profund recunoscătoare pentru asta.

Aș vrea să mulțumesc prietenilor mei: voi m-ați ajutat să nu mă pierd în această călătorie și să îmi amintesc cine sunt, dincolo de toate rolurile asumate. Momentele noastre de voie-bună, de solidaritate și de înțelegere tăcută au însemnat mai mult decât vă puteți imagina.

Aș vrea să mulțumesc familiei mele — soțului meu, fiului meu, fratelui meu și părinților mei — voi sunteți temelia pe care se bazează totul. Dragostea, răbdarea și încrederea voastră în mine au rămas neclintite, chiar și în momentele mele de îndoială. Această reușită este la fel de mult a voastră pe cât este a mea.

De asemenea, sunt profund recunoscătoare celor care, în momentele de ezitare în care eram gata să renunț, m-au îndemnat cu fermitate să nu o fac. Încă port cu mine acele cuvinte, lecția de răbdare, curajul de a merge mai departe și convingerea că speranța, chiar și atunci când pare îndepărtată, merită întotdeauna păstrată.

În sfârșit, sunt recunoscătoare pentru această călătorie în sine: pentru dificultățile care m-au învățat, pentru incertitudinile care m-au provocat și pentru tot efortul care în cele din urmă m-a condus către sensuri personale profunde, dincolo de paginile acestei teze.

Note. _____

(1) Prin prezenta notă se certifică de către Paziuc Roxana-Mihaela că:

(a) Teza cuprinde munca de cercetare originală a Paziuc Roxana-Mihaela în vederea obținerii titlului de doctor;

(b) Părți din teză au fost acceptate sau trimise spre publicare sau prezentate ca lucrări la conferințe; în teză au fost incluse citările corespunzătoare pentru aceste publicații. Alți co-autori au fost incluși în publicații dacă au contribuit la elaborarea textului publicat, la interpretarea datelor etc. (contribuția lor a fost clar explicată în notele de subsol ale tezei);

(c) Teza a fost redactată în conformitate cu standardele de redactare academică. Întregul text al tezei și rezumatul acesteia au fost redactate de Paziuc Roxana-Mihaela care își asumă întreaga responsabilitate pentru redactarea academică; de asemenea:

☐ A fost utilizat un software pentru verificarea scrierii academice (a se vedea la <http://www.turnitin.com/>); teza a trecut testul critic;

☐ O copie a setului de date/bazelor de date folosite în cercetări a fost livrată la departament/școala doctorală.

Semnătura pentru certificarea notelor: Doctorand Paziuc Roxana-Mihaela.

Concluziile tezei au fost publicate sau sunt în curs de publicare, după cum urmează:

A. Articole

1. Publicate

- **Mărginean, R. M., Mărginean, O. (2020).** Acceptance and commitment therapy (ACT). În C. Popa, W. C. Lee, & A. V. Rus (Eds.), *New approaches in behavioral sciences*, University Press, Târgu-Mureș.
- **Mărginean, R. M., Popa, C. O., Sava, F. A., Marian, Ș., Predatu, R., Schenk, A., Cojocaru, C. M., Moldovan, T., Poetar, C., & Dobrean, A. (2026).** Validation and cultural adaptation of the Cognitive Fusion Questionnaire in a clinical and non-clinical Romanian population. *Current Psychology*.
- **Mărginean, R. M., Florean, I. S., & Dobrean, A. (2026).** Diagnostic utility and measurement invariance of the Revised Green Paranoid Thoughts Scale across age, gender, and clinical status. *European Journal of Psychological Assessment*.

2. În proces de evaluare:

- **Mărginean, R. M., Georgescu, R. D., Pavăl, D., Mardan, R., Kopelovich, S. L., & Dobrean, A. (2026).** Are we sailing in the right direction? The effectiveness of digital health interventions for psychosis: A systematic review and meta-analysis. În curs de evaluare la *Journal of Medical Internet Research*.

3. În pregătire:

- **Mărginean, R. M., Florean, I. S., & Dobrean, A. (2026).** From Paranoid Thoughts to Emotional Distress: A Mediation Model of Cognitive Fusion.
- **Mărginean, R. M., Florean, I. S., Poetar, C. & Dobrean, A. (2026).** A Transdiagnostic, Process-Based Digital ACT Intervention for Paranoid Ideation: A Randomized Controlled Trial Examining Mechanisms of Change Using Mediation and Network Analysis

B. Conferințe

- **Mărginean, R. M., Popescu, C., & Gafiuc, V. (2019).** Challenges and opportunities in developing supported employment services within social enterprises for NEETs in North East of Romania. Prezentare orală la Congresul Mondial de Psihiatrie Socială, Ediția a XXII-a (23–25 octombrie 2019), București, România.
- **Mărginean, R. M., Georgescu, R. D., Pavăl, D., & Dobrean, A. (2021).** Psihoza în era digitală: O meta-analiză a eficacității intervențiilor terapeutice bazate pe tehnologie în reducerea simptomelor psihotice. Prezentare orală la Zilele Institutului de Psihiatrie Socola (11–13 noiembrie 2021), Iași, România.
- **Mărginean, R. M. (2021).** Schizofrenia – evaluare psihodiagnostică și clinică. Prezentare orală la Conferința Asociației Psihologilor din România „Conectați la viitor: psihologie și tehnologie”, ediția a XIV-a (12–13 noiembrie 2021), România.
- **Mărginean, R. M. (2022).** Psihoterapia orientată spre recuperare în schizofrenie. Prezentare orală la Congresul Național de Psihiatrie (12–15 iulie 2022), Cluj-Napoca, România.

- **Mărginean, R.M (2025).** Eficiența intervențiilor mediate de tehnologie în tratamentul tulburărilor psihotice. Prezentare orală la Conferința de Psihiatrie Comunitară: Provocări și Soluții (26-29 iulie), Câmpulung Moldovenesc
- **Paziuc, A., & Mărginean, R. M. (2025).** Reabilitarea pacienților cu tulburări mentale cronice: abordări integrate bio-psiho-sociale și spirituale. Prezentare orală la Conferința „Psihiatrie și psihologie medico-legală: inter- și transdisciplinaritate”, Ediția a V-a (19–22 noiembrie 2025), Sibiu, România.
- **Paziuc, L., & Mărginean, R. M. (2025).** Planul european de acțiune pentru sănătate mintală 2024–2029: Implicații pentru România în contextul CEDO și al Uniunii Europene. Prezentare orală la Conferința „Psihiatrie și psihologie medico-legală: inter- și transdisciplinaritate”, Ediția a V-a (19–22 noiembrie 2025), Sibiu, România.
- **Paziuc, A., & Mărginean, R. M. (2026).** De la diagnostic la autonomie: rolul psihoeducației în recuperarea psihiatrică. Prezentare orală la Conferința Națională de Psihiatrie, Ediția a XVII-a (11–14 Martie 2026), Iași, Romania.

Cuprins

CAPITOLUL I. CONTEXT TEORETIC	8
1.1 Tulburările psihotice: povara clinică și bariere terapeutice	8
1.2. Intervenții bazate pe tehnologie pentru tulburările psihotice	8
1.2.1. Integrarea intervențiilor psihologice în format digital	8
1.2.2. Tipologia tehnologiilor digitale de sănătate în psihoză	9
1.3. Înțelegerea ideilor paranoide: modele și mecanisme psihologice	10
1.3.1. Bazele istorice și conceptuale ale paranoiei	10
1.3.2. Modelul dimensional al ideății paranoide	10
1.3.3. Modele și mecanisme cognitive-afective subiacente paranoiei	11
1.4. Procese psihologice transdiagnostice în ideea paranoidă	13
1.4.1. Flexibilitatea psihologică ca factor transdiagnostic pentru psihopatologie	13
1.4.2. Inflexibilitatea psihologică și paranoia	14
1.4.2. Fuziunea cognitivă și evitarea experiențială	14
1.5. Evaluarea ideilor paranoide și a proceselor conexe	15
1.5.1. Evaluarea ideilor paranoide	15
1.5.2. Evaluarea flexibilității psihologice și a fuziunii cognitive	15
1.6. Terapia prin acceptare și angajament pentru ideile paranoide și psihoză	15
1.7. Limite ale stadiului actual al cunoașterii	16
CAPITOLUL II. OBIECTIVELE CERCETĂRII ȘI METODOLOGIA GENERALĂ	17
CAPITOLUL III. CERCETARE ORIGINALĂ	19
STUDIUL I. Suntem pe drumul cel bun? Eficiența intervențiilor digitale pentru psihoză: o sinteză sistematică și o metaanaliză	19
1.1. Introducere	19
1.2. Metodă	19
1.3. Rezultate	21
1.4. Discuție	25
1.5. Limitări și implicații pentru cercetările viitoare	26
STUDIUL II. Validarea și adaptarea culturală a Chestionarului de Fuziune Cognitivă în populația clinică și nonclinică din România	27
2.1. Introducere	27
2.2. Metode	27
2.3. Rezultate	28
2.4. Discuție	31

Studiul III. Utilitatea diagnostică și invarianța de măsurare a Scalei Revizuite Green a Gândurilor Paranoide în funcție de vârstă, gen și statut clinic	32
3.1. Introducere	32
3.2. Metodă	32
3.3. Rezultate	33
3.4. Discuție	35
Studiul IV. De la gânduri paranoide la suferință emoțională: rolul mediator al fuziunii cognitive.....	36
4.1. Introducere	36
4.2. Metode	36
4.3. Rezultate	37
4.4. Discuție	38
Studiul V. Eficacitatea unei intervenții digitale bazate pe ACT și psihoeducație în reducerea severității și a distresului asociat gândurilor paranoide la adulți	39
5.1. Introducere	39
5.2. Metode	39
5.3. Rezultate	41
5.4. Discuție	45
Capitolul IV. Concluzii generale și implicații	47
4.1. Concluzii generale	47
4.2. Implicațiile tezei.....	48
4.2.1. Implicații teoretice	48
4.2.2. Implicații metodologice	48
4.2.3. Implicații practice	48
4.3. Limitări și direcții viitoare	49
4.4. Concluziile principale ale prezentei teze	49
Bibliografie selectivă.....	51

CAPITOLUL I. CONTEXT TEORETIC

1.1 Tulburările psihotice: povara clinică și bariere terapeutice

Tulburările din spectrul schizofreniei și alte tulburări psihotice înrudite reprezintă unele dintre cele mai severe și invalidante afecțiuni psihiatrice la nivel mondial. Afectând aproximativ 0,4–1% din populația globală, acestea se caracterizează prin simptome pozitive, simptome negative și deficite cognitive, care contribuie la dizabilitate funcțională persistentă (Charlson et al., 2018; Jablensky, 2011). Debutul survine, de regulă, în adolescența târzie sau la începutul vârstei adulte, afectând dezvoltarea educațională, profesională și relațională. Mortalitatea este semnificativ crescută, persoanele afectate având o speranță de viață redusă, în medie, cu aproximativ 13–15 ani, iar recăderile frecvente, evoluția cronică și răspunsul insuficient la tratamentul farmacologic amplifică suplimentar povara clinică și socio-economică a acestor tulburări (Hjorthøj et al., 2017; Leucht et al., 2025).

În pofida recomandărilor ferme din ghidurile clinice, accesul la intervenții psihologice bazate pe dovezi rămâne sever limitat. Deficitul de specialiști formați în terapia cognitiv-comportamentală pentru psihoză (CBTp), alături de inconsistențele privind formarea și supervizarea profesională, menține un decalaj semnificativ între dovezile științifice, recomandările din ghidurile de practică și implementarea acestora în practica clinică de rutină (Haddock et al., 2014; Kopelovich et al., 2022; National Institute for Health and Care Excellence, 2014). Acest decalaj a stimulat interesul pentru tehnologiile digitale în sănătate (TDS), considerate soluții scalabile și flexibile pentru extinderea accesului la intervenții psihologice dincolo de cadrul clinic tradițional (Torous et al., 2021).

1.2. Intervenții bazate pe tehnologie pentru tulburările psihotice

1.2.1. Integrarea intervențiilor psihologice în format digital

TDS-urile reprezintă o dezvoltare terapeutică importantă, extinzând intervențiile bazate pe dovezi consacrate prin îmbunătățirea accesibilității, scalabilității și continuității, păstrând în același timp mecanismele terapeutice de bază și reducând barierele în calea îngrijirii (Kopelovich & Turkington, 2021; Torous et al., 2021).

În contextul psihozei, atât CBTp, cât și Terapia de Acceptare și Angajament (ACTp) sunt foarte potrivite pentru adaptarea digitală, deoarece ambele se bazează pe procese terapeutice structurate, care pot fi învățate și implementate prin intermediul unor formate modulare, flexibile. Componentele CBTp, precum psihoeducația, auto-monitorizarea, restructurarea cognitivă și prevenirea recăderilor, pot fi transpuse în intervenții de tip telemedicină sau bazate pe aplicații, păstrând în același timp mecanismele cheie ale schimbării (Kopelovich & Turkington, 2021). În mod similar, exercițiile experiențiale, mindfulness-ul, defuziunea și practicile bazate pe valori ale ACTp sunt extrem de compatibile cu livrarea digitală și formatele scurte de intervenție, facilitând exersarea individuală a abilităților și consolidarea acestora în mod asincron (Morris et al., 2024). Dovezile disponibile până în prezent susțin fezabilitatea și acceptabilitatea intervențiilor ACT digitale care vizează flexibilitatea psihologică în psihoză (Bonnie et al., 2025). Psihoeducația reprezintă una dintre componentele terapeutice cel mai ușor de adaptat în format digital. Formatele interactive și

multimedia pot facilita înțelegerea tulburării, dezvoltarea strategiilor de coping, autogestionarea simptomelor și prevenirea recăderilor, oferind totodată o bază scalabilă pentru intervențiile fundamentate pe CBT și ACT (Sin et al., 2019).

1.2.2. Tipologia tehnologiilor digitale de sănătate în psihoză

TDS în psihoză variază în funcție de trei dimensiuni cheie: integrarea clinică (autonomă vs. suplimentară față de tratamentul clasic), nivelul de digitalizare (complet digital vs. combinat cu terapia față în față) și sprijinul uman (independent vs. facilitat de terapeut). Aceste dimensiuni se pot suprapune și evidențiază faptul că intervențiile digitale nu reprezintă o abordare terapeutică unitară, ci modalități diverse de furnizare a intervențiilor psihologice, concepute pentru a extinde, completa sau structura îngrijirea psihologică. Aceste dimensiuni traversează toate formatele tehnologice și strategiile de implementare. Subsecțiunile următoare descriu principalele modalități tehnologice utilizate pentru furnizarea intervențiilor psihologice în psihoză.

1.2.2.1 Programe web

Intervențiile bazate pe platforme web oferă, de regulă, conținut modular de autoajutor inspirat din CBT sau ACT, și vizează simptome precum paranoia, halucinațiile auditive și dificultățile în relaționarea socială, fiind furnizate adesea cu o implicare minimă a terapeutului. Programe precum *Coping With Voices* (Gottlieb et al., 2017), *EviBaS* (Westermann et al., 2020) și *HelpID* (Moritz et al., 2016) integrează psihoeducația și exercițiile structurate, îmbunătățind accesibilitatea serviciilor psihologice specializate.

1.2.2.2. Aplicații de sănătate mobilă (mHealth)

Intervențiile din domeniul sănătății mobile (mHealth) oferă sprijin în timp real, adaptat contextului, prin intermediul telefoanelor smart, consolidând abilitățile în viața de zi cu zi prin monitorizarea simptomelor, furnizarea de strategii pentru gestionarea situațiilor dificile și feedback personalizat. Aplicații precum *Actissist* (Bucci et al., 2024), *SlowMo* (Garety et al., 2021) și *PEAR-004* (Ghaemi et al., 2022) vizează autogestionarea și reducerea simptomelor psihotice, precum și modificarea distorsiunilor cognitive implicate, constituind predominant intervenții complementare îngrijirii ghidate de terapeut. Abordările bazate pe evaluarea ecologică momentară (EMA) și intervențiile ecologice momentare (EMI), precum și intervențiile prin mesaje, personalizează sprijinul oferit prin monitorizarea experiențelor cotidiene și furnizarea de intervenții în timp real. Exemple precum *SAVVy* (Bell et al., 2020) și *MEMS* (Luther et al., 2020) ilustrează această orientare către forme de îngrijire digitală flexibile, adaptate nevoilor individuale și centrate pe recuperare. Deși utilizează tehnologii relativ simple, intervențiile bazate pe mesaje s-au dovedit fezabile și au fost asociate cu beneficii potențiale în ceea ce privește reducerea simptomelor psihiatrice și îmbunătățirea funcționării sociale. În schimb, dovezile referitoare la impactul acestora asupra aderenței la tratament rămân neconcludente (Välimäki et al., 2017; Watson et al., 2016).

1.2.2.3. Terapia cu avatar (AT)

Terapia cu avatar este o intervenție ghidată de terapeut și asistată de computer, în care persoanele cu halucinații verbale auditive persistente interacționează cu o reprezentare digitală

a vocii lor. Studiile au evidențiat reduceri ale severității halucinațiilor și ale convingerilor legate de omnipotența vocii (Craig et al., 2018; Leff et al., 2013). Dovezi mai recente sugerează că beneficiile acestei intervenții se pot extinde și asupra anxietății, stimei de sine și calității vieții (Liang et al., 2022).

1.2.2.4. Realitatea virtuală (VR)

Intervențiile VR în psihoză includ terapia bazată pe avatare pentru halucinațiile auditive, VR-CBT pentru paranoia și comportamentele de evitare, precum și programe de mindfulness sau de antrenament al cogniției sociale asistate de VR. Dovezile disponibile indică reduceri ale halucinațiilor, paranoiei, distresului asociat simptomelor și dificultăților de funcționare socială, deși rezultatele variază în funcție de tipul intervenției și de comparatorii utilizați (Dellazizzo et al., 2021; du Sert et al., 2018; Freeman et al., 2022, 2023; Nijman et al., 2023; Pot-Kolder et al., 2018).

TDS-urile utilizate în psihoză se situează pe un continuum, de la intervenții de intensitate redusă bazate pe mesaje până la platforme imersive de realitate virtuală, însă eficacitatea lor depinde de o înțelegere clară a fenomenelor clinice pe care le vizează. În acest context, ideile paranoide reprezintă o țintă relevantă pentru dezvoltarea intervențiilor psihologice și digitale specifice.

1.3. Înțelegerea ideilor paranoide: modele și mecanisme psihologice

1.3.1. Bazele istorice și conceptuale ale paranoiei

Paranoia este descrisă, de regulă, ca o neîncredere excesivă și nejustificată față de ceilalți, caracterizată prin convingerea că alte persoane intenționează să îi facă rău, să îl ridiculizeze sau să îl provoace în mod deliberat ori că sunt implicate în acțiuni conspirative îndreptate împotriva sa (Freeman & Loe, 2023). Termenul provine din arhaicul grecesc *paranoia*, care desemna inițial nebunia sau tulburarea mintală și care a fost ulterior redefinit de psihiatria secolului al XIX-lea ca un construct centrat pe idei de persecuție și grandoare, în contextul menținerii unei funcționări intelectuale intacte (Freeman & Freeman, 2008).

Ideea că funcționarea mentală normală și simptomele psihotice nu sunt separate printr-o graniță clară, ci formează un continuum, are o istorie de peste un secol — cu referințe notabile încă din 1911, în scrierile lui Bleuler (Nasrallah & Smeltzer, 2011, p. 21). Această recunoaștere timpurie a gradualității a anticipat ceea ce a devenit unul dintre cadrele conceptuale dominante în psihologia și psihiatria contemporană: perspectiva dimensională asupra ideilor paranoide. Spre deosebire de abordările categoriale, care plasează paranoia exclusiv în granițele unor tulburări psihiatrice distincte, perspectiva dimensională susține că gândurile și convingerile persecutorii sunt distribuite pe un continuum în populația generală și variază cantitativ — nu calitativ — între grupurile clinice și non-clinice (Linscott & van Os, 2013; van Os et al., 2009).

1.3.2. Modelul dimensional al ideilor paranoide

Anchetele epidemiologice comunitare ample demonstrează în mod constant că suspiciozitatea, ideile de referință și convingerile persecutorii atenuate apar mult mai frecvent decât tulburările psihotice diagnosticate (Freeman & Loe, 2023; Linscott & van Os, 2013; van Os et al., 2009). Estimările provenite din eșantioane reprezentative sugerează că între 10% și

30% dintre indivizi raportează cel puțin ocazional ideea paranoidă (Freeman, 2007; Freeman et al., 2011). Cercetările empirice conceptualizează paranoia ca un continuum ierarhic distribuit exponențial în populație, în cadrul căruia formele ușoare de suspiciozitate sunt frecvente, iar ideile delirante persecutorii severe sunt comparativ rare (Bebbington et al., 2013).

Această ierarhie este, de regulă, structurată în patru niveluri progresive: (1) sensibilitate interpersonală (preocupări accentuate legate de critică, respingere sau vulnerabilitate socială), (2) neîncredere generalizată (suspiciuni privind intențiile celorlalți), (3) idei de referință și (4) idei de persecuție (Bebbington et al., 2013; Bell & O'Driscoll, 2018; Freeman et al., 2005; Freeman & Garety, 2014; Neidhart et al., 2024). În cadrul acestei ierarhii, ideile de referință reprezintă un nivel intermediar în cadrul continuumului paranoiei. Ele presupun interpretarea unor evenimente neutre, comentarii sau indicii din mediul înconjurător ca având o semnificație personală. Deși nu implică întotdeauna atribuirea unor intenții răuvoitoare celorlalți, ideile de referință sunt considerate adesea o etapă intermediară între sensibilitatea interpersonală și delirurile persecutorii (Green et al., 2008). Deși aceste convingeri sunt foarte frecvente în rândul persoanelor cu tulburări din spectrul schizofreniei și al celor aflate la primul episod psihotic (Paolini et al., 2016), forme mai atenuate ale gândirii persecutorii sunt raportate și în populația non-clinică (Freeman et al., 2005; Freeman & Loe, 2023). Dovezile longitudinale sugerează, de asemenea, că severitatea experiențelor paranoide poate varia în timp, sub influența stresului, a stărilor afective și a factorilor contextuali (van Os et al., 2009).

Din perspectiva modelului dimensional, paranoia clinică și cea non-clinică diferă mai degrabă prin gradul de severitate decât prin natura lor, principalele diferențe fiind legate de nivelul de convingere asociat credințelor paranoide, distresul emoțional și impactul asupra funcționării cotidiene (Badcock & Paulik, 2020; van Os et al., 2009). În timp ce gândurile suspicioase din populația generală sunt adesea tranzitorii și au consecințe limitate asupra funcționării, delirurile persecutorii se caracterizează prin rigiditate, distres emoțional semnificativ și repercusiuni comportamentale importante (Freeman & Garety, 2014).

Deși perspectiva dimensională explică modul în care ideile paranoide variază în funcție de severitate, ea nu clarifică de ce, la unele persoane, gândurile suspicioase evoluează către convingeri persecutorii persistente, în timp ce la altele rămân tranzitorii. Pentru a răspunde acestei întrebări, cercetările contemporane s-au concentrat asupra mecanismelor cognitive și emoționale implicate în dezvoltarea și menținerea paranoiei.

1.3.3. Modele și mecanisme cognitive-afective subiacente paranoiei

Modelele cognitive-afective conceptualizează paranoia ca un fenomen multifactorial rezultat din interacțiunea proceselor cognitive, emoționale și sociale, mai degrabă decât din acțiunea unui singur factor cauzal (Alameda et al., 2020; Freeman & Garety, 2014). Din perspectiva modelului biopsihosocial, convingerile paranoide sunt înțelese ca rezultând din modul în care indivizii interpretează și răspund atât experiențelor interne, cât și mediului social în care trăiesc (Freeman & Loe, 2023; Jolley & Garety, 2011).

1.3.3.1. Mecanisme cognitive

Modelele cognitive timpurii subliniază rolul distorsiunilor cognitive și al stilurilor atribuționale în apariția și menținerea convingerilor persecutorii (Freeman et al., 2002). Potrivit acestor modele, persoanele vulnerabile la paranoia tind să interpreteze experiențele ambigue ca fiind amenințătoare, pe fondul unor distorsiuni cognitive precum tendința de a trage

concluzii pripite, stilului atribuțional extern și a deficitelor în cogniția socială. Aceste interpretări sunt modelate de schemele cognitive negative preexistente, care includ convingeri despre sine ca fiind vulnerabil și despre ceilalți ca fiind potențial periculoși (Alameda et al., 2020; Freeman & Garety, 2014). De asemenea., inflexibilitatea convingerilor — manifestată prin luarea insuficientă în considerare a explicațiilor alternative și rezistența la contradicție — contribuie la menținerea convingerilor persecutorii și la consolidarea certitudinii asociate acestora (Freeman & Garety, 2014).

Modelele cognitive recente sugerează, de asemenea, că indivizii predispuși la paranoia nu sunt caracterizați doar de distorsiuni cognitive, ci și de un prag decizional scăzut pentru acceptarea ipotezelor explicative (Moritz et al., 2017; Murphy et al., 2018). Acest mecanism facilitează transformarea rapidă a interpretărilor suspicioase în convingeri persecutorii stabile (Murphy et al., 2018).

1.3.3.2. Procesele afective

Procesele afective joacă un rol central în dezvoltarea și menținerea paranoiei, anxietatea și depresia fiind asociate în mod constant cu ideile paranoide (Alameda et al., 2020; Fowler et al., 2012; Freeman & Garety, 2014; Hartley et al., 2013). Studiile longitudinale arată că nivelurile inițiale crescute ale anxietății și depresiei prezic persistența paranoiei în timp, în timp ce credințele paranoide nu prezic în mod similar afectul negativ ulterior, ceea ce sugerează că stările afective negative ar putea contribui cauzal la paranoia (Fowler et al., 2012; Hartley et al., 2013). Afectul negativ poate amplifica percepția vulnerabilității personale, poate crește vigilența pentru stimulii potențial amenințători și poate favoriza interpretarea experiențelor ambigue în termeni persecutorii (Fowler et al., 2012; Jolley & Garety, 2011). Un mecanism implicat în acest proces este reactivitatea emoțională crescută observată la persoanele cu psihoză. Acestea prezintă adesea o sensibilitate crescută la stres, o tendință sporită de anticipare a amenințărilor și o toleranță redusă la stres, factori care pot consolida interpretările suspicioase ale experiențelor cotidiene (Reininghaus et al., 2016). Studiile de tip experience sampling (ESM) și cercetările experimentale evidențiază anxietatea ca predictor proximal al ideilor paranoide, în timp ce depresia poate acționa prin schemele negative despre sine sau prin consecințe psihosociale mai ample, precum izolarea socială (Bornheimer et al., 2022).

1.3.3.3. Contextul social și factorii de stres din mediu

Factorii sociali și de mediu pot favoriza paranoia prin limitarea feedback-ului interpersonal corectiv și intensificarea răspunsurilor emoționale negative (Fett et al., 2012; Freeman et al., 2002). Izolarea socială, excluderea, evenimentele de viață stresante și stresul cotidian pot stimula gândirea paranoidă, în special la persoanele cu o vulnerabilitate cognitivă preexistentă. În acest context, distresul afectiv pare să acționeze ca un mediator între expunerea la adversitate și dezvoltarea convingerilor persecutorii (Alameda et al., 2020; Fett et al., 2012; Freeman & Garety, 2014).

1.3.3.4. Dificultățile în reglarea emoțională

În afară de procesele cognitive și emoționale, dificultățile în reglarea emoțională — ce includ problemele legate de identificarea, modularea și acceptarea emoțiilor (Gross, 2015) — constituie vulnerabilități importante pentru paranoia (Opoka et al., 2021; Vines et al., 2022). Strategiile de reglare inadecvate, în special ruminația, suprimarea și evitarea, sunt asociate cu niveluri mai ridicate de idee paranoidă, în timp ce acceptarea și reevaluarea cognitivă pot atenua relația afect negativ — paranoia, deși dovezile privind reevaluarea rămân contradictorii

(Aldao et al., 2010; Moran et al., 2018). Rezultatele studiilor de tip ESM sugerează că reglarea emoțiilor influențează experiențele psihotice în principal indirect, acceptarea având efecte protectoare limitate (Bortolon & Nardelli, 2025), în timp ce ruminarea și îngrijorarea par să potențeze relația dintre afectul negativ și paranoia (Bagrowska et al., 2025; Freeman, 2007; Freeman et al., 2015).

1.3.3.5 Metacogniția

Metacogniția – definită ca abilitatea de a reflecta asupra propriilor stări mentale și de a recunoaște gândurile ca evenimente mentale subiective, mai degrabă decât ca reprezentări obiective ale realității (Lysaker et al., 2021; Lysaker & Dimaggio, 2014) – este afectată în tulburările din spectrul schizofreniei, fiind asociată cu o funcționare psihosocială mai deficitară și cu o calitate a vieții redusă (Hasson-Ohayon et al., 2015; Lysaker et al., 2011; Wiesepape et al., 2024). Convingerile metacognitive disfuncționale referitoare la incontrollabilitatea gândurilor și amenințare caracterizează delirurile persecutorii (Morrison et al., 2007; Morrison & Wells, 2003).

În ansamblu, mecanismele cognitive, emoționale și metacognitive constituie sisteme interdependente care se influențează reciproc și contribuie la menținerea paranoiei, fapt ce susține abordările transdiagnostice centrate pe procese psihologice comune (Jolley & Garety, 2011).

1.4. Procese psihologice transdiagnostice în ideea paranoidă

Abordările transdiagnostice susțin că procesele psihologice comune stau la baza unor tulburări psihice diferite, explicând frecvența comorbitate dintre acestea și oferind un cadru pentru dezvoltarea unor intervenții terapeutice orientate către mecanismele psihologice fundamentale (Badcock & Paulik, 2020; Dalgleish et al., 2020). Experiențele psihotice apar atât în cadrul mai multor categorii diagnostice, cât și în populația generală, fiind de aproximativ două ori mai frecvente la persoanele cu depresie și anxietate, susținând un fenotip mai larg al psihozei (van Os & Reininghaus, 2016; Wigman et al., 2012). În acest context, flexibilitatea psihologică s-a conturat ca un cadru transdiagnostic integrativ, care explică modul în care persoanele pot răspunde adaptativ la experiențele interne dificile sau generatoare de suferință (Doorley et al., 2020).

1.4.1. Flexibilitatea psihologică ca factor transdiagnostic pentru psihopatologie

Flexibilitatea psihologică — abilitatea de a rămâne în contact cu experiențele momentului prezent și de a acționa în acord cu valorile personale (Hayes et al., 2006; Kashdan & Rottenberg, 2010) — este considerată un determinant esențial al sănătății psihologice, în timp ce inflexibilitatea psihologică, caracterizată prin evitarea experiențială, fuziunea cognitivă și strategii rigide de răspuns, stă la baza diverselor tulburări psihopatologice, inclusiv depresia, anxietatea și psihoza (Gloster et al., 2020; Hayes et al., 2012; Levin et al., 2012, 2014; Norouzi et al., 2024; Rutschmann et al., 2024; Stockton et al., 2019; Wakefield et al., 2018). Deși strâns corelate, flexibilitatea și inflexibilitatea psihologică reprezintă procese distincte, nu poli opuși ai aceleiași dimensiuni (Macri & Rogge, 2024; Rolffs et al., 2018). În modelul ACT flexibilitatea este operaționalizată prin șase procese interdependente: acceptare, defuziune cognitivă, contact cu momentul prezent, sinele contextualizat, valori și acțiune ghidată de valori (Hayes et al., 2012; Ong & Eustis, 2022). În schimb, inflexibilitatea psihologică rezultă din

predominanța proceselor opuse: evitarea experiențială, fuziunea cognitivă, fuziunea cu conceptul de sine, atenția inflexibilă, distanțarea față de valori și tiparele de acțiune nefuncționale (Harris, 2019; Hayes et al., 2012). Dovezile empirice confirmă rolul inflexibilității psihologice ca mecanism transdiagnostic central, asociat cu o varietate de simptome psihopatologice. Inflexibilitatea psihologică este accentuată într-o gamă largă de simptome psihiatrice. Intervențiile bazate pe ACT reduc eficient inflexibilitatea psihologică în tulburări precum anxietatea, depresia, durerea cronică și dependența, modificările flexibilității psihologice reprezentând un mecanism activ al schimbării terapeutice (A-Tjak et al., 2015; Gloster et al., 2020; Levin et al., 2014).

1.4.2. Inflexibilitatea psihologică și paranoia.

Inflexibilitatea psihologică este constant mai ridicată la persoanele cu tulburări din spectrul psihozei, iar flexibilitatea psihologică mediază relația dintre mindfulness și severitatea simptomelor (Hahne et al., 2025; Moran et al., 2021). Dintre simptomele pozitive, paranoia prezintă cea mai puternică asociere cu inflexibilitatea psihologică ($r = 0,54$), depășind semnificativ halucinațiile ($r = 0,22$), probabil datorită caracterului său evaluativ și interpersonal (Freeman, 2007; Pittman et al., 2024). Totodată, amplifică impactul adversității sociale asupra paranoiei, moderând relația dintre ostracizare și ideile de referință (Waldeck et al., 2023). În modelul ACT, dimensiunea deschiderii reprezentată de acceptare și defuziunea cognitivă, vizează direct evitarea experiențială și fuziunea cognitivă, considerate procese centrale ale inflexibilității psihologice (Hayes et al., 2022). Cu toate acestea, modelele funcționale care explică rolul diferențiat al proceselor de inflexibilitate în dezvoltarea și menținerea paranoiei rămân insuficient dezvoltate (Morris et al., 2024).

1.4.2. Fuziunea cognitivă și evitarea experiențială

Evitarea experiențială (EA) – tendința motivată de a evita sau elimina experiențele interne nedorite (Hayes et al., 2004, 2012) – este accentuată în psihoză, și prezice niveluri mai ridicate de suferință psihică, precum și răspunsuri dezadaptative la halucinațiile auditive (Varese et al., 2016). În paranoia, EA contribuie la menținerea convingerilor persecutorii prin mediarea relațiilor dintre factori de vulnerabilitate precum stima de sine scăzută, schemele negative despre sine și atașamentul insecurizant, interferând cu procesarea informațiilor care contrazic aceste convingeri (Gil-Luciano et al., 2023; Udachina et al., 2009; Udachina & Bentall, 2014). Fuziunea cognitivă (CF) – tendința de a experimenta gândurile ca realitate literală (Gillanders et al., 2014; Hayes et al., 2012) – acționează printr-un mecanism distinct, reducând probabilitatea revizuirii convingerilor paranoice chiar și în prezența dovezilor contradictorii și amplificând biasul de tip „salt la concluzii”. Fuziunea cognitivă interacționează cu convingerile negative despre sine în menținerea ideilor persecutorii (Sood et al., 2022) și se asociază cu simptome de tip psihotic dincolo de suferința generală (Moran et al., 2021).

Deși EA și CF coexistă frecvent și sunt corelate în mod semnificativ (Bardeen & Fergus, 2016), acestea funcționează prin mecanisme distincte — suprimarea sau reducerea experienței interne versus creșterea credibilității gândurilor — ceea ce implică necesitatea unor strategii de intervenție complementare, bazate pe acceptare și, respectiv, defuziune cognitivă (Gaudiano & Ellenberg, 2023; Hayes et al., 2022).

1.5. Evaluarea ideilor paranoide și a proceselor conexe

1.5.1. Evaluarea ideilor paranoide

Ideile paranoide pot fi evaluate printr-o varietate de metode, inclusiv interviuri clinice structurate administrate de clinician (PANSS; Kay et al., 1987) și instrumente de autoevaluare. R-GPTS (Freeman et al., 2021), derivat și rafinat din GPTS (Green et al., 2008) — considerat cel mai robust instrument de auto-evaluare disponibil (Statham et al., 2019) — evaluează ideile de referință și persecuție pe întregul continuum al severității. Cu toate acestea, validarea sa a fost realizată preponderent în contexte occidentale și există puține dovezi cu privire la invarianța de măsurare între grupuri clinice, validitatea de criteriu și utilitatea diagnostică (Freeman et al., 2021; Rek et al., 2025)

1.5.2. Evaluarea flexibilității psihologice și a fuziunii cognitive

Chestionarul de Acceptare și Acțiune-II (AAQ-II; Bond et al., 2011), principala scală de măsurare a flexibilității psihologice, prezintă o validitate discriminativă redusă din cauza suprapunerii cu suferința psihologică generală, ceea ce poate supraestima asocierile cu psihopatologia (Cherry et al., 2021). Instrumentele multidimensionale, precum Inventarul de flexibilitate psihologică multidimensională (MPFI; Rolffs et al., 2018) și Indicele de flexibilitate psihologică personală (PPFI; Kashdan et al., 2020), oferă o evaluare mai precisă a proceselor implicate și sunt mai adecvate pentru investigarea mecanismelor schimbării (Cherry et al., 2021). În abordarea orientată spre proces, se pune un accent tot mai mare pe evaluarea componentelor specifice ale inflexibilității psihologice care pot juca un rol distinct în psihopatologie. Chestionarul de Fuziune Cognitivă (CFQ; Gillanders et al., 2014) are o largă utilizare la populații clinice variate (Donati et al., 2021; Lucena-Santos et al., 2017; Rosales-Sarabia et al., 2025) și evaluează tendința de a interpreta gândurile ad-litteram, ca adevăruri. În psihoză, scorurile CFQ ridicate se asociază cu ideile paranoide, experiențele psihotice și simptomele pozitive și negative (Böge et al. 2023; Hahne et al., 2025).

1.6. Terapia prin acceptare și angajament pentru ideile paranoide și psihoză

ACTp s-a conturat ca o abordare comportamentală de tip contextual, dezvoltată în interiorul familiei mai largi a terapiilor cognitiv-comportamentale pentru psihoză, reflectând o orientare tot mai accentuată către intervenții centrate pe proces și pe flexibilitatea psihologică (Gil-Luciano et al., 2023; Morris & Simson, 2025). Spre deosebire de CBTp tradițională, axată în primul rând pe restructurarea sau disputarea credințelor disfuncționale, ACTp vizează procesele funcționale prin care persoana se raportează la propriile experiențe interne. Această abordare se potrivește în mod special ideății paranoide, unde obiectivul nu este de a convinge persoana că interpretările sale legate de amenințare sunt greșite, ci de a reduce măsura în care acestea îi domină experiența și îi limitează comportamentul (Gaudiano & Ellenberg, 2023).

Mai multe meta-analize și sinteze sistematice ale literaturii susțin că ACTp reprezintă o intervenție sigură și promițătoare, fiind asociată cu îmbunătățirea unei game variate de rezultate clinice — inclusiv reducerea simptomelor pozitive și negative, a depresiei și anxietății, scăderea ratelor de reinternare, creșterea disponibilității de a solicita sprijin, dezvoltarea atenției conștiente (mindfulness), creșterea satisfacției pacientului și a flexibilității psihologice — dovedindu-și eficiența chiar în format scurt, pentru episoadele acute (Gloster et

al., 2020; Tonarelli & Pasillas, 2016; Wakefield et al., 2018; Yıldız, 2020). Acceptarea mediază în mod constant rezultatele, deși dovezile robuste privind medierea în psihoză rămân limitate (Pittman et al., 2024; Stockton et al., 2019).

1.7. Limite ale stadiului actual al cunoașterii

Literatura de specialitate actuală se caracterizează prin câteva limitări conceptuale, metodologice și empirice cheie.

În primul rând, baza de dovezi privind TDS în psihoză rămâne limitată din punct de vedere metodologic. Sintezelor sistematice timpurii s-au bazat predominant pe analize narative, fără estimarea efectelor combinate (Alvarez-Jimenez et al., 2014; Rus-Calafell & Schneider, 2020), iar meta-analizele mai recente sunt constrânse de includerea studiilor nerandomizate, eterogenitatea intervențiilor și raportarea unor rezultate agregate (Arnautovska et al., 2024; Clarke et al., 2020). În plus, analizele centrate pe simptome specifice sunt în mare parte absente, iar aspecte esențiale precum siguranța intervențiilor și rata de abandon sunt insuficient raportate (Bradstreet et al., 2019; Chivilgina et al., 2021; Wykes, 2019).

În al doilea rând, atât CFQ, cât și R-GPTS prezintă limitări în ceea ce privește proprietățile psihometrice. Dovezile privind invarianța măsurării între grupuri rămân limitate și inconsistente în diferite limbi și contexte clinice (Donati et al., 2021; Rek et al., 2025; Zacharia et al., 2021), iar populațiile din Europa de Est, inclusiv cea din România, lipsesc aproape în totalitate din aceste analize.

În al treilea rând, rolul mediator al fuziunii cognitive în paranoia rămâne insuficient investigat. Deși fuziunea cognitivă a fost asociată în mod constant cu ideea paranoidă și cu suferința asociată acesteia, dovezile existente sunt în mare parte corelaționale. Este notabil faptul că, până în prezent, niciun studiu nu a examinat dacă fuziunea cognitivă mediază relația dintre ideea paranoidă și suferința emoțională, deși există dovezi experimentale transdiagnostice care susțin un asemenea rol (Böge et al., 2023; Cookson et al., 2020; Moran et al., 2021; Pittman et al., 2024).

În cele din urmă, există puține intervenții scurte și accesibile care vizează mecanismele specifice ce mențin ideea paranoidă. Intervențiile existente s-au axat mai degrabă pe reducerea generală a simptomelor decât pe abordări bazate pe proces, care vizează mecanisme subiacente precum fuziunea cognitivă. Intervențiile scalabile, centrate pe mecanisme, rămân astfel insuficient dezvoltate.

CAPITOLUL II. OBIECTIVELE CERCETĂRII ȘI METODOLOGIA GENERALĂ

Având în vedere limitările identificate, au fost stabilite următoarele patru obiective principale: (1) examinarea eficienței intervențiilor cognitiv-comportamentale bazate pe tehnologie pentru tulburările psihotice; (2) evaluarea proprietăților psihometrice ale versiunii în limba română a Scalei Revizuite pentru Ideea Paranoidă (R-GPTS) și ale Chestionarului de Fuziune Cognitivă (CFQ) într-un eșantion extras din populația generală și clinică; (3) investigarea rolului mediator al fuziunii cognitive în relația dintre ideile paranoide și distresul asociat; și (4) testarea eficacității unei intervenții digitale care vizează fuziunea cognitivă în reducerea ideilor paranoide și a distresului aferent. Pentru a aborda aceste obiective, au fost realizate cinci studii interconectate, urmând secvența logică ilustrată în Figura 1.

În vederea atingerii **primului obiectiv**, a fost realizată o sinteză sistematică și o meta-analiză (Studiul 1), care a evaluat eficacitatea, factorii moderatori, siguranța și acceptabilitatea TDS în tulburările din spectrul psihotic.

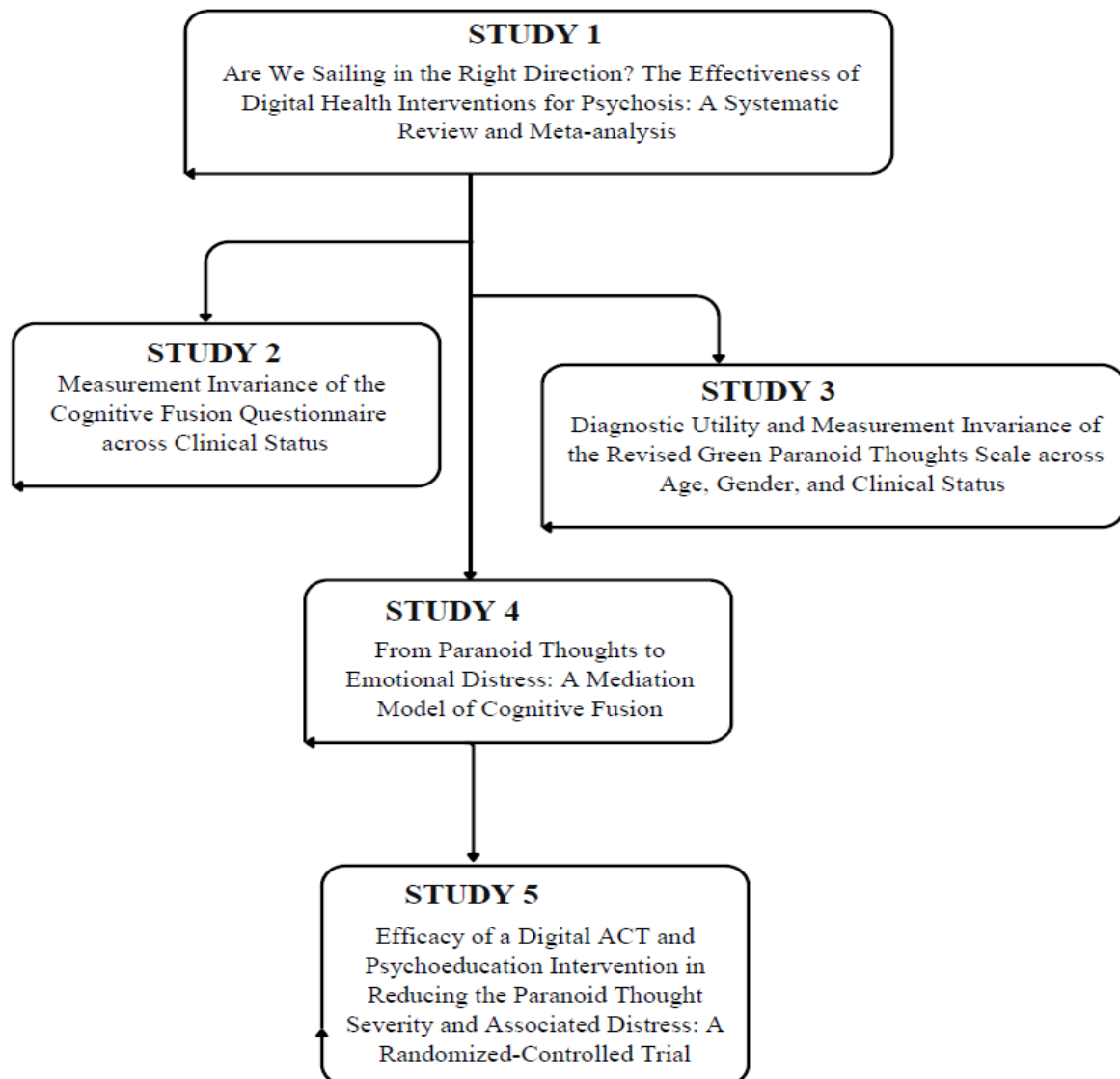
Al doilea obiectiv a fost abordat prin două studii de validare psihometrică. Studiul 2 a examinat structura factorială, consistența internă, invarianța de măsură în funcție de gen și diagnostic clinic a versiunii românești a CFQ. Studiul 3 a examinat structura factorială, invarianța de măsură în funcție de gen, vârstă și diagnostic, precum și utilitatea diagnostică a versiunii românești a R-GPTS.

Pentru **al treilea obiectiv** a fost efectuat un studiu transversal (Studiul 4) pe un eșantion mixt, clinic și non-clinic, care a examinat dacă fuziunea cognitivă mediază relația dintre cele două dimensiuni ale ideei paranoide — ideile de referință și cele de persecuție, ca predictor — și depresie, anxietate și stres, ca rezultate.

Al patrulea obiectiv a fost abordat printr-un studiu clinic randomizat pilot (Studiul 5) cu grupuri paralele, care a evaluat fezabilitatea, acceptabilitatea și eficacitatea preliminară a unei intervenții digitale scurte bazate pe ACT, ținând fuziunea cognitivă și evitarea experiențială, în grupuri clinice transdiagnostice (anxietate, depresie și tulburări din spectrul psihozei) cu niveluri crescute de idee paranoidă. Studiul a comparat intervenția, administrată în completarea tratamentului obișnuit, cu un grup de control de tip lista de așteptare, iar rezultatele au fost evaluate la momentul inițial, post-intervenție și la patru săptămâni după finalizare.

Figura 1

Reprezentare schematică a studiilor efectuate



CAPITOLUL III. CERCETARE ORIGINALĂ

STUDIUL I. Suntem pe drumul cel bun? Eficiența intervențiilor digitale pentru psihoză: o sinteză sistematică și o metaanaliză¹

1.1. Introducere

Sintezele sistematice ale literaturii susțin fezabilitatea și acceptabilitatea TDS pentru psihoză și indică efecte promițătoare asupra simptomelor psihotice, depresiei, funcționării sociale și aderenței la tratament (Alvarez-Jimenez et al., 2014; Batra et al., 2017; Bonet et al., 2017; Fulford et al., 2025; Gire et al., 2017; Rus-Calafell & Schneider, 2020). Cu toate acestea, dovezile privind eficacitatea lor rămân limitate și dificil de interpretat din cauza unor constrângeri metodologice ale meta-analizelor existente. De exemplu, Clarke et al. (2020) au inclus un număr redus de studii, Arnautovska et al. (2024) au integrat și studii cvasi-randomizate, iar Morales-Pillado et al. (2023) au analizat împreună persoane diagnosticate cu psihoză și persoane cu risc clinic crescut, ceea ce limitează interpretarea rezultatelor pentru populația cu diagnostic confirmat. În plus, intervențiile ghidate de un specialist par să fie mai eficiente decât cele complet automatizate (Lipschitz et al., 2023), însă rolul suportului uman ca factor moderator rămâne insuficient investigat. Persistă, de asemenea, lacune importante privind efectele asupra simptomelor specifice (delir sau halucinații), rezultatelor asociate recuperării (funcționarea socială și calitatea vieții), precum și privind siguranța intervențiilor, în condițiile în care ratele ridicate de abandon ridică semne de întrebare cu privire la tolerabilitate și potențialele efecte adverse ale acestora (Bradstreet et al., 2019; Wykes, 2019).

Prin urmare, prezenta meta-analiză a evaluat studiile randomizate controlate (RCT) privind TDS destinate adulților cu diagnostic confirmat de psihoză, analizând eficacitatea relativă a diferitelor tipuri de intervenții, rolul potențialilor factori moderatori, precum și raportarea ratelor de abandon și a evenimentelor adverse.

1.2. Metodă

1.2.1. Protocol și înregistrare

Protocolul meta-analizei a fost înregistrat în Registrul Internațional Prospectiv al Analizelor Sistemate (PROSPERO), cu numărul [CRD42021251108](https://www.crd42021251108), și a respectat liniile directoare ale Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses (PRISMA) (Moher et al., 2009).

1.2.2. Identificarea și selecția studiilor

Au fost efectuate căutări în Web of Science, PubMed, Embase, Scopus, PsycINFO și în Registrul Central Cochrane al Studiilor Controlate (CENTRAL) până în ianuarie 2026.

¹This chapter is partially based on the following manuscript currently under review:

Mărginean, R. M., Georgescu, R. D., Pavăl, D., Mardan, R., Kopelovich, S. L., & Dobrean, A. (2026). Are we sailing in the right direction? The effectiveness of digital health interventions for psychosis: A systematic review and meta-analysis. Under review at *Journal of Medical Internet Research*

Studiile au fost evaluate pentru includere pe baza următoarelor criterii PICO: Populație: adulți cu vârsta peste 18 ani cu un diagnostic confirmat de psihoză neorganică, tulburare afectivă cu elemente psihotice, schizofrenie sau tulburare înrudită din spectrul schizofreniei, așa cum este descris în manualele clinice, cum ar fi DSM V și CIM 10 (American Psychiatric Association, 2022; Organizația Mondială a Sănătății, 1992). Am exclus studiile privind populațiile cu psihoză secundară unei afecțiuni medicale identificate sau cu alte categorii de diagnostic fără elemente psihotice, precum și studiile care includeau alte grupe de vârstă, populații generale sau cu risc ridicat și aparținători, în cazurile în care datele pentru persoanele cu psihoză nu erau furnizate separat. Intervențiile eligibile au inclus orice intervenție digitală randomizată, desfășurată exclusiv online sau în format mixt (blended), bazată pe aplicații mobile, platforme web, avataruri, mesaje text sau realitate virtuală și având o componentă cognitiv-comportamentală, inclusiv abordări din al treilea val al terapiei cognitiv-comportamentale (TCC), centrate pe acceptare, mindfulness, flexibilitate psihologică și metacogniție (Hayes & Hofmann, 2017). Au fost incluse atât intervențiile ghidate de un terapeut, cât și cele de tip auto-ajutor, fără suport uman. Au fost excluse intervențiile axate exclusiv pe remediare cognitivă sau prevenirea recăderilor, precum și cele fără o componentă psihologică sau psihoterapeutică (de exemplu, simple mesaje de reamintire a programărilor). De asemenea, au fost excluse tezele de doctorat și rezumatele conferințelor. Comparatorii au inclus atât condiții de control inactive [tratamentul obișnuit (TAU) sau lista de așteptare (WL)], cât și intervenții active (alte forme de psihoterapie sau alte tehnologii digitale). Rezultatele primare au fost simptomele pozitive, simptomele negative și simptomatologia generală, evaluate prin instrumente validate administrate de clinician sau de tip auto-raportare. Rezultatele secundare au inclus simptomele de depresie și anxietate, calitatea vieții, precum și funcționarea generală și socială.

Doi evaluatori au efectuat screeningul și selecția studiilor în mod independent, utilizând software-ul de referință EndNote-19. Setul final de articole incluse a fost stabilit prin consens, în urma discuțiilor dintre membrii echipei de cercetare.

1.2.3. Extragerea datelor

Extragerea datelor a fost realizată independent de doi cercetători. Pentru fiecare studiu inclus, am extras: țara de desfășurare, tipul grupului de control (activ vs. inactiv), tipul intervenției (de exemplu, intervenție prin telefon/aplicații, intervenție VR, intervenție web), dacă protocolul era manualizat sau bazat pe dovezi, diagnosticul, experiența terapeutului, tipul și nivelul de suport oferit (de exemplu, doar suport tehnic sau suport clinic), tipul de tehnologie utilizat, nivelul de digitalizare (exclusiv digital sau combinat), tratament medicamentos, contextul și obiectivul intervenției, statusul simptomelor (active sau în remisie), numărul de ședințe, durata și frecvența ședințelor, durata totală a intervenției, dimensiunea eșantionului, vârsta medie și nivelul de educație, durata bolii, rata de abandon și evenimentele adverse. În cazul datelor lipsă, autorii corespondenți au fost contactați, iar studiile fără răspuns au fost excluse din analize.

1.2.4. Evaluarea calității

Riscul de bias a fost evaluat independent de doi cercetători utilizând instrumentul Revised Cochrane Risk of Bias 2 (RoB 2) (Sterne et al., 2019). Au fost analizate cinci domenii:

procesul de randomizare, abaterile de la intervențiile planificate, datele lipsă privind rezultatele, evaluarea rezultatelor și raportarea selectivă, fiecare fiind clasificat ca risc scăzut, unele motive de îngrijorare sau risc ridicat de bias. De asemenea, a fost calculat un scor global al riscului de bias, utilizat în analizele de sensibilitate.

1.2.5. Sinteza și analiza datelor

Analizele statistice au fost realizate în Stata SE 18.0. Mărimea efectului a fost calculată ca diferență medie standardizată (SMD) și transformată în Hedges' g ajustat (Hedges & Olkin, 2014). Au fost efectuate meta-analize separate pentru comparațiile dintre TDS și tratamentul obișnuit (TAU), placebo sau lista de așteptare, respectiv alte intervenții active. Analizele de sensibilitate au inclus: (1) excluderea succesivă a fiecărui studiu (leave-one-out), (2) includerea exclusivă a studiilor cu risc scăzut de bias și (3) excluderea studiilor pilot și de fezabilitate.

Atunci când au fost disponibile mai multe măsuri pentru același rezultat, au fost prioritizate instrumentele administrate de clinician. Heterogenitatea statistică a fost evaluată prin indicele I^2 și intervalele de predicție (PI) de 95% și investigată prin analize pe subgrupuri în funcție de tipul intervenției, implicarea terapeutului și obiectivele intervenției.

Efectele studiilor mici și potențialul bias de publicare au fost evaluate prin inspecția vizuală a diagramelor funnel, testul de regresie Egger și diagrame funnel cu contururi îmbunătățite.

1.3. Rezultate

1.3.1. Selectarea și includerea studiilor

Căutarea în bazele de date a identificat 25.444 de articole. Pentru nouă studii RCT, datele necesare calculării mărimii efectului au fost solicitate autorilor, fiind obținute pentru cinci dintre acestea (Dabit et al., 2021; du Sert et al., 2018; Ghaemi et al., 2022; Moritz et al., 2016; Pot-Kolder et al., 2018). În final, 41 de studii randomizate controlate au îndeplinit criteriile de eligibilitate și au fost incluse în sinteza cantitativă (Figura 1.1.).

1.3.2. Caracteristicile studiilor

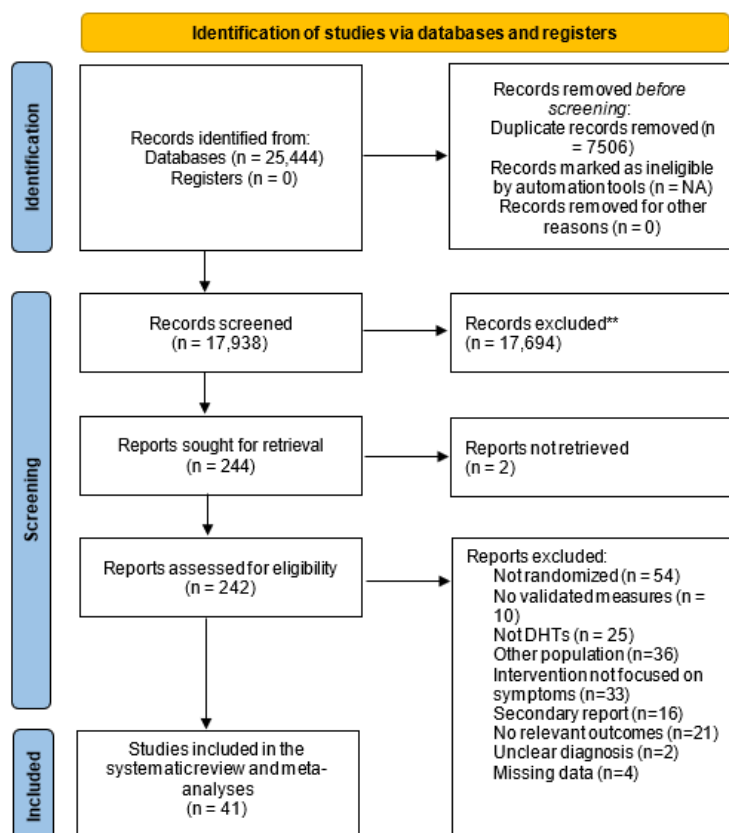
Studiile au fost publicate în perioada 2012–2025, majoritatea fiind desfășurate în țări occidentale ($k = 34$). Au fost incluși 4.139 de participanți cu psihoză, dintre care 2.104 au fost alocați grupurilor experimentale și 2.035 celor de control. Cele mai multe studii au vizat persoane cu tulburări cronice din spectrul schizofreniei ($k = 29$), iar 10 au inclus și participanți cu tulburări afective cu simptome psihotice. Un subset s-a concentrat în mod specific pe primul episod psihotic (Bucci et al., 2018, 2024; Dudley et al., 2024; Steare et al., 2020). Două studii au inclus pacienți internați (Freeman et al., 2022; Nijman et al., 2023), iar celelalte au fost realizate exclusiv cu pacienți din ambulatoriu aflați sub tratament farmacologic. Participanții au fost predominant de sex masculin (56% în grupul experimental; 57% în grupul de control), iar vârsta medie a fost de 37 de ani în ambele condiții.

Intervențiile au fost implementate fie în format combinat (blended) (56%, $k = 23$), fie ca intervenții de sine stătătoare (44%, $k = 18$). Dintre intervențiile de sine stătătoare, în nouă studii participanții au beneficiat exclusiv de suport tehnic, fără sprijin terapeutic. Tehnologiile utilizate au inclus aplicații mobile/mHealth ($k = 17$), intervenții bazate pe internet ($k = 8$), VR

(k = 12) și terapia cu avatar (k = 4). Durata intervențiilor a variat de la o ședință de 30 de minute la 26 de săptămâni, incluzând între una și 30 de ședințe, cu o durată de 30–90 de minute fiecare.

Figura 1.1

Diagrama PRISMA



Notă. Diagrama de flux PRISMA 2020 ilustrează procesul de identificare, screening, evaluare a eligibilității și includere a studiilor. DHT = tehnologii digitale pentru sănătate; n = numărul de înregistrări.

1.3.3. Evaluarea riscului de bias (RoB) al studiilor incluse

Majoritatea studiilor incluse au prezentat limitări metodologice. Dintre acestea, 15 studii (38%) au fost evaluate cu risc scăzut de bias, 18 (43%) au ridicat unele motive de îngrijorare, iar 8 (20%) au fost încadrate în categoria cu risc ridicat de bias.

1.3.4. Rezultate principale (Tabelele 1.2)

1.3.4.1. Simptome pozitive

În cele 24 de RCT (N = 2.212), TDS-urile au dus la o reducere mică, dar semnificativă, a simptomelor pozitive în post-test comparativ cu grupurile de control pasiv ($g = -0,18$, CI 95%: $-0,33$ până la $-0,03$; $I^2 = 60\%$), efect menținut și la follow-up la 3–6 luni ($g = -0,21$, CI 95%: $-0,42$ până la $-0,01$; $I^2 = 69\%$). Analizele *leave-one-out* au confirmat robustețea

rezultatelor, niciun studiu individual nealterând semnificația statistică sau direcția rezultatelor. Analizele de subgrup în post-test au evidențiat absența unui efect semnificativ asupra halucinațiilor auditive ($g = -0,16$; CI 95%: -0,49 până la 0,17; $I^2 = 70\%$), dar un efect semnificativ și omogen pentru delir ($g = -0,16$; CI 95%: -0,27 până la -0,05; $I^2 = 0\%$). Excluderea studiilor pilot și de fezabilitate a condus la o ușoară creștere a mărimii efectului ($g = -0,25$; CI 95%: -0,41 până la -0,10; $I^2=65\%$; CI 95%: -0,40 până la -0,10), în timp analiza restrânsă la studiile cu risc scăzut de bias a evidențiat un efect mai redus ($g = -0,11$; CI 95%: -0,25 până la -0,11; $I^2=18\%$; CI 95%: -0,25 până la -0,11).

Comparativ cu intervențiile active, TDS nu au demonstrat un efect semnificativ asupra simptomelor pozitive nici la post-test ($g = -0,05$; 95% CI: -0,24 to 0,13; $I^2 = 38\%$; 95% CI: 0 to 59), nici la follow-up, după 3–6 luni ($g = 0,00$; 95% CI: -0,14 to 0,14; $I^2 = 0\%$; 95% CI: 0 to 62). Acest tipar de rezultate nule s-a menținut consecvent în analizele de sensibilitate care au exclus studiile pilot și de fezabilitate ($g = -0,07$; 95% CI: -0,38 to 0,24; $I^2=66\%$; 95% CI: 11 to 87), precum și în subgrupurile specifice simptomelor, inclusiv halucinațiile auditive la post-test ($g = -0,03$; 95% CI: -0,47 to 0,41; $I^2=78\%$; 95% CI: 12 to 87) și la follow-up ($g = -0,12$; 95% CI: -0,38 to 0,13; $I^2=35\%$; 95% CI: 0 to 76), precum și pentru delir la post-test ($g = -0,09$; 95% CI: -0,23 to 0,05; $I^2=0\%$; 95% CI: 0 to 59) și la follow-up ($g = -0,10$; 95% CI: -0,24 to 0,05; $I^2=0\%$; 95% CI: 0 to 79).

1.3.4.2. Simptome negative

În cazul simptomelor negative, pe baza a 12 comparații, TDS au avut un efect mic, dar semnificativ statistic, comparativ cu grupurile de control pasive, a post-test ($g = -0,32$, 95% CI: -0,56 to -0,07; $I^2 = 63\%$, 95% CI: 33 to 81). Analizele *leave-one-out* au confirmat robustețea efectului. Totuși, efectul nu a mai fost semnificativ la follow-up, după 3–6 luni ($g = -0,07$, 95% CI: -0,42 to 0,28; $I^2 = 50\%$, 95% CI: 0 to 69). Comparativ cu intervențiile active, TDS au evidențiat un efect mic, dar nesemnificativ statistic, la post-test ($g = -0,21$, 95% CI: -0,65 to 0,23; $I^2 = 81\%$, 95% CI: 62 to 91), același tipar fiind observat și la follow-up, după 3–6 luni ($g = -0,37$; 95% CI: -1,02 to 0,27; $I^2 = 90\%$; 95% CI: 82 to 95).

1.3.4.3. Simptomatologia globală

Comparativ cu grupurile de control pasiv, TDS au fost asociate cu o reducere mică, dar semnificativă statistic, a simptomatologiei globale la post-test ($g = -0,41$; 95% CI: -0,71 to -0,10), în condițiile unei heterogenități ridicate între studii ($I^2 = 78\%$; 95% CI: 66 to 82) (*a se vedea Tabelul 1.2*). Analizele *leave-one-out* au confirmat stabilitatea efectului combinat. Totuși, efectul nu a mai fost semnificativ statistic la follow-up, după 3–6 luni ($g = -0,24$; 95% CI: -0,51 to 0,04; $I^2 = 58\%$; 95% CI: 0 to 83). Comparativ cu intervențiile active, TDS nu au demonstrat un efect semnificativ asupra simptomatologiei nici la post-test ($g = 0,00$; 95% CI: -0,21 to 0,21; $I^2 = 0\%$; 95% CI: 0 to 79), nici la follow-up, după 3–6 luni ($g = -0,01$; 95% CI: -0,23 to 0,22; $I^2 = 21\%$; 95% CI: 0 to 67).

1.3.5. Rezultate secundare

Comparativ cu grupul de control pasiv, TDS au demonstrat efecte mici, dar semnificative statistic, la post-test asupra anxietății ($g = -0,21$; 95% CI: -0,43 to -0,01; $I^2 =$

51%; 95% CI: 0 to 68), depresiei ($g = -0.18$; 95% CI: -0.35 to -0.01; $I^2 = 54\%$; 95% CI: 21 to 74) și funcționării generale ($g = 0.18$; 95% CI: 0.01 to 0.36; $I^2 = 42\%$; 95% CI: 0 to 75), fără a evidenția un efect semnificativ asupra calității vieții ($g = -0.06$; 95% CI: -0.17 to 0.06; $I^2 = 0\%$; 95% CI: 0 to 63). La follow-up, după 3–6 luni, efectele semnificative s-au menținut pentru anxietate ($g = -0.28$; 95% CI: -0.45 to -0.11; $I^2 = 15\%$; 95% CI: 0 to 63), depresie ($g = -0.25$; 95% CI: -0.47 to -0.03; $I^2 = 57\%$; 95% CI: 5 to 75) și funcționarea generală ($g = 0.30$; 95% CI: 0.12 to 0.49; $I^2 = 4\%$; 95% CI: 0 to 80), în timp ce efectul asupra calității vieții a rămas nesemnificativ ($g = 0.02$; 95% CI: -0.12 to 0.16; $I^2 = 0\%$; 95% CI: 0 to 85).

Comparativ cu intervențiile active, estimările mărimii efectului au fost nesemnificative pentru toate rezultatele secundare, atât la post-test, cât și la follow-up.

1.3.6. Analize pe subgrupuri

În cazul simptomelor pozitive, analizele pe subgrupuri nu au evidențiat diferențe semnificative în funcție de tipul intervenției ($Q_b(2) = 0.23$, $p = .89$), deși numai intervențiile bazate pe AVATAR/realitate virtuală au avut un efect semnificativ ($g = -0.19$; 95% CI: -0.36 to -0.02; $I^2 = 20\%$). TDS livrate de terapeut au avut un efect semnificativ ($g = -0.24$; 95% CI: -0.45 to -0.04; $I^2 = 63\%$), în timp ce intervențiile automatizate nu ($g = -0.09$; 95% CI: -0.31 to 0.14; $I^2 = 58\%$; $Q_b(1) = 1.00$, $p = .02$). TDS-urile care vizează specific simptome specifice au avut un efect semnificativ ($g = -0.18$; 95% CI: -0.36 to -0.01; $I^2 = 26\%$) comparativ cu intervențiile generale ($g = -0.15$; 95% CI: -0.36 to 0.07; $I^2 = 70\%$; $Q_b(1) = 0.06$, $p = .80$). Nici dimensiunea eșantionului ($\beta = -0.0001$, $p = .885$), nici rata de abandon ($\beta = -0.007$, $p = .547$) nu au moderat semnificativ efectele.

Pentru simptomele negative, niciun subgrup nu a atins pragul de semnificație ($Q_b(2) = 0.59$, $p = .74$), în timp ce TDS-urile livrate de terapeut au avut un efect semnificativ ($g = -0.55$; 95% CI: -0.99 to -0.10; $I^2 = 47\%$) comparativ cu intervențiile automatizate ($g = -0.22$; 95% CI: -0.47 to 0.04; $I^2 = 62\%$; $Q_b(1) = 1.58$, $p = .21$). Rata de abandon a moderat semnificativ efectele asupra simptomelor negative ($\beta = 0.059$, $p < .001$), în timp ce dimensiunea eșantionului nu ($\beta = 0.002$, $p = .436$).

1.3.7. Rata de abandon

Rata medie de abandon a variat între 0% și 40% în grupurile experimentale și între 0% și 42% în grupurile de control, indicând niveluri similare de abandon între condiții. Majoritatea studiilor au furnizat informații limitate privind motivele abandonului, iar atunci când acestea au fost raportate, au fost în mare parte independente de intervenție.

1.3.8 Evenimente adverse

Deși majoritatea studiilor (31 din 41) au oferit unele informații privind evenimentele adverse (EA), doar 17 au descris proceduri sistematice de monitorizare, iar un singur studiu (Craig et al., 2018) a utilizat definiții prestabilite ale EA. Majoritatea studiilor nu au diferențiat între EA grave și cele minore. Cea mai frecventă metodă de monitorizare a constat în verificarea dosarelor medicale pentru EA severe, precum spitalizările, urmată de interviuri periodice cu terapeutii sau participanții. Nu a fost identificat un tipar consecvent de prejudiciu excesiv între

grupurile de intervenție și cele de control. EA atribuite intervenției au fost raportate rar și, în general, nu au fost clasificate ca fiind grave.

1.3.9. Efectul studiilor de mici dimensiuni și biasul de publicare

Diagramele funnel și testul Egger nu au indicat un bias de publicare semnificativ pentru simptomele pozitive ($p = .183$) sau negative ($p = .963$). În schimb, pentru simptomatologia generală, asimetria pronunțată a diagramei funnel și rezultatul semnificativ al testului Egger ($p = .013$) au sugerat prezența efectului studiilor mici, explicat parțial de heterogenitatea dintre studii.

Tabelul 1.2.

TDS vs. condiții de control pasiv – Post-test

Rezultate	k	N	<i>g</i> Hedges ^a	CI 95%	<i>I</i> ²	CI 95%
Simptome pozitive	24	2212	-0,18	-0,33 până la -0,03	60	39 până la 74
Halucinații auditive	8	551	-0,16	-0,49 până la 0,17	70	37 până la 85
Delir	11	1325	-0,16	-0,27 până la -0,05	0	0 până la 60
Cu excepția studiilor pilot sau de fezabilitate	16	1046	-0,25	-0,41 până la -0,10	65	40 până la 79
Doar cei considerați a avea un nivel scăzut de ROB	10	1861	-0,11	-0,25 până la -0,01	18	0 până la 59
Simptome negative	12	811	-0,32	-0,56 până la -0,07	63	33 până la 81
Excluzând studiile pilot sau de fezabilitate	6	641	-0,23	-0,51 până la 0,05	67	21 până la 86
Doar cele cu un ROB scăzut	6	530	-0,27	-0,63 până la 0,08	73	38 până la 88
Simptomatologia globală	12	878	-0,41	-0,71 până la -0,10	78	66 până la 82
Excluzând studiile pilot sau de fezabilitate	8	761	-0,29	-0,61 până la 0,04	80	60 până la 89
Doar cele cu un nivel scăzut de ROB	4	273	-0,25	-0,91 până la 0,41	85	63 până la 94
Rezultate secundare						
Anxietate	8	844	-0,21	-0,43 până la -0,01	51	0 până la 68
Depresie	17	1345	-0,18	-0,35 până la -0,01	54	21 până la 74
Funcționare generală	8	851	0,18	0,01 până la 0,36	42	0 până la 75
Calitatea vieții	10	1142	-0,06	-0,17 până la 0,06	0	0 până la 63

Notă. k = numărul de studii; N = numărul de participanți incluși în analiză. CI = Interval de încredere

^a Toate rezultatele sunt raportate cu Hedges *g*, utilizând un model cu efecte aleatorii, cu excepția funcționării generale și a calității vieții. Efectele negative indică superioritatea grupului experimental DHT față de grupul de control (rezultatele semnificative sunt marcate cu caractere cursive).

1.4. Discuție

Din câte cunoaștem, aceasta este prima sinteză sistematică și meta-analiză care examinează eficacitatea intervențiilor TDS destinate reducerii simptomelor la persoanele cu tulburări din spectrul schizofreniei. În cele 41 de RCT-uri, TDS au produs îmbunătățiri mici, dar semnificative, ale simptomelor pozitive, negative și globale, ale anxietății, depresiei și funcționării generale, comparativ cu grupurile de control pasiv. Efectele asupra simptomelor pozitive, anxietății, depresiei și funcționării s-au menținut la follow-up de 3-6 luni, în timp ce efectele asupra simptomelor negative și globale nu au persistat, devenind nesemnificative în

analizele de sensibilitate care au exclus studiile pilot. Dezagregarea pe simptome specifice a relevat efecte semnificative pentru delir, dar nu și pentru halucinațiile auditive, reflectând probabil compatibilitatea structurală mai mare a tehnicilor bazate pe TCC pentru delir cu formatele digitale, comparativ cu intervențiile mai eterogene care vizează halucinațiile (Sitko et al., 2020).

Dintre diferitele tipuri de intervenții digitale în sănătate, doar cele bazate pe VR și cele de tip avatar au demonstrat efecte semnificative asupra simptomelor pozitive, deși diferențele dintre tipurile de intervenții nu au fost semnificative statistic. Aceste rezultate sugerează că intervențiile imersive pot avea un potențial deosebit în tratamentul psihozei. În concordanță cu această interpretare, intervențiile digitale furnizate cu sprijinul terapeutului au fost superioare celor complet automatizate în reducerea atât a simptomelor pozitive, cât și a celor negative, evidențiind importanța integrării suportului uman în intervențiile digitale destinate persoanelor cu tulburări psihotice și sugerând prudență în utilizarea intervențiilor digitale complet autonome (Fialho et al., 2025; Greenway et al., 2024; Linardon et al., 2019)

Calitatea vieții nu s-a îmbunătățit semnificativ nici la post-test, nici la follow-up, sugerând că reducerea simptomelor este insuficientă pentru a produce beneficii asupra stării de bine subiective. Având în vedere că deficitul social reprezintă un determinant major al calității vieții în psihoză, studiile viitoare ar trebui să compare eficacitatea protocoalelor standard cu cea a intervențiilor care vizează factorii ce contribuie la aceste deficite.

Profilul de siguranță al TDS a fost favorabil, fără dovezi consistente privind un risc crescut de evenimente adverse. Evenimentele adverse grave asociate intervențiilor au fost rare, iar intervențiile bazate pe realitate virtuală au fost asociate în principal cu efecte adverse ușoare și tranzitorii. Totuși, monitorizarea și raportarea inconsistente a evenimentelor adverse limitează semnificativ încrederea în dovezile disponibile privind siguranța acestor intervenții.

1. 5. Limitări și implicații pentru cercetările viitoare

Limitările principale includ eterogenitatea ridicată în unele meta-analize, instabilitatea estimărilor pentru simptomele negative și simptomele generale în analizele de sensibilitate, numărul redus de studii care au comparat TDS cu intervenții active sau care au evaluat efectele la follow-up, precum și predominanța eșantioanelor provenite din țări occidentale cu venituri ridicate, ceea ce limitează generalizarea rezultatelor. De asemenea, acestea ar trebui să definească componentele esențiale ale suportului uman în modelele de intervenție combinată (față în față și digitală), să identifice tipurile de TDS cele mai eficiente fie pentru reducerea simptomelor, fie ca instrumente adjuvante de monitorizare și să realizeze meta-analize bazate pe date individuale ale participanților pentru identificarea moderatorilor. Totodată, monitorizarea sistematică a evenimentelor adverse și raportarea transparentă a abandonului sunt esențiale pentru o evaluare riguroasă a siguranței.

În ansamblu, TDS sunt asociate cu îmbunătățiri mici, dar semnificative, asupra simptomelor, anxietății, depresiei și funcționării generale, par sigure și acceptabile și reprezintă o opțiune scalabilă promițătoare în contexte în care alternativele față în față sunt limitate, deși sunt necesare dovezi confirmatorii bazate pe comparații cu intervenții active.

STUDIUL II. Validarea și adaptarea culturală a Chestionarului de Fuziune Cognitivă în populația clinică și nonclinică din România²

2.1. Introducere

Fuziunea cognitivă (CF) – tendința de a se identifica excesiv cu propriile gânduri și de a le trata ca adevăruri literale, ceea ce reduce capacitatea de a adopta perspective alternative și flexibilitatea comportamentală – reprezintă un proces central în cadrul modelului inflexibilității psihologice (Gillanders et al., 2014; Hayes et al., 2012). Conform modelului ACT, CF contribuie la dezvoltarea și menținerea distresului psihologic, determinând persoanele să răspundă la propriile gânduri ca și cum acestea ar reprezenta realități obiective, și nu evenimente mentale tranzitorii (Ciarrochi & Bailey, 2008). În schimb, defuziunea cognitivă promovează un comportament flexibil, ghidat de valori, prin modificarea relației persoanei cu propriile gânduri, fără a urmări eliminarea acestora sau reducerea distresului asociat (Hayes et al., 2020; Stoddard & Afari, 2014).

CF a fost identificată ca un proces transdiagnostic asociat cu reducerea stării de bine, afectarea funcționării și o gamă largă de tulburări psihice, inclusiv depresie, tulburări de anxietate, tulburare obsesiv-compulsivă, tulburare de stres posttraumatic și tulburări psihotice (Berghoff et al., 2018; Cookson et al., 2020; Hellberg et al., 2020). În psihoză, nivelurile de CF sunt mai ridicate în populațiile clinice și mediază relația dintre afectarea conștientizării momentului prezent și simptomele negative (Popa et al., 2022).

Chestionarul de Fuziune Cognitivă (CFQ; Gillanders et al., 2014) este unul dintre cele mai utilizate instrumente pentru evaluarea fuziunii cognitive, fiind adaptat în numeroase contexte culturale și prezentând proprietăți psihometrice solide. Cu toate acestea, dovezile privind invarianța sa de măsurare rămân inconsistente între culturi și populații clinice (Lucena-Santos et al., 2017; Zacharia et al., 2021), ceea ce evidențiază necesitatea validării sale în contexte insuficient reprezentate, precum România.

Obiectivele principale ale prezentului studiu au fost: a) examinarea structurii factoriale a versiunii în limba română a CFQ; b) evaluarea consistenței interne în eșantioane clinice și non-clinice de adulți; c) investigarea invarianței de măsurare în funcție de gen și de diagnosticul clinic; și d) evaluarea adecvării instrumentului pentru evaluarea clinică și cercetare.

2.2. Metode

2.2.1. Procedură

Studiul a fost aprobat de comisia de etică, iar chestionarul CFQ a fost tradus și adaptat cultural în limba română. Participanții non-clinici au fost recrutați online, iar cei clinici din unități de psihiatrie și centre medicale specializate. Pentru creșterea dimensiunii eșantionului

² This chapter is based on the following article:

Mărginean, R., Popa, C. O., Sava, F. A., Marian, Ș., Predatu, R., Schenk, A., Cojocaru, C. M., Moldovan, T., Poetar, C., & Dobrean, A. (2026). Validation and cultural adaptation of the Cognitive Fusion Questionnaire in a clinical and non-clinical Romanian population. *Current Psychology* (accepted for publication).

clinic, studiul a integrat date nou colectate cu două seturi de date publicate anterior (Cojocaru et al., 2024; Popa et al., 2022).

2.2.2. Participanți

Criteriile de includere au presupus ca participanții să fie adulți (≥ 18 ani), vorbitori de limba română, capabili să își exprime consimțământul informat și să completeze CFQ. Participanții din grupul clinic aveau un diagnostic de tulburare anxios-depresivă, tulburare psihotică sau afecțiune organică, confirmată de un medic. Eșantionul final a inclus 1.053 de adulți, dintre care 683 au alcătuit grupul non-clinic, iar 370 grupul clinic, format din persoane cu tulburări anxios-depresive ($n = 144$), tulburări psihotice ($n = 161$) și afecțiuni somatice ($n = 65$).

2.2.3. Instrumente

Datele demografice au inclus genul, vârsta și nivelul de educație.

Fuziunea cognitivă a fost evaluată cu ajutorul Chestionarului de Fuziune Cognitivă (CFQ; Gillanders et al., 2014), un instrument cu 7 itemi, care a prezentat o consistență internă excelentă în toate eșantioanele ($\alpha = .93-.95$; $\omega = .94-.95$).

2.2.4. Analiza statistică

Datele au fost analizate în R, utilizând pachetul lavaan (Rosseel, 2012). Structura factorială a CFQ a fost evaluată prin analiză factorială confirmatorie, iar invarianța de măsurare a fost testată secvențial în funcție de gen și de diagnosticul clinic (configurală, metrică, scalară și strictă). Invarianța a fost evaluată pe baza modificărilor indicilor de potrivire, conform recomandărilor lui Chen (2007).

2.3. Rezultate

2.1. Caracteristici descriptive

Eșantionul total ($N = 1.053$) a avut o vârstă medie de 41,09 ani ($SD = 13,19$), a fost predominant feminin (75%) și a inclus în majoritate participanți cu studii superioare (66%). Scorurile la CFQ au fost mai ridicate în grupurile cu tulburări anxios-depresive ($M = 29,58$, $SD = 11,38$) și psihotice ($M = 29,01$, $SD = 12,69$) decât în grupul non-clinic ($M = 18,35$, $SD = 10,03$) și în grupul cu afecțiuni organice ($M = 20,26$, $SD = 9,40$). Nu au fost înregistrate valori lipsă.

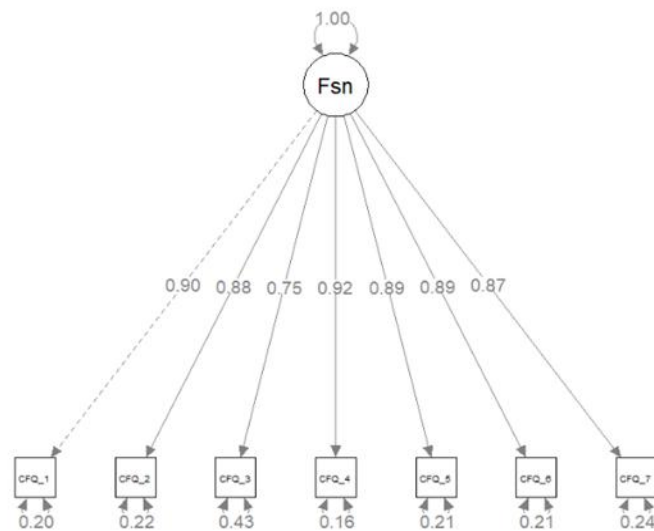
2.2. Analiza factorială confirmatorie

Itemii CFQ au prezentat distribuții apropiate de normalitate (asimetrie = 0,45–0,91; curtozie = -0,99–0,14). Analiza factorială confirmatorie a susținut structura unidimensională a instrumentului, indicând o potrivire generală bună a modelului ($CFI = 0,99$, $TLI = 0,98$, $SRMR = 0,014$). Deși valoarea RMSEA (0,084) a depășit ușor pragul recomandat, aceasta se încadrează în limite considerate acceptabile (MacCallum et al., 1996).

Testarea invarianței de măsurare a susținut invarianța configurațională, metrică și scalară în funcție de gen și de diagnosticul clinic, indicând echivalența structurii factoriale, a

încărcăturilor factoriale și a interceptiilor între grupuri (Tabelul 2.2). Deși invarianța strictă nu a fost confirmată, acest rezultat nu afectează validitatea comparațiilor între grupuri.

Figura 2.1. Model cu un singur factor cu încărcări factoriale standardizate



Notă. Încărcările factoriale standardizate sunt prezentate pe săgeți. Varianțele reziduale sunt prezentate sub variabilele observate.

Tabelul 2.2*Invarianța de măsură în funcție de gen și diagnostic*

Model testat	X ²	df	CFI	TLI	RMSEA (IC 90%)	SRMR	$\Delta\chi^2$ (Δdf)	ΔCFI	ΔTLI	$\Delta RMSEA$	$\Delta SRMR$	Model comparat	Decizie
Model cu un factor	115,83***	14	0,99	0,98	0,084	0,014							
<i>Invarianța de gen</i>													
M1: Configural	144,83***	28	0,98	0,98	0,09 (0,076-0,104)	0,014							
M2: Metric	146,50***	34	0,98	0,98	0,08 (0,067-0,093)	0,016	1,67 (6)	0,001	0,00	0,005	0,01	M1	Acceptă
M3: Scalar	157,57***	40	0,98	0,98	0,07 (0,063-0,088)	0,018	11,07 (6)	0,009	0,00	0,002	0,005	M2	Acceptă
M4: Strict	248,54***	47	0,97	0,98	0,09 (0,08-0,102)	0,026	90,97*** (7)	0,056	0,012	0,008	0,016	M3	Respinge
<i>Invarianță de diagnostic</i>													
M1: Configural	148,13***	56	0,99	0,98	0,08 (0,064-0,095)	0,016							
M2: Metric	167,11***	74	0,99	0,98	0,07 (0,056-0,084)	0,03	18,99 (18)	0,001	0,005	0,01	0,014	M1	Acceptă
M3: Scalar	248,26***	92	0,98	0,98	0,08 (0,069-0,093)	0,036	81,16*** (18)	0,009	0,006	0,011	0,006	M2	Acceptă
M4: Strict	660,18***	113	0,92	0,94	0,14 (0,127-0,147)	0,05	411,91*** (21)	0,056	0,038	0,056	0,014	M3	Respins

Notă. χ^2 = chi-pătrat; df = grade de libertate; CFI = Comparative Fit Index (Indicele comparativ de potrivire); TLI = Tucker–Lewis Index (Indicele Tucker–Lewis); RMSEA = Root Mean Square Error of Approximation (Eroarea medie pătratică de aproximare); SRMR = Standardized Root Mean Square Residual (Reziduul mediu pătratic standardizat). Valorile din paranteze reprezintă intervalele de încredere de 90% pentru RMSEA. Simbolul Δ indică modificările indicilor de potrivire între modelele succesive. Deciziile privind invarianța au fost bazate pe modificările indicilor de potrivire (ΔCFI , ΔTLI , $\Delta RMSEA$, $\Delta SRMR$) și pe testele diferenței χ^2 . ***p < .001.

2.4. Discuție

Versiunea în limba română a CFQ a demonstrat proprietăți psihometrice bune, cu o structură unidimensională confirmată, încărcări factoriale puternice și o consistență internă excelentă, în concordanță cu validările internaționale (Gillanders et al., 2014; Kim & Cho, 2015; Rosales-Sarabia et al., 2025; Zacharia et al., 2021). RMSEA ușor crescut este frecvent în modelele cu grad redus de libertate și este în concordanță cu alte validări ale CFQ (Rosales-Sarabia et al., 2025).

Demonstrarea invarianței scalare în funcție de gen și în grupuri cu diagnostice heterogene, inclusiv în rândul persoanelor cu tulburări psihotice, consolidează dovezile privind funcționarea stabilă a CFQ și susține conceptualizarea fuziunii cognitive ca proces transdiagnostic (Kim & Cho, 2015). Totodată, demonstrarea echivalenței măsurării la persoanele cu tulburări psihotice răspunde unei lacune privind disponibilitatea unor instrumente validate de evaluare a proceselor psihologice în această populație și consolidează aplicabilitatea transdiagnostică a versiunii românești a CFQ în eșantioane clinice eterogene.

Limitările studiului includ absența evaluării fidelității test–retest, a validității convergente și divergente, precum și a utilizării unor interviuri diagnostice standardizate. În plus, eșantionarea de conveniență, suprareprezentarea femeilor și utilizarea unor modalități diferite de administrare (online și pe hârtie) pot limita generalizarea rezultatelor. Cercetările viitoare ar trebui să examineze stabilitatea temporală și echivalența între modalitățile de administrare, și să includă măsuri externe pentru evaluarea suplimentară a validității convergente și discriminative.

În concluzie, versiunea românească a CFQ a demonstrat proprietăți psihometrice robuste și este adecvată pentru utilizarea în cercetare și în evaluarea clinică a unor populații clinice diverse, oferind fundamentul psihometric pentru analizele de proces dezvoltate în studiile următoare.

Studiul III. Utilitatea diagnostică și invarianța de măsurare a Scalei Revizuite Green a Gândurilor Paranoide în funcție de vârstă, gen și statut clinic³

3.1. Introducere

Ideile paranoide sunt distribuite dimensional, de-a lungul unui continuum în rândul populației generale, de la anxietăți interpersonale și idei de referință, până la convingeri persecutorii (Freeman, 2006, 2007). Scala Revizuită Green a Gândurilor Paranoide (R-GPTS; Freeman et al., 2021) surprinde această variabilitate prin intermediul a două subscale și a demonstrat în mod constant o fidelitate ridicată în studiile de validare desfășurate în diferite contexte culturale (Freeman et al., 2021; Latteur et al., 2022; Rek et al., 2025). În ciuda utilizării sale tot mai frecvente, invarianța de măsurare între grupuri clinice și non-clinice cu diagnostice confirmate de clinician rămâne insuficient investigată, iar pragurile de interpretare propuse au fost rareori validate în raport cu măsuri clinice continue, precum Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS; Kay et al., 1987).

Cercetările existente se bazează predominant pe eșantioane din țări occidentale, deși subscala Idei de referință poate fi deosebit de sensibilă la influențele socioculturale. Contextul românesc este relevant, întrucât experiențele istorice de supraveghere instituționalizată și persistența neîncrederii interpersonale pot influența modul în care gândurile suspicioase sunt interpretate și raportate (Mitruț et al., 2013). În acest context, studiul de față și-a propus să evalueze validitatea structurală a versiunii în limba română a R-GPTS, să examineze invarianța măsurării în funcție de vârstă, gen și statut clinic și să investigheze utilitatea sa diagnostică.

3.2. Metodă

3.2.1 Traducerea R-GPTS

Cu acordul autorului, R-GPTS a fost tradusă și adaptată cultural în limba română înainte de validare.

3.2.2. Participanți

În studiu au fost incluși participanți cu vârsta de minim 16 ani, vorbitori de limba română și capabili să își exprime consimțământul informat. Participanții din grupurile clinice aveau diagnostice confirmate de un medic psihiatru din spectrul schizofreniei sau alte tulburări mintale, iar grupul de control a fost alcătuit din persoane fără antecedente de probleme de sănătate mintală. După excluderea participanților cu diagnostice neverificabile sau statut clinic neclar, eșantionul final a cuprins 629 de participanți: un grup non-clinic (N = 395), un grup cu tulburări psihotice (N = 116) și un grup cu alte tulburări mintale (N = 118). Vârsta medie a participanților a fost de 42,06 ani (SD = 12,64), iar 76,47% au fost femei.

³ This chapter is based on the following article:

Mărginean, R. M., Florean, I. S., & Dobrean, A. (2026). Diagnostic utility and measurement invariance of the Revised Green Paranoid Thoughts Scale across age, gender, and clinical status. *European Journal of Psychological Assessment* (accepted for publication).

3.2.3. Instrumente

Datele demografice au inclus vârsta, genul, nivelul de educație, statutul profesional, statutul marital, mediul de rezidență, istoricul psihiatric și de tratament. Ideea paranoidă a fost evaluată cu ajutorul Revised Green et al. Paranoid Thoughts Scale (R-GPTS; Freeman et al., 2021). Fuziunea cognitivă a fost evaluată cu Cognitive Fusion Questionnaire (CFQ; Gillanders et al., 2014), stările emoționale negative cu Depression, Anxiety, and Stress Scale (DASS-21R; Lovibond & Lovibond, 1995), flexibilitatea psihologică cu Personalized Psychological Flexibility Index (PPFI; Kashdan et al., 2020), iar inflexibilitatea psihologică și evitarea experiențială cu Acceptance and Action Questionnaire-II (AAQ-II; Bond et al., 2011). În grupul cu tulburări psihotice, severitatea simptomelor a fost evaluată cu ajutorul Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS; Kay et al., 1987). Au fost utilizați trei indicatori: subscala Simptome pozitive (P1–P7), compozitul Paranoia/Ostilitate (P6, P7, G8) și itemul Suspiciozitate (P6), utilizat ca indicator specific al ideății paranoide. Toate instrumentele au demonstrat o consistență internă bună până la excelentă în acest eșantion.

3.2.4 Procedură

Studiul a fost aprobat de comisia de etică. Participanții non-clinici au fost recrutați online, iar cei clinici din unități de psihiatrie. Analizele ROC au utilizat scorurile PANSS pentru diferențierea simptomelor minime/ușoare de cele moderate/severe ($T = 65$; Ștefan et al., 2012).

3.2.5. Analiza datelor

Datele au fost analizate în R. Valorile lipsă au fost evaluate prin testul MCAR al lui Little; normalitatea univariată a fost examinată pe baza coeficienților de asimetrie și curtoză, iar normalitatea multivariată prin testul Henze–Zirkler. Fidelitatea a fost evaluată prin coeficienții Cronbach α și McDonald's ω . Structura factorială a fost examinată prin analiză factorială confirmatorie (CFA), utilizând metoda DWLS, iar potrivirea modelului a fost evaluată pe baza indicilor $RMSEA \leq .06$, $CFI \geq .95$, $TLI \geq .95$ și $SRMR \leq .08$. Invarianța de măsurare a fost testată prin CFA multigrup în funcție de gen, patru grupe de vârstă (< 28 , $29–39$, $40–50$, ≥ 51 ani) și statut clinic (tulburări din spectrul schizofreniei, alte diagnostice și fără diagnostic), fiind considerată susținută pentru $\Delta RMSEA \leq .015$, $\Delta SRMR \leq .01$ și $\Delta CFI \leq .01$ (Chen, 2007). Validitatea convergentă a fost examinată prin corelații Pearson între subscalele R-GPTS și constructe înrudite teoretic. Utilitatea diagnostică a fost evaluată prin analiza curbei ROC, puterea de discriminare fiind cuantificată prin aria de sub curbă (AUC ; $0,70–0,90$ = moderată; $\geq 0,90$ = ridicată), pragurile optime fiind stabilite prin indicii Youden, iar stabilitatea acestora verificată prin 10.000 de eșantioane bootstrap.

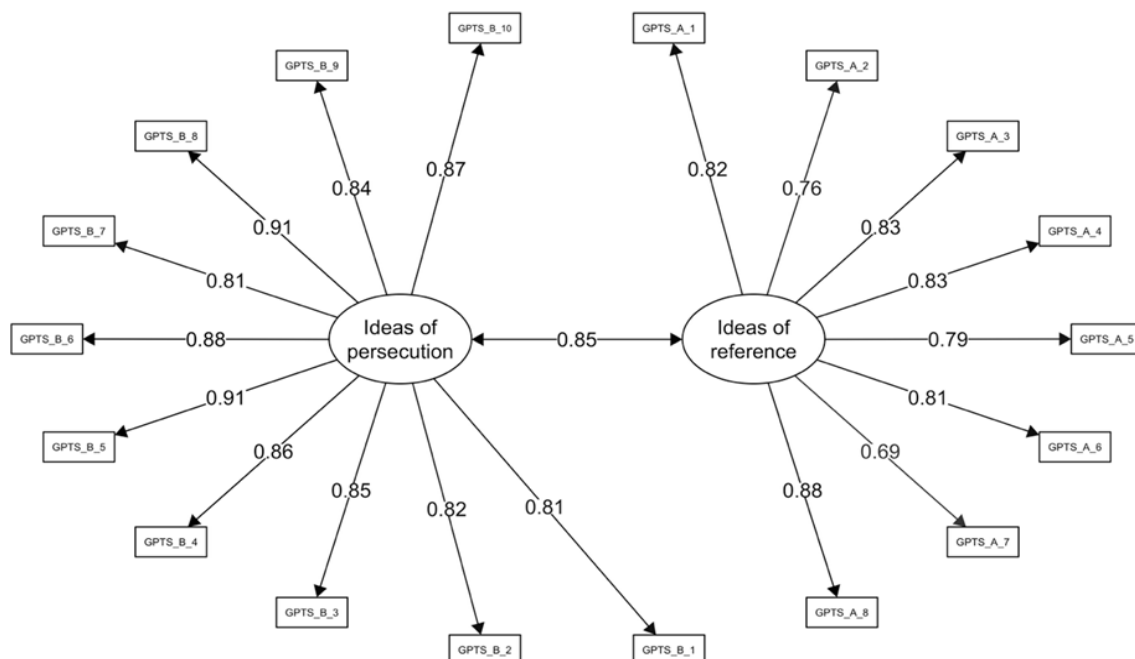
3.3. Rezultate

3.3.1. Analize preliminare și analiza factorială confirmatorie

Normalitatea univariată a fost confirmată. Testul Henze-Zirkler a relevat o încălcare semnificativă a normalității multivariate ($HZ = 5,16$, $p < 0,001$). CFA a indicat o potrivire excelentă a modelului bifactorial ($RMSEA = 0,039$, $CFI = 0,999$, $TLI = 0,998$, $SRMR = 0,035$) (Figura 3.1).

Figura 3.1

Modelul cu doi factori, cu ideile de referință și persecuție ca variabile latente



Notă: Dreptunghiurile reprezintă variabilele observate, iar elipsele variabilele latente. Săgețile unidirecționale indică încărcările factoriale, iar săgeata bidirecțională indică asocierea dintre variabilele latente.

3.3.2. Consistența internă

R-GPTS a prezentat o consistență internă excelentă pentru ambele subscale, evidențiată de valorile McDonald's ω (0,94 pentru Partea A și 0,95 pentru Partea B) și Cronbach α (0,91 pentru Partea A și 0,94 pentru Partea B).

3.3.3. Invarianța măsurării

Analizele de invarianță a măsurării au susținut invarianța scalară completă în funcție de gen ($\Delta\chi^2(68) = 61,54$, $p = 0,69$; $\Delta CFI = 0,00$; $\Delta RMSEA = 0,005$), vârstă ($\Delta\chi^2(192) = 196,59$, $p = 0,395$; $\Delta RMSEA = 0,003$; $\Delta SRMR = -0,001$) și statut clinic ($\Delta\chi^2(100) = 31,11$, $p = 1,00$; $\Delta RMSEA = 0,014$; $\Delta CFI = -0,001$; $\Delta SRMR = 0,005$).

3.3.4 Diferențe între grupuri

Nu au fost identificate diferențe semnificative între femei și bărbați în ceea ce privește ideile de referință ($d = -0,02$, $p > .05$), însă bărbații au prezentat scoruri ușor mai ridicate la ideile de persecuție ($d = 0,155$, $p < .001$). Participanții cu vârsta sub 28 de ani au obținut scoruri semnificativ mai ridicate la ideile de referință comparativ cu toate celelalte grupe de vârstă ($d = -0,36$ până la $-0,45$, $p < .001$), în timp ce pentru ideile de persecuție diferențele au fost mai reduse, fiind semnificative doar în comparație cu grupele de 29–39 de ani ($d = -0,15$, $p < .05$) și 40–50 de ani ($d = -0,19$, $p < .05$), dar nu și cu grupa de peste 51 de ani ($d = -0,09$, $p > .05$). Grupul cu tulburări psihotice a înregistrat scoruri semnificativ mai ridicate decât grupul non-clinic atât la ideile de referință ($d = 0,29$, $p < .001$), cât și la ideile de persecuție ($d = 0,42$, $p < .001$).

.001). Grupul cu alte tulburări psihice a prezentat, de asemenea, scoruri mai ridicate decât grupul non-clinic, fără diferențe semnificative față de grupul cu tulburări psihotice în ceea ce privește ideile de referință ($d = -0,02$, $p > .05$).

3.3.5 Validitatea convergentă și discriminantă

Subscalele R-GPTS au prezentat o corelație semnificativă cu evitarea experiențială ($r = 0,61-0,63$), fuziunea cognitivă ($r = 0,63$), depresia ($r = 0,57-0,60$), anxietatea ($r = 0,59-0,64$) și stresul ($r = 0,65$; toate $p < 0,01$), toate valorile fiind sub pragul de redundanță ($r < 0,70$), ceea ce susține validitatea discriminantă (Cheung et al., 2024).

3.3.6 Analiza ROC și utilitatea diagnostică a R-GPTS.

Analizele ROC au evidențiat o utilitate diagnostică moderată pentru subscala Idei de referință ($AUC = 0,75-0,81$) și o validitate discriminativă bună până la excelentă pentru subscala Idei de persecuție ($AUC = 0,84-0,88$). Subscala Idei de persecuție a înregistrat în mod constant cele mai ridicate valori ale AUC pentru toate cele trei criterii de referință PANSS (P6, PANSS-P și PANSS-PB).

3.4. Discuție

Rezultatele susțin validitatea structurală și fidelitatea versiunii în limba română a R-GPTS, confirmând structura bidimensională a scalei și invarianța măsurării în funcție de gen, vârstă și statut clinic. Demonstrarea invarianței scalare în grupuri clinice cu diagnostice confirmate de clinician extinde dovezile existente și susține utilizarea scalei pentru comparații între grupuri. Scorurile mai ridicate la ideile de referință în rândul participanților mai tineri sunt în concordanță cu modelele dezvoltării ideății paranoide, iar nivelurile crescute ale ideilor de persecuție în grupul cu tulburări psihotice susțin distincția dintre ideile de referință și convingerile persecutorii. Analizele ROC au evidențiat o utilitate diagnostică bună a subscalei Idei de persecuție, identificând praguri optime de interpretare specifice eșantionului românesc.

Limitările studiului includ recrutarea mixtă (online și pe hârtie), supra-reprezentarea femeilor și a participanților din mediul urban, precum și absența evaluării fidelității test–retest și a validității predictive. Cercetările viitoare ar trebui să examineze stabilitatea longitudinală, sensibilitatea la schimbare și acuratețea diagnostică a R-GPTS în eșantioane clinice și comunitare mai diverse.

Studiul IV. De la gânduri paranoide la suferință emoțională: rolul mediator al fuziunii cognitive

4.1. Introducere

Înțelegerea psihozei a evoluat de la o perspectivă biologică dihotomică la un model dimensional, care o conceptualizează ca parte a unui continuum al experienței umane. În acest cadru, ideea paranoică se distribuie de-a lungul unui continuum, de la neîncrederea interpersonală cotidiană și ideile de referință până la convingerile persecutorii (Freeman & Garety, 2014). Având în vedere existența unor factori de risc comuni în populațiile clinice și non-clinice, cercetările recente adoptă tot mai frecvent abordări transdiagnostice, orientate spre procese, pentru a explica mecanismele prin care ideea paranoică se asociază cu distresul emoțional și afectarea funcționării (Hayes et al., 2020).

Modelele comportamentale contextuale, precum terapia prin acceptare și angajament (ACT), susțin că impactul clinic al ideei paranoice depinde mai puțin de conținutul gândurilor suspicioase și mai mult de modul în care persoana răspunde la acestea (Wakefield et al., 2018). În consecință, modelele explicative și-au orientat atenția de la procesele cognitive de ordinul întâi către procesele de ordin superior, în special către fuziunea cognitivă – tendința de a se identifica excesiv cu propriile gânduri și de a le percepe ca realități obiective (Ciarrochi & Bailey, 2008; Hayes et al., 2020). Fuziunea cognitivă amplifică distresul emoțional prin reducerea flexibilității comportamentale și menținerea unor tipare dezadaptative, în timp ce defuziunea cognitivă favorizează o relație mai flexibilă cu propriile gânduri (Gillanders et al., 2014). În concordanță cu această perspectivă, fuziunea cognitivă a fost asociată cu depresia, anxietatea, stresul și, mai recent, cu ideea persecutorie (Pittman et al., 2024).

În ciuda acestor dovezi, literatura de specialitate prezintă încă un gol important: niciun studiu nu a investigat în mod direct rolul de mediator al fuziunii cognitive în relația dintre ideea paranoică și distresul emoțional. Pentru a acoperi această lacună, studiul de față a testat un model de mediere bazat pe procese, examinând dacă fuziunea cognitivă explică asocierile dintre ideile de referință, ideile de persecuție și simptomele de depresie, anxietate și stres într-un eșantion combinat clinic și comunitar.

4.2. Metode

4.2.1. Design și participanți

Studiul a inclus 909 participanți cu vârsta de cel puțin 16 ani: un eșantion non-clinic ($N = 623$), un eșantion cu tulburări din spectrul schizofreniei ($N = 116$), cu diagnostice confirmate de psihiatru, și un eșantion clinic de comparație ($N = 170$), alcătuit din persoane cu alte tulburări psihice, dintre care 118 aveau diagnostice confirmate de clinician, iar 52 au raportat un diagnostic psihiatric. Vârsta medie a participanților a fost de 39,8 ani, iar 78,21% au fost femei.

4.2.2. Procedură

Datele au fost colectate în perioada iulie–august 2022. Participanții din grupurile clinice au fost recrutați din spitale și ambulatorii de psihiatrie, iar cei din grupul non-clinic prin intermediul rețelelor sociale, completând chestionarele online. Participarea a fost voluntară și s-a realizat pe baza consimțământului informat.

4.2.3. Instrumente

Ideația paranoidă a fost evaluată cu R-GPTS (Freeman et al., 2021; $\alpha = 0,91-0,95$), fuziunea cognitivă cu CFQ (Gillanders et al., 2014; $\alpha = 0,97$), iar distresul emoțional cu DASS-21R (Lovibond & Lovibond, 1995; depresie $\alpha = 0,91$, anxietate $\alpha = 0,90$, stres $\alpha = 0,91$), toate instrumentele demonstrând o consistență internă excelentă.

4.2.4. Analiza statistică

Analizele au fost realizate în R utilizând modelarea prin ecuații structurale (SEM). Valorile lipsă au fost tratate prin FIML, iar parametrii modelului au fost estimați prin metoda robustă a maximului de verosimilitate (MLR). Validitatea convergentă și discriminantă au fost evaluate prin AVE, CR, criteriul Fornell-Larcker și indicii HTMT. Modelul de mediere latentă a inclus cele două dimensiuni ale R-GPTS ca variabile predictive, fuziunea cognitivă ca mediator, iar depresia, anxietatea și stresul ca variabile criteriu. Potrivirea modelului a fost evaluată prin indicii CFI, TLI, RMSEA și SRMR, iar efectele indirecte au fost testate prin bootstrap cu intervale de încredere corectate pentru bias (5.000 de eșantioane).

4.3. Rezultate

Întrucât datele nu au fost complet aleatoriu lipsă ($\chi^2(737) = 2532,52$, $p < 0,001$), valorile lipsă au fost tratate prin FIML. Deoarece ipotezele de normalitate univariată și multivariată au fost încălcate, au fost excluse 128 de valori extreme multivariate (14,1%). Toate corelațiile bivariate au fost pozitive și semnificative statistic ($r = 0,58-0,86$, $p < 0,001$).

4.3.1. Evaluarea modelului de măsurare

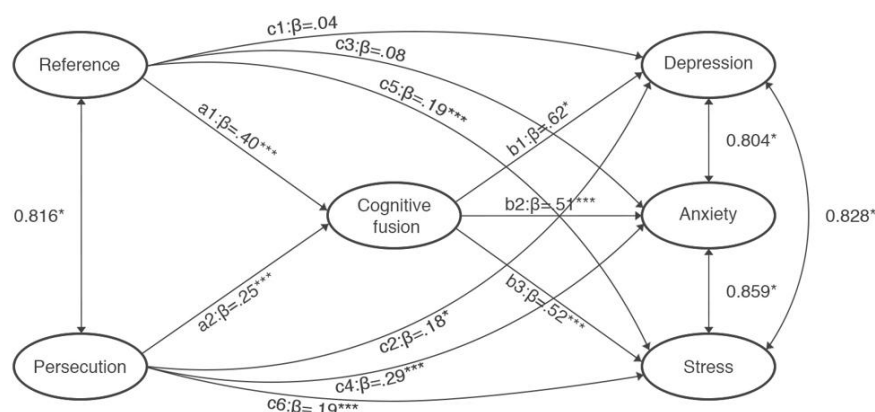
Toate încărcările factoriale au fost semnificative ($\lambda = 0,62-0,94$, $p < 0,001$), indicând o validitate convergentă adecvată (AVE = 0,55–0,80) și o fidelitate compozită excelentă (CR = 0,90–0,97). Validitatea discriminantă a fost confirmată atât prin indicii HTMT, cât și prin criteriul Fornell-Larcker.

4.3.2. Modelul structural

Modelul structural a prezentat o potrivire acceptabilă ($\chi^2(974) = 3089,27$, $p < 0,001$; CFI = 0,915; TLI = 0,910; RMSEA = 0,058; SRMR = 0,042). Ambele dimensiuni ale R-GPTS au prezis semnificativ fuziunea cognitivă: ideile de referință ($\beta = 0,40$, $p < 0,001$) și ideile de persecuție ($\beta = 0,25$, $p < 0,001$). La rândul său, fuziunea cognitivă a prezis semnificativ depresia ($\beta = 0,62$), anxietatea ($\beta = 0,51$) și stresul ($\beta = 0,52$; toate $p < 0,001$). Ideile de persecuție au păstrat efecte directe semnificative asupra tuturor indicatorilor de distres emoțional ($\beta = 0,18-0,30$, $p < 0,05$), în timp ce ideile de referință nu au prezentat efecte directe semnificative asupra depresiei și anxietății. Efectele indirecte prin fuziunea cognitivă au fost semnificative pentru ambele dimensiuni ale ideății paranoide (toate $p < 0,001$). Modelul a explicat 40% din varianța fuziunii cognitive și 61–65% din varianța depresiei, anxietății și stresului.

Figura 4.3

Modelul de mediere al relației dintre ideea paranoidă și distresul emoțional prin intermediul fuziunii cognitive (coeficienți standardizați)



Notă. Coeficienții de regresie standardizați (β) sunt prezentați pentru toate căile. Căile a reprezintă efectele ideilor paranoide asupra fuziunii cognitive; căile b reprezintă efectele fuziunii cognitive asupra indicatorilor distresului emoțional; căile c reprezintă efectele directe ale ideilor paranoide asupra indicatorilor distresului emoțional. Săgețile bidirecționale indică corelațiile dintre variabile. $p < 0,05$, $p < 0,01$, $p < 0,001$. $^*p < 0,05$, $^{**}p < 0,01$, $^{***}p < 0,001$.

4.4. Discuție

Rezultatele indică faptul că fuziunea cognitivă reprezintă un mecanism central care leagă ideea paranoidă de distresul emoțional atât în populația clinică, cât și în cea comunitară, susținând perspectiva ACT potrivit căreia distresul depinde mai degrabă de relația individului cu propriile gânduri decât de conținutul acestora (Ruiz et al., 2023). Ideile de persecuție au menținut efecte directe asupra depresiei, anxietății și stresului, în timp ce efectele ideilor de referință au fost mediate în principal de fuziunea cognitivă, sugerând mecanisme distincte implicate în cele două dimensiuni ale ideăției paranoide. Extinzând cercetările transdiagnostice anterioare, acest studiu oferă primele dovezi că fuziunea cognitivă mediază relația dintre ideea paranoidă și distresul emoțional într-un eșantion clinic și comunitar eterogen. Din perspectivă clinică, rezultatele susțin utilitatea intervențiilor ACT orientate spre reducerea fuziunii cognitive, în special în cazul ideilor de referință, sugerând totodată că ideile de persecuție pot necesita intervenții suplimentare care să vizeze evaluările de amenințare și distorsiunile de raționament.

Limitările studiului includ designul transversal, utilizarea exclusivă a măsurilor de tip auto-raport și predominanța participanților de sex feminin și cu nivel ridicat de educație.

Studiul V. Eficacitatea unei intervenții digitale bazate pe ACT și psihoeducație în reducerea severității și a distresului asociat gândurilor paranoide la adulți

5.1. Introducere

Ideația paranoidă nu este specifică exclusiv tulburărilor din spectrul schizofreniei, ci apare frecvent și în tulburările de anxietate și depresie, unde se asociază cu un prognostic mai nefavorabil și cu afectarea funcționării (Wigman et al., 2012). Dovezi tot mai numeroase sugerează că distresul este determinat nu doar de intensitatea ideilor paranoide, ci și de procesele psihologice prin care indivizii se raportează la acestea (Gaudiano et al., 2010; Pittman et al., 2024).

ACT pentru psihoză vizează în mod direct fuziunea cognitivă și evitarea experiențială prin tehnici de defuziune, acceptare, conștientizare a momentului prezent și acțiune ghidată de valori. Dovezile existente indică beneficii modeste, dar relevante clinic, asupra distresului și funcționării, iar livrarea digitală a intervenției poate reduce costurile, barierele geografice și solicitările interpersonale, aspecte deosebit de importante pentru persoanele cu niveluri crescute de suspiciozitate (Morris et al., 2024; Torous et al., 2021). Cu toate acestea, studiile existente s-au concentrat în principal asupra reducerii globale a simptomelor, fără a testa experimental mecanismele de schimbare în cadrul unor intervenții scurte, autoadministrate și transdiagnostice.

În acest context, a fost dezvoltată și evaluată, într-un studiu pilot, o intervenție digitală ACT autoadministrată, cu o durată de trei săptămâni, care vizează fuziunea cognitivă și evitarea experiențială ca mecanisme de menținere a ideației paranoide într-un eșantion transdiagnostic alcătuit din persoane cu tulburări de anxietate, depresive și psihotice. Obiectivele principale au fost evaluarea fezabilității, acceptabilității și siguranței intervenției, iar cele secundare au vizat estimarea preliminară a eficacității și analiza gradului de implicare în utilizarea intervenției. S-a emis ipoteza că participanții din grupul de intervenție vor înregistra reduceri mai accentuate ale ideației paranoide, depresiei, anxietății, stresului, fuziunii cognitive și evitării experiențiale, precum și creșteri mai mari ale acceptării și flexibilității psihologice, comparativ cu grupul de control.

5.2. Metode

5.2.1. Design

Studiul pilot randomizat controlat, cu două brațe, a comparat o intervenție digitală ACT asociată tratamentului obișnuit cu un grup de control de tip listă de așteptare. Evaluările au fost efectuate la momentul inițial (T1), postintervenție (T2, săptămâna 4) și la urmărire (T3, săptămâna 8), iar participanții din grupul de control au primit intervenția după evaluarea T2.

5.2.2. Participanți

Au fost incluși adulți cu vârsta între 18 și 65 de ani, cu niveluri crescute de ideație paranoidă (R-GPTS Partea A ≥ 16 ; Partea B ≥ 11), diagnosticați cu tulburări din spectrul schizofreniei, tulburări de anxietate sau tulburări depresive, aflați sub tratament stabil, cu competențe digitale adecvate și bună cunoașterea a limbii române. Criteriile de excludere au inclus psihoza acută, risc suicidar crescut, afectare cognitivă severă, tulburări legate de

consumul de substanțe și participarea concomitentă la alte studii psihologice. Eligibilitatea a fost confirmată prin evaluare clinică și analiza istoricului medical.

5.2.3. Procedură

Participanții au fost recrutați în februarie 2026, prin recomandarea clinicianului, din ambulatorii și cabinete private de sănătate mintală din județul Suceava. După obținerea consimțământului informat în format electronic, au fost alocați în raport 1:1 printr-o procedură de minimizare generată pe calculator. Mascarea alocării nu a fost posibilă, dată fiind natura intervenției și toate rezultatele au fost evaluate prin auto-raportare.

5.2.4. Intervenția

5.2.4.1. Intervenția digitală ACT

Intervenția a cuprins trei module ACT autoadministrate, desfășurate săptămânal (60–90 de minute), adaptate pentru psihoză pe baza unor manuale ACT consacrate (Gaudiano & Ellenberg, 2023; Harris, 2019; Morris et al., 2013; O'Donoghue et al., 2018; Ruiz et al., 2023). Modulele au inclus componente de psihoeducație și exerciții experiențiale orientate spre reducerea fuziunii cognitive, a evitării experiențiale și a distresului emoțional, precum și spre dezvoltarea abilităților de defuziune cognitivă. Materialele au fost distribuite prin Google Drive, cu suport prin mesagerie asincronă pe parcursul intervenției.

5.2.4.2 Control – lista de așteptare și tratamentul obișnuit

Toți participanții au continuat tratamentul obișnuit pe parcursul studiului. Siguranța și retenția au fost monitorizate prin apeluri periodice fără conținut terapeutic, efectuate de două ori pe lună. Participanții din lista de așteptare au primit acces la intervenție după evaluarea T2.

5.2.5. Rezultate și instrumente

5.2.5.1. Calendarul evaluărilor

Evaluările au fost efectuate la momentul inițial (T1), postintervenție (T2, săptămâna 4) și la follow-up (T3, săptămâna 8), prin formulare Google transmise prin WhatsApp sau e-mail.

5.2.5.2. Fezabilitatea și acceptabilitatea

Fezabilitatea și acceptabilitatea au fost evaluate pe baza unor criterii de progres prestabilite: rată de recrutare $\geq 60\%$, retenție $\geq 90\%$ la T2 și un scor mediu al satisfacției $\geq 4,0/5,0$. Acceptabilitatea a fost evaluată printr-un chestionar de satisfacție elaborat pentru acest studiu (scală 1–9) și prin System Usability Scale (SUS; Brooke, 1996).

5.2.5.3. Rezultate clinice și procese psihologice

Rezultatul principal a fost ideația paranoidă. Rezultatele secundare au inclus depresia, anxietatea, stresul, fuziunea cognitivă, evitarea experiențială și flexibilitatea psihologică (inclusiv acceptarea).

5.2.5.4. Instrumente

Caracteristicile demografice au fost colectate printr-un scurt chestionar sociodemografic. Ideea paranoidă a fost evaluată cu R-GPTS (Freeman et al., 2021; Partea A: $\alpha = 0,81$, $\omega = 0,81$; Partea B: $\alpha = 0,90$, $\omega = 0,90$), utilizând pragurile de interpretare stabilite în Studiul 3. Distresul emoțional a fost evaluat cu DASS-21R (depresie: $\alpha = 0,87$; anxietate: $\alpha = 0,82$; stres: $\alpha = 0,88$). Fuziunea cognitivă a fost evaluată cu CFQ ($\alpha = 0,90$, $\omega = 0,91$), evitarea experiențială cu AAQ-II ($\alpha = 0,89$, $\omega = 0,90$), iar flexibilitatea psihologică cu PPFI (evitare: $\alpha = 0,89$; valorificare (*Harnessing*): $\alpha = 0,78$; acceptare: $\alpha = 0,62$). Uzabilitatea a fost evaluată prin *System Usability Scale* (SUS; Brooke, 1996).

5.2.5. Analiza datelor

Analiza a priori a puterii statistice a indicat un eșantion necesar de 54 de participanți (27/grup), fiind stabilită o țință de 60 de participanți pentru a compensa o rată estimată de abandon de 10%. Analizele au fost efectuate în R, utilizând principiul intenției de tratament (intention-to-treat), iar datele lipsă au fost gestionate prin metoda full information maximum likelihood (FIML). Efectele intervenției au fost evaluate prin modele liniare mixte, completate de analize ANCOVA pentru comparațiile postintervenție. Mărimile efectului au fost estimate prin g de Hedges, iar stabilitatea efectelor la follow-up a fost evaluată prin testul de echivalență TOST. Mediarea a fost examinată prin modele de tip latent change score, utilizând intervale de încredere bootstrap corectate pentru bias (5.000 de eșantionări). Relațiile dintre variabilele studiului au fost investigate exploratoriu prin analiza rețelelor de corelații parțiale. Indicatorii de fezabilitate au fost sintetizați descriptiv, în raport cu criteriile de progres prestabilite.

5.2.6. Monitorizarea siguranței și managementul riscului

Evenimentele adverse au fost monitorizate prin auto-raportare structurată, contacte intermediare și raportări spontane, sub supravegherea continuă a clinicianului pentru asigurarea siguranței și a stabilității clinice. Participanții au primit informații privind accesarea serviciilor de sprijin în situații de distres.

5.3. Rezultate

5.3.1. Caracteristicile eșantionului

Din 130 de persoane evaluate pentru eligibilitate, 62 au îndeplinit criteriile de includere și au fost randomizate în grupul de intervenție ($n = 32$) sau în grupul de control aflat pe lista de așteptare ($n = 30$). Participanții au avut o vârstă medie de 36,84 ani ($SD = 10,38$), fiind predominant femei (75,81%), din mediul urban (72,58%) și cu studii universitare (53,23%). Eșantionul a inclus participanți cu tulburări anxioase (35,48%), tulburări din spectrul psihotic (29,03%), tulburări depresive sau mixte (27,42%) și tulburare obsesiv-compulsivă (8,06%).

5.3.2. Fezabilitate și acceptabilitate

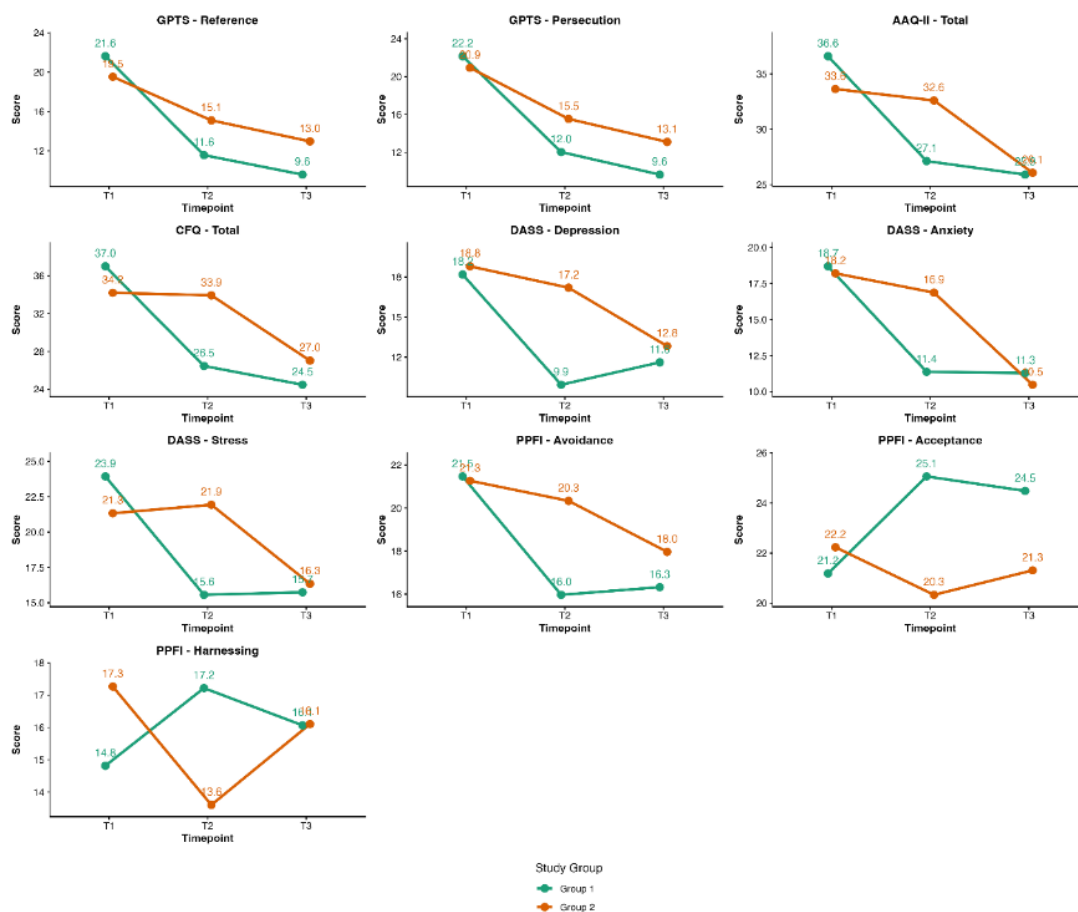
Toate criteriile de fezabilitate prestabilite au fost îndeplinite. Recrutarea a fost ridicată (90,77%), iar retenția excelentă atât la T2 (100%), cât și la T3 (96,77%). Rata de parcurgere a modulelor și aderența la exerciții au fost ridicate, uzabilitatea a depășit pragul recomandat (SUS: $M = 88,28$ în grupul de intervenție; $M = 77,76$ după trecerea grupului de pe lista de așteptare la intervenție), iar satisfacția a fost foarte ridicată în ambele grupuri ($M = 8,58$,

respectiv 8,43). Nu au fost raportate evenimente adverse severe sau efecte adverse asociate intervenției.

5.3.3. Rezultate privind eficacitatea

Figura 5.2

Evoluția rezultatelor primare și secundare la diferitele momente de evaluare, în funcție de grupul de studiu.



Notă. T1 = momentul inițial; T2 = post-intervenție; T3 = follow up (grupul de intervenție) / post-intervenție după trecerea la celălalt grup (grupul lista de așteptare). Scorurile mai mari indică o severitate mai mare pentru R-GPTS, DASS-21, CFQ, AAQ-II și PPFI (evitarea), precum și o flexibilitate psihologică mai mare pentru PPFI (acceptarea și valorificarea). Verde – grupul experimental; Roșu – grupul de control de pe lista de așteptare.

5.3.3.1. Rezultate clinice primare

Modelele liniare mixte au evidențiat efecte principale semnificative ale Timpului pentru ambele subscale ale R-GPTS (Idei de referință: $F = 51,049$, $p < .001$; Idei de persecuție: $F = 35,896$, $p < .001$). O interacțiune semnificativă $Timp \times Grup$ a favorizat grupul de intervenție pentru Ideile de referință ($F = 5,806$, $p = .004$; $g = 0,71$, 95% CI [0,21, 1,26]), dar nu și pentru Ideile de persecuție ($F = 2,637$, $p = .076$; $g = 0,47$, 95% CI [-0,03, 1,01]). În grupul de intervenție s-au observat reduceri substanțiale ale scorurilor de la T1 la T2 pentru ambele subscale (Idei de referință: $21,62 \rightarrow 11,56$; Idei de persecuție: $22,16 \rightarrow 12,03$), menținute la follow-up, fără modificări semnificative între T2 și T3. Diferențele dintre grupuri au fost

semnificative la T2 și T3 pentru Ideile de referință ($p = .039$, respectiv $p = .035$), dar nu și pentru Ideile de persecuție.

5.3.3.2 Rezultate secundare

Au fost evidențiate interacțiuni semnificative $\text{Timp} \times \text{Grup}$ pentru toate dimensiunile distresului emoțional — depresie ($F = 3,961$, $p = .022$; $g = 0,71$), anxietate ($F = 3,728$, $p = .027$; $g = 0,62$) și stres ($F = 6,768$, $p = .002$; $g = 0,90$) — precum și pentru variabilele de proces: fuziunea cognitivă ($F = 10,427$, $p < .001$; $g = 1,24$), evitarea experiențială ($F = 8,551$, $p < .001$; $g = 1,17$), acceptarea (PPFI) ($F = 7,124$, $p = .001$; $g = -0,98$) și valorificarea (harnessing) (PPFI) ($F = 6,614$, $p = .002$; $g = -1,01$). În grupul de intervenție, îmbunătățirile au fost ample și s-au menținut la follow-up, fără modificări semnificative între T2 și T3. Diferențele dintre grupuri nu s-au menținut la follow-up pentru majoritatea variabilelor, cu excepția subscalei de acceptare (PPFI), care a rămas semnificativ mai ridicată în grupul de intervenție la T3 ($b = 3,19$, $t = 2,18$, $p = .031$).

5.3.3.4 Analiza de sensibilitate

Analizele de sensibilitate prin ANCOVA au confirmat în mare măsură rezultatele obținute prin modelele liniare mixte, evidențiind diferențe semnificative în favoarea grupului de intervenție pentru Ideile de referință ($F = 5,662$, $p = .021$), fuziunea cognitivă ($F = 22,016$, $p < .001$), evitarea experiențială ($F = 19,045$, $p < .001$), toate subscalele DASS-21R ($p = .001$ – $.009$) și toate subscalele PPFI ($p = .001$ – $.018$). Diferențele pentru Ideile de persecuție au rămas ne semnificative ($F = 3,267$, $p = .076$).

5.3.5. Stabilitatea efectelor (TOST)

Testul de echivalență (TOST) a evidențiat stabilitatea statistică a efectelor între T2 și T3 pentru toate subscalele DASS-21R și toate subscalele PPFI (toate valorile p bilaterale $< .05$), indicând menținerea ameliorării distresului emoțional și a flexibilității psihologice. Echivalența nu a fost demonstrată pentru Ideile de referință, Ideile de persecuție, CFQ și AAQ-II (toate valorile $p > .05$), sugerând o variabilitate persistentă a ideății paranoide și a proceselor de fuziune cognitivă la follow-up.

5.3.6. Analize de mediere

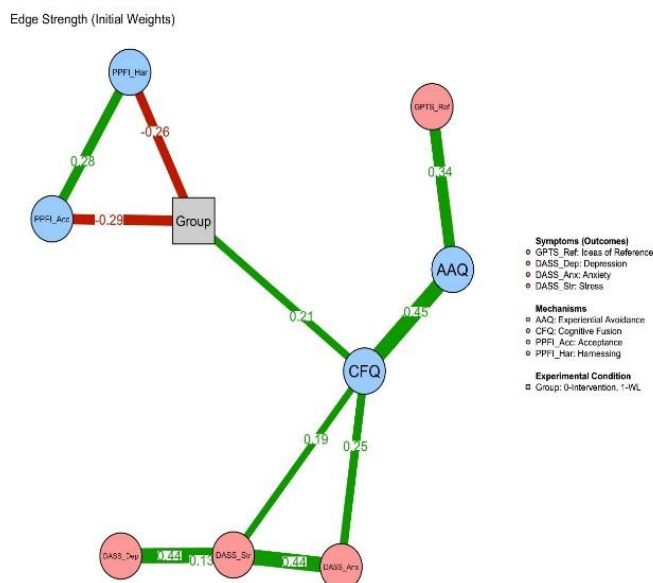
Analizele de mediere bazate pe modele de tip latent change score au arătat că reducerea fuziunii cognitive a mediat complet efectele intervenției asupra Ideilor de referință (efect indirect = 4,28, 95% CI [2,06, 6,82]; efect direct nesemnificativ), precum și asupra tuturor celor trei dimensiuni ale distresului emoțional: depresie (6,30, 95% CI [3,06, 9,50]), anxietate (7,48, 95% CI [4,45, 10,47]) și stres (8,52, 95% CI [4,89, 12,23]). Reducerea evitării experiențiale a mediat, de asemenea, complet ameliorarea distresului emoțional (depresie: 4,67; anxietate: 4,33; stres: 5,50; toate intervalele CI excluzând valoarea zero), efectele directe fiind nesemnificative. Creșterea acceptării măsurate prin PPFI a mediat, la rândul său, complet reducerea depresiei, anxietății și stresului (depresie: 2,66; anxietate: 2,58; stres: 2,84; toate intervalele CI excluzând valoarea zero), toate efectele directe fiind nesemnificative.

5.3.7. Analiza exploratorie de rețea

Analiza exploratorie de rețea a evidențiat un traseu central de conexiuni între Ideile de referință, evitarea experiențială (AAQ-II; $w = 0,34$) și fuziunea cognitivă (CFQ; $w = 0,35$), aceasta din urmă fiind puternic asociată cu toate cele trei dimensiuni ale distresului emoțional. Analiza stabilității conexiunilor (10.000 de eșantionări bootstrap) a confirmat robustețea principalelor legături: AAQ-II–CFQ (100%), conexiunile dintre subscalele DASS (99–100%) și R-GPTS Idei de referință–AAQ-II (95%). Condiția experimentală a prezentat conexiuni directe mai puțin stabile cu CFQ (30%) și AAQ-II (46%), în concordanță cu rezultatele analizelor de mediere completă. Rețeaua susține rolul central al fuziunii cognitive și al evitării experiențiale ca procese de legătură între ideea paranoidă și distresul emoțional, prin intermediul cărora s-au manifestat efectele intervenției.

Figura 5.3.

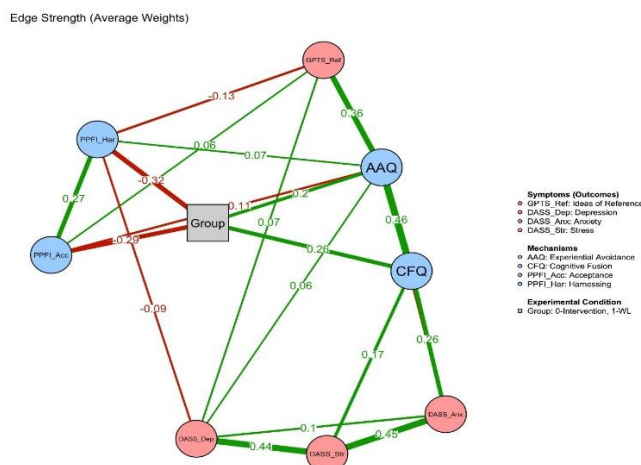
Ponderile conexiunilor din modelul de rețea între grupul de studiu, procesele psihologice și rezultatele clinice



Notă. Conexiunile din rețea reprezintă coeficienți ai corelațiilor parțiale regularizate dintre variabilele incluse în modelul de rețea. Ponderile pozitive indică asocieri directe, iar cele negative relații inverse. Conexiunile mai puternice sunt reprezentate prin linii mai groase. Nodul „Grup” reprezintă alocarea participanților la tratament (0 = lista de așteptare; 1 = intervenție), iar conexiunile dintre acesta și variabilele de proces și de rezultat reflectă efectele directe ale intervenției în cadrul structurii rețelei.

Figura 5.4.

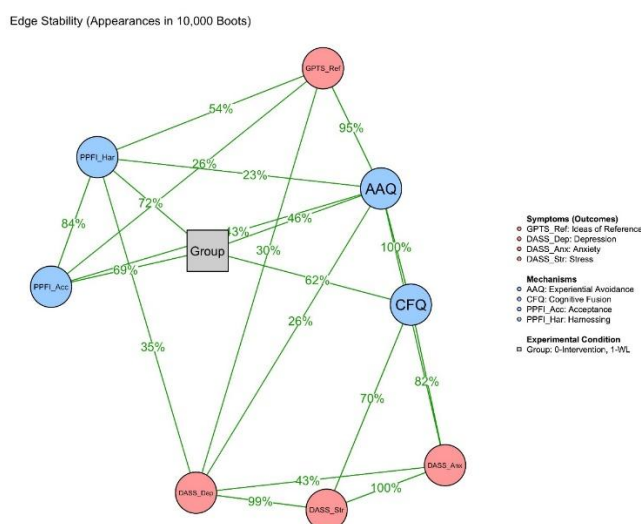
Ponderile medii ale conexiunilor pentru fiecare nod din modelul de rețea



Notă. Valorile reprezintă puterea medie a conexiunilor (ponderile muchiilor) pentru fiecare nod, reflectând conectivitatea generală din cadrul rețelei. Valorile mai mari indică asocieri medii mai puternice cu alte variabile din model. Nodul „Grup” reprezintă alocarea tratamentului (0 = lista de așteptare, 1 = intervenție).

Figura 5.5.

Stabilitatea muchiilor pe baza frecvențelor de apariție în 10.000 de eșantioane bootstrap



Notă. Valorile reprezintă procentul eșantioanelor bootstrap (10.000 de reeșantionări) în care fiecare conexiune a fost reținută în modelul de rețea, reflectând stabilitatea selecției conexiunilor. Procentele mai ridicate indică asocieri mai robuste și identificate în mod consecvent. Nodurile reprezintă rezultatele clinice, procesele psihologice și condiția experimentală (Grup: 0 = lista de așteptare; 1 = intervenție).

5.4. Discuție

Acest studiu pilot a aratat că o intervenție ACT digitală, scurtă și autoghidată, care vizează fuziunea cognitivă și evitarea experiențială, este fezabilă, acceptabilă și sigură într-un eșantion clinic transdiagnostic cu niveluri crescute de idee paranoidă. Toate criteriile de

progres prestabilite au fost îndeplinite, fiind înregistrate o rată ridicată de recrutare, absența abandonului la postintervenție, o retenție ridicată și un nivel excelent de uzabilitate, care a depășit pragurile de referință recomandate (Brooke, 1996), în concordanță cu rezultatele studiilor anterioare privind intervențiile ACT digitale și de scurtă durată (Morris et al., 2024).

Rezultatele privind eficacitatea au susținut parțial ipotezele formulate. Intervenția a produs o reducere semnificativă a Ideilor de referință și ameliorări moderate până la mari ale depresiei, anxietății și stresului, în concordanță cu modelul ACT, care urmărește modificarea relației individului cu experiențele interne mai degrabă decât eliminarea simptomelor (Gloster et al., 2020). În schimb, efectele asupra Ideilor de persecuție nu au atins semnificația statistică, sugerând că această dimensiune, caracterizată prin convingeri persecutorii mai elaborate și mai rigide, poate necesita intervenții mai intensive sau de durată mai mare (Gaudiano & Ellenberg, 2023).

Cele mai mari efecte au fost observate pentru principalele procese vizate de intervenție — fuziunea cognitivă ($g = 1,24$) și evitarea experiențială ($g = 1,17$) — depășind valorile de referință raportate în meta-analize (Macri & Rogge, 2024). În mod esențial, analizele de mediere bazate pe modele de tip latent change score au arătat că reducerea fuziunii cognitive a mediat complet efectele intervenției asupra Ideilor de referință și a tuturor dimensiunilor distresului emoțional, oferind primele dovezi experimentale longitudinale care susțin rolul fuziunii cognitive ca mecanism al schimbării în distresul asociat ideăției paranoide. Acceptarea măsurată prin PFFI a fost singurul rezultat care a menținut un avantaj semnificativ al grupului de intervenție la follow-up, sugerând că disponibilitatea de a acționa în direcția valorilor personale reprezintă un beneficiu terapeutic relativ durabil (Stockton et al., 2019).

Limitările studiului includ designul pilot și dimensiunea modestă a eșantionului, care limitează precizia estimărilor eficacității, utilizarea exclusivă a măsurilor de tip auto-raportare, cu potențial de distorsiuni de răspuns, dezechilibrul dintre grupurile diagnostice, care ar fi putut influența rezultatele, problemele de validitate de construct ale AAQ-II în populațiile cu tulburări psihotice (Cherry et al., 2021; Moran et al., 2021), durata redusă a intervenției și perioada limitată de follow-up, recrutarea dintr-o singură regiune, care limitează generalizarea rezultatelor, precum și recrutarea prin recomandarea clinicianului, care ar fi putut amplifica implicarea participanților și efectele expectanței.

Capitolul IV. Concluzii generale și implicații

În pofida progreselor semnificative din domeniu, literatura privind ideea paranoia prezintă încă lacune importante, inclusiv dovezi limitate privind intervențiile digitale, validarea insuficientă a principalelor instrumente în diferite contexte culturale și populații clinice, rolul încă neinvestigat al fuziunii cognitive în relația dintre ideea paranoia și distresul emoțional, precum și lipsa unor intervenții scurte, orientate către mecanismele de menținere, care să vizeze fuziunea cognitivă și evitarea experiențială. Pentru a răspunde acestor lacune, prezenta teză și-a propus: (1) evaluarea eficacității tehnologiilor digitale pentru psihoză printr-o revizuire sistematică și meta-analiză; (2) validarea versiunilor românești ale CFQ și R-GPTS; (3) examinarea rolului mediator al fuziunii cognitive în relația dintre ideea paranoia și distresul emoțional; și (4) evaluarea pilot a unei intervenții ACT digitale care vizează aceste mecanisme.

4.1. Concluzii generale

Sinteza sistematică și meta-analiza (Studiul I; 41 ECR, $N = 4.139$) au arătat că tehnologiile digitale în sănătate (TDS) au produs ameliorări reduse, dar semnificative, ale simptomelor pozitive ($g = -0,18$), negative ($g = -0,32$) și generale ($g = -0,41$), comparativ cu grupurile de control pasiv, efectele asupra simptomelor pozitive menținându-se la follow-up ($g = -0,21$). Nu au fost observate efecte semnificative în comparație cu grupurile de control activ. TDS s-au dovedit eficiente pentru ideile delirante, dar nu și pentru halucinații, intervențiile susținute de terapeut au fost superioare celor automatizate, iar intervențiile bazate pe VR/avatar au prezentat cele mai puternice efecte asupra simptomelor pozitive. De asemenea, au fost observate ameliorări ale anxietății, depresiei și funcționării generale, însă nu și ale calității vieții.

Studiile II și III au validat versiunile în limba română ale CFQ și R-GPTS. CFQ a evidențiat o structură unidimensională, o fiabilitate excelentă și invarianță scalară în funcție de gen și grup diagnostic. R-GPTS a confirmat structura sa bidimensională, a demonstrat invarianță scalară în funcție de gen, vârstă și grup diagnostic, validitate convergentă ridicată și o utilitate diagnostică adecvată, cu praguri de clasificare stabilite prin analiza ROC.

Studiul IV a testat un model de mediere prin modelare prin ecuații structurale într-un eșantion clinic și comunitar combinat ($N = 909$), demonstrând că fuziunea cognitivă mediază complet relația dintre cele două dimensiuni ale ideea paranoia și depresie, anxietate, respectiv stres. Aceste rezultate susțin rolul fuziunii cognitive ca mecanism transdiagnostic central care leagă ideea paranoia de distresul emoțional.

Studiul V, un RCT pilot cu grupuri paralele ($N = 62$), a evaluat o intervenție ACT digitală, scurtă și autoghidată, orientată către fuziunea cognitivă și evitarea experiențială. Toate criteriile de fezabilitate au fost îndeplinite, fiind înregistrate rate ridicate de recrutare, retenție, uzabilitate și satisfacție, fără evenimente adverse severe. Intervenția a determinat ameliorări semnificative ale Ideilor de referință, depresiei, anxietății, stresului, fuziunii cognitive și evitării experiențiale, în timp ce efectele asupra Ideilor de persecuție nu au fost semnificative. Analizele de mediere au arătat că reducerea fuziunii cognitive a mediat complet ameliorarea

Ideilor de referință și a distresului emoțional, iar beneficiile asupra distresului și flexibilității psihologice s-au menținut la follow-up..

4.2. Implicațiile tezei

4.2.1. Implicații teoretice

Prezenta teză contribuie la dezvoltarea cunoașterii teoretice în trei direcții principale. În primul rând, studiile II–IV susțin conceptualizarea dimensională și transdiagnostică a ideății paranoide, demonstrând proprietăți psihometrice robuste și invarianța măsurării pentru ideția paranoidă și fuziunea cognitivă în funcție de statutul clinic, vârstă, gen și grup diagnostic. Aceste rezultate susțin comparațiile între grupuri diagnostice și confirmă fuziunea cognitivă ca proces transdiagnostic, nu ca vulnerabilitate specifică unei tulburări. În al doilea rând, studiile IV și V identifică fuziunea cognitivă drept un mecanism central care leagă ideția paranoidă de distresul emoțional. Analizele de mediere transversale și longitudinale au arătat în mod consecvent că reducerea fuziunii cognitive explică relația dintre ideția paranoidă și distres, precum și efectele intervenției asupra Ideilor de referință și distresului emoțional, susținând rolul acesteia ca mecanism plauzibil al schimbării terapeutice. În al treilea rând, rezultatele studiilor I și V susțin intervențiile digitale pentru psihoză, evidențiind avantajele intervențiilor asistate de terapeut și sprijinind modelele de îngrijire digitală de tip blended ca alternativă teoretică și clinic superioară intervențiilor complet automatizate.

4.2.2. Implicații metodologice

Teza aduce mai multe contribuții metodologice. Studiile II și III au validat riguros versiunile în limba română ale CFQ și R-GPTS, oferind infrastructura psihometrică necesară cercetării fuziunii cognitive și ideății paranoide într-un context est-european insuficient reprezentat. CFQ a evidențiat o invarianță scalară completă între grupurile clinice, inclusiv în tulburările din spectrul schizofreniei, un rezultat superior celui raportat în mai multe studii occidentale, inclusiv în validarea versiunii originale. R-GPTS a demonstrat invarianță completă de măsură în funcție de gen, vârstă și grup diagnostic confirmat de clinician, precum și validitate convergentă ridicată și utilitate diagnostică adecvată. O contribuție suplimentară a Studiului III o reprezintă stabilirea pragurilor de clasificare bazate pe analiza ROC pentru populația românească, utilizate ulterior ca criterii de screening în Studiul V. Studiul I contribuie la consolidarea standardelor metodologice ale meta-analizelor privind tehnologiile digitale în sănătate prin includerea exclusivă a studiilor randomizate controlate cu diagnostice confirmate de clinician, stratificarea analizelor în funcție de tipul comparatorului, implicarea terapeutului și tipul intervenției, precum și prin analizarea separată a ideilor delirante ($g = -0,16$; $I^2 = 0\%$) și halucinațiilor auditive ($g = -0,16$; $I^2 = 70\%$), evidențiind profiluri de efect distincte, care ar fi fost mascate în analizele agregate. Utilizarea mărimii efectului Hedges' g , a analizelor de sensibilitate leave-one-out, a intervalelor de predicție, a graficelor funnel îmbunătățite prin contur și a analizelor separate ale biasului de publicare contribuie suplimentar la rigoarea metodologică a meta-analizei.

4.2.3. Implicații practice

Rezultatele prezentei teze au implicații importante pentru practica clinică și dezvoltarea serviciilor de sănătate mintală digitale accesibile. Rezultatele meta-analizei susțin utilizarea

tehnologiilor digitale în sănătate ca o modalitate scalabilă de extindere a accesului la intervenții psihologice pentru persoanele cu tulburări psihotice, evidențiind totodată valoarea adăugată a intervențiilor asistate de terapeut comparativ cu cele complet automatizate. Studiile IV și V identifică fuziunea cognitivă ca o țintă terapeutică transdiagnostică relevantă din punct de vedere clinic, susținând utilizarea tehnicilor de defuziune din ACT în tulburările anxioase, depresive și psihotice. Versiunile românești validate ale CFQ și R-GPTS oferă instrumente fiabile pentru evaluarea clinică de rutină, CFQ demonstrând invarianța măsurării în funcție de gen și grup diagnostic, iar R-GPTS în funcție de vârstă, gen și grup diagnostic, ceea ce susține evaluarea și conceptualizarea clinică transdiagnostică.

4.3. Limitări și direcții viitoare

Rezultatele prezentei teze trebuie interpretate în contextul mai multor limitări. Studiul I s-a caracterizat prin heterogenitate moderată spre ridicată, un număr redus de studii cu comparatori activi și predominanța eșantioanelor occidentale. Studiile II și III au utilizat eșantioane de conveniență, nu au evaluat fidelitatea test–retest și alte forme de validitate și nu au inclus proceduri standardizate de diagnostic. Studiul IV a avut un design transversal, care nu permite formularea unor concluzii cauzale, și nu a investigat alte mecanisme relevante, precum reevaluarea cognitivă, decentrarea și biasurile de raționament. Studiul V a fost limitat de designul pilot, dimensiunea modestă a eșantionului, utilizarea exclusivă a măsurilor de tip auto-raportare, durata redusă a intervenției și a perioadei de follow-up, dezechilibrul dintre grupurile diagnostice și recrutarea dintr-o singură regiune. La nivelul tuturor studiilor, suprareprezentarea participanților de sex feminin, din mediul urban și cu nivel educațional ridicat limitează generalizarea rezultatelor. Cercetările viitoare ar trebui să includă studii longitudinale și experimentale, preînregistrate, cu eșantioane mai mari și mai reprezentative, comparatori activi, evaluări multimetodă, perioade mai lungi de follow-up și o monitorizare sistematică a siguranței și a mecanismelor terapeutice.

4.4. Concluziile principale ale prezentei teze

1. Tehnologiile digitale în sănătate sunt asociate cu ameliorări reduse, dar relevante din punct de vedere clinic, ale rezultatelor în psihoză, efectele fiind influențate de tipul comparatorului, domeniul simptomatic evaluat și nivelul de suport uman oferit.
2. Analizarea separată a simptomelor pozitive evidențiază efecte distincte din punct de vedere clinic: tehnologiile digitale în sănătate și-au demonstrat eficacitatea în reducerea delirurilor, dar nu și a halucinațiilor auditive.
3. Versiunea românească a CFQ prezintă proprietăți psihometrice robuste și invarianță completă a măsurării între grupurile clinice și non-clinice, susținând utilizarea sa ca instrument de evaluare a fuziunii cognitive ca proces transdiagnostic.
4. Versiunea românească a R-GPTS prezintă proprietăți psihometrice solide, invarianță completă a măsurării în funcție de vârstă, gen și statut clinic, precum și o utilitate diagnostică adecvată pentru identificarea nivelurilor crescute de ideeție paranoidă.
5. Fuziunea cognitivă pare să reprezinte un mecanism central care leagă ideeția paranoidă de stresul emoțional și un proces plauzibil prin care gândurile suspicioase dobândesc semnificație clinică.

6. O intervenție ACT digitală, scurtă și autoghidată, orientată către fuziunea cognitivă și evitarea experiențială, este fezabilă, acceptabilă și asociată cu rezultate preliminare promițătoare într-un eșantion clinic transdiagnostic cu niveluri crescute de ideăție paranoidă.
7. Intervenția a avut cele mai evidente efecte asupra Ideilor de referință, sugerând că formele mai puțin elaborate ale ideăției paranoide sunt deosebit de receptive la intervențiile scurte bazate pe procese, în timp ce Ideile de persecuție pot necesita intervenții mai intensive sau o durată mai mare a tratamentului.
8. Efectele intervenției par să fie determinate de modificarea mecanismelor psihologice vizate, fiind observate efecte importante asupra fuziunii cognitive și evitării experiențiale, precum și dovezi că reducerea fuziunii cognitive mediază ameliorarea ideăției paranoide și a distresului emoțional.

Bibliografie selectivă

- Alameda, L., Rodriguez, V., Carr, E., Aas, M., Trotta, G., Marino, P., Vorontsova, N., Herane-Vives, A., Gadelrab, R., Spinazzola, E., Forti, M. D., Morgan, C., & Murray, R. M. (2020). A systematic review on mediators between adversity and psychosis: Potential targets for treatment. *Psychological Medicine*, 50(12), 1966–1976. <https://doi.org/10.1017/S0033291720002421>
- Aldao, A., Nolen-Hoeksema, S., & Schweizer, S. (2010). Emotion-regulation strategies across psychopathology: A meta-analytic review. *Clinical Psychology Review*, 30(2), 217–237. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2009.11.004>
- Alvarez-Jimenez, M., Alcazar-Corcoles, M. A., González-Blanch, C., Bendall, S., McGorry, P. D., & Gleeson, J. F. (2014). Online, social media and mobile technologies for psychosis treatment: A systematic review on novel user-led interventions. *Schizophrenia Research*, 156(1), 96–106. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2014.03.021>
- American Psychiatric Association. (2022). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. American Psychiatric Association Publishing.
- Arnautovska, U., Trott, M., Vitangcol, K. J., Milton, A., Brown, E., Warren, N., Leucht, S., Firth, J., & Siskind, D. (2024). Efficacy of User Self-Led and Human-Supported Digital Health Interventions for People With Schizophrenia: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Schizophrenia Bulletin*, sbae143. <https://doi.org/10.1093/schbul/sbae143>
- Badcock, J. C., & Paulik, G. (Eds). (2020). Chapter 1—What Is Psychosis? In *A Clinical Introduction to Psychosis* (pp. 3–36). Academic Press. <https://doi.org/10.1016/B978-0-12-815012-2.00001-8>
- Bagrowska, P., Małeck, J., Piwińska, J., Thiele, M., Nalberczak-Skóra, M., & Gawęda, Ł. (2025). The pathway from a general problematic worry to paranoia-related worry. The mediating role of hostile attributions moderated by negative emotional states. *Psychosis*, 17(1), 95–106. <https://doi.org/10.1080/17522439.2024.2401571>
- Bardeen, J. R., & Fergus, T. A. (2016). The interactive effect of cognitive fusion and experiential avoidance on anxiety, depression, stress and posttraumatic stress symptoms. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 5(1), 1–6. <https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2016.02.002>
- Batra, S., Baker, R. A., Wang, T., Forma, F., DiBiasi, F., & Peters-Strickland, T. (2017). Digital health technology for use in patients with serious mental illness: A systematic review of the literature. *Medical Devices: Evidence and Research*, 10, 237–251. <https://doi.org/10.2147/MDER.S144158>
- Bebbington, P. E., McBride, O., Steel, C., Kuipers, E., Radovanovic, M., Brugha, T., Jenkins, R., Meltzer, H. I., & Freeman, D. (2013). The structure of paranoia in the general population. *The British Journal of Psychiatry: The Journal of Mental Science*, 202, 419–427. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.112.119032>

- Bell, I. H., Rossell, S. L., Farhall, J., Hayward, M., Lim, M. H., Fielding-Smith, S. F., & Thomas, N. (2020). Pilot randomised controlled trial of a brief coping-focused intervention for hearing voices blended with smartphone-based ecological momentary assessment and intervention (SAVVy): Feasibility, acceptability and preliminary clinical outcomes. *Schizophrenia Research*, 216, 479–487. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2019.10.026>
- Bell, V., & O'Driscoll, C. (2018). The network structure of paranoia in the general population. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 53(7), 737–744. <https://doi.org/10.1007/s00127-018-1487-0>
- Berghoff, C. R., Ritzert, T. R., & Forsyth, J. P. (2018). Value-guided action: Within-day and lagged relations of experiential avoidance, mindful awareness, and cognitive fusion in a nonclinical sample. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 10, 19–23. <https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2018.07.005>
- Böge, K., Hallford, D. J., & Pillny, M. (2023). Mindfulness, psychological flexibility and their relationship with psychopathology in persons with schizophrenia-spectrum-disorders and healthy controls—A multicenter cross-sectional study. *Psychiatry Research*, 330, 115591. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2023.115591>
- Bond, F. W., Hayes, S. C., Baer, R. A., Carpenter, K. M., Guenole, N., Orcutt, H. K., Waltz, T., & Zettle, R. D. (2011). Preliminary psychometric properties of the Acceptance and Action Questionnaire-II: A revised measure of psychological inflexibility and experiential avoidance. *Behavior Therapy*, 42(4), 676–688. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2011.03.007>
- Bonet, L., Izquierdo, C., Escartí, M., Sancho, J., Arce, D., Blanquer, I., & Sanjuán, J. (2017). Use of mobile technologies in patients with psychosis: A systematic review. *Revista de Psiquiatria y Salud Mental*. <https://doi.org/10.1016/j.rpsm.2017.01.003>
- Bonnier, R. A., van Aubel, E., Myin-Germeys, I., & Reininghaus, U. (2025). Predicting clinical outcomes in a blended care intervention for early psychosis: Acceptance and Commitment Therapy in Daily-Life (ACT-DL). *Translational Psychiatry*, 15(1), Article 3. <https://doi.org/10.1038/s41398-024-03214-1>
- Bornheimer, L. A., Li Verdugo, J., & Thompson, S. (2022). Depression Mediates the Relationships between Hallucinations, Delusions, and Social Isolation in First-Episode Psychosis. *Social Work Research*, 46(4), 332–341. <https://doi.org/10.1093/swr/svac025>
- Bortolon, C., & Nardelli, C. (2025). Relations between psychosis and emotion regulation in daily life: A systematic review and meta-analyses of studies using experience sampling methods. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 169, 106004. <https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2025.106004>
- Bradstreet, S., Allan, S., & Gumley, A. (2019). Adverse event monitoring in mHealth for psychosis interventions provides an important opportunity for learning. *Journal of Mental Health*, 28(5), 461–466. <https://doi.org/10.1080/09638237.2019.1630727>
- Brooke, J. (1996). SUS-A quick and dirty usability scale. In P. W. Jordan, B. Thomas, B. A. Weerdmeester, & I. L. McClelland (Eds.), *Usability evaluation in industry*, pp. 189-194, Taylor & Francis.

- Bucci, S., Berry, N., Ainsworth, J., Berry, K., Edge, D., Eisner, E., Emsley, R., Forbes, G., Hassan, L., Lewis, S., Machin, M., & Haddock, G. (2024). Effects of Actissist, a digital health intervention for early psychosis: A randomized clinical trial. *Psychiatry Research*, 339, 116025. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2024.116025>
- Charlson, F. J., Ferrari, A. J., Santomauro, D. F., Diminic, S., Stockings, E., Scott, J. G., McGrath, J. J., & Whiteford, H. A. (2018). Global Epidemiology and Burden of Schizophrenia: Findings From the Global Burden of Disease Study 2016. *Schizophrenia Bulletin*, 44(6), 1195–1203. <https://doi.org/10.1093/schbul/sby058>
- Chen, F. F. (2007). Sensitivity of goodness of fit indexes to lack of measurement invariance. *Structural Equation Modeling: A Multidisciplinary Journal*, 14(3), 464–504. <https://doi.org/10.1080/10705510701301834>
- Cherry, K. M., Hoeven, E. V., Patterson, T. S., & Lumley, M. N. (2021). Defining and measuring “psychological flexibility”: A narrative scoping review of diverse flexibility and rigidity constructs and perspectives. *Clinical Psychology Review*, 84, 101973. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2021.101973>
- Cheung, G. W., Cooper-Thomas, H. D., Lau, R. S., & Wang, L. C. (2024). Reporting reliability, convergent and discriminant validity with structural equation modeling: A review and best-practice recommendations. *Asia Pacific Journal of Management*, 41, 745–783. <https://doi.org/10.1007/s10490-023-09871-y>
- Chivilgina, O., Elger, B. S., & Jotterand, F. (2021). Digital Technologies for Schizophrenia Management: A Descriptive Review. *Science and Engineering Ethics*, 27(2), 25. <https://doi.org/10.1007/s11948-021-00302-z>
- Ciarrochi, J.V., & Bailey, A (2008). *A CBT practitioner guide to ACT: How to bridge the gap between cognitive behavioral therapy and acceptance and commitment therapy*. New Harbinger Publications.
- Clarke, S., Hanna, D., Mulholland, C., Shannon, C., & Urquhart, C. (2020). A systematic review and meta-analysis of digital health technologies effects on psychotic symptoms in adults with psychosis. *Psychosis: Psychological, Social and Integrative Approaches*, 11(4), 362–373. <https://doi.org/10.1080/17522439.2019.1632376>
- Cojocaru, C. M., Popa, C. O., Schenk, A., Jakab, Z., Suciu, B. A., Olah, P., Popoviciu, H., & Szasz, S. (2024). A single-session process-based cognitive-behavioral intervention combined with multimodal rehabilitation treatment for chronic pain associated with emotional disorders. *Behavioral Sciences*, 14(4), 327. <https://doi.org/10.3390/bs14040327>
- Cookson, C., Luzon, O., Newland, J., & Kingston, J. (2020). Examining the role of cognitive fusion and experiential avoidance in predicting anxiety and depression. *Psychology and Psychotherapy*, 93(3), 456–473. <https://doi.org/10.1111/papt.12233>
- Craig, T. K., Rus-Calafell, M., Ward, T., Leff, J. P., Huckvale, M., Howarth, E., Emsley, R., & Garety, P. A. (2018). AVATAR therapy for auditory verbal hallucinations in people with psychosis: A single-blind, randomised controlled trial. *The Lancet Psychiatry*, 5(1), 31–40. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(17\)30427-3](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(17)30427-3)

- Dabit, S., Quraishi, S., Jordan, J., & Biagianti, B. (2021). Improving social functioning in people with schizophrenia-spectrum disorders via mobile experimental interventions: Results from the CLIMB pilot trial. *Schizophrenia Research: Cognition*, 26. Scopus. <https://doi.org/10.1016/j.scog.2021.100211>
- Dalglish, T., Black, M., Johnston, D., & Bevan, A. (2020). Transdiagnostic approaches to mental health problems: Current status and future directions. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 88(3), 179–195. <https://doi.org/10.1037/ccp0000482>
- Dellazizzo, L., Potvin, S., Phraxayavong, K., & Dumais, A. (2021). One-year randomized trial comparing virtual reality-assisted therapy to cognitive-behavioral therapy for patients with treatment-resistant schizophrenia. *Npj Schizophrenia*, 7(1). <https://doi.org/10.1038/s41537-021-00139-2>
- Donati, M. A., Berrocal, C., Bernini, O., Gori, C., & Primi, C. (2021). Measuring cognitive fusion through the Cognitive Fusion Questionnaire-7: Measurement invariance across non-clinical and clinical psychological samples. *PLOS ONE*, 16(2), e0246434. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0246434>
- Doorley, J. D., Goodman, F. R., Kelso, K. C., & Kashdan, T. B. (2020). Psychological flexibility: What we know, what we do not know, and what we think we know. *Social and Personality Psychology Compass*, 14(12), e12566. <https://doi.org/10.1111/spc3.12566>
- du Sert, O. P., Potvin, S., Lipp, O., Dellazizzo, L., Laurelli, M., Breton, R., Lalonde, P., Phraxayavong, K., O'Connor, K., Pelletier, J. F., Boukhalfi, T., Renaud, P., & Dumais, A. (2018). Virtual reality therapy for refractory auditory verbal hallucinations in schizophrenia: A pilot clinical trial. *Schizophrenia Research*, 197, 176–181. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2018.02.031>
- Dudley, R., Dodgson, G., Common, S., Ogundimu, E., Liley, J., O'Grady, L., Watson, F., Gibbs, C., Arnott, B., & Fernyhough, C. (2024). Effects of a novel, brief psychological therapy (Managing Unusual Sensory Experiences) for hallucinations in first episode psychosis (MUSE FEP): Findings from an exploratory randomised controlled trial. *Journal of Psychiatric Research*, 174, 289–296.
- Fett, A.-K. J., Shergill, S. S., Joyce, D. W., Riedl, A., Strobel, M., Gromann, P. M., & Krabbendam, L. (2012). To trust or not to trust: The dynamics of social interaction in psychosis. *Brain*, 135(3), 976–984. <https://doi.org/10.1093/brain/awr359>
- Fialho, C., Yiend, J., Hampshire, C., Taher, R., Shergill, S., & Stahl, D. (2025). Dose-response relationship in digital psychological therapies for people with psychosis: A systematic review, meta-analysis, and meta-regression. *Frontiers in Psychiatry*, 16, 1621009. <https://doi.org/10.3389/fpsyt.2025.1621009>
- Fowler, D., Hodgekins, J., Garety, P., Freeman, D., Kuipers, E., Dunn, G., Smith, B., & Bebbington, P. E. (2012). Negative Cognition, Depressed Mood, and Paranoia: A Longitudinal Pathway Analysis Using Structural Equation Modeling. *Schizophrenia Bulletin*, 38(5), 1063–1073. <https://doi.org/10.1093/schbul/sbr019>
- Freeman, D. (2006). Delusions in the nonclinical population. *Current Psychiatry Reports*, 8(3), 191–204. <https://doi.org/10.1007/s11920-006-0023-1>

Freeman, D. (2007). Suspicious minds: The psychology of persecutory delusions. *Clinical Psychology Review*, 27(4), 425–457. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2006.10.004>

Freeman, D., & Freeman, J. (2008). *Paranoia: The 21st Century Fear*. OUP Oxford.

Freeman, D., & Garety, P. (2014). Advances in understanding and treating persecutory delusions: A review. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 49(8), 1179–1189. <https://doi.org/10.1007/s00127-014-0928-7>

Freeman, D., & Garety, P. A. (2000). Comments on the content of persecutory delusions: Does the definition need clarification? *The British Journal of Clinical Psychology*, 39(4), 407–414. <https://doi.org/10.1348/014466500163400>

Freeman, D., & Loe, B. S. (2023). Explaining paranoia: Cognitive and social processes in the occurrence of extreme mistrust. *BMJ Mental Health*, 26(1), e300880. <https://doi.org/10.1136/bmjment-2023-300880>

Freeman, D., Dunn, G., Startup, H., Pugh, K., Cordwell, J., Mander, H., Černis, E., Wingham, G., Shirvell, K., & Kingdon, D. (2015). Effects of cognitive behaviour therapy for worry on persecutory delusions in patients with psychosis (WIT): A parallel, single-blind, randomised controlled trial with a mediation analysis. *The Lancet. Psychiatry*, 2(4), 305–313. PubMed (26360083). [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(15\)00039-5](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(15)00039-5)

Freeman, D., Garety, P. A., Bebbington, P. E., Smith, B., Rollinson, R., Fowler, D., Kuipers, E., Ray, K., & Dunn, G. (2005). Psychological investigation of the structure of paranoia in a non-clinical population. *British Journal of Psychiatry*, 186(5), 427–435. <https://doi.org/10.1192/bjp.186.5.427>

Freeman, D., Garety, P. A., Kuipers, E., Fowler, D., & Bebbington, P. E. (2002). A cognitive model of persecutory delusions. *The British Journal of Clinical Psychology*, 41(Pt 4), 331–347. <https://doi.org/10.1348/014466502760387461>

Freeman, D., Lambe, S., Kabir, T., Petit, A., Rosebrock, L., Yu, L.-M., Dudley, R., Chapman, K., Morrison, A., O'Regan, E., Aynsworth, C., Jones, J., Murphy, E., Powling, R., Galal, U., Grabey, J., Rovira, A., Martin, J., Hollis, C., ... West, J. (2022). Automated virtual reality therapy to treat agoraphobic avoidance and distress in patients with psychosis (gameChange): A multicentre, parallel-group, single-blind, randomised, controlled trial in England with mediation and moderation analyses. *The Lancet Psychiatry*, 9(5), 375–388. Scopus. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(22\)00060-8](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(22)00060-8)

Freeman, D., Lister, R., Waite, F., Galal, U., Yu, L.-M., Lambe, S., Beckley, A., Bold, E., Jenner, L., Diamond, R., Kirkham, M., Twivy, E., Causier, C., Carr, L., Saidel, S., Day, R., Beacco, A., Rovira, A., Ivins, A., ... Rosebrock, L. (2023). Automated virtual reality cognitive therapy versus virtual reality mental relaxation therapy for the treatment of persistent persecutory delusions in patients with psychosis (THRIVE): A parallel-group, single-blind, randomised controlled trial in England with mediation analyses. *The Lancet Psychiatry*, 10(11), 836–847. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(23\)00257-2](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(23)00257-2)

Freeman, D., Loe, B. S., Kingdon, D., Startup, H., Molodynski, A., Rosebrock, L., Brown, P., Sheaves, B., Waite, F., & Bird, J. C. (2021). The revised Green et al., Paranoid Thoughts Scale

(R-GPTS): Psychometric properties, severity ranges, and clinical cut-offs. *Psychological Medicine*, 51(2), 244–253 <https://doi.org/10.1017/S0033291719003155>

Freeman, D., McManus, S., Brugha, T., Meltzer, H., Jenkins, R., & Bebbington, P. (2011). Concomitants of paranoia in the general population. *Psychological Medicine*, 41(5), 923–936. <https://doi.org/10.1017/S003329171000187X>

Fulford, D., Correll, C. U., Harvey, P. D., & Cohen, A. S. (2025). Digital Therapeutics for People with Schizophrenia Spectrum Disorders: A Systematic Literature Review of Their Effect on Symptoms and Functioning. *Schizophrenia Bulletin*, sbaf134. <https://doi.org/10.1093/schbul/sbaf134>

Garety, P., Ward, T., Emsley, R., Greenwood, K., Freeman, D., Fowler, D., Kuipers, E., Bebbington, P., Rus-Calafell, M., McGourty, A., Sacadura, C., Collett, N., James, K., & Hardy, A. (2021). Effects of SlowMo, a Blended Digital Therapy Targeting Reasoning, on Paranoia Among People With Psychosis: A Randomized Clinical Trial. *JAMA Psychiatry*, 78(7), 714–725. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2021.0326>

Gaudiano, B. A., & Ellenberg, S. (2023). ACT for the Treatment of Psychosis and Schizophrenia-Spectrum Disorders. In M. P. Twohig, M. E. Levin, & J. M. Petersen (Eds), *The Oxford Handbook of Acceptance and Commitment Therapy* (p. 0). Oxford University Press. <https://doi.org/10.1093/oxfordhb/9780197550076.013.24>

Gaudiano, B. A., Herbert, J. D., & Hayes, S. C. (2010). Is It the Symptom or the Relation to It? Investigating Potential Mediators of Change in Acceptance and Commitment Therapy for Psychosis. *Behavior Therapy*, 41(4), 543–554. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2010.03.001>

Ghaemi, S. N., Sverdlov, O., Van Dam, J., Campellone, T., & Gerwien, R. (2022). A Smartphone-Based Intervention as an Adjunct to Standard-of-Care Treatment for Schizophrenia: Randomized Controlled Trial. *JMIR Formative Research*, 6(3). Scopus. <https://doi.org/10.2196/29154>

Gillanders, D. T., Bolderston, H., Bond, F. W., Dempster, M., Flaxman, P. E., Campbell, L., Kerr, S., Tansey, L., Noel, P., Ferenbach, C., Masley, S., Roach, L., Lloyd, J., May, L., Clarke, S., & Remington, B. (2014). The Development and Initial Validation of the Cognitive Fusion Questionnaire. *Behavior Therapy, Special Series: Building a Two-Way Bridge Between Science and Practice*, 45(1), 83–101. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2013.09.001>

Gil-Luciano, B., Ruiz, F. J., & Luciano, C. (2023). Acceptance and Commitment Therapy (ACT): Contextual Therapy in the Approach to Psychosis. In J. A. Díaz-Garrido, R. Zúñiga, H. Laffite, & E. Morris (Eds), *Psychological Interventions for Psychosis: Towards a Paradigm Shift* (pp. 225–248). Springer International Publishing. https://doi.org/10.1007/978-3-031-27003-1_12

Gire, N., Farooq, S., Naeem, F., Duxbury, J., McKeown, M., Kundi, P. S., Chaudhry, I. B., & Husain, N. (2017). mHealth based interventions for the assessment and treatment of psychotic disorders: A systematic review. *mHealth*, 3(8), Article 8. <https://mhealth.amegroups.com/article/view/16086>

- Gloster, A. T., Walder, N., Levin, M. E., Twohig, M. P., & Karekla, M. (2020). The empirical status of acceptance and commitment therapy: A review of meta-analyses. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 18, 181–192. <https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2020.09.009>
- Gottlieb, J. D., Gidugu, V., Maru, M., Tepper, M. C., Davis, M. J., Greenwold, J., Barron, R. A., Chiko, B. P., & Mueser, K. T. (2017). Randomized controlled trial of an internet cognitive behavioral skills-based program for auditory hallucinations in persons with psychosis. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 40(3), 283–292. <https://doi.org/10.1037/prj0000258>
- Green, C. E. L., Freeman, D., Kuipers, E., Bebbington, P., Fowler, D., Dunn, G., & Garety, P. A. (2008). Measuring ideas of persecution and social reference: The Green et al. Paranoid Thought Scales (GPTS). *Psychological Medicine*, 38(1), 101–111. <https://doi.org/10.1017/S0033291707001638>
- Greenway, F. T., Weal, M., & Palmer-Cooper, E. C. (2024). Hybrid mHealth care: Patient perspectives of blended treatments for psychosis. A systematic review. *Schizophrenia Research*, 274, 1–10. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2024.08.017>
- Gross, J. J. (2015). The Extended Process Model of Emotion Regulation: Elaborations, Applications, and Future Directions. *Psychological Inquiry*, 26(1), 130–137. <https://doi.org/10.1080/1047840X.2015.989751>
- Haddock, G., Eisner, E., Boone, C., Davies, G., Coogan, C., & Barrowclough, C. (2014). An investigation of the implementation of NICE-recommended CBT interventions for people with schizophrenia. *Journal of Mental Health*, 23(4), 162–165. <https://doi.org/10.3109/09638237.2013.869571>
- Hahne, I., Segerer, J., Zierhut, M., Bergmann, N., Ta, T. M. T., Hahn, E., & Böge, K. (2025). The relationship between mindfulness, psychological flexibility, and symptom severity in persons with schizophrenia-spectrum-disorders: A cross-sectional study. *Scientific Reports*, 15(1), 19620. <https://doi.org/10.1038/s41598-025-03380-2>
- Harris, R. (2019). *ACT made simple: An easy-to-read primer on acceptance and commitment therapy*, 2nd ed (pp. xii, 373). New Harbinger Publications.
- Hartley, S., Barrowclough, C., & Haddock, G. (2013). Anxiety and depression in psychosis: A systematic review of associations with positive psychotic symptoms. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 128(5), 327–346. <https://doi.org/10.1111/acps.12080>
- Hasson-Ohayon, I., Avidan-Msika, M., Mashiach-Eizenberg, M., Kravetz, S., Rozencwaig, S., Shalev, H., & Lysaker, P. H. (2015). Metacognitive and social cognition approaches to understanding the impact of schizophrenia on social quality of life. *Schizophrenia Research*, 161(2–3), 386–391. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2014.11.008>
- Hayes, S. C., & Hofmann, S. G. (2017). The third wave of cognitive behavioral therapy and the rise of process-based care. *World Psychiatry: Official Journal of the World Psychiatric Association (WPA)*, 16(3), 245–246. <https://doi.org/10.1002/wps.20442>
- Hayes, S. C., Ciarrochi, J., Hofmann, S. G., Chin, F., & Sahdra, B. (2022). Evolving an idionomic approach to processes of change: Towards a unified personalized science of human improvement. *Behaviour Research and Therapy*, 156, 104155. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2022.104155>

- Hayes, S. C., Hofmann, S. G., & Ciarrochi, J. (2020). A process-based approach to psychological diagnosis and treatment: The conceptual and treatment utility of an extended evolutionary meta model. *Clinical Psychology Review*, 82, 101908. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2020.101908>
- Hayes, S. C., Luoma, J. B., Bond, F. W., Masuda, A., & Lillis, J. (2006). Acceptance and commitment therapy: Model, processes and outcomes. *Behaviour Research and Therapy*, 44(1), 1–25. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2005.06.006>
- Hayes, S. C., Strosahl, K. D., & Wilson, K. G. (2012). *Acceptance and commitment therapy: The process and practice of mindful change*, 2nd ed (pp. xiv, 402). The Guilford Press.
- Hayes, S. C., Strosahl, K., Wilson, K. G., Bissett, R. T., Pistorello, J., Toarmino, D., Polusny, M. A., Dykstra, T. A., Batten, S. V., Bergan, J., Stewart, S. H., Zvolensky, M. J., Eifert, G. H., Bond, F. W., Forsyth, J. P., Karekla, M., & McCurry, S. M. (2004). Measuring experiential avoidance: A preliminary test of a working model. *The Psychological Record*, 54(4), 553–578. <https://doi.org/10.1007/BF03395492>
- Hedges, L. V., & Olkin, I. (2014). *Statistical methods for meta-analysis*. Academic press.
- Hellberg, S. N., Buchholz, J. L., Twohig, M. P., & Abramowitz, J. S. (2020). Not just thinking, but believing: Obsessive beliefs and domains of cognitive fusion in the prediction of OCD symptom dimensions. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 27(1), 69–78. <https://doi.org/10.1002/cpp.2409>
- Hjorthøj, C., Stürup, A. E., McGrath, J. J., & Nordentoft, M. (2017). Years of potential life lost and life expectancy in schizophrenia: A systematic review and meta-analysis. *The Lancet. Psychiatry*, 4(4), 295–301. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(17\)30078-0](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(17)30078-0)
- Jablensky, A. (2011). Diagnosis and Revision of the Classification Systems. In *Schizophrenia* (pp. 1–30). <https://doi.org/10.1002/9780470978672.ch1>
- Jolley, S., & Garety, P. (2011). Cognitive-Behavioural Interventions. In *Schizophrenia* (pp. 185–215). John Wiley & Sons, Ltd. <https://doi.org/10.1002/9780470978672.ch7>
- Kashdan, T. B., & Rottenberg, J. (2010). Psychological flexibility as a fundamental aspect of health. *Clinical Psychology Review*, 30(7), 865–878. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2010.03.001>
- Kashdan, T. B., Disabato, D. J., Goodman, F. R., Doorley, J. D., & McKnight, P. E. (2020). Understanding psychological flexibility: A multimethod exploration of pursuing valued goals despite the presence of distress. *Psychological Assessment*, 32(9), 829–850. <https://doi.org/10.1037/pas0000834>
- Kay, S. R., Fiszbein, A., & Opler, L. A. (1987). The Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS) for Schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 13(2), 261–276. <https://doi.org/10.1093/schbul/13.2.261>
- Kim, B. O. & Cho, S. (2015). Psychometric properties of a Korean version of the Cognitive Fusion Questionnaire. *Social Behavior and Personality: an International Journal*, 43(10), 1715–1723. <https://doi.org/10.2224/sbp.2015.43.10.1715>

- Kopelovich, S. L., & Turkington, D. (2021). Remote CBT for Psychosis During the COVID-19 Pandemic: Challenges and Opportunities. *Community Mental Health Journal*, 57(1), 30–34. <https://doi.org/10.1007/s10597-020-00718-0>
- Kopelovich, S. L., Nutting, E., Blank, J., Buckland, H. T., & Spigner, C. (2022). Preliminary point prevalence of Cognitive Behavioral Therapy for psychosis (CBTp) training in the U.S. and Canada. *Psychosis*, 14(4), 344–354. <https://doi.org/10.1080/17522439.2021.1971744>
- Lateur, A., Larøi, F., & Bortolon, C. (2022). Translation and validation of the French version of the Revised Green et al., Paranoid Thoughts Scale (R-GPTS) in two samples: Non-clinical and clinical adults. *Psychologica Belgica*, 62(1), 208–217. <https://doi.org/10.5334/pb.1134>
- Lee, S. W., Lee, S. J., & Choi, M. (2025). Psychological Inflexibility, Cognitive Fusion, and Thought-Action Fusion as a Transdiagnostic Construct: Direct Comparisons Among Major Depressive Disorder, Obsessive-Compulsive Disorder, and Healthy Controls. *Psychiatry Investigation*, 22(1), 93–101. <https://doi.org/10.30773/pi.2024.0209>
- Leff, J., Williams, G., Huckvale, M. A., Arbuthnot, M., & Leff, A. P. (2013). Computer-assisted therapy for medication-resistant auditory hallucinations: Proof-of-concept study. *The British Journal of Psychiatry: The Journal of Mental Science*, 202, 428–433. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.112.124883>
- Leucht, S., Siasis, S., McGrath, J. J., McGorry, P., Howes, O. D., Tamminga, C., Carr, R., Bighelli, I., Schneider-Thoma, J., Priller, J., & Davis, J. M. (2025). Schizophrenia. *Nature Reviews. Disease Primers*, 11(1), 83. <https://doi.org/10.1038/s41572-025-00667-6>
- Levin, M. E., Lillis, J., Seeley, J., Hayes, S. C., Pistorello, J., & Biglan, A. (2012). Exploring the relationship between experiential avoidance, alcohol use disorders, and alcohol-related problems among first-year college students. *Journal of American College Health: J of ACH*, 60(6), 443–448. <https://doi.org/10.1080/07448481.2012.673522>
- Levin, M. E., MacLane, C., Daflos, S., Seeley, J., Hayes, S. C., Biglan, A., & Pistorello, J. (2014). Examining psychological inflexibility as a transdiagnostic process across psychological disorders. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 3(3), 155–163. <https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2014.06.003>
- Liang, N., Li, X., Guo, X., Liu, S., Liu, Y., Zhao, W., Wen, Y., Li, Y., Li, J., Li, F., Wu, H., Li, J., Li, Q., Guo, J., & Xu, Y. (2022). Visual P300 as a neurophysiological correlate of symptomatic improvement by a virtual reality-based computer AT system in patients with auditory verbal hallucinations: A Pilot study. *Journal of Psychiatric Research*, 151, 261–271. Scopus. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2022.04.027>
- Linardon, J., Cuijpers, P., Carlbring, P., Messer, M., & Fuller-Tyszkiewicz, M. (2019). The efficacy of app-supported smartphone interventions for mental health problems: A meta-analysis of randomized controlled trials. *World Psychiatry*, 18(3), 325–336. <https://doi.org/10.1002/wps.20673>
- Linscott, R. J., & van Os, J. (2013). An updated and conservative systematic review and meta-analysis of epidemiological evidence on psychotic experiences in children and adults: On the pathway from proneness to persistence to dimensional expression across mental disorders. *Psychological Medicine*, 43(6), 1133–1149. <https://doi.org/10.1017/S0033291712001626>

- Lipschitz, J. M., Pike, C. K., Hogan, T. P., Murphy, S. A., & Burdick, K. E. (2023). The Engagement Problem: A Review of Engagement with Digital Mental Health Interventions and Recommendations for a Path Forward: Lipschitz et al. *Current Treatment Options in Psychiatry*, 10(3), 119–135.
- Lovibond, P. F., & Lovibond, S. H. (1995). The structure of negative emotional states: Comparison of the Depression Anxiety Stress Scales (DASS) with the Beck Depression and Anxiety Inventories. *Behaviour Research and Therapy*, 33(3), 335–343. [https://doi.org/10.1016/0005-7967\(94\)00075-U](https://doi.org/10.1016/0005-7967(94)00075-U)
- Lovibond, P. F., & Lovibond, S. H. (1995). The structure of negative emotional states: Comparison of the Depression Anxiety Stress Scales (DASS) with the Beck Depression and Anxiety Inventories. *Behaviour Research and Therapy*, 33(3), 335–343. [https://doi.org/10.1016/0005-7967\(94\)00075-U](https://doi.org/10.1016/0005-7967(94)00075-U)
- Lucena-Santos, P., Carvalho, S., Pinto-Gouveia, J., Gillanders, D., & Silva Oliveira, M. (2017). Cognitive Fusion Questionnaire: Exploring measurement invariance across three groups of Brazilian women and the role of cognitive fusion as a mediator in the relationship between rumination and depression. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 6(1), 53–62. <https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2017.02.004>
- Luther, L., Fischer, M. W., Johnson-Kwochka, A. V., Minor, K. S., Holden, R., Lapish, C. L., McCormick, B., & Salyers, M. P. (2020). Mobile enhancement of motivation in schizophrenia: A pilot randomized controlled trial of a personalized text message intervention for motivation deficits. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 88(10), 923–936. <https://doi.org/10.1037/ccp0000599>
- Lysaker, P. H., & Dimaggio, G. (2014). Metacognitive capacities for reflection in schizophrenia: Implications for developing treatments. *Schizophrenia Bulletin*, 40(3), 487–491. <https://doi.org/10.1093/schbul/sbu038>
- Lysaker, P. H., Cheli, S., Dimaggio, G., Buck, B., Bonfils, K. A., Huling, K., Wiesepepe, C., & Lysaker, J. T. (2021). Metacognition, social cognition, and mentalizing in psychosis: Are these distinct constructs when it comes to subjective experience or are we just splitting hairs? *BMC Psychiatry*, 21, 329. <https://doi.org/10.1186/s12888-021-03338-4>
- Lysaker, P. H., Erickson, M. A., Buck, B., Buck, K. D., Olesek, K., Grant, M. L. A., Salvatore, G., Popolo, R., & Dimaggio, G. (2011). Metacognition and social function in schizophrenia: Associations over a period of five months. *Cognitive Neuropsychiatry*, 16(3), 241–255. <https://doi.org/10.1080/13546805.2010.530470>
- Macri, J. A., & Rogge, R. D. (2024). Examining domains of psychological flexibility and inflexibility as treatment mechanisms in acceptance and commitment therapy: A comprehensive systematic and meta-analytic review. *Clinical Psychology Review*, 110, 102432. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2024.102432>
- Mitruț, C., Stanciu, M., & Constantin, D. L. (2013). Indicators of social trust in Romania: A quantitative analysis. *Economic Computation & Economic Cybernetics Studies & Research*, 47(1). https://ecocyb.ase.ro/nr_2013_pdf/ConstantinMitrut.pdf

- Moher, D., Liberati, A., Tetzlaff, J., & Altman, D. G. (2009). Preferred reporting items for systematic reviews and meta-analyses: The PRISMA statement. *BMJ*, 339. <https://doi.org/10.1136/bmj.b2535>
- Morales-Pillado, C., Fernández-Castilla, B., Sánchez-Gutiérrez, T., González-Fraile, E., Barbeito, S., & Calvo, A. (2023). Efficacy of technology-based interventions in psychosis: A systematic review and network meta-analysis. *Psychological Medicine*, 53(13), 6304–6315. <https://doi.org/10.1017/S0033291722003610>
- Moran, E. K., Culbreth, A. J., & Barch, D. M. (2018). Emotion Regulation Predicts Everyday Emotion Experience and Social Function in Schizophrenia. *Clinical Psychological Science: A Journal of the Association for Psychological Science*, 6(2), 271–279. <https://doi.org/10.1177/2167702617738827>
- Moran, O., Larsson, A., & McHugh, L. (2021). Investigating cognitive fusion, mindfulness and experiential avoidance in relation to psychosis-like symptoms in the general population. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 21, 136–143. <https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2021.06.004>
- Moritz, S., Pfuhl, G., Lüdtkke, T., Menon, M., Balzan, R. P., & Andreou, C. (2017). A two-stage cognitive theory of the positive symptoms of psychosis. Highlighting the role of lowered decision thresholds. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry, Cognition and Delusions: What Do We Know, What Do We Guess, What Do We Perhaps Falsely Believe?*, 56, 12–20. <https://doi.org/10.1016/j.jbtep.2016.07.004>
- Moritz, S., Schröder, J., Klein, J. P., Lincoln, T. M., Andreou, C., Fischer, A., & Arlt, S. (2016). Effects of online intervention for depression on mood and positive symptoms in schizophrenia. *Schizophrenia Research*, 175(1–3), 216–222. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2016.04.033>
- Morris, E. M. J., & Simson, D. D. (2025). Acceptance and Commitment Therapy for Psychosis. *The Psychiatric Clinics of North America*, 48(3), 479–491. <https://doi.org/10.1016/j.psc.2025.02.006>
- Morris, E. M. J., Johns, L. C., & Gaudiano, B. A. (2024). Acceptance and commitment therapy for psychosis: Current status, lingering questions and future directions. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 97(1), 41–58. <https://doi.org/10.1111/papt.12479>
- Morris, E. M., Johns, L. C., & Oliver, J. E. (2013). Acceptance and commitment therapy and mindfulness for psychosis. *John Wiley & Sons*.
- Morrison, A. P., & Wells, A. (2003). A comparison of metacognitions in patients with hallucinations, delusions, panic disorder, and non-patient controls. *Behaviour Research and Therapy*, 41(2), 251–256. [https://doi.org/10.1016/S0005-7967\(02\)00095-5](https://doi.org/10.1016/S0005-7967(02)00095-5)
- Morrison, A. P., French, P., & Wells, A. (2007). Metacognitive beliefs across the continuum of psychosis: Comparisons between patients with psychotic disorders, patients at ultra-high risk and non-patients. *Behaviour Research and Therapy*, 45(9), 2241–2246. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2007.01.002>

- Murphy, P., Bentall, R. P., Freeman, D., O'Rourke, S., & Hutton, P. (2018). The paranoia as defence model of persecutory delusions: A systematic review and meta-analysis. *The Lancet. Psychiatry*, 5(11), 913–929. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(18\)30339-0](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(18)30339-0)
- Nasrallah, H. A., & Smeltzer, D. J. (2011). *Contemporary Diagnosis and Management of Schizophrenia. Handbooks in Health Care*. <https://books.google.ro/books?id=834EywAACAAJ>
- National Institute for Health and Care Excellence (NICE). (2014). *Psychosis and schizophrenia in adults: Prevention and management*. Nice, (February 2014), 4–4.
- Neidhart, M., Mohnke, S., Vogel, B. O., & Walter, H. (2024). The architecture of paranoia in the general population: A self-report and ecological momentary assessment study. *Schizophrenia Research*, 271, 206–219. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2024.07.021>
- Nijman, S. A., Pijnenborg, G. H. M., Vermeer, R. R., Zandee, C. E. R., Zandstra, D. C., van der Vorm, D., de Wit-de Visser, A. C., Meins, I. A., Geraets, C. N. W., & Veling, W. (2023). Dynamic Interactive Social Cognition Training in Virtual Reality (DiSCoVR) versus Virtual Reality Relaxation (VRelax) for People With a Psychotic Disorder: A Single-Blind Multicenter Randomized Controlled Trial. *Schizophrenia Bulletin*, 49(2), 518–530. <https://doi.org/10.1093/schbul/sbac166>
- Norouzi, M., Nazari, F., Karimi, J., Ranjbari, T., Lotfinia, S., & Mohajerin, B. (2024). Psychological Inflexibility: The Role of Trans Diagnostic Processes in Major Depressive Disorder, Generalized Anxiety Disorder and Obsessive-Compulsive Disorder (Research Article No. 1; Issue 1, p. e148467). *Applied Psychology for Health Promotion*. <https://doi.org/10.5812/aphp-148467>
- O'Donoghue, E. K., Morris, E. M., Oliver, J., & Johns, L. C. (2018). *ACT for psychosis recovery: A practical manual for group-based interventions using acceptance and commitment therapy*. New Harbinger Publications.
- Ong, C. W., & Eustis, E. H. (2022). Psychological Flexibility. In M. P. Twohig, M. E. Levin, & J. M. Petersen (Eds), *The Oxford Handbook of Acceptance and Commitment Therapy* (1st edn, pp. 169–181). Oxford University Press. <https://doi.org/10.1093/oxfordhb/9780197550076.013.7>
- Opoka, S. M., Sundag, J., Riehle, M., & Lincoln, T. M. (2021). Emotion-Regulation in Psychosis: Patients with Psychotic Disorders Apply Reappraisal Successfully. *Cognitive Therapy and Research*, 45(1), 31–45. <https://doi.org/10.1007/s10608-020-10163-8>
- Paolini, E., Moretti, P., & Compton, M. T. (2016). Delusions in first-episode psychosis: Principal component analysis of twelve types of delusions and demographic and clinical correlates of resulting domains. *Psychiatry Research*, 243, 5–13. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2016.06.002>
- Pittman, J., Richardson, T., & Palmer-Cooper, E. (2024). The relationship between psychosis and psychological flexibility and other acceptance and commitment therapy processes: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 33, 100800. <https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2024.100800>

- Popa, C. O., Rus, A. V., Lee, W. C., Cojocaru, C., Schenk, A., Văcăraș, V., Olah, P., Mureșan, S., Szasz, S., & Bredicean, C. (2022). The Relation between Negative Automatic Thoughts and Psychological Inflexibility in Schizophrenia. *Journal of Clinical Medicine*, 11(3), Article 3. <https://doi.org/10.3390/jcm11030871>
- Pot-Kolder, R. M. C. A., Geraets, C. N. W., Veling, W., van Beilen, M., Staring, A. B. P., Gijssman, H. J., Delespaul, P. A. E. G., & van der Gaag, M. (2018). Virtual-reality-based cognitive behavioural therapy versus waiting list control for paranoid ideation and social avoidance in patients with psychotic disorders: A single-blind randomised controlled trial. *The Lancet Psychiatry*, 5(3), 217–226. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(18\)30053-1](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(18)30053-1)
- Reininghaus, U., Kempton, M. J., Valmaggia, L., Craig, T. K. J., Garety, P., Onyejiaka, A., Gayer-Anderson, C., So, S. H., Hubbard, K., Beards, S., Dazzan, P., Pariante, C., Mondelli, V., Fisher, H. L., Mills, J. G., Viechtbauer, W., McGuire, P., van Os, J., Murray, R. M., ... Morgan, C. (2016). Stress Sensitivity, Aberrant Salience, and Threat Anticipation in Early Psychosis: An Experience Sampling Study. *Schizophrenia Bulletin*, 42(3), 712–722. <https://doi.org/10.1093/schbul/sbv190>
- Rek, S., Reinhard, M. A., Freeman, D., Falkai, P., & Padberg, F. (2025). A psychometric evaluation of the German Revised-Green et al. Paranoid Thoughts Scale (R-GPTS) in clinical and non-clinical groups. *BMC Psychiatry*, 25, 1095. <https://doi.org/10.1186/s12888-025-07538-0>
- Rolffs, J. L., Rogge, R. D., & Wilson, K. G. (2018). Disentangling Components of Flexibility via the Hexaflex Model: Development and Validation of the Multidimensional Psychological Flexibility Inventory (MPFI). *Assessment*, 25(4), 458–482. <https://doi.org/10.1177/1073191116645905>
- Rosales-Sarabia, R. M., Moore, C., Montoya, C. E., Peña-Tomas, B., Ortiz, S., Santamaría, C., Odriozola-González, P., & Ruiz, F. J. (2025). Measurement invariance and discriminant validity of the Cognitive Fusion Questionnaire across five Spanish-speaking countries. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 38, 100954. <https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2025.100954>
- Rosales-Sarabia, R. M., Moore, C., Montoya, C. E., Peña-Tomas, B., Ortiz, S., Santamaría, C., Odriozola-González, P., & Ruiz, F. J. (2025). Measurement invariance and discriminant validity of the Cognitive Fusion Questionnaire across five Spanish-speaking countries. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 38, 100954. <https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2025.100954>
- 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>
- Ruiz, F. J., Gil-Luciano, B., & Segura-Vargas, M. A. (2023). Cognitive Defusion. In M. P. Twohig, M. E. Levin, & J. M. Petersen (Eds), *The Oxford Handbook of Acceptance and Commitment Therapy* (p. 0). Oxford University Press. <https://doi.org/10.1093/oxfordhb/9780197550076.013.9>
- Rus-Calafell, M., & Schneider, S. (2020). Are we there yet?!-a literature review of recent digital technology advances for the treatment of early psychosis. *mHealth*, 6, 3. <https://doi.org/10.21037/mhealth.2019.09.14>

Rutschmann, R., Romanczuk-Seiferth, N., Gloster, A., & Richter, C. (2024). Increasing psychological flexibility is associated with positive therapy outcomes following a transdiagnostic ACT treatment. *Frontiers in Psychiatry*, 15, 1403718. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2024.1403718>

Sin, J., Henderson, C., Woodham, L. A., Hernández, A. S., & Gillard, S. (2019). A multicomponent ehealth intervention for family carers for people affected by psychosis: A coproduced design and build study. *Journal of Medical Internet Research*, 21(8), 1–16. <https://doi.org/10.2196/14374>

Sitko, K., Bewick, B. M., Owens, D., & Masterson, C. (2020). Meta-analysis and Meta-regression of Cognitive Behavioral Therapy for Psychosis (CBTp) Across Time: The Effectiveness of CBTp has Improved for Delusions. *Schizophrenia Bulletin Open*, 1(1), sgaa023. <https://doi.org/10.1093/schizbullopen/sgaa023>

Sood, M., Carnelley, K. B., & Newman-Taylor, K. (2022). How does insecure attachment lead to paranoia? A systematic critical review of cognitive, affective, and behavioural mechanisms. *The British Journal of Clinical Psychology*, 61(3), 781–815. <https://doi.org/10.1111/bjc.12361>

Statham, V., Emerson, L.-M., & Rowse, G. (2019). A systematic review of self-report measures of paranoia. *Psychological Assessment*, 31(2), 139–158. <https://doi.org/10.1037/pas0000645>

Steare, T., O'Hanlon, P., Eskinazi, M., Osborn, D., Lloyd-Evans, B., Jones, R., Rostill, H., Amani, S., & Johnson, S. (2020). Smartphone-delivered self-management for first-episode psychosis: The ARIES feasibility randomised controlled trial. *BMJ Open*, 10(8), e034927. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2019-034927>

Ștefan, S., David, D., & Cosman, D. (2012). PANSS – Positive and Negative Syndrome Scale: Manual tehnic. Adaptare românească. O.S. România.

Sterne, J. A. C., Savović, J., Page, M. J., Elbers, R. G., Blencowe, N. S., Boutron, I., Cates, C. J., Cheng, H.-Y., Corbett, M. S., Eldridge, S. M., Emberson, J. R., Hernán, M. A., Hopewell, S., Hróbjartsson, A., Junqueira, D. R., Jüni, P., Kirkham, J. J., Lasserson, T., Li, T., ... Higgins, J. P. T. (2019). RoB 2: A revised tool for assessing risk of bias in randomised trials. *BMJ*, 14898. <https://doi.org/10.1136/bmj.14898>

Stockton, D., Kellett, S., Berrios, R., Sirois, F., Wilkinson, N., & Miles, G. (2019). Identifying the Underlying Mechanisms of Change During Acceptance and Commitment Therapy (ACT): A Systematic Review of Contemporary Mediation Studies. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 47(3), 332–362. <https://doi.org/10.1017/S1352465818000553>

Stoddard, J. A., & Afari, N. (2014). *The Big Book of ACT Metaphors: A practitioner's guide to experiential exercises and metaphors in Acceptance and Commitment Therapy*. new harbinger publications.

Tonarelli, S. B., & Pasillas, R. (2016). Acceptance and Commitment Therapy Compared to Treatment as Usual in Psychosis: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Journal of Psychiatry*, 19(03). <https://doi.org/10.4172/2378-5756.1000366>

Torous, J., Bucci, S., Bell, I. H., Kessing, L. V., Faurholt-Jepsen, M., Whelan, P., Carvalho, A. F., Keshavan, M., Linardon, J., & Firth, J. (2021). The growing field of digital psychiatry: Current evidence and the future of apps, social media, chatbots, and virtual reality. *World*

Psychiatry: Official Journal of the World Psychiatric Association (WPA), 20(3), 318–335. <https://doi.org/10.1002/wps.20883>

Udachina, A., & Bentall, R. P. (2014). Developmental pathway to paranoia is mediated by negative self-concept and experiential avoidance. *Psychosis*, 6(2), 143–154. <https://doi.org/10.1080/17522439.2013.810301>

Udachina, A., Thewissen, V., Myin-Germeys, I., Fitzpatrick, S., O’Kane, A., & Bentall, R. P. (2009). Understanding the Relationships Between Self-Esteem, Experiential Avoidance, and Paranoia: Structural Equation Modelling and Experience Sampling Studies. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 197(9), 661. <https://doi.org/10.1097/NMD.0b013e3181b3b2ef>

Välimäki, M., Kannisto, K. A., Vahlberg, T., Hätönen, H., & Adams, C. E. (2017). Short text messages to encourage adherence to medication and follow-up for people with psychosis (mobile.net): Randomized controlled trial in Finland. *Journal of Medical Internet Research*, 19(7), 1–16. <https://doi.org/10.2196/jmir.7028>

van Os, J., & Reininghaus, U. (2016). Psychosis as a transdiagnostic and extended phenotype in the general population. *World Psychiatry*, 15(2), 118–124. <https://doi.org/10.1002/wps.20310>

van Os, J., Linscott, R. J., Myin-Germeys, I., Delespaul, P., & Krabbendam, L. (2009). A systematic review and meta-analysis of the psychosis continuum: Evidence for a psychosis proneness-persistence-impairment model of psychotic disorder. *Psychological Medicine*, 39(2), 179–195. <https://doi.org/10.1017/S0033291708003814>

Varese, F., Morrison, A. P., Beck, R., Heffernan, S., Law, H., & Bentall, R. P. (2016). Experiential avoidance and appraisals of voices as predictors of voice-related distress. *British Journal of Clinical Psychology*, 55(3), 320–331. <https://doi.org/10.1111/bjc.12102>

Vines, L., Bridgwater, M., Bachman, P., Hayes, R., Catalano, S., & Jalbrzikowski, M. (2022). Elevated emotion reactivity and emotion regulation in individuals at clinical high risk for developing psychosis and those diagnosed with a psychotic disorder. *Early Intervention in Psychiatry*, 16(7), 724–735. <https://doi.org/10.1111/eip.13212>

Wakefield, S., Roebuck, S., & Boyden, P. (2018). The evidence base of Acceptance and Commitment Therapy (ACT) in psychosis: A systematic review. *Journal of Contextual Behavioral Science*, 10, 1–13. <https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2018.07.001>

Waldeck, D., Pancani, L., Morris, E. M. J., Adie, J., Holliman, A., & Tyndall, I. (2023). Perceived ostracism and paranoia: A test of potential moderating effects of psychological flexibility and inflexibility. *Current Psychology*, 42(33), 29138–29148. <https://doi.org/10.1007/s12144-022-04008-8>

Watson, T., Simpson, S., & Hughes, C. (2016). Text messaging interventions for individuals with mental health disorders including substance use: A systematic review. *Psychiatry Research*, 243, 255–262. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2016.06.050>

Westermann, S., Rüegg, N., Lüdtke, T., Moritz, S., & Berger, T. (2020). Internet-based self-help for psychosis: Findings from a randomized controlled trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 88(10), 937–950. <https://doi.org/10.1037/ccp0000602>

Wiesepape, C. N., Smith, E. A., Hillis-Mascia, J. D., Queller Soza, S. E., Morris, M. M., James, A. V., & Stokes, A. (2024). Metacognition as a Transdiagnostic Determinant of Recovery in Schizotypy and Schizophrenia Spectrum Disorders. *Behavioral Sciences*, 14(4), 336. <https://doi.org/10.3390/bs14040336>

Wigman, J. T. W., van Nierop, M., Vollebergh, W. A. M., Lieb, R., Beesdo-Baum, K., Wittchen, H.-U., & van Os, J. (2012). Evidence That Psychotic Symptoms Are Prevalent in Disorders of Anxiety and Depression, Impacting on Illness Onset, Risk, and Severity—Implications for Diagnosis and Ultra-High Risk Research. *Schizophrenia Bulletin*, 38(2), 247–257. <https://doi.org/10.1093/schbul/sbr196>

World Health Organization. (1992). The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders: Clinical descriptions and diagnostic guidelines (Vol. 1). World Health Organization.

Wykes, T. (2019). Racing towards a digital paradise or a digital hell? *Journal of Mental Health*, 28(1), 1–3. <https://doi.org/10.1080/09638237.2019.1581360>

Yıldız, E. (2020). The effects of acceptance and commitment therapy in psychosis treatment: A systematic review of randomized controlled trials. *Perspectives in Psychiatric Care*, 56(1), 149–167.

Zacharia, M., Ioannou, M., Theofanous, A., Vasiliou, V. S., & Karekla, M. (2021). Does Cognitive Fusion show up similarly across two behavioral health samples? Psychometric properties and invariance of the Greek–Cognitive Fusion Questionnaire (G-CFQ). *Journal of Contextual Behavioral Science*, 21, 212–221. <https://doi.org/10.1016/j.jcbs.2021.01.003>