

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

**13/15 OTTOBRE 2025
FIRENZE**



FONDAZIONE
MONDINO
Istituto Neurologico Nazionale
a Carattere Scientifico | IRCCS

CARRARA ADELAIDE – RISO MARINA
Il caso di Alessia: approccio multidisciplinare
e psicodiagnostico al trauma



UNIVERSITÀ
DI PAVIA

Alessia, 15 anni

Anamnesi fisiologica e remota: mute. Tappe dello sviluppo neuropsicomotorio regolari, non difficoltà scolastiche.

Anamnesi familiare: terzogenita di 4 fratelli, di cui una sorella con diagnosi di disturbo dell'apprendimento, una sorella con diagnosi di disturbo del comportamento alimentare, e un fratello con diagnosi di disturbo della condotta.



- 
- Aprile 2023: A. si confida con un'insegnante di scuola (Istituto Tecnico) in merito a sentimenti di tristezza e solitudine -> inizia psicoterapia individuale;
 - Dicembre 2023: episodio di grave abuso di alcol (2 bottiglie di vodka) trattato con cure mediche specifiche;
 - Marzo 2024: episodi panic-like e condotte autolesive a tipo cutting (su viso, petto e arti superiori), scale SAFA/A e SAFA/D positive per ansia e disturbo dell'umore, prescritta *Sertralina* 50mg/die (rifiutata dalla ragazza);
 - Maggio 2024: pensieri di morte e ideazione suicidaria, prescritto *Risperidone* 1mg/die;
 - 01/06/2024: TS, tentativo di soffocamento tramite asciugamano impregnato di deodorante e Paracetamolo 1g -> ricovero in Pediatria presso "Policlinico San Matteo";
 - 03/06/2024: DH psicodiagnostico presso Fondazione Mondino.



Valutazione psicodiagnostica multi-metodo:

- K-SADS-PL-DSM 5: disturbo depressivo, disturbo da uso di tabacco *soprasoglia*, disturbo di panico, disturbo d'ansia sociale, DNA, disturbo da uso di alcol *sottosoglia*;
- Columbia Suicide Severity Rating Scale: riferiti pensieri di morte ricorrenti, in presenza di ideazione suicidaria attiva con progettualità che non viene meglio definita a parole, pregressi TS;
- BDI-II : punteggio 53, pari a depressione di grado severo;
- MAST : bassa attrazione per la vita, alta repul
la morte, bassa repulsione per la morte.

➤ J Clin Med. 2025 Feb 9;14(4):1106. doi: 10.3390/jcm14041106.

Suicidality in Adolescence: Insights from Self-Reports on Depression and Suicidal Tendencies

Marika Orlandi ^{1 2}, Erica Casini ², Diletta Cristina Pratile ¹, Chiara Iussi ¹, Cecilia Ghiazza ¹, Renato Borgatti ^{1 2}, Martina Maria Mensi ^{1 2}

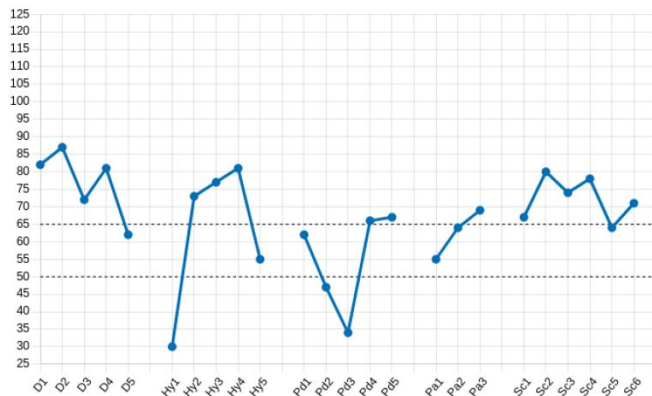
Affiliations + expand

PMID: 40004637 PMCID: PMC11856103 DOI: 10.3390/jcm14041106

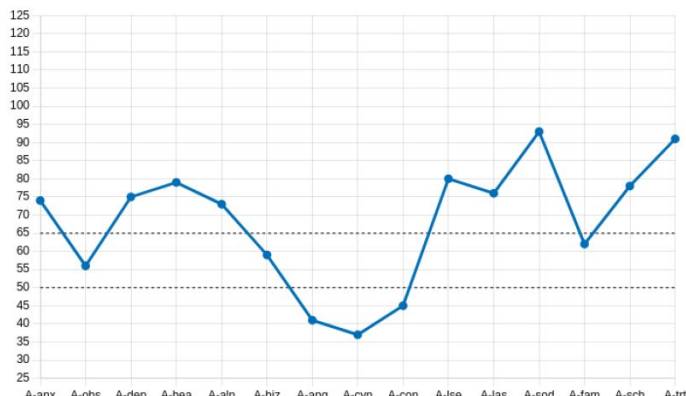


- MMPI-A

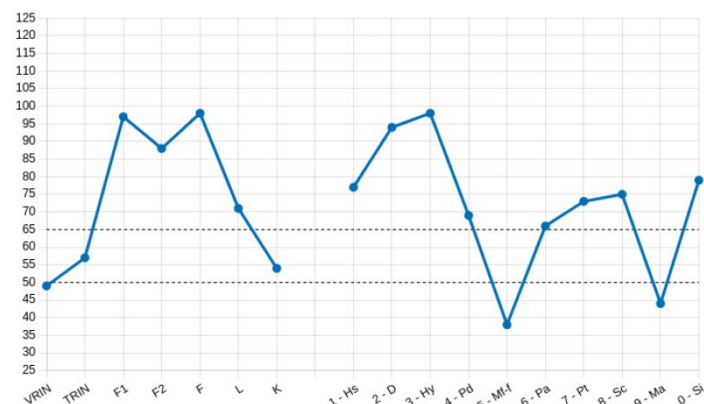
Profilo delle scale di Harris e Lingoes



Profilo delle scale di contenuto

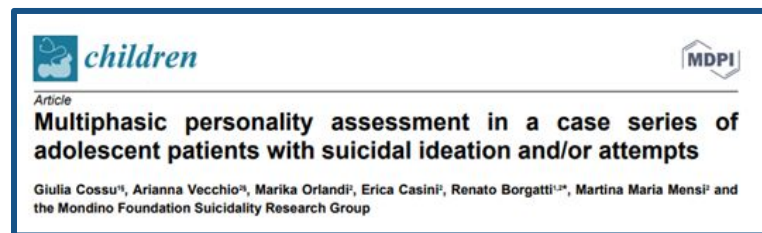


Profilo delle scale di base e validità



Dimessa con:

- Diagnosi di «**Disturbo dell'umore NAS con ansia**»;
- Terapia con Risperidone 1mg/die e Delorazepam 13 gtt AB;
- Si forniscono indicazioni alla famiglia per la messa in sicurezza ambientale;
- Presa in carico immediata presso il Centro Diurno «Riapri il Mondo» di Pavia, verso cui la ragazza mostra resistenza.



- 
- 07/06/2024: TS con Paracetamolo 8g -> PS OSM -> lavanda gastrica, somministrazione di carbone vegetale e infusione di N-acetilcisteina -> consulenza NPI: impostata terapia con Litio Resilient, che la ragazza rifiuta di assumere;
 - Trasferimento presso UOC NPIA «Fondazione IRCCS Mondino».

All'ingresso: paziente oppositiva rispetto alla relazione, mutacica e coartata. Rifiuta ogni tipo di terapia farmacologica. Presenta:

- Affettività incongrua;
- Ideazione suicidaria con progettualità attiva;
- Crisi di agitazione psicomotoria con autolesionismo;
- Verosimili episodi dissociativi, dubbi episodi dispercettivi;
- Disturbo del sonno con insonnia di prima e seconda fase;
- Disturbo da uso di tabacco, alcolici e sostanze (cannabinoidi).

**Psychological and behavioral
characterization of suicide
ideators and suicide attempters
in adolescence**

Chiara Coci^{1†}, Roberta Invernizzi^{2,3†}, Luca Capone^{1,4},
Erica Casini⁴, Marika Orlandi^{4*}, Paola Galli², Ilaria Rossi²,
Ottaviano Martinelli², Renato Borgatti^{1,4}, Martina Maria Mensi^{1,4}
and the Northern Italian Suicidality Research Group

[†]Department of Brain and Behavioral Sciences, University of Pavia, Pavia, Italy. ²Child Neurology and Psychiatry Unit, ASST Lecco, Lecco, Italy. ³Department of Medicine and Surgery, University of Milano-Bicocca, Milan, Italy. ⁴Child Neurology and Psychiatry Unit, IRCCS Mondino Foundation, Pavia, Italy



Nel corso del ricovero: esami strumentali (negativi) e completamento della valutazione psicodiagnostica.

- WISC-V:

Indici	Somma dei punteggi ponderati	Punteggio di indice composito	Descrizione qualitativa	Rango percentile	Int. Conf. 90%	Int. Conf. 95%
ICV – Comprensione verbale	18	94	Medio	34	87-102	86-103
IVS – Visuo-spaziale	10	71	Molto basso	3	67-81	65-82
IRF – Ragionamento fluido	9	67	Estremamente basso	1	63-75	62-77
IML – Memoria di lavoro	18	94	Medio	34	88-101	86-103
IVE – Velocità di elaborazione	18	94	Medio	34	86-104	85-105
QIT – Quoziente intellettivo totale	55	82	Medio basso	12	77-88	76-89

Cognitive vulnerabilities in adolescents with suicidal risk

Marika Orlandi^{a,b*}, Marzia Di Girolamo^c, Jonis Gjino^a, Roberta Invernizzi^d, Martina M. Mensi^{a,b}

- ^a Department of Brain and Behavioral Sciences, University of Pavia, Italy
- ^b Child Neurology and Psychiatry Unit, IRCCS Mondino Foundation, Pavia, Italy
- ^c Department of Psychology, University of Turin, Italy
- ^d Child Neurology and Psychiatry, ASST Lecco, Italy



- CAARMS: criteri per *psicosi attenuata* per intensità sottosoglia. Idee bizzarre: pensieri e sentimenti imposti da un agente esterno, anche in relazione all'uso di sostanze (cannabis). Idee non bizzarre: sospettosità e ideazione persecutoria, idee di colpa. Dubbie anomalie percettive (voci commentanti). Problemi mnesici, difficoltà di attenzione e di concentrazione. Sintomi negativi: appiattimento affettivo, anedonia, apatia. SOFAS: 55/100.
- SCID-5-PD: soprasoglia per *disturbo di personalità borderline*, pattern di instabilità nelle relazioni interpersonali, dell'immagine di sé e dell'umore, impulsività, sentimenti cronici di vuoto, estremi emotivi, agiti autolesivi. Sottosoglia per disturbo schizoide (scarso interesse per le relazioni sociali) e paranoide (sensazione di essere manipolata dagli altri, autosvalutazione) di personalità.



• Test delle macchie di Rorschach

(R-PAS):

Domain/Variables	Raw Scores	Raw %ile	Raw SS	Cpb. Adj. %ile	SS	Standard Score Profile R-Optimized										Abbr.
Admin. Behaviors and Obs.																
Pr	2	82	114			60	70	80	90	100	110	120	130	140		Pr
Pu	0	40	96													Pu
CT (Card Turning)	0	16	85													CT
Engagement and Cog. Processing																
Complexity	49	26	90			60	70	80	90	100	110	120	130	140		Complex
R (Responses)	19	15	85	31	93											R
F% [Lambda=1.71] (Simplicity)	63%	70	108	48	99											F%
Blend	3	68	107	83	114											Blnd
Sy	1	9	79	59	104											Sy
MC	5.0	55	102	78	112											MC
MC - PPD	2.0	80	113	79	112											MC-PPD
M	3	66	106	79	113											M
M/MC [1/5.3]	68%	65	106	70	108											M Pp
(CF+C)/SumC [1/2]	NA															CF C Pp
Perception and Thinking Problems																
EII-3	2.1	98	132	99	138											EII
TP-Comp (Thought & Percept. Com...)	3.7	99	134	>99	140											TP-C
WSumCog	3	33	93	48	99											WCo
SevCog	0	38	95	38	95											Sev
FQ-%	47%	>99	147	>99	150											FQ-%
WD-%	23%	78	111	79	112											WD-%
FQo%	42%	31	93	36	85											FQo%
P	1	4	73	9	80											P
Stress and Distress																
YTVC'	1	29	92	58	103											YTVC'
m	2	76	111	81	113											m
Y	0	30	92	48	99											Y
MOR	2	81	113	84	115											MOR
SC-Comp (Suicide Concern Comp.)	NA															SC-C
Self and Other Representation																
ODL%	0%	12	82	38	96											ODL%
SR (Space Reversal)	2	91	120	91	120											SR
MAP/MAHP [1/1]	NA															MAP P
PHR/GPHR [5/10]	50%	54	102	54	102											PHR P
M-	3	99	138	99	138											M-
AGC	0	91	120	92	122											AGC
H	7	95	125	97	128											H
COP	0	30	92	65	105											COP
MAH	0	39	96	39	96											MAH

Domain/Variables	Raw Scores	Raw %ile	Raw SS	Cpb. Adj. %ile	SS	Standard Score Profile R-Optimized										Abbr.
Engagement and Cog. Processing						60	70	80	90	100	110	120	130	140		
W%	16%	16	85	28	91											W%
Dd%	32%	89	118	88	118											Dd%
SI (Space Integration)	6	95	124	99	133											SI
IntCont	0	27	91	65	106											IntC
Vg%	5%	76	111	72	108											Vg%
V	0	41	97	41	97											V
FD	2	87	117	91	120											FD
RB910%	32%	57	103	49	99											RB910%
WSumC	2.0	50	100	71	108											WSumC
C	1	88	117	88	117											C
Mp/(Ma+Mp)	[3/3]	100%	98	131	98	131										Mp Prp
Perception and Thinking Problems						60	70	80	90	100	110	120	130	140		
FQu%	11%	3	72	8	78											FQu%
Stress and Distress						60	70	80	90	100	110	120	130	140		
PPD	3	17	86	55	102											PPD
CTInd	1	89	118	88	118											CTInd
C'	1	59	103	62	105											C'
V	0	41	97	41	97											V
CritCont% (Critical Contents)																CrCl
Self and Other Representation						60	70	80	90	100	110	120	130	140		
SumH	10	91	120	98	131											SumH
NPH/SumH	[3/10]	30%	8	79	5	75										NPH Prp
V-Comp (Vigilance Composite)	3.8	71	108	91	120											V-C
r (Reflections)	0	43	97	43	97											r
p/(e+p)	[5/5]	100%	99	136	99	135										p Prp
AGM	4	99	138	99	138											AGM
T	0	39	96	39	96											T
PER	0	36	95	36	95											PER
An	0	27	91	27	91											An

The contribution of the R-PAS in the assessment of Adolescents with Suicidal Ideation and Behaviors

Di Girolamo M, Invernizzi R, Orlandi M, Galli P, Orlandi I, Giromini L, Viglione D, Borgatti R, Mensi MM



Valutazione del rischio suicidario:

ALTO.

Fattori di rischio:

- Pregressi tentativi e progettualità;
- Depressione;
- Abuso e dipendenza da sostanze;
- Sintomi psicotici;
- Disturbo di personalità;
- Disturbi d'ansia;
- Calo scolastico;
- Traumi ed eventi avversi?

Assessment multimetodo:

- C-SSRS: alta intensità;
- BDI-II: alto livello di sintomi depressivi;
- MAST: alta repulsione per la vita e bassa attrazione per la vita;
- MMPI-A: maggior tendenza a mentire, omettere o reprimere, tendenza all'isolamento sociale e all'introversione, sintomi depressivi, aggressività autodiretta, comportamenti a rischio e utilizzo di sostanze stupefacenti;
- SCID-5-PD: sintomi compatibili con cluster B;
- R-PAS: problemi di pensiero, di relazione e aumentato indice traumatico;
- WISC-V: basso QI totale e basso ragionamento fluido.



- Responsività superficiale, tendenza a falsificare il proprio stato emotivo, risa decontestualizzate, mimica dissintona;
- Immagine di sé deteriorata, inadeguatezza, bassa autostima, autodeprecazione, senso di inutilità;
- Pervasivo appiattimento emotivo, vuoto costante, scarse aspirazioni per il futuro, anedonia, apatia;
- Attacco al corpo come espressione di un malessere protratto;
- Meccanismi di coping disfunzionali con condotte impulsive;
- Sfiducia nell'altro, aspetti persecutori, sentimenti abbandonici, forte disagio sociale;
- Senso di distacco emotivo dalla famiglia, bisogno di affetto negato, disinteresse difensivo e manipolatorio, tratti isteriformi;

Dimessa con diagnosi di «**Disturbo da stress post-traumatico e disturbo depressivo maggiore con ansia**» e trasferita in regime di ricovero riabilitativo (21/06/2024).



- Programma riabilitativo: colloqui clinici NPI, psicoterapia individuale, supporto alla genitorialità, riabilitazione psichiatrica, nursing riabilitativo;
- Proposta terapia con *Fluoxetina* (rifiutata dalla ragazza), avviata terapia con *Aloperidolo* i.m. (10/07/2024);
- Progressiva riduzione della messa in atto di agiti autolesivi, maggiore apertura da parte di A., che è apparsa meno oppositiva e più propensa a chiedere aiuto, disponibile al trattamento -> *Aloperidolo* p.o;
- Crescente investimento nel percorso di cura, si affida agli operatori coinvolti fino a riuscire ad accedere a vissuti traumatici (episodio di abuso sessuale all'età di 13 anni) e a verbalizzarli agli operatori e ai genitori.



Obiettivi riabilitativi:

Con i genitori:

- Intervento di postvention: drammatizzazione e protezione;
- Intervento di elaborazione del trauma;
- Mentalizzazione della sofferenza e degli aspetti emotivi, attraverso ascolto interessato e accudimento emotivo;
- Analisi della storia personale, della coppia e della famiglia;
- Proseguimento del lavoro sul ruolo.

Con Alessia:

- Piano di gestione crisi;
- Ricerca di un riconoscimento di sé, delle proprie esigenze e del proprio ruolo;
- Attuazione del processo di separazione volto all'individuazione come altro differenziato;
- Mentalizzazione ed elaborazione dell'evento traumatico, per superare il blocco evolutivo.



Dopo il ricovero:

- Alessia oggi frequenta il Centro Diurno «Riapri il Mondo» di Pavia: a seguito di riscontro di effetti collaterali di natura extra-piramidale, si è ritenuto opportuno sospendere Aloperidolo e introdurre *Quetiapina* con beneficio.
- Prosegue psicoterapia individuale, supporto alla genitorialità e riabilitazione psichiatrica.



Conclusioni:

- Sfida diagnostica e terapeutica -> necessaria un'equipe multidisciplinare;
- L'indagine psicodiagnostica multi-metodo può orientare la diagnosi, anche in assenza di informazioni di natura anamnestica; importanza di valutazione qualitativa;
- La presa in carico tempestiva e multidisciplinare, in associazione all'intervento farmacologico, ha permesso ad Alessia di accedere al trauma e iniziare il proprio percorso di guarigione;
- Fondamentale l'instaurazione di relazioni di fiducia tra gli operatori e i pazienti nel processo diagnostico-terapeutico;
- Importanza di mantenere una posizione di apertura alla rivalutazione anche in fase riabilitativa.



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

**13/15 OTTOBRE 2025
FIRENZE**



FONDAZIONE
MONDINO
Istituto Neurologico Nazionale
a Carattere Scientifico | IRCCS



UNIVERSITÀ
DI PAVIA

GRAZI

E!