

III° EDIZIONE

INCONTRI DI PSICHIATRIA DELL'ETÀ EVOLUTIVA

13/15 OTTOBRE 2025
FIRENZE



**Dalla Sintomatologia ossessivo-compulsiva all'esordio psicotico:
un caso clinico e le sue implicazioni diagnostico-terapeutiche**

Dott.ssa Simona Rossi

CASO CLINICO

CARLO, 17 anni

Dicembre 2024: primo ricovero per un episodio psicotico presso la SOSA di Psichiatria dell'infanzia, dell'adolescenza e neuroriabilitazione dell'AOU IRCCS MEYER su invio UFSMIA.



CARATTERISTICHE CASO CLINICO

Cenni anamnestici

➤ **Anamnesi familiare**

Negativa per disturbi psichiatrici.

Anamnesi fisiologica

Nascita a termine, sviluppo psicomotorio regolare, rendimento scolastico adeguato fino all'età di 13 anni. Nessuna difficoltà relazionale significativa prima dell'esordio.

➤ **Anamnesi patologica remota**

In età preadolescenziale, diagnosi di ipercolesterolemia familiare eterozigote per cui è in carico al servizio di Malattie Metaboliche del nostro ospedale. No altre patologie di rilievo.



2021

13 anni

Gennaio 2022

14 anni

- episodi di apnee volontarie (fino a perdita di coscienza)
- condotte alimentari disfunzionali (selettività, restrizione e calo ponderale)
- rituali compulsivi durante i pasti e all'addormentamento)
- trascuratezza personale
- crisi disforico rabbiose
- isolamento

Ricovero presso altro centro per inquadramento diagnostico.

Eseguiti: test psicodiagnostici (WISC-IV, VABS II, CBCL, Y-BOCS, K-SADS, ADOS 2, modulo 3), RMN, EEG.

Diagnosi: disturbo ossessivo compulsivo grave, "a poor insight", disturbo dell'umore con importante componente affettiva mista

Terapia: **aripiprazolo** titolato fino a 10 mg, assunto in modalità criptica per scarsa compliance.

Ottobre 2021 PRESA IN CARICO PRESSO UFSMIA, proposta terapia con RISPERIDONE

KSADS quadro compatibile con DOC caratterizzato da:

3 principali nuclei ossessivi

-contaminazione (essere contagiati sempre mentre si mangia, **sessualità** (paura dell'omosessualità), **superstizione** (evitare di pronunciare il numero 4 e i suoi multipli.) Pervasive e assorbenti con solo brevi momenti di riduzione dell'intensità in luoghi familiari.

-compulsioni messe in atto durante la vestizione (eseguirle in un determinato ordine, evitando lacci e usando vestiti neutri), di ordine e controllo (bere dalla bottiglietta solo dopo aver tolto l'etichetta, divieto di toccare gli indumenti un a volta sistemati), coinvolgimento di altre persone

Nei periodi di maggiore intensità di tali condotte si associano appiattimento affettivo con tendenza all'isolamento, trascuratezza personale e scarso rendimento scolastico

Y-BOCS: severità moderata dei sintomi ossessivi compulsivi

CBCL (madre): punteggi in area clinica nelle scale sindromi degli aspetti ritiro/depressioni e problemi del pensiero

VABS (valutazione delle competenze adattive): profilo armonico collocato in area limite

PID-5: tratti personologici disfunzionali (rigidità del pensiero, atipie relazionali

ADOS 3: punteggio basso eseguita per riscontro ai colloqui di scarsa modulazione del contatto oculare, repertorio gestuale ristretto e rigidità cognitiva.



Settembre 2022
15 anni

Giugno 2024
17 anni

2 anni
stabilità clinica

Follow up in regime di day hospital

- rituali bizzarri
- difficoltà di relazione
- sintomi della sfera psicotica (ignora il padre fino a negarne l'esistenza)

Diagnosi: Disturbo psicotico in associazione a disturbo ossessivo-compulsivo grave ("poor insight") e dell'umore, tratti personologici disfunzionali (PID-5: rigidità, atipie relazionali)

Confermata terapia criptica
titolata fino a 15 mg/die

Difficoltà nella
somministrazione criptica,
scarsa compliance,

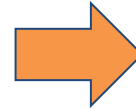
**riduzione fino a
sospensione della terapia..**

**Successivamente progressiva
ricomparsa della sintomatologia
con isolamento sociale e rituali
bizzarri.**



DICEMBRE 2024 (17 anni)

- calo rendimento scolastico
- progressivo isolamento sociale
- perdita di interessi e affettività negativa
- scadimento della cura di sé
- atteggiamenti e rituali bizzarri



Tentativo di reintroduzione criptica della terapia (aripirazolo 7,5 mg), con scarso beneficio



1-RICOVERO presso SOSA Psichiatria- Meyer

Sintomi presenti durante il ricovero:

- deliri paranoidi (sospettoso in merito alla terapia),
- tono dell'umore tendente al polo espansivo
- modalità relazionali bizzarre
- rituali compulsivi a contenuto bizzarro in assenza di chiari stimoli ossessiviformi (gettare a terra gli indumenti, sostituire sempre la forchetta presente in tavola)
- **scarso insight**
- atteggiamenti oppositivi fino a episodi di agitazione psicomotorio
- Forma del pensiero sporcato da comcretismo, costellato di credenze bizzarre e pensiero magico (dormire nudo perche consumando calorie produce calore)



Test psicodiagnostici:

KSADS: emerge disturbo psicotico con delirio, appiattimento affettivo, affettività inappropriata e comportamento catatonico (manierismi), disturbo ossessivo/compulsivo, difficoltà relazionali con i pari fin dalla prima infanzia.

CBCL (padre): punteggi clinicamente significativi sottoscale competenze totali, ansia/depressione, depressione/ritiro, problemi sociali, problemi del pensiero e comportamento aggressivo, problemi affettivi e problemi d'ansia, problemi ossessivo-compulsivi.

CBCL (self report): non emergono punteggi clinicamente significativi

SRS-2: punteggi totali di livello severo sia per madre che per padre



Dalla valutazione emergono sintomi psicotici in particolare delirio paranoico, affettività negativa e comportamento bizzarro in ragazzo con sintomatologia ossessivo/compulsiva e deficit nelle capacità sociali e relazionali fin dalla prima infanzia



APPROCCIO TERAPEUTICO



Aloperidolo titolato fino a 1,5 mg/die



Aripiprazolo 5 mg/die

in modalità criptica.

Miglioramento in termini di:

- **profilo comportamentale,**
- **cura di sé**
- **organizzazione ideo-verbale**
- **contestuale apprezzabile attenuazione dei livelli di tensione interna.**

A fronte della sostanziale assenza di insight relativamente alla sintomatologia a carattere psicotico

- **Diagnosi dimissione:** disturbo schizoaffettivo in comorbidità con sintomatologia ossessivo-compulsiva
- **Terapia a domicilio:** aloperidolo 1,5 mg e aripirazolo 5 mg/die



Da Gennaio 2025

Marzo 2025
17 anni



- scarso beneficio della terapia farmacologica
- in accordo con NPI UFSMIA concordata sospensione aloperidolo e titolazione aripiprazolo fino a 10 mg

Sospensione definitiva della terapia per assunzione discontinua

Nuovo peggioramento clinico:

- ritiro sociale
- peggioramento scolastico
- comportamenti bizzarri
- comportamenti autoaggressivi senza finalità autolesivi



2-RICOVERO presso SOSA psichiatria Meyer marzo 2025

- bizzarrie comportamentamentali
- non franca disorganizzazione del pensiero
- alcuni episodi di agitazione psicomotoria
- insight assente con rifiuto della terapia farmacologica

Proposta alla famiglia terapia con aripiprazolo in formulazione long acting (induzione con 2 fiale da 400 mg, necessaria breve contenzione meccanica)

- Beneficio clinico in termini di: minore esplosività nei momenti di maggiore tensione e assenza di ulteriori episodi autolesivi, miglioramento del contatto interpersonale e maggior modulabilità, con sensibile attenuazione delle componenti disforiche.
- Persistenza di scarso insight.



Dimissione, dopo pochi giorni per scarsa tolleranza al setting ospedaliero, con diagnosi di :
“Disturbo psicotico in verosimile disturbo schizoaffettivo”

Terapia alla dimissione: Abilify maintena 400 mg im ogni 28 giorni

Controlli in regime di DH, aggancio presso servizi UFSMIA e inizio transizione al servizio di riferimento per l'età adulta.



8 aprile 2025

23 aprile 2025

2 maggio 2025

13 Maggio 2025

- atteggiamento collaborante e relazionale con gli operatori
- pensiero rigido e concreto, in assenza di alterazioni di tipo delirante
- manierismi e bizzarrie comportamentali, riferite in buon controllo
- appiattimento affettivo
- insight scarso

- rigidità di pensiero
- nessi logici allentati
- idee prevalenti di invulnerabilità
- ridotte bizzarrie comportamentali e manierismi
- umore difficilmente esplorabile
- insight scarso
- ripresa delle attività (sport)

- miglioramento bizzarrie comportamentali e manierismi
- miglioramento relazionale
- ripresa graduale del funzionamento in contesto scolastico, amicale
- **idee prevalenti di invulnerabilità e rigidità di pensiero**

Quadro clinico in progressivo lento miglioramento.

Confermata la terapia in atto e effettuata transizione con l'adulto.



Il caso clinico di Carlo è l'esempio di quanto sia difficile distinguere tra un disturbo ossessivo compulsivo e un disturbo dello spettro della schizofrenia sia perchè in età evolutiva, tale confine diagnostico risulta particolarmente sfumato in quanto la strutturazione del pensiero astratto e la maturazione della teoria della mente rendono complesso distinguere ossessioni da idee psicotiche ma anche perchè pur essendo due entità nosografiche distinte hanno aree di sovrapposizione neurobiologica e clinica.

- Entrambi coinvolgono circuiti fronto-striato-limbici così come riportato in letteratura (Allen et al., 2009; Schirmbeck & Zink, 2013).
- Mostrano un continuum fenomenologico che va dal pensiero intrusivo al delirio di convinzione (Oulis, 2013, e Scotti-Muzzi & Saide, 2016) così come accade nel nostro paziente.



Diagnosi differenziale tra DOC e Disturbi Psicotici (secondo DSM-5-TR)

Criterio	Disturbo Ossessivo Compulsivo (DOC)	Disturbo Psicotico / Schizoaffettivo	Indicazioni diagnostiche DSM-5-TR
Natura dei pensieri	• Ossessioni intrusive, egodistoniche (vissute come estranee, disturbanti)	• Deliri fissi, egosintonici (vissuti come reali e coerenti con il Sé)	Nel DOC l'individuo riconosce — almeno parzialmente — che i pensieri sono eccessivi o irrazionali ("buon insight"). Una diagnosi psicotica si aggiunge solo se le credenze deliranti vanno oltre il tema ossessivo.
Insight	• Variabile; da buono a scars, fino ad "assente/credenze deliranti"	• Generalmente assente; convinzioni incrollabili	
Ansia associata	• Presente e centrale; la compulsione riduce temporaneamente l'ansia	• Spesso assente; le convinzioni non generano ansia ma certezza	
Comportamenti di controllo / compulsioni	• Atti ripetitivi riconosciuti come irrazionali ma necessari a ridurre l'ansia	• Comportamenti bizzarri non riconosciuti come patologici	Nel DOC la compulsione ha funzione difensiva; nella psicosi viene sostituita da convinzione delirante o del disordine di pensiero
Rapporto con la realtà	• Parzialmente conservato	• Compromesso o perso	
Contenuto dei pensieri	• Temi tipici: contaminazione, ordine, controllo, moralità	• Temi bizzarri, persecutori, mistici, somatici	La bizzarria e la perdita di ancoraggio alla realtà orientano verso lo spettro psicotico



EVOLUZIONE DEL QUADRO CLINICO

Fase	Caratteristiche cliniche principali	Significato evolutivo / interpretazione
Fase 1 – Disturbo ossessiv- compulsivo (DOC)	• Ossessioni di contaminazione, sessualità, superstizione • Insight scarso ma presente • Funzionamento cognitivo nella norma	Fase di controllo attraverso il pensiero magico e la ritualità; ansia come meccanismo regolatore
Fase 2 – Transizione / Disturbo psicotico	• Ideazione di riferimento e paranoide • Ritualità bizzarre prive di chiaro stimolo ossessivo • Isolamento, trascuratezza, ridotta reciprocità	La ritualità perde funzione ansiolitica e diventa egosintonica; il pensiero assume caratteristiche deliranti
Fase 3 – Disturbo schizoaffettivo	• Affettività incongrua (fasi apatico-anedoniche / disforiche) • Ideazione delirante persistente • Disorganizzazione cognitiva e sociale	Quadro integrato con compromissione affettiva e psicotica; coesistenza di sintomi dell'umore e perdita di contatto con la realtà



Disturbo Schizoaffettivo secondo il DSM- 5 TR

Criterio A

Un periodo ininterrotto di malattia durante il quale si verifica **un episodio maggiore dell'umore** (depressivo maggiore o maniacale) **in concomitanza con il criterio A della Schizofrenia** (due o più tra deliri, allucinazioni, linguaggio disorganizzato, comportamento grossolanamente disorganizzato o catatonico, sintomi negativi, per almeno 1 mese).

Criterio B

Durante il periodo di malattia, devono esserci stati **almeno 2 settimane di deliri o allucinazioni in assenza di un episodio maggiore dell'umore** (depressivo o maniacale).

Criterio C

I sintomi che soddisfano i criteri per un episodio maggiore dell'umore sono presenti per la maggior parte della durata complessiva delle fasi attive e residue della malattia.

Criterio D

Il disturbo **non è attribuibile agli effetti fisiologici di una sostanza** o di un'altra condizione medica



Nel continuum DOC–psicosi, l'insight passa da “buono” → “scarso” → “assente”.

Quando si perde del tutto, le ossessioni diventano credenze deliranti.

Il DSM-5-TR specifica che i disturbi ossessivo-compulsivo e correlati includono uno specificatore per il grado di insight, che può andare da buono a assente, fino a vere e proprie credenze deliranti.

Gli individui che rientrano in quest'ultima categoria non dovrebbero ricevere una diagnosi psicotica aggiuntiva, a meno che le credenze non vadano oltre i temi tipici del disturbo ossessivo.

Così come accade nel nostro paziente quando: le sue convinzioni non riguardano più temi ossessivi classici, ma aspetti corporei e percettivi deliranti (“brucio calorie anche di notte, devo dormire nudo per non bruciare”).

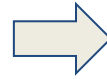
Si passa quindi da un pensiero ossessivo egodistonico a un pensiero delirante egosintonico: il punto di rottura tra ossessione e psicosi.



◆ L'identificazione precoce di sintomi "di base"



definizione di
pazienti con rischio
maggiore di
evoluzione verso
un disturbo
psicotico



- interruzione traiettoria evolutiva
- prevenzione della cronicizzazione
- impostazione trattamento antipsicotico mirato e a lunga durata d'azione (LAI)



Conclusioni clinico-terapeutiche: il ruolo dei long-acting antipsicotici (LAI)

Switch terapia orale -trattamento depot con aripiprazolo long-acting (LAI 400 mg)

Motivi scelta:

- scarsa aderenza terapeutica cronica
- insight limitato
- componente oppositiva marcata

Dal punto di vista psicopatologico, la svolta sul piano clinico e relazionale.

La riduzione della fluttuazione affettiva osservata dopo la prima somministrazione depot in C. suggerisce un effetto regolativo sulle componenti impulsive e disforiche, oltre alla stabilizzazione dei sintomi di pensiero magico e delle ritualità bizzarre



La letteratura recente (Sun et al., 2024; Baeza et al., 2023) conferma come l'uso di antipsicotici depot in adolescenza sia associato a:

- minori tassi di riospedalizzazione,
- maggior stabilità comportamentale e affettiva,
- riduzione delle condotte auto- ed etero-aggressive,
- incremento dell'alleanza terapeutica familiare, soprattutto nei contesti in cui l'assunzione orale è vissuta come invasiva o coercitiva.

.Questo andamento è coerente con i dati di altri studi (Pardossi et al., 2024), che sottolineano come la somministrazione prolungata di antipsicotici atipici (in particolare aripiprazolo e risperidone) possa ridurre la comorbidità ossessivo-compulsiva nei disturbi psicotici, modulando la disfunzione fronto-striatale comune ai due quadri.



Sebbene il trattamento depot resti off-label in età inferiore ai 18 anni, numerosi studi (Baeza, 2023; Sun, 2024) ne evidenziano un profilo di sicurezza favorevole, soprattutto in termini di effetti extrapiramidali e metabolici.

Nel caso clinico, la scelta della somministrazione intramuscolare con consenso genitoriale e monitoraggio costante ha permesso di evitare escalation oppositive e di preservare l'alleanza terapeutica, anche attraverso la riduzione del carico di conflittualità familiare legata alla somministrazione orale criptica.



“Dagli stati mentali a rischio alle psicosi ad esordio precoce”

◆ 1. Dalla fenomenologia alla diagnosi

- Il caso di Carlo mostra come una sintomatologia inizialmente ossessivo–compulsiva possa evolvere verso un **quadro psicotico**
- La diagnosi differenziale precoce tra **DOC** e **psicosi** rappresenta una delle sfide cliniche più complesse, soprattutto in età evolutiva e in presenza di **scarso insight**.

◆ 2. Segnali di rischio e atipie ossessive

- Le **ossessioni atipiche**, i rituali bizzarri e la **progressiva perdita di insight** costituiscono marcatori precoci di rischio psicotico (*COGDIS*, *COPER*).
- Riconoscerli tempestivamente può consentire interventi precoci e ridurre l'evoluzione verso forme schizo–ossessive o schizo–affettive.



◆ 3. Difficoltà terapeutiche

- La **scarsa compliance**, il **rifiuto farmacologico** e l'assenza di insight impongono strategie terapeutiche flessibili e integrate. L'uso di **Aripiprazolo LAI** si colloca in una prospettiva *evidence-based*, coerente con la letteratura (Baeza 2023; Sun 2024), che mostra efficacia e tollerabilità nei pazienti adolescenti con disturbi psicotici a esordio precoce

◆ 4. Prospettiva del recovery

- Il *recovery* non coincide con la remissione sintomatologica, ma con il **ripristino del funzionamento personale e sociale**.
- In Carlo il parziale miglioramento del comportamento e della progettualità testimoniano la possibilità di un percorso evolutivo positivo anche in quadri complessi.



Sintomi di base SPI-CY – Applicazione clinica al caso Carlo

SPI-CY intervista semistrutturata progettata per individuare i sintomi di base che posso precedere l'esordio di un disturbo psicotico esplorando 4 aree fondamentali: adinimia (riduzione forza energia, anedonia, abbassamento periodico del tono dell'umore; Disturbi della percezione ; nevroticismo; disturbi del pensiero e dell'umore

Scala	Significato clinico	Elementi tipici	Evidenze nel caso di Carlo
COPER (sintomi di base cognitivo percettivi)	Alterazioni precoci della percezione e del pensiero	Idee di riferimento, pensiero magico, derealizzazione, difficoltà di concentrazione	Ritualità bizzarre, convinzioni corporee ('brucio troppe calorie'), ridotta distinzione tra pensiero e realtà
COGDIS (Cognitive Disturbances Basic Symptoms)	Disturbi cognitivi persistenti, rigidità ideativa, perdita di controllo sul flusso di pensiero	Linguaggio concreto, difficoltà di pianificazione e flessibilità cognitiva	Eloquio fluente ma pragmaticamente povero, rigidità ideativa, scarso insight

Indagati non solo rispetto alla presenza ma anche alla durata e alla pervasività, presentano un alto indice predittivo, configurando uno stato mentale a rischio di psicosi.



Bibliografia

Rasmussen, A.R. & Parnas, J. (2022). “What is obsession? Differentiating obsessive-compulsive disorder and the schizophrenia spectrum.” *Schizophrenia Research*.

Allen, A. J., Griss, M. E., Folley, B. S., Hawkins, K. A., & Pearlson, G. D. (2009). Endophenotypes in schizophrenia: A selective review. *Schizophrenia Research*, 109(1–3), 24–37.

Hwang, M. Y., & Opler, L. A. (1994). Schizophrenia with obsessive-compulsive features: Assessment and treatment. *Psychiatric Annals*, 24(9), 468–472.

Poyurovsky, M., & Koran, L. M. (2005). Obsessive–compulsive disorder (OCD) with schizotypy vs. schizophrenia with OCD: Diagnostic dilemmas and therapeutic implications. *Journal of Psychiatric Research*, 39(4), 399–408.

<https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2004.09.003>

Poyurovsky, M., Zohar, J., & Glick, I. D. (2012). Obsessive-compulsive symptoms in schizophrenia: Implications for future psychiatric classifications. *Comprehensive Psychiatry*, 53(5), 480–483.

<https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2011.08.008>



Scotti-Muzzi, E., & Saide, O. L. (2016). Schizo-obsessive spectrum disorders: An update. *CNS Spectrums*, 21(4), 304–312. <https://doi.org/10.1017/S1092852916000092>

Oulis, P. (2013). Differential diagnosis of obsessive–compulsive symptoms from delusions in schizophrenia: A phenomenological approach

Baeza, I., et al. (2023). Long-acting injectable antipsychotics in adolescents with early-onset psychosis: Efficacy, safety and adherence. *Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology*, 33(5), 300–308.

<https://doi.org/10.1089/cap.2023.0033>

Sun, Y., et al. (2024). Long-Acting Injectable Antipsychotic Initiation in Child and Adolescent Patients with Psychiatric Disorders

Pardossi, F. (2024). Unraveling the Boundaries, Overlaps, and Connections between Schizophrenia and Obsessive–Compulsive Disorder (OCD)”

American Psychiatric Association. (2022). *DSM-5-TR: Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali* (5^a ed. rivista). Milano: Raffaello Cortina Editore



Grazie per l'attenzione

