



Servizio Sanitario Nazionale
Regione Siciliana
Azienda Sanitaria Provinciale di Agrigento
Dipartimento Salute Mentale
U.O.S. di Neuropsichiatria Infantile e dell'Adolescenza
Direttore: dott. Nicolò Testone
Tel.: 0922 407777
Mail: dsm.npi@aspag.it
PEC: dsm.npi@pec.aspag.it

PDTA Disturbo Ossessivo Compulsivo

Introduzione

Il disturbo ossessivo compulsivo rientra tra le patologie psichiatriche e nel DSM-V e si colloca come entità nosologica autonoma insieme agli altri disturbi a esso correlati. La gravità clinica del disturbo ossessivo compulsivo è determinata da un insieme di elementi che sono in parte correlati tra loro ma non del tutto sovrapponibili: l'intensità dei sintomi, il grado di impatto funzionale, la cronicizzazione nel tempo, la resistenza ai trattamenti (Rigardetto S., Aguglia A., Di Salvo G., Albert U., Bogetto F., Maina G. 2013)

La sintomatologia del DOC (Disturbo Ossessivo Compulsivo) presenta delle similitudini tra adulti, adolescenti e bambini. Durante le osservazioni cliniche i minori sono capaci di riferire la presenza di pensieri che inondano le loro menti e impediscono loro di vivere con leggerezza e senza preoccupazioni continue. Dalla letteratura emerge come tale condizione fosse in passato ritenuta rara, soprattutto nei bambini e negli adolescenti i quali misconoscevano il sintomo con conseguenze sulla cronicizzazione del disturbo e sul mancato accesso alla cura. In contrasto con questa convinzione, gli studi epidemiologici degli ultimi anni hanno mostrato percentuali di prevalenza che variano dall'1% in età prepuberale al 4% in adolescenza e un'incidenza del disturbo in soggetti in età pediatrica compresa tra lo 0,5 e l'1%, evidenziando che il DOC è da 2 a 20 volte più frequente rispetto a quanto immaginato in passato (Buonanno C, Perdighe c., Mancini F., 2009)

È possibile inquadrare il DOC attraverso due cluster sintomatologici; le ossessioni e le compulsioni. Le prime riguardano una serie di pensieri che ledono la mente del minore, portandolo a rimuginare bisogni o immagini.

Le tipologie di DOC nei bambini, dalle più frequenti (contaminazione, controllo, ordine e simmetria) alle meno, e alcuni red flag che possono aiutare a riconoscerle sono riportate qui di seguito:

- Contaminazione: paura dello sporco, dei germi, di essere contagiati da materiali infetti con secondari compulsioni dei rituali di lavaggio oppure l'evitamento di azioni di contaminazione (non stringere la mano alle persone, evitare certi oggetti o i mezzi pubblici).

Red flag: il minore dedica tanto tempo dedicato a lavarsi le mani ed uso eccessivo di sapone o bagnoschiuma, frequenti domande su germi e sporco, water intasato da troppa carta, aumento del bucato per cambi frequenti di vestiario.

- **Controllo:** le ossessioni sono costituite da continui dubbi di non aver svolto adeguatamente un compito che portano il bambino a controllare ripetutamente i propri comportamenti. *Red flag:* eccessiva paura di non aver preparato bene lo zaino, di non aver scritto tutti i compiti, di aver commesso degli errori; quaderni strappati a causa di continue cancellature; richieste di rassicurazione agli insegnanti sui compiti svolti. In alcuni casi, possono aver paura di aver fatto male ai familiari e chiedono rassicurazioni a riguardo.
- **Ordine e simmetria:** l'ossessione è legata al pensiero magico per cui, se le cose o le azioni non vengono ordinate o svolte "nel modo giusto", allora accadrà qualcosa di terribile. *Red flag:* mantenere un ordine eccessivo nella propria camera, lunghe ore dedicate ai compiti perché il bambino rilegge una frase o scrive la stessa parola più volte. Frequenti sono le crisi di agitazione che insorgono quando le configurazioni richieste sono sovvertite.
- **Superstizione e conta:** l'ossessione consiste nel convincimento per cui ripetere un gesto, contare o vedere qualcosa un certo numero di volte determini il verificarsi o meno di alcuni eventi. *Red flag:* bambino intento a contare per scongiurare un evento spiacevole. (ad esempio il minore conta almeno tre automobili rosse nel tragitto da casa a scuola così da scongiurare che possa accadere qualcosa ad un genitore).
- **Accumulo:** il bambino, ossessionato dalla paura/ e dal dubbio che in futuro possano servire, accumula oggetti inutili che tendono ad ingombrare gli spazi in cui vive. *Red flag:* accumulo di cibi ed oggetti vari con ingombro degli spazi vitali..
- **Ossessioni pure:** in questo caso sono presenti ossessioni a cui non seguono compulsioni; le ossessioni possono avere tematica di tipo violento (fare del male a persone care), immorale o illegale (atti socialmente condannati, azioni blasfeme). Il bambino non vuole queste immagini mentali e si spaventa perché teme di poterle mettere in atto. *Red flag:* insolito e persistente evitamento di oggetti pericolosi (coltelli, forbici, e taglierini) per evitare di poter far male alle persone care.
- **Compulsioni mentali:** pensieri ossessivi di qualsiasi tipo, seguono pensieri, rituali o cerimoniali esclusivamente mentali e non materiali. *Red flag:* il bambino bisbiglia formule magiche, numeri fortunati, scongiuri, preghiere per tentare di ridurre l'ansia data dalle ossessioni.

Tali pensieri hanno la caratteristica di essere intrusivi e ridondanti, creando nei minori un senso di pesantezza che li porta a rallentare in tutti gli altri compiti evolutivi specifici per l'età.

Spesso gli adolescenti e i bambini attuano dei tentativi per ignorarli o metterli a tacere ma con scarsi risultati. Alcuni dati suggeriscono che l'esordio nella prima infanzia avviene più frequentemente nei soggetti di sesso maschile e si associa ad ADHD, mentre l'esordio adolescenziale presenta più frequentemente sintomi psicotici. Inoltre mentre i maschi riferiscono più spesso ossessioni di tipo sessuale o religioso, le femmine presenterebbero più frequentemente compulsioni di accumulo (G. MASI, S. MILLEPIEDI, C. PFANNER, S. BERLOFFA, C. PARI, M. MUCCI, 2008).

Le compulsioni sono dei comportamenti stereotipati messi in atto dal minore per alleviare lo stato d'ansia crescente prodotto dalle ossessioni. Il soggetto riporta una crescente sensazione di tensione che aumenta fino a che il rituale non viene completato. Tali rituali compromettono la stabilità del minore, sottraggono tempo necessario per lo svolgimento delle normali attività curriculari ed extracurriculari e compromettono la possibilità di creare relazioni adeguate e continuative con i pari età. Nei casi più gravi può essere compromessa anche la frequenza scolastica e la partecipazione

alla vita sociale in genere. Le compulsioni solitamente non sono precedute dall'ansia ma da sensazioni di tensione, inadeguatezza e irritabilità crescente.

Uno dei criteri per porre diagnosi di DOC, secondo il DSM-5, è quello che i rituali assorbano del tempo causando stress e intaccando il funzionamento cognitivo e sociale, inficiando le relazioni sociali e familiari (Persico A.M. 2018).

Sul piano fenomenico, le ossessioni che colpiscono bambini ed adolescenti sono pensieri di contaminazione, immagini violente e sensazioni corporee, un quarto di soggetti riportano ossessioni a contenuto sessuale, un quarto ossessioni a contenuto religioso ed un quarto ossessioni che coinvolgono numeri, parole o colori speciali.

I contenuti ossessivi possono riguardare:

- Pericoli per se stesso o per altri
- Aggressività
- Fantasie sessuali
- Perfezionismo o meticolosità
- Senso di ordine
- Abitudinarietà
- Il bisogno di ripetere sempre la stessa parola o la stessa frase

Anche le compulsioni possono manifestarsi in azioni come:

- Lavarsi
- Ripetere iterativamente un gesto, una parola, una frase o un numero
- Controllare
- Contare
- Pregare
- Toccare
- Mettere in ordine
- Raccogliere o conservare degli oggetti.

Spesso in età evolutiva il disturbo ossessivo compulsivo può modificarsi nel corso del tempo mostrando caratteristiche diverse da quelle evidenziate nel momento dell'insorgenza per via dei continui cambiamenti delle capacità intellettive e adattive.

Spesso il DOC si presenta in comorbidità con:

- Disturbo da Tic
- Depressione
- DSA
- Disturbi del linguaggio o della coordinazione motoria (Persico A. M. 2018)

Vista le molteplici sfaccettature con le quali il DOC si manifesta in età evolutiva e in considerazione del notevole impatto che gli aspetti compulsivi hanno sulla qualità di vita del minore e della propria famiglia, nonché le difficoltà sociali nella gestione dei sintomi all'interno delle istituzioni che accompagnano la vita dei ragazzi (scuola, associazioni sportive, volontariato, enti terzi ecc.) si ritiene utile e indispensabile dotarsi di uno strumento di lavoro chiaro che guidi gli operatori della salute mentale nel complesso percorso che va dalla diagnosi alla cura, al follow up.

Per tali ragioni si è proceduto alla stesura del presente PDTA in accordo tra tutti i professionisti afferenti all'UOC NPJA dell'ASP di Agrigento.

Linee guida

Il percorso per la formulazione delle linee guida è molto complesso e coinvolge molteplici fattori. Le componenti principali si basano su evidenze empiriche, rassegne sistematiche e le metanalisi. Nello specifico vanno analizzate le evidenze scientifiche esistenti in merito a un determinato argomento (Mancini F. e Rogier G., 2020).

Le linee guida APA si soffermano sulla necessità di definire gli scopi primari del trattamento che comprendono necessariamente: la riduzione della gravità, della pervasività e dell'intensità dei sintomi; diminuzione o scomparsa delle ossessioni e delle compulsioni.

Questi primi risultati devono porsi nell'ottica di migliorare la qualità di vita del paziente e il suo funzionamento nella quotidianità.

Le linee guida messe a punto dall'APA spiccano sicuramente per l'attenzione particolare che hanno rivolto ai potenziali moderatori del trattamento e in particolare al ruolo svolto dalle specifiche caratteristiche del paziente o del suo disturbo.

Lo svolgimento di trial clinici randomizzati viene accompagnato infatti dalla misurazione di altre variabili (dette moderatori) che i ricercatori ipotizzano possano potenziare o ridurre l'effetto di un trattamento.

In particolare, si evidenzia come i pazienti con condotte di accumulo sembrano meno responsivi alla psicoterapia e alla farmacoterapia. Inoltre, la presenza di scarso insight o distress, spesso appunto anche associato al disturbo da accumulo, hanno una prognosi meno positiva. Diversi esperti concordano sulla necessità di abbinare tecniche cognitive nel caso i pazienti con condotte di accumulo o con un'assenza di compulsioni overt. Purtroppo, l'associazione nota come vi è una carenza di trial clinici randomizzati condotti su tale popolazione.

Il PTSD non sembra influenzare l'efficacia del trattamento per DOC. Per quanto riguarda la comorbidità tra DOC e i tic motori cronici, una metanalisi evidenzia una maggiore efficacia dell'utilizzo di antipsicotici in questa popolazione rispetto a individui con DOC senza questa comorbidità. In maniera simile, le linee guida indicano come alcuni trattamenti farmacologici dovrebbero essere somministrati in caso di comorbidità tra DOC e autismo.

Nella maggior parte degli studi, la presenza di disturbo depressivo maggiore è associata a un esito peggiore e a maggiori livelli di drop-out. Le linee guida asseriscono quindi la necessità di considerare l'opportunità di somministrare SSRI a individui con DOC e disturbo depressivo maggiore prima o durante l'erogazione di un trattamento. In maniera simile, l'APA recensisce le conclusioni di diversi studi evidenziano come nel caso della presenza, in un paziente con DOC, di una comorbidità con il disturbo d'ansia sociale, tale condizione dovrebbe essere trattata con gli appropriati psicofarmaci. Infine, in ragione dell'elevato grado di interferenza dell'abuso di sostanze o di alcol, questi disturbi dovrebbero essere trattati prima o almeno in parallelo al DOC.

Obiettivi

L'obiettivo principale nella formulazione del PDTA per i disturbi ossessivo compulsivo è quello di individuare precocemente i segnali affinché sia possibile procedere con una presa in carico precoce del minore e della sua famiglia, evitando l'effetto "cascata" che tale tipo di disturbo porta con sé e che conduce in poco tempo a una radicale diminuzione della quantità e qualità della vita sociale, abbandono scolastico, marginalità e disagio.

La finalità di questo PDTA è quella di trovare strategie comuni e condivise per la diagnosi e il trattamento del DOC in età infantile e adolescenziale, puntando lo sguardo anche sull'attività di prevenzione e formazione con gli operatori della scuola e i pediatri di libera scelta.

In questo senso risulterà propedeutico alla messa in atto di tale PDTA il lavoro di rete con gli enti terzi coinvolti nel percorso evolutivo dei minori e con gli insegnanti.

Fondamentale risulta una attenta valutazione e monitoraggio del percorso scolastico con particolare riferimento alla quantità delle assenze che rappresentano quasi sempre un primo indicatore di disagio in fase di sviluppo.

Percorso Diagnostico e strumenti di valutazione

La raccolta anamnestica è il primo step del percorso diagnostico in età evolutiva, sviluppata in collaborazione tra il medico e l'assistente sociale nei confronti dei caregiver per la raccolta delle informazioni necessari relative al percorso evolutivo del bambino dalla nascita fino al momento dell'accesso ai servizi di NPJA.

Vengono quindi raccolte importanti informazioni circa il funzionamento intellettivo e adattivo del minore. La diagnosi perciò non costituisce solo e soltanto una raccolta di informazioni finalizzate alla descrizione del disturbo, bensì si articola come un momento di narrazione della storia evolutiva del bambino e della sua famiglia, fondamentale per intercettare eventuali segni patologici presenti già nelle fasi precedenti di sviluppo.

Tale momento si prefigura inoltre come fondamentale per instaurare un rapporto di fiducia con i familiari necessario per il buon esito dell'intervento terapeutico.

Il secondo step prevede il colloquio clinico e neuropsichiatrico con il minore e la somministrazione dei test psicologici.

Grande rilevanza assume l'età del minore e il suo livello di funzionamento.

Per gli adolescenti si predilige un setting individuale basato sul colloquio; mentre per i bambini più piccoli risulta necessario utilizzare setting semi strutturati basati anche su giochi di ruolo o proiettivi, il quale rappresentano lo strumento principale che gli stessi utilizzano per manifestare i propri stati emotivi, le proprie paure e preoccupazioni.

In seguito all'osservazione clinica del neuropsichiatra si prosegue con la somministrazione dei test psicologici relativi al funzionamento cognitivo, di personalità, aspetti sintomatologici, ecc.

Nell'ambito delle procedure diagnostiche abituali risulta utile il ricorso a strumenti di valutazione standardizzati, di seguito elencati, che dovrebbero essere presi in considerazione dal clinico, al fine di giungere alla formulazione della diagnosi e del progetto di trattamento che ne segue.

- **WISC IV / WISC-V** - Wechsler Intelligence Scale for Children® - 4ª - o 5ª Edizione.

La Wechsler Intelligence Scale for Children è il test gold standard internazionale per la misurazione delle capacità cognitive. Lo strumento valuta le capacità cognitive dei bambini di età compresa tra i 6 anni e i 16 anni e 11 mesi. Con il calcolo del Quoziente Intellettivo Totale (QIT) è possibile ottenere una valutazione complessiva del funzionamento cognitivo generale (David Wechsler).

- Scale di sviluppo **GRIFFITH III** (Griffiths Mental Development scales) : test di performance con utilizzo di oggetti ed immagini, permette di effettuare una valutazione di primo livello del bambino da 0 ai 6 anni individuando punti di forza e di fragilità nei vari ambiti dello sviluppo. Valuta i prerequisiti di base dello sviluppo suddivise in cinque aree: basi dell'apprendimento, linguaggio e comunicazione, coordinazione oculomanuale, area personale-sociale ed emotiva, coordinazione grosso-motoria.
- La **Vineland-II**, revisione delle Vineland Adaptive Behavior Scales (Vineland ABS), valutano il comportamento adattivo (CA), ossia le attività che l'individuo abitualmente svolge per rispondere alle attese di autonomia personale e responsabilità sociale proprie di persone di pari età e contesto culturale. Nello specifico, hanno l'obiettivo di misurare il CA nei domini Comunicazione, Abilità del vivere quotidiano, Socializzazione (in individui da 0 a 90 anni di età) e Abilità motorie (in individui da 0 a 7 anni e da 56 a 90 anni). La valutazione del CA è necessaria per la diagnosi di disabilità intellettiva e, in accordo con il DSM-5, per la valutazione del livello di gravità del disturbo. Diversamente dalla precedente versione, le Vineland-II sono applicabili per l'intero ciclo di vita. Sono idonee a valutare la vulnerabilità sociale, l'inesperienza e la raggrirabilità (Balboni G., Belacchi C., Bonichini S., Coscarelli A.)
- **Minnesota Multiphasic Personality Inventory®-Adolescent (MMPI-A)**: è un questionario utilizzato per l'assessment della personalità negli adolescenti, con item riferiti allo sviluppo e alla psicopatologia dei ragazzi di età tra i 14 ed i 18 anni. Il nuovo report interpretativo di MMPI-A è una guida completa ed accurata all'utilizzo dei dati che emergono dalla somministrazione del test, perché in breve tempo fornisce un profilo accurato del funzionamento della persona, a prescindere dalle caratteristiche psicopatologiche presenti. Vengono agevolate la relazione della diagnostica e la formulazione di ipotesi diagnostiche puntuali grazie alle preziose indicazioni fornite. Attraverso le informazioni ricavate è possibile costruire un'alleanza di lavoro e per il trattamento (Tellegen A., Kaemmer B., Williams C.L., Butcher J.N., Graham J.R., Pancheri P., Archer R.P., Sirigatti S., Ben-Porath Y.S.)
- **CAT** è un metodo proiettivo che indaga la personalità di soggetti di età compresa tra i 3 e i 10 anni attraverso lo studio delle differenze individuali nella percezione di stimoli standardizzati. Il test è costituito da dieci tavole raffiguranti varie scene con animali, a partire dalle quali il bambino è chiamato a inventare delle storie. Le risposte riflettono la struttura affettiva del soggetto, il rapporto con il mondo degli adulti, la dinamica delle reazioni di fronte alle difficoltà. Le risposte riflettono la struttura affettiva del soggetto, il rapporto con il mondo degli adulti, la dinamica delle reazioni di fronte alle difficoltà (Bellak L., Abrams D.M., Bellak S.S.).
- La **SCL-90-R** è un questionario autosomministrato che valuta un ampio spettro di problemi psicologici e di sintomi psicopatologici, misurando tanto i sintomi internalizzanti (depressione, somatizzazione, ansia) che quelli esternalizzanti (aggressività, ostilità, impulsività). Valuta 9 dimensioni sintomatologiche primarie: Somatizzazione (SOM), Ossessività-Compulsività (O-C), Ipersensibilità interpersonale (I-S), Depressione (DEP), Ansia (ANX), Ostilità (HOS), Ansia fobica (PHOB), Ideazione paranoide (PAR), Psicoticismo (PSY). Sono inoltre presenti anche 7 item addizionali (OTHER) che valutano disturbi dell'appetito e del sonno (Prunas A.).

- **CY-BOCS** (*Children Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale*), un'intervista di 50 domande atte a valutare la presenza attuale o passata di ossessioni o compulsioni e la loro gravità in bambini e ragazzi di età compresa tra i 6 e i 17 anni. In base all'età, viene somministrata al bambino individualmente o tramite il supporto dei genitori.
- **OCI-CV** (*Obsessive Compulsive Inventory-Child Version*), costituito da 21 domande per valutare e misurare i tipi di DOC (ossessioni pure, lavaggi/neutralizzazioni, accumulo/ordine) in bambini e adolescenti di età compresa tra gli 8 e i 17 anni.

Il processo diagnostico prevede poi un terzo step che riguarda la definizione del quadro clinico generale, la restituzione e la stesura del progetto terapeutico. In questa fase è fondamentale un confronto tra l'intera équipe in modo da ottenere un preciso inquadramento diagnostico e definire un intervento terapeutico quanto più possibile specifico, coerente con le difficoltà del minore e congruente con le risorse intrapsichiche del ragazzo e quelle familiari e sociali del suo contesto di appartenenza.

L'incontro di restituzione con il minore e la famiglia è svolto da almeno due membri dell'équipe. In questa fase, assume un ruolo fondamentale nel percorso terapeutico il coinvolgimento dei familiari con l'obiettivo di far conoscere il disturbo, renderli consapevoli delle motivazioni alla base del comportamento del figlio e suggerire le migliori modalità di gestione dei sintomi. In questo modo si esplicita come la famiglia sia attore primario dell'intervento insieme al bambino/adolescente e parte attiva nel percorso di cura.

Terapia e trattamento

Bisogna sottolineare che vi è in letteratura un limitato numero di ricerche evidence based circa il trattamento con bambini/adolescenti con DOC, inoltre le linee guida fanno riferimento per lo più a studi effettuati in età adulta che in questa sede prendiamo come riferimento valido per l'intero arco di vita.

La scelta del trattamento deve essere individualizzata e deve tenere in considerazione numerosi fattori come la natura e la severità dei sintomi, il momento di vita del minore e del quadro clinico comportamentale emerso dalle osservazioni specialistiche. Gli obiettivi dell'intervento terapeutico riguardano la riduzione/remissione dei sintomi ossessivi-compulsivi, ridurre le condizioni di comorbidità, promuovere lo sviluppo sociale ed emotivo, favorire la partecipazione scolastica ed alleviare il disagio familiare.

Tra i trattamenti evidence-based troviamo i seguenti:

- Psicoterapia: individuale, di gruppo o familiare
- Sostegno familiare/psicoeducazione dei genitori ed insegnanti: nel caso di trattamento con bambini ed adolescenti è necessario coinvolgere il contesto familiare, educativo e sociale di cui gli stessi fanno parte, così come la qualità dei rapporti interpersonali.
- Coinvolgimento di enti terzi presenti sul territorio e interventi sociali ed ambientali: è fondamentale la collaborazione tra il professionista e la scuola o le figure adulte di riferimento al fine di fornire una corretta informazione sulla natura del problema e promuovere un'adeguata gestione dei sintomi.

- Terapia farmacologica: viene presa in considerazione quando tutti gli altri interventi non raggiungono gli obiettivi prefissati o quando l'espressività della sintomatologia risulta pervasiva e persistente.

Tanto la terapia farmacologica che la psicoterapia si sono dimostrate efficaci nel trattamento del disturbo, tuttavia sembra essere l'opzione maggiormente efficace la loro combinazione per il DOC in età evolutiva.

Una delle tecniche, con maggiore riscontro positivo, è quella dell'Esposizione e Prevenzione della Risposta (ERP) dell'approccio cognitivo comportamentale.

Trattamento farmacologico

Per il trattamento farmacologico del DOC in età evolutiva vengono considerati **farmaci di prima scelta gli SSRI** (inibitori selettivi della ricaptazione della serotonina). Evidenze di efficacia clinica sono state riscontrate per fluoxetina, fluvoxamina, sertralina, citalopram e paroxetina.

Tra gli SSRI hanno ricevuto l'approvazione sia dall'AIFA (Associazione Italiana del Farmaco) all'uso della **sertralina** per i bambini al di sopra dei 6 anni, e della **fluvoxamina** per i bambini al di sopra degli 8 anni; mentre la fluoxetina è stata autorizzata dall'FDA (agenzia statunitense per gli alimenti e i medicinali) anche all'uso in età pediatrica dopo i 7 anni.

In genere gli effetti avversi degli SSRI sono di lieve entità e autolimitatesi. Comprendono cefalea, disturbi gastrointestinali, nausea, perdita/aumento dell'appetito, insonnia; in età adolescenziale molto frequenti sono le disfunzioni della sfera sessuale (riduzione della libido ed anorgasmia).

Un effetto avverso segnalato dalla FDA nel 2004 è il rischio suicidario (ideazioni suicidarie e/o tentativo di suicidio); anche il comitato scientifico dell'EMA (Agenzia Europea per i medicinali) ha ribadito il rischio di comportamenti correlati al suicidio. Pertanto viene raccomandato in età evolutiva una titolazione lenta ed un attento monitoraggio dell'assetto psico-emotivo dei pazienti, soprattutto nelle prime fasi di trattamento.

Il rischio di sviluppare la sindrome serotoninergica (acatisia, ipomania, irritabilità e sintomi extrapiramidali) sebbene di bassa frequenza in età evolutiva, va comunque tenuto presente, soprattutto perché potenzialmente letale.

Nel trattamento del DOC pediatrico è previsto l'uso degli **antidepressivi triciclici** nei casi non responders agli SSRI; la clomipramina è il farmaco per il quale sono disponibili le maggiori evidenze cliniche di efficacia in età evolutiva.

Allo stato attuale, non sono stati individuati con precisione dei fattori predittivi della risposta al trattamento con SSRI in età evolutiva, ma certamente un grado elevato di severità dei sintomi, una maggiore compromissione funzionale e un ambiente familiare con alti livelli di stress riducono la probabilità di successo alla terapia farmacologica.

La latenza media della risposta al trattamento con SSRI è di circa 6-8 settimane (talvolta anche 12-16 settimane) dal momento in cui si raggiunge la dose terapeutica. Quando la risposta clinica alla monoterapia, somministrata per un tempo sufficientemente lungo ed alla posologia adeguata, è assente o insoddisfacente è possibile considerare il potenziamento con l'aggiunta di un altro farmaco. A tal proposito, si è assistito ad un crescente utilizzo degli antipsicotici atipici per il trattamento di diversi quadri patologici soprattutto in situazioni di comorbidità; anche per il DOC vi sono evidenze scientifiche a favore dell'aripirazolo (APZ) per il potenziamento con gli SSRI nei casi resistenti. Dosaggi non elevati di APZ possono essere sufficienti ad ottenere beneficio

clinico (compresi tra 2-10 mg/die). Anche il risperidone è stato utilizzato allo stesso scopo con dosaggi tra 1 e 2,5 mg/die.

Si ribadisce l'importanza dell'affetto sinergico dei vari interventi tra terapia farmacologica e trattamenti psicoterapico ed psicoeducativo.

Assistenza e Follow up

La presa in carico del minore e della sua famiglia al servizio di Neuropsichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza prevede un primo contatto con il medico e l'assistente sociale, segue un percorso di monitoraggio in itinere con incontri programmati per il sostegno psicologico oppure percorsi di psicoterapia in base all'età del minore, colloqui sociali ed incontri psicoeducativi con la famiglia e visite mediche per il controllo della terapia farmacologica.

Bibliografia

- American Academy of Child and Adolescent Psychiatry (1998). *Summary of the Practice parameters for the assessment and treatment of children and adolescents with obsessive compulsive disorder*. Journal of American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 37(10), 1110-1116.
- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of mental disorders* (DSM-5) (5th ed.). Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.
- Buonanno C., Perdighe C., Mancini F. (2009), *La psicoterapia del disturbo ossessivo compulsivo in età evolutiva*, Gior Neuropsich Età Evol 2009;29:290-308.
- Dèttore, D. (2003). *Il disturbo ossessivo-compulsivo. Caratteristiche cliniche e tecniche di intervento*. Ed. McGraw-Hill.
- Mancini F., Roger G., (2020), *Le linee guida per il trattamento psicologico del disturbo ossessivo compulsivo*, Cognitivismo clinico (2020) 17, 2, 234-250.
- MASI G., MILLEPIEDI S., PFANNER C., BERLOFFA S., PARI C., MUCCI M., (2008), *Fenotipi del Disturbo Ossessivo Compulsivo infantile: influenza dell'età di esordio, genere, sintomatologia e comorbidità*. Gior Neuropsich Età Evol 2008;28:301-313.
- Montano, A., Annicchiaro, F., & Misuraca, S. (2015). *Ossessioni e compulsioni nei bambini. Programma di intervento cognitivo-comportamentale*. Trento: Erickson.
- Neri, V., & Cardona, F. (2012). *Children Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale (CY-BOCS)*. In: Sica, C. (a cura di). *Disturbo ossessivo compulsivo. Questionari e interviste per la valutazione clinica*. Trento: Erickson.
- Persico A.M. (2018), *Manuale di Neuropsichiatria Infantile e dell'Adolescenza*, Società Editrice Universo.
- Pozza, A., Berardi, D., Fazzi, L., Bendinelli, S., Cenerelli, A.M., Sterpone, R., & Dèttore, D. (2017). *I sottotipi di disturbo ossessivo-compulsivo in età evolutiva: adattamento della versione italiana di Obsessive Compulsive Inventory-Child Version (OCI-CV) e studio preliminare delle proprietà psicometriche in campioni non-clinici di 8-11 anni*. Psicoterapia Cognitiva e Comportamentale, 23(1), 41-72.
- Rigardetto Sylvia, Aguglia Andrea, Di Salvo Gabriele, Albert Umberto, Bogetto Filippo, Maina Giuseppe (2013), *Il disturbo ossessivo-compulsivo (DOC) grave: caratteristiche socio-demografiche e cliniche*. Clinical ManagementIssues, Vol 7,No 2 (2013)

PDTA

DISTURBO OSSESSIVO COMPULSIVO

