



La storia di Andrea: una lunga ricerca verso la migliore terapia

Massimo Conte

UOC SPDC Cassino-Sora

La scelta di raccontare la storia clinica di Andrea nasce soprattutto da un lungo rapporto terapeutico in cui ho condiviso con lui sia molte fasi critiche del suo disturbo psicotico, sia periodi intercritici più sereni in cui è stato possibile conoscere il vissuto soggettivo delle varie fasi della malattia. La lunga storia clinica mi ha permesso, inoltre, di studiare l'effetto dei molti farmaci assunti e di condividere con lui il disagio degli effetti negativi e il benessere di quelli positivi nella lunga ricerca di una terapia il più possibile personalizzata.

Presentazione e storia clinica

Figlio di insegnanti, Andrea ha vissuto un'adolescenza all'apparenza senza traumi. All'età di 19 anni si trasferiva a Bologna dove si iscriveva alla Facoltà di Lettere e, contemporaneamente, iniziava una relazione con una compagna di studio. Tutto procedeva bene fino alla rottura di questo rapporto a cui, dopo una breve fase depressiva con tristezza e ritiro sociale, faceva seguito la prima crisi psicotica.

Andrea descrive bene quel momento che, a suo dire, ha determinato una "drastica rottura con il passato": la realtà e il mondo intorno a lui erano cambiati, tutto era divenuto "oscuro e minaccioso". Ciò che prima era familiare in quell'istante tutto appariva estraneo e incomprensibile. Le settimane successive le trascorreva chiuso nel suo appartamento in preda a una forte angoscia persecutoria. Riportato a casa dai genitori, iniziava il suo primo trattamento farmacologico con neurolettici di prima generazione. Negli anni che seguirono, fino all'età di 28 anni, con questa terapia la sintomatologia positiva si era notevolmente ridotta tanto da permettergli di fare diversi viaggi ma solo con alcuni "amici fidati". Permaneva, però, un ridotto funzionamento scolastico e lavorativo: veniva riformato dal servizio di leva, cambiava diverse università e corsi di studio provando, con poco successo, alcune attività lavorative. La *compliance* a questi farmaci era scarsa a causa di un rallentamento psicomotorio che gli impediva di muoversi e pensare come avrebbe voluto.

All'età di 28 anni, mentre si trovava a Londra per motivi di studio, presentava la seconda crisi psicotica che lui stesso definiva "della cospirazione"; i contenuti persecutori dominavano i suoi pensieri: si sentiva minacciato da entità malavitose che lo controllavano e gli inviavano dei messaggi criptati attraverso la TV e i libri. Le parole che sentiva casualmente per strada erano riferite a lui; il suo stesso pensiero era ormai di dominio pubblico come anche i suoi movimenti (che "non gli appartenevano"), erano controllati dai suoi nemici. In due occasioni ha presentato un blocco psicomotorio: in aeroporto e in un

negozio. Nello stesso tempo si sentiva confuso e incapace di concentrarsi. Alla fase residua della malattia si associava un più breve periodo depressivo con crisi di pianto, sensi di colpa, apatia e anedonia. Alla terapia con olanzapina 20 mg veniva associata terapia antidepressiva.

Nei due anni successivi, la sintomatologia regrediva e Andrea riusciva anche a laurearsi ma, a causa dell'aumento di peso (15 kg), un anno dopo, all'età di 31 anni, sospendeva la terapia ripresentando la terza crisi psicotica con una sintomatologia simile alla precedente, ma con un quadro clinico attenuato.

Riassume la terapia riprendendo a fare qualche viaggio con l'unico amico che risiedeva all'estero e di cui ancora si fidava. All'età di 35 anni l'ennesima interruzione della terapia determinava la quarta crisi che si è protratta per due anni con un primo e lungo ricovero in SPDC. Questa volta le interpretazioni deliranti e le idee di influenzamento non coinvolgevano solo gli estranei e i parenti ma anche i genitori da cui si sentiva controllato perfino durante il sonno. Alla dimissione gli venne prescritta la terapia con aloperidolo 8 mg e un antidepressivo. I due anni successivi li trascorreva a Londra dove ha vissuto isolato tra la biblioteca e il suo appartamento.

La malattia del padre, a 39 anni, lo fece rientrare prima dell'inizio di una ulteriore crisi. Venne modificata la terapia con l'introduzione di paliperidone a 9 mg che è stata mantenuta per cinque anni durante i quali i sintomi produttivi si riducevano: il mondo esterno però rimaneva poco affidabile e anche il suo amico in qualche occasione era fonte di paura; non usciva quasi mai da casa se non con la madre e le letture che faceva in modo ritualistico erano, insieme agli incontri con il terapeuta, l'unico contatto reale con il mondo fuori casa.

Trattamento ed esiti

Andrea presenta un chiaro disturbo schizofrenico. La sintomatologia delirante ha sempre dominato il quadro clinico della patologia.

La depressione ha reso negli anni ancora più fragile il paziente ormai devastato dalla patologia schizofrenica. La scarsa autostima, l'insicurezza e l'inadeguatezza hanno accompagnato gran parte della sua esistenza, anche nei momenti di minore espressività psicopatologica quando si sentiva inferiore e piccolo rispetto alle persone intorno a lui. Per questo aveva scelto di guardare il mondo e la gente che lo abitava attraverso i racconti dei libri. Si arricchiva di queste letture e ne voleva parlare negli incontri.

Nel 2018 viene introdotto lurasidone inizialmente alla dose di 111 mg e successivamente alla dose di 148 mg.

Correspondence:

Massimo Conte
contemassimo.1956@gmail.com

How to cite this article: Conte M. La storia di Andrea: una lunga ricerca verso la migliore terapia. Evidence-based Psychiatric Care 2023;9(1 Suppl 1):8-9; <https://doi.org/10.36180/2421-4469-2023-S5>

Negli anni che seguirono, fino a oggi, pur con le restrizioni imposte dal COVID e la scomparsa del padre, la vita di Andrea è molto cambiata. Per la prima volta si sente sereno e libero di vivere la sua vita relazionale, di frequentare i vecchi compagni di scuola e di fare nuove amicizie. Non vive più il “disagio della gente” e non teme più il giudizio delle persone e la loro presenza. Ha iniziato a fare sport e a riprendere i viaggi andando a trovare i vecchi amici in diverse parti del mondo. Si sente per la prima volta da decenni la mente “rischiarata e fluida” quando legge. Ormai cinquantenne non pensa più a un lavoro ma si sente pronto a dare il suo contributo a un’associazione culturale locale a cui si è iscritto.

Nei 30 anni di malattia le sue funzioni cognitive sono state poco compromesse. Le molte letture, spesso in lingue diverse dalla sua, hanno sicuramente contribuito a mantenere queste funzioni attive. Al di fuori della crisi, la struttura formale del pensiero è sempre apparsa buona. Invece l’attenzione, la memoria di lavoro, l’apprendimento e la capacità di elaborare le informazioni – funzioni che dall’esterno sembravano poco compromesse – negli ultimi anni erano motivo di disagio e lamentela da parte di Andrea.

Al di fuori delle crisi, Andrea ha sempre presentato una chiara coscienza di malattia e una buona aderenza farmacologica che si incrinava solo a causa degli effetti collaterali dei farmaci, tra cui prima il marcato rallentamento psicomotorio e successivamente l’aumento di peso e la sonnolenza o “l’offuscamento mentale” che questi farmaci gli provocavano.

Negli anni di malattia la terapia farmacologica si è basata sia su farmaci di prima generazione sia di seconda generazione. I primi, se hanno inciso positivamente sui sintomi positivi, non sono stati risolutivi nella patologia depressiva: l’utilizzo di antidepressivi, quasi sempre associati alla terapia neurolettica, ha contribuito sicuramente alla risoluzione delle fasi depressive ma ha poco inciso sull’immagine negativa di Andrea, sull’autostima e sull’insicurezza, soprattutto relazionale.

Nella seconda parte del suo percorso clinico sono stati utilizzati due farmaci neurolettici di seconda generazione (insieme ad alcuni antidepressivi), ma anche questi hanno inciso poco sulla sua autostima e insicurezza. In quella fase del percorso clinico, a rendere ancora più difficile il suo inserimento sociale, si sono aggiunte delle latenti paure persecutorie che Andrea riportava anche in continui sogni di guerre, aggressioni e violenze di vario genere. Non andava meglio sul piano cognitivo poiché il trattamento con olanzapina causava sonnolenza durante gran parte della mattinata e lo “stordiva” nella seconda; la terapia, inoltre, apportava maggiore appetito con conseguente aumento di peso.

Le cose sono cambiate con il passaggio a lurasidone.

I cinque anni di utilizzo di questo farmaco in monoterapia hanno inciso positivamente sulla sua vita. I sogni aggressivi che anticipavano e poi accompagnavano i suoi deliri persecutori erano divenuti rari. La sua autostima e sicurezza erano migliorati sensibilmente. Non si sentiva più un “essere piccolo in mezzo a giganti”. Poteva uscire da casa non solo per viaggiare con alcuni lontani amici ma anche per vivere, senza timore o soggezione, le relazioni con la gente del suo

paese. Infine poteva dedicarsi alle sue letture con una mente lucida.

Conclusioni

La risposta clinica a un farmaco non è mai scontata e la storia di Andrea ne è un esempio. Sicuramente l’ampia e complessa attività del farmaco ha permesso una maggiore e una più selettiva risposta al disturbo schizofrenico di Andrea.

L’azione del farmaco ha:

1. risposto ai suoi bisogni ‘cognitivi’ e di ‘lucidità mentale’ che lo studio e la lettura gli richiedevano;
2. modificato l’immagine negativa di sé, rendendolo più sicuro e adeguato nelle relazioni sociali;
3. sradicato totalmente e profondamente lo sfondo persecutorio che gli impediva di sentirsi sicuro con gli altri;
4. permesso di dimagrire e iniziare un’attività fisica e avere un buon rapporto con un farmaco che dovrà assumere probabilmente per tutta la vita.

Bibliografia di riferimento

- Azhar Y, Shaban K. Lurasidone. 2022 Jun 21. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island, FL: StatPearls Publishing 2022.
- Citrome L, Weiden PJ, McEvoy JP, et al. Effectiveness of lurasidone in schizophrenia or schizoaffective patients switched from other antipsychotics: a 6-month, open-label, extension study. *CNS Spectr* 2014;19:330-339. <https://doi.org/10.1017/S109285291300093X>
- Corponi F, Fabbri C, Bitter I, et al. Novel antipsychotics specificity profile: a clinically oriented review of lurasidone, brexpiprazole, cariprazine and lumateperone. *Eur Neuropsychopharmacol* 2019;29:971-985. <https://doi.org/10.1016/j.euroneuro.2019.06.008>
- Harvey PD. The clinical utility of lurasidone in schizophrenia: patient considerations. *Neuropsychiatr Dis Treat* 2015;11:1103-1109. <https://doi.org/10.2147/NDT.S68417>
- Huhn M, Nikolakopoulou A, Schneider-Thoma J, et al. Comparative efficacy and tolerability of 32 oral antipsychotics for the acute treatment of adult with multipisode schizophrenia: a systematic review and network meta-analysis. *Lancet* 2019;394:939-951. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(19\)31135-3](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(19)31135-3)
- Kantrowitz JT, Citrome L. Schizoaffective disorder: a review of current research themes and pharmacological management. *CNS Drugs* 2011;25:317-331. doi: 10.2165/11587630-000000000-00000
- Leucht S, Crippa A, Sifakis S, et al. Dose-response meta-analysis of antipsychotic drugs for acute schizophrenia. *Am J Psychiatry* 2020;177:342-353. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2019.19010034>
- Meltzer HY, Share DB, Jayathilake K, et al. Lurasidone improves psychopathology and cognition in treatment resistant schizophrenia. *Clin Psychopharmacol* 2020;40:240-249. <https://doi.org/10.1097/JCP.0000000000001205>
- Miller JN, Black DW. Schizoaffective disorder: a review. *Ann Clin Psychiatry* 2019;31:47-53.
- Muñoz-Negro JE, Cuadrado L, Cervilla JA. Current evidences on psychopharmacology of schizoaffective disorder. *Actas Esp Psiquiatr* 2019;47:190-201.
- Orzelska-Górka J, Mikulska J, Wiszniewska A, et al. New atypical antipsychotics in the treatment of schizophrenia and depression. *Int J Mol Sci* 2022;23:10624. <https://doi.org/10.3390/ijms231810624>
- Padhy S, Hedge A. [Schizoaffective Disorder: Evolution and Current Status of the Concept]. *Turk Psikiyatri Derg* 2015;26:131-137.
- Page T, Baldessarini RJ, Franklin J, et al. Characteristics of patients diagnosed with schizoaffective disorder compared with schizophrenia and bipolar disorder. *Bipolar Disord* 2013;15:229-239. <https://doi.org/10.1111/bdi.12057>
- Parker G. How well does the DSM-5 capture schizoaffective disorder? *Can J Psychiatry* 2019;64:607-610. doi: 10.1177/0706743719856845
- Stahl SM. *Prescriber’s Guide Stahl’s Essential Psychopharmacology*. 7th ed. Cambridge University Press 2020.
- Tavcar R. Schizoaffective disorder: from Kraepelin to genes. *Psychiatr Danub* 2008;20:396-398.
- Uptegrove R, Marwaha S, Birchwood M. Depression and schizophrenia: cause, consequence, or trans-diagnostic issue? *Schizophr Bull* 2017;43:240-244. <https://doi.org/10.1093/schbul/sbw097>