



SOCIETÀ
ITALIANA
DI PSICHIATRIA

Evidence based Psychiatric Care

Journal of the Italian Society of Psychiatry

www.evidence-based-psychiatric-care.org

**Lurasidone nel trattamento della schizofrenia:
casi clinici in *real-life***

PACINI
EDITORE
MEDICINA

SUPPLEMENTO 1 | Vol. 09 | 1_2023



Lurasidone nel trattamento della schizofrenia in *setting* acuto: efficacia clinica, rapidità d'azione e maneggevolezza

Andrea Ardisson, Stefania Deodato

Reparto SPDC, Ospedale "Villa Scassi" dell'ASL 3 Genovese

Presentazione e storia clinica

Una giovane donna di 36 anni accedeva presso il Reparto SPDC dell'Ospedale Villa Scassi dell'ASL3 di Genova per un episodio psicotico. Dalla raccolta anamnestica emergeva un basso peso alla nascita (parto eutocico) con uno sviluppo psicomotorio nella norma.

La familiarità per disturbi psichiatrici risultava positiva in quanto la madre avrebbe manifestato un episodio depressivo reattivamente alla separazione dal marito, quando la paziente frequentava le medie. Conseguentemente il rapporto con il padre si rese conflittuale e, al fine di gestire la mancanza di una figura paterna e la malattia della figura materna, la paziente iniziò ad abusare di sostanze (eroina e metadone) a scopo autoterapico.

La paziente venne presa in carico presso i servizi territoriali del SERD e intraprese diversi percorsi residenziali presso comunità dedicate.

Nel 2014 ci fu una remissione brusca del disturbo da uso di sostanze, quando la paziente venne a conoscenza di essere incinta. Dalla storia non si riscontravano altri disturbi di natura psichiatrica, non emergevano periodi precedenti suggestivi di fasi depressive o ipo-/maniacali. Nella norma il decorso della gravidanza e del post-partum.

Figlia unica, riferiva episodi di bullismo fin dalle scuole elementari con inserimento difficoltoso nel gruppo dei pari. Ai colloqui emergeva una certa tendenza alla dipendenza relazionale.

La paziente attualmente vive assieme al figlio in un'abitazione vicino alla madre, con cui riferisce di essere in buoni rapporti. Si segnala pregressa infezione acuta da HCV, riscontrata nel 2011, per cui ha fatto seguito un ricovero ospedaliero e da cui sarebbe guarita, in quando l'infezione non si sarebbe cronicizzata.

Nel corso degli ultimi mesi, precedenti all'esordio psicopatologico, la paziente avrebbe cominciato a interessarsi al culto dell'esoterismo, dottrina spirituale a cui si è sempre sentita vicina, entrando in contatto con persone dell'ambiente mediante incontri di persone o attraverso piattaforme social, che l'avrebbero particolarmente coinvolta e plagiata.

Nel corso dell'ultimo mese la paziente presentava un progressivo aumento della tensione interna, in relazione alla strutturazione di un delirio persecutorio e di nocumento rivolti principalmente verso il figlio, misto a contenuti di tipo mistico-esoterico ("Sono capaci di appropriarsi dell'anima e colludono con lo Stato e la Chiesa!").

Nel corso dell'ultima settimana i contenuti deliranti sarebbero divenuti talmente pervasivi che la paziente si rifiutava di alimentarsi e di bere, secondariamente a idee di veneficio, ad allontanarsi dalle normali frequentazioni e a manifestare gravi anomalie comportamentali, come il recarsi frequentemente presso la scuola elementare frequentata dal figlio.

Il giorno del ricovero la paziente si era nuovamente recata presso l'istituto scolastico in quanto convinta che il figlio si trovasse in pericolo imminente di vita. La paziente avrebbe richiesto insistentemente di vedere il bambino verbalizzando contenuti deliranti; pertanto, il personale scolastico avrebbe richiesto l'intervento delle Forze dell'Ordine che, trovandola in un profondo stato di agitazione e "terrore", l'avrebbero accompagnata presso il Pronto Soccorso dell'Ospedale di Villa Scassi. Qui, la paziente veniva sottoposta ad accertamenti laboratoristici, quali esami ematochimici e tossicologici (negativi), strumentali (elettrocardiogramma) e a consulenza psichiatrica.

Al colloquio con la psichiatra, la paziente si presentava vigile, lucida e orientata nei parametri di realtà. Appariva profondamente tesa sul piano psicomotorio, diffidente, terrorizzata e ipervigile nell'atteggiamento, tuttavia disponibile e accessibile ai contenuti ideo-affettivi. La mimica appariva tesa e piangente. L'eloquio era a tratti concitato, il pensiero si presentava corretto nella forma con nessi logico-associativi mantenuti. Al colloquio verbalizzava i contenuti deliranti sopradescritti che pervadevano globalmente il suo psichismo in assenza totale di consapevolezza di malattia. Il tono dell'umore appariva orientato verso il polo negativo, con emotività congrua e un'elevata quota di tensione interna. Negava dispercezioni e non si apprezzavano atteggiamenti di ascolto. Risultavano assenti idee, intenti e/o proposti anti-conservativi o eteroaggressivi.

Al termine della visita veniva proposto il ricovero presso il Reparto SPDC che la paziente, seppur con una certa ambivalenza, accettava volontariamente.

Trattamento ed esiti

In considerazione della florida sintomatologia psicotica rappresentata principalmente dall'ideazione delirante e le richieste della paziente di evitare un'eccessiva sedazione, l'équipe prendeva fin da subito in considerazione l'utilizzo di lurasidone, farmaco caratterizzato da un profilo recettoriale che presenta una buona attività antipsicotica rispettando le necessità della paziente in quanto con limitati effetti sedativi¹. La pa-

Correspondence:

Andrea Ardisson
ard.andrew@gmail.com

How to cite this article: Ardisson A, Deodato S. Lurasidone nel trattamento della schizofrenia in *setting* acuto: efficacia clinica, rapidità d'azione e maneggevolezza. Evidence-based Psychiatric Care 2023;9(1 Suppl 1):2-3; <https://doi.org/10.36180/2421-4469-2023-S1>

ziente, inoltre, non presentava disturbi del comportamento alimentare o riduzione dell'appetito, per cui la somministrazione durante i pasti non rappresentava un problema.

È stata pertanto introdotta una terapia a base di lurasidone al massimo dosaggio di 148 mg, somministrata dal personale infermieristico durante il pasto serale. Tuttavia, al fine di ridurre l'elevata quota di tensione interna, veniva associato a scopo ansiolitico il delorazepam, al dosaggio di circa 1,3 mg/die, e il trazodone, al dosaggio di 50 mg/die, a scopo ipnoinducente.

A seguito di timori riguardo un potenziale effetto sedativo, la paziente rifiutò le prime due somministrazioni del farmaco. In un secondo colloquio venne rassicurata sull'assenza di effetti sedativi e, convinta ad assumerlo, venne invitata ad assumere due fette biscottate e una confettura assieme al farmaco.

Nel corso dei giorni successivi la paziente ha presentato da subito un miglioramento sul piano dell'umore e della quota ansiosa, effetto secondario sia alla terapia ansiolitica, sia all'ambiente contenitivo del reparto, ma persistevano i temi deliranti e la loro pervasività.

Al quinto giorno dall'inizio della terapia la paziente esprimeva una prima critica iniziando a dubitare della concretezza dei temi deliranti e, al sesto giorno, si evidenziava una completa risoluzione dei deliri.

Al nono giorno, considerata la risoluzione dell'episodio psicotico e la buona tollerabilità alla cura psicofarmacologica, la paziente veniva dimessa dal reparto con la seguente terapia: lurasidone 148 mg e delorazepam 20 gocce alla sera.

Al momento della stesura del caso clinico la paziente è stata presa in carico presso il CSM e ha effettuato due visite psichiatriche, una a tre giorni dalla dimissione e una circa due settimane dopo. Tuttora la paziente mantiene un buon compenso psicopatologico e non manifesta collateralità del trattamento psicofarmacologico.

Conclusioni

Abbiamo deciso di illustrare questo caso clinico perché la nostra esperienza potesse fornire alcune informazioni pratiche sull'uso di lurasidone nella pratica clinica quotidiana. Le proprietà principali emerse dalla nostra esperienza sono le seguenti: un'ottima tollerabilità del farmaco confermata dall'assenza di effetti sedativi e dall'assenza di effetti controlaterali a circa un mese dall'inizio della terapia, elemento che promuoverebbe una buona aderenza alla terapia; una buona maneggevolezza del farmaco che è possibile impiegare, fin dai primi giorni della terapia, al dosaggio massimale. Ciò ha consentito di ottenere una più rapida risposta terapeutica, riscontrata al raggiungimento dello *steady state*, che si ottiene mediamente entro 7 giorni², come si è assistito nel nostro caso clinico con la risoluzione completa della sintomatologia delirante al sesto giorno di terapia.

Lavorando in un reparto psichiatrico per pazienti acuti, in un contesto metropolitano in cui la richiesta di ricovero è molto elevata, a fronte di una riduzione dei posti letti e di limitate risorse territoriali, si rende sempre più necessaria una rapida stabilizzazione del quadro clinico e una riduzione dei tempi di degenza ospedaliera che possa consentire una dimissione e una presa in carico territoriale adeguata. Allo stesso tempo risulta fondamentale individuare una terapia psicofarmacologica che consenta al paziente di vivere la propria quotidianità con il minor numero di effetti collaterali.

Bibliografia

- 1 Ishibashi T, Horisawa T, Tokuda K, et al. Pharmacological profile of lurasidone, a novel antipsychotic agent with potent 5-hydroxytryptamine 7 (5-HT7) and 5-HT1A receptor activity. *J Pharmacol Exp Ther* 2010;334:171-181. <https://doi.org/10.1124/jpet.110.167346>
- 2 Greenberg WM, Citrome L. Pharmacokinetics and pharmacodynamics of lurasidone hydrochloride, a second-generation antipsychotic: a systematic review of the published literature. *Clin Pharmacokinet* 2017;56:493-503. <https://doi.org/10.1007/s40262-016-0465-5>



Switch da clozapina a lurasidone a seguito di neutropenia, efficacia e tollerabilità: un case report

Anna Bellicanta, Ermanno Vergnano
Casa di Cura Villa di Salute, Trofanello (TO)

Presentazione e storia clinica

Lo *switch* da un antipsicotico a un altro è sempre un momento delicato nel percorso di un paziente^{1,2}. Qualche volta, però, ci si trova di fronte alla necessità assoluta di cercare delle alternative³.

Presentiamo, quindi, il caso di un paziente di 50 anni, affetto da schizofrenia paranoide cronica da più di 20 anni, con esordio in età giovanile. Impostata in origine terapia con aloperidolo; nel 1998, a seguito di una TAC tramite defenestrazione, è stata prescritta terapia con clozapina, grazie alla quale il paziente ha goduto di un buon compenso per circa 10 anni, salvo una residua zoppia (dovuta agli esiti delle plurifratture), con un buon funzionamento socio-lavorativo. In seguito, tuttavia, ha cominciato a ridurre e poi interrompere autonomamente la terapia, con conseguente aumento dei ricoveri, anche in regime di TSO, negli anni successivi.

Venne ricoverato in SPDC, in regime di TSO, per agitazione psicomotoria e agiti pantoclastici sulla base di ideazione delirante a sfondo persecutorio a seguito di autosospensione della terapia farmacologica con clozapina.

Durante quest'ultimo ricovero in SPDC venne reimpostata la terapia con clozapina fino a 300 mg/die e zuclopentixolo decanoato 200 mg i.m. ogni 28 giorni. In seguito fu trasferito presso la nostra Casa di Cura per un periodo di convalescenza volto alla stabilizzazione clinica, alla riabilitazione e in attesa di inserimento in struttura residenziale, dove la *compliance* alle terapie potesse essere monitorata.

Alla dimissione si segnalava lieve riduzione del valore assoluto dei neutrofili ($1,83 \times 10^9/L$), con indicazione a controllo bisettimanale dell'emocromo.

I valori dei neutrofili all'emocromo bisettimanale continuavano a scendere (fino a $1,33 \times 10^9/L$), per cui si decise dapprima di ridurre e poi sospendere la terapia con clozapina; il valore dei leucociti si normalizzò. Inizialmente venne addirittura tentata una reintroduzione del trattamento con clozapina ma rapidamente sospeso all'emocromo successivo, per la ricomparsa di neutropenia.

Alla sospensione della clozapina si ripresentarono i sintomi psicotici, con allucinazioni uditive e deliri persecutori.

Fu impostata una terapia con aloperidolo (fino a 9 mg) e delorazepam (fino a 6 mg) con comparsa di sedazione, acatisia e instabilità posturale, che causarono un peggioramento della deambulazione e della mobilità, già compromesse dalla zoppia, nonostante i parziali benefici sui sintomi psicotici. Per la stessa ragione è stato sospeso lo zuclopentixolo decanoato.

Trattamento ed esiti

Alla luce della sintomatologia del paziente, vi era la necessità di scegliere un farmaco efficace sui sintomi psicotici, con una ridotta incidenza di effetti collaterali a livello motorio e di tipo sedativo.

Ci siamo quindi orientati su lurasidone, che stava dimostrando buona efficacia e tollerabilità anche in pazienti precedentemente trattati con clozapina⁴.

Abbiamo pertanto impostato la nuova terapia con lurasidone con progressivo aumento della dose da 37,5 a 148 mg nel giro di circa 3 settimane, con graduale riduzione di terapia con aloperidolo e delorazepam.

Il paziente ha mostrato un miglioramento dei sintomi allucinatori e deliranti, un miglioramento della mobilità, con incremento della partecipazione alle attività riabilitative proposte dalla Casa di Cura, sia di tipo fisioterapico che espressive o creative. Pur non avendo mai manifestato sintomi chiaramente depressivi, anche l'umore del paziente ha mostrato un miglioramento, con maggiore energia, iniziativa e fiducia nel percorso di cure.

Conclusioni

Il paziente è stato dimesso dopo circa 2 mesi e mezzo di ricovero per inserimento in comunità terapeutica. Alle dimissioni presentava un buon compenso clinico, non manifestava né riferiva effetti collaterali di alcun tipo. Riportava una sensazione di benessere e soddisfazione e, forse, per la prima volta nella sua vita, considerava la terapia in atto come uno strumento per facilitare la propria vita e non come una imposizione con inconvenienti da scontare.

Possiamo quindi concludere che lurasidone è una valida alternativa alla clozapina in termini di efficacia e di tollerabilità qualora sia necessaria una modifica di terapia.

Bibliografia

- 1 Miura G, Tanaka K, Kemuriyama T, et al. Clinical outcomes after clozapine discontinuation in patients with schizophrenia: a systematic review. *Pharmacopsychiatry* 2022;55:181-192. <https://doi.org/10.1055/a-1811-7318>
- 2 Davis JM, Marder SR, Tamminga CA. Switch or stay? *Am J Psychiatry* 2006;163:2032-2033. <https://doi.org/10.1176/ajp.2006.163.12.2032>
- 3 Blackman G, Oloyede E, Horowitz M, et al. Reducing the risk of withdrawal symptoms and relapse following clozapine discontinuation-Is it feasible to develop evidence-based guidelines? *Schizophrenia Bull* 2022;48:176-189. <https://doi.org/10.1093/schbul/sbab103>
- 4 Meltzer HY, Share DB, Jayathilake K, et al. Lurasidone improves psychopathology and cognition in treatment-resistant schizophrenia. *J Clin Psychopharmacol* 2020;40:240-249. <https://doi.org/10.1097/JCP.0000000000001205>

Correspondence:

Anna Bellicanta
a.bellicanta@gmail.com

How to cite this article: Bellicanta A, Vergnano E. *Switch da clozapina a lurasidone a seguito di neutropenia, efficacia e tollerabilità: un case report*. *Evidence-based Psychiatric Care* 2023;9(1 Suppl 1):4; <https://doi.org/10.36180/2421-4469-2023-S2>



Caso clinico

Efficacia di lurasidone in una giovane donna con schizofrenia dopo *switch* da olanzapina

Società Italiana di Psichiatria



Rachele Bencivenga

Centro di Salute Mentale, ASL Napoli 1 Centro, Distretto 26

© Copyright by Pacini Editore Srl

Presentazione e storia clinica

Una giovane donna di 26 anni, si presentava accompagnata dai genitori, presso il mio studio riferendo agitazione psicomotoria con esplosioni di rabbia, anomalie dispercettive, dissociazione ideativa e comportamentale e disturbi cognitivi. Faceva risalire l'esordio all'età di 19 anni quando si evidenziava una progressiva chiusura relazionale con totale perdita di interessi. Veniva riferita insonnia continua, eloquio sconnesso, appiattimento affettivo, povertà ideativa, progressivo isolamento sociale e scarsa cura di sé. L'anamnesi familiare risultava negativa.

La valutazione psichiatrica, in considerazione del quadro anamnestico, deponeva per diagnosi di schizofrenia secondo i criteri del DSM-5. Si prescriveva olanzapina (15 mg/die) e alprazolam (2 mg/die).

Trattamento ed esiti

Dopo i primi cinque mesi con olanzapina si osservava un miglioramento sui sintomi positivi e negativi, sull'agitazione psicomotoria e un lieve miglioramento sui sintomi depressivi. Si rilevava nel corso del tempo uno stato di sovrappeso (BMI > 28), sedazione e alterazione metabolica (aumento dei trigliceridi e della glicemia). Si rendeva necessaria, pertanto, la sospensione della terapia con olanzapina e la possibilità di *switch* a differente terapia antipsicotica. La scelta ricadeva su lurasidone per l'efficacia sui sintomi non solo psicotici ma anche depressivi e cognitivi, per l'assenza degli effetti antistaminici nonché la bassa affinità ai recettori 5-HT_{2c}, associato all'aumento dell'appetito e quindi all'aumento di peso (motivo per cui la paziente avrebbe sospeso la terapia).

Lo *switch* da olanzapina a lurasidone è stato effettuato attraverso la tecnica della titolazione crociata (*cross-titration*). La dose iniziale di lurasidone è stata di 37 mg/die per la prima settimana aumentata a 74 mg/die per la seconda e terza settimana fino al raggiungimento alla quinta settimana della dose di 148 mg/die. L'olanzapina è stata ridotta gradualmente in concomitanza all'incremento graduale del lurasidone.

Dalla terza settimana di terapia con lurasidone, l'olanzapina è stata completamente interrotta (Tab. I).

Dopo tre settimane di trattamento, si è assistito a un miglioramento significativo del tono dell'umore e all'assenza totale dei sintomi psicotici. Durante i colloqui clinici la paziente appariva più integrata verso le proprie abitudini di vita quotidiana, verso gli interessi sia personali sia relazionali, soprattutto con

Tab. I. *Switch* da olanzapina a lurasidone.

Olanzapina	Lurasidone
1 ^a settimana 15 mg	1 ^a settimana 37 mg
2 ^a settimana 10 mg	2 ^a settimana 74 mg
3 ^a settimana 5 mg	3 ^a settimana 74 mg
	5 ^a settimana 148 mg

progettualità lavorative. Il pensiero era lucido, coerente con capacità cognitive più affinate; non sono stati valutati particolari effetti collaterali.

Dopo tre mesi di terapia si è riscontrato un importante miglioramento della sintomatologia psicotica e umorale, i disturbi della condotta erano praticamente assenti. L'aumento di peso, evidenziato prima del passaggio a lurasidone, stava gradualmente rientrando; si è registrata una diminuzione del peso corporeo di circa 7,5 kg.

Dopo otto mesi si è potuto osservare un miglioramento netto di tutto il corredo sintomatologico ma soprattutto si è assistito a una ripresa delle attività autonome in campo lavorativo e relazionale.

Conclusioni

Dopo un anno di terapia i risultati sono stati stabili e duraturi con assenza di effetti collaterali; la ripresa delle attività relazionali ha portato la paziente a intraprendere una relazione stabile con un coetaneo, intravedendo importanti progetti per il futuro. Non sono state evidenziate alterazioni ECG né metaboliche e soprattutto la paziente è rientrata nel suo peso forma.

Bibliografia di riferimento

- Citocrome L, Cucchiari J, Sarma K, et al. Long-term safety and tolerability of lurasidone in schizophrenia: a 12-month, double-blind, active-controlled study. *Int Clin Psychopharmacol* 2012;27:165-176. <https://doi.org/10.1097/YIC.0b013e32835281ef>
- Lieberman JA, Stroup TS, McEvoy, et al. Effectiveness of antipsychotic drugs in patients with schizophrenia. *N Engl J Med* 2005;353:1209-1223. <https://doi.org/10.1056/NEJMoa051688>
- Rajagopalan K, Wade S, Meyer N, et al. Real-world adherence assessment of lurasidone and oral atypical antipsychotics among patients with schizophrenia: an administrative claims analysis. *Curr Med Res Opin* 2017;33:813-820. <https://doi.org/10.1080/03007995.2017.1284656>
- Riva MA, Albert U, de Filippis S, et al. Identification of clinical phenotypes in schizophrenia: the role of lurasidone. *Ther Adv Psychopharmacol* 2021;11:1-12. <https://doi.org/10.1177/20451253211012250>

Correspondence:

Rachele Bencivenga

rachele.bencivenga@aslnapoli1centro.it

How to cite this article: Bencivenga R. Efficacia di lurasidone in una giovane donna con schizofrenia dopo *switch* da olanzapina.

Evidence-based Psychiatric Care 2023;9(1 Suppl 1):5;

<https://doi.org/10.36180/2421-4469-2023-S3>



Lurasidone come approccio nella diagnosi di schizofrenia in comorbidità da uso di sostanze

Stefania Chiappini^{1,2}, Luigi Dattoli³, Giovanni Martinotti^{1,2}¹ Psychopharmacology, Drug Misuse and Novel Psychoactive Substances Research Unit, School of Life and Medical Sciences, University of Hertfordshire, Hertfordshire, UK;² Department of Neurosciences, Imaging and Clinical Sciences, Università degli Studi "G. D'Annunzio", Chieti-Pescara, Italy; ³ Villa Maria Pia, Roma, Italy

Presentazione e storia clinica

Paziente di sesso maschile di 20 anni, giungeva alla nostra attenzione dal domicilio, accompagnato dal padre. Si presentava al nostro centro psichiatrico per un periodo di cura finalizzato alla disassuefazione da sostanze e all'inserimento e al monitoraggio di una terapia farmacologica. La sua storia psichiatrica si intersecava prevalentemente con quella delle sostanze, assunte fin dall'età adolescenziale, con iniziale utilizzo di alcol e cannabis e successivamente di cocaina, amfetamine, ketamina e farmaci (benzodiazepine e pregabalin). Il paziente proveniva da un contesto di elevato livello economico e sociale, con padre alto dirigente pubblico e madre professionista sanitaria, lontani entrambi da qualsiasi condotta alcol o sostanze-relate. Sulla linea materna era riportata una familiarità per disturbi dell'umore. Figlio unico, fino a circa 12 anni aveva mostrato un normale funzionamento, con successi a livello scolastico e sportivo. L'inizio della propria sofferenza psichica sembrava trarre la propria origine dall'esperienza della separazione dei genitori, vissuta come un evento traumatico che aveva portato a utilizzare alcolici prima, poi numerose e varie sostanze in una escalation tossicomane rapida e incontenibile: iniziò a fare uso di cannabis, cocaina, cocaina base e benzodiazepine (clonazepam), sviluppando gradualmente un pattern di abuso e dipendenza. Difatti, l'uso di sostanze ininterrotto, divenuto imponente per quantità di prodotti assunti e qualità di sostanze e farmaci, lo avevano portato nel corso del tempo a una disregolazione emotiva con:

- instabilità subcronica umorale con prevalenza di disforia;
- controllo precario degli impulsi con occasionali episodi di aggressività eterodiretta (verso oggetti);
- una ipertrofia dell'io ancorata a distorsioni cognitive incardinate anche sulla presunzione di possedere competenze tali da poter autogestire le problematiche sostanze-relate e la terapia farmacologica;
- criticità relazionali con tendenza alla manipolazione e all'antisocialità;
- scarsa consapevolezza di malattia.

Ogni approccio terapeutico tentato fino ad allora era fallito, anche di tipo coatto o residenziale. Era in carico al SerD di competenza territoriale, ma non seguito in maniera continuativa a causa di una scarsa aderenza a qualsiasi tipo di approccio terapeutico. Le strategie di trattamento messe in atto, sia la farmacoterapia (agenti antidepressivi, ad esempio paroxe-

tina, mirtazapina; farmaci antipsicotici di seconda generazione, ad esempio quetiapina, olanzapina), sia la psicoterapia, non avevano migliorato la sintomatologia clinica.

Al suo arrivo presso la nostra struttura, il tossicologico era positivo per alcol, cocaina, ketamina e benzodiazepine; raccogliere le informazioni personali dal paziente era stato particolarmente complesso, pertanto, il padre e la documentazione fornita erano stati la principale fonte di informazioni su di lui. Il paziente si presentava formalmente collaborativo pur mostrando una tendenza alla sfida con l'interlocutore e alla manipolazione, minimizzando completamente le problematiche psicopatologiche e sostanze-relate. Era evidente una instabilità affettiva che si associava a disforia, iperarousal, insonnia, ansia psichica e somatizzata, con polarizzazione del pensiero su disturbi gastrointestinali, come disagia, nausea, gonfiore addominale e difficoltà digestive, sintomi per i quali assumeva quantità smodate di antiacidi e aveva già effettuato numerose visite specialistiche ed esami piuttosto invasivi (ad es. gastroscopie). Appariva apatico e anedonico. Il pensiero era poco esplorabile a causa delle difese messe in atto dal paziente; per quanto esente da screzi deliranti veri e propri, sembrava poco organizzato con circostanzialità e interpretatività e il contenuto diffusamente persecutorio; era assente sintomatologia dispercettiva nella forma di allucinazioni vere e proprie, ma erano descritte alterazioni della percezione nella forma di illusioni visive. La consapevolezza di malattia era assente. L'orientamento diagnostico era di schizofrenia in comorbidità da uso di sostanze.

La valutazione psicodiagnostica iniziale comprendeva:

- *Positive and Negative Syndrome Scale* (PANSS): punteggio di 110/210 con punteggi più alti per ostilità, sospettosità/persecuzione, tensione, grandiosità, scarso controllo degli impulsi, mancanza di spontaneità e fluidità nel colloquio, perdita di giudizio e di insight, manierismi;
- *Hamilton Anxiety Scale* (HAM-A): 40/56;
- *Toronto Alexithymia Scale* (TAS-20): 56/100 (indicativo di alestitimia);
- *Brief Psychiatric Rating Scale* (BPRS): 76/168;
- *Global Assessment of Functioning* (GAF): 40 (menomazione grave del funzionamento).

Trattamento ed esiti

Inizialmente il paziente era poco disponibile ad accettare una terapia farmacologica, verosimilmente a causa degli effetti

Correspondence:

Stefania Chiappini
stefaniachiappini9@gmail.com

How to cite this article: Chiappini S, Dattoli L, Martinotti G. Lurasidone come approccio nella diagnosi di schizofrenia in comorbidità da uso di sostanze. Evidence-based Psychiatric Care 2023;9(1 Suppl 1):6-7; <https://doi.org/10.36180/2421-4469-2023-S4>

avversi sperimentati con le terapie precedenti, ma anche in relazione alla mancanza di fiducia nei confronti di un curante fino ad allora non conosciuto. Instaurata una relazione di fiducia con il medico, iniziava lurasidone, prima a basso dosaggio per evitare effetti collaterali da induzione, poi titolando gradualmente la dose fino al dosaggio attuale di 148 mg/die. Nella prima fase iniziava a basse dosi aloperidolo e delorazepam, utilizzati per gestire i sintomi acuti, e dopo cinque giorni gradualmente ridotti e poi interrotti. Non si sono mai verificati eventi avversi. Veniva supportato da colloqui psicologici individuali e terapie di gruppo a carattere psicoeducativo. La valutazione dopo quattro settimane ha rilevato una diminuzione dei sintomi depressivi e ansiosi e una normalizzazione del comportamento sia nel contesto della relazione medico-paziente sia nel contesto di cura. La sintomatologia gastrointestinale si è gradualmente ridotta, parallelamente riducendosi l'utilizzo di antiacidi. Il paziente ha mantenuto sempre l'astensione da sostanze, monitorata mediante l'utilizzo di esami tossicologici settimanali; non ha mai avuto necessità di terapie benzodiazepiniche aggiuntive, neanche serali. Il paziente ha riferito una risposta complessivamente buona e un miglioramento del funzionamento personale e relazionale, anche con il nucleo familiare di origine.

Prima della dimissione dal centro clinico, è stata eseguita una valutazione psicodiagnostica, in cui tutte le scale hanno mostrato una riduzione dei punteggi:

- PANSS: ha ottenuto un punteggio di 58/210;
- HAM-A: 24/56;
- TAS-20: 28/100;
- BPRS: 43/168;
- GAF: 65.

Conclusioni

Per quanto di nostra conoscenza, questo è il primo caso clinico riportato in letteratura che mostra l'efficacia di lurasidone nella risoluzione di sintomi psicotici in comorbidità con poliuso di sostanze. Fino a oggi la letteratura aveva fatto menzione di un suo utilizzo in casi di psicosi indotte da cannabis.

Lurasidone è un antipsicotico di seconda generazione antagonista selettivo dei recettori della dopamina e della serotonina. Lurasidone si lega fortemente ai recettori dopaminergici D2, stabilizzando la sintomatologia affettiva, normalizzando il pensiero e il comportamento, riducendo i sintomi positivi della psicosi; lurasidone lega anche i recettori serotoninergici

5-HT_{2A} e 5-HT₇, con un'elevata affinità pari rispettivamente a 0,47 e 0,495 nM. Difatti, bloccando i recettori della serotonina 2A determina un aumento del rilascio della dopamina riducendo gli effetti collaterali motori e migliorando i sintomi cognitivi e affettivi. Il blocco dei recettori della serotonina 7, inoltre, può avere effetti benefici sul tono dell'umore, sul sonno, sulla funzione cognitiva, oltre che sui sintomi negativi nella schizofrenia, come anche nel disturbo bipolare e nel disturbo depressivo. Bloccando anche i recettori adrenergici α_{2c} e adrenergici α_{2a} , può determinare beneficio sull'umore, sull'ansia e sugli aspetti cognitivi. Mancando di un'azione potente sui recettori dopaminergici D1, muscarinici M1, e istaminergici H1, è una molecola meno propensa rispetto ad altre della stessa categoria a indurre alterazioni cognitive, aumento di peso o sedazione.

Considerando il profilo di sicurezza e di tollerabilità di lurasidone, sebbene siano descritti tra gli effetti collaterali sintomi extrapiramidali, ad esempio rigidità, tremori, ipomimia, distonie, scialorrea, postura abbassata e andatura anomala, aumento di peso, sedazione/sonnolenza, discinesia tardiva, disturbi cardiovascolari/prolungamento del QT, nel presente caso nessuno di essi è stato registrato.

Rispetto all'astinenza da sostanze, fornendo una stabilizzazione affettiva, in un contesto protetto e in associazione a un intervento psicoterapico, lurasidone ha consentito una normalizzazione dell'umore e un contenimento delle quote di angoscia che normalmente costituivano per il paziente le ragioni di un utilizzo di sostanze o farmaci. Inoltre, ha consentito di contenere il *craving*, cioè il desiderio irrefrenabile di farne uso.

Bibliografia di riferimento

- Martinotti G, Chiappini S, Mosca A, et al. Atypical antipsychotic drugs in dual disorders: current evidence for clinical practice. *Curr Pharm Des* 2022;28:2241-2259. <https://doi.org/10.2174/1381612828666220623092853>
- Ricci V, Martinotti G, De Berardis D, et al. Lurasidone use in Cannabis-induced psychosis: a novel therapeutic strategy and clinical considerations in four cases report. *Int J Environ Res Public Health* 2022;19:16057. <https://doi.org/10.3390/ijerph192316057>
- San L, Arranz B, Martinez-Raga J. Antipsychotic drug treatment of schizophrenic patients with substance abuse disorders. *Eur Addict Res* 2007;13:230-243. <https://doi.org/10.1159/000104886>
- Stahl SM, Cucchiario J, Simonelli D, et al. Effectiveness of lurasidone for patients with schizophrenia following 6 weeks of acute treatment with lurasidone, olanzapine, or placebo: a 6-month, open-label, extension study. *J Clin Psychiatry* 2013;74:507-515. <https://doi.org/10.4088/JCP.12m08084>
- Stahl Stephen GM. *Stahl's Essential Psychopharmacology: Prescriber's Guide*. Sixth Ed. Cambridge University Press 2013.



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>



La storia di Marco tra allucinazioni, deliri e comportamenti disorganizzati

Giampaolo Di Piazza, Annalisa Mastropasqua, Raffaele Pasquini

Servizio Psichiatrico Diagnosi e Cura, P.O. San Donato, Arezzo, Azienda Usl Toscana Sud Est

Presentazione e storia clinica

Marco, elettrotecnico di 33 anni, disoccupato. Corporatura esile accentuata da magrezza ascetica. Vive con la madre di 65 anni; nel corso degli ultimi tre anni ha perso prima il padre, poi la sorella per patologia neoplastica. In primavera è stata formulata alla madre la diagnosi di una neoplasia renale benigna.

Giunge al Pronto Soccorso in uno stato di allerta psicotica dopo aver camminato nudo, solo spalle e schiena coperte da mantello, verso l'abbazia del paese in cui risiede. A tratti perplesso, l'unico tenue movimento quello delle labbra che sembrano proseguire una litania liturgica, a tratti invece si guarda intorno con evidente diffidenza, per poi voltarsi improvvisamente alla ricerca di quel luogo (irraggiungibile) da cui probabilmente giungono dispercezioni uditive. Gli proponiamo un trattamento per aiutarlo a "stare meglio", da assumere in modo autonomo: con un cenno di assenso della testa, comunica il suo accordo. Di fronte ai suoi occhi viene aperta una confezione di loxapina che Marco assumerà dopo oltre 15 minuti in quanto il dispositivo con il farmaco sarà utilizzato come una sorta di tramite con il divino: tenuto tra le mani protese verso l'alto per poi ripetutamente e con lenta gestualità portarlo dalla regione precordiale a sopra la testa, gli occhi protesi in alto nel vuoto intonando una sommessa cantilena di preghiera ("per salvare l'umanità"). Durante il colloquio non emergono elementi suggestivi di volatilità ed espansività maniacale o mista.

Potremmo definire Marco come un pioniere di quella che, nel post lockdown da SARS-CoV-2, è stata definita come la Sindrome della Capanna: vivere, da molti mesi, da autorecluso nella propria abitazione, nel vuoto delle interazioni umane, in un apatico appagamento di se stesso. Più che relazioni di amicizia vengono annoverati dei saltuari "contatti" con ex compagni di scuola: si definirà "un solitario per natura". Giunto in reparto accenna prima alla "musica d'organo" che lo accompagna insieme a "cori di salmi" che sono inequivocabili "comunicazioni e messaggi per me" che lo fanno "sentire eletto e scelto da Dio": paradossalmente proprio questo contatto diretto con il divino (a dire di Marco presente da circa due mesi), mette in luce la permeabilità del sé e la perdita dell'integrità dei confini dell'Io. Quindi, accoglie la proposta di alimentarsi, si nutre benedicendo le pietanze proposte: assume, dopo iniziale titubanza, lurasidone 74 mg 1 cpr, delorazepam 26 gocce. Impostiamo la terapia per il giorno successivo: lurasidone 148 mg 1 cpr/die, delorazepam 26 gocce mattino, pomeriggio e sera.

Nel corso della prima settimana Marco non esce mai dalla propria stanza, trascorre gran parte delle prime giornate seduto sulla poltroncina, lo sguardo rivolto nel vuoto al di là della grande finestra dello SPDC al primo piano. Viene visto spesso sussurrare preghiere. Non accoglie la proposta di partecipare agli incontri di psicoeducazione che vengono effettuati in SPDC al mattino. Marco dà l'impressione di una grave compromissione dell'intersoggettività con la caratteristica della dissocialità schizofrenica^{1,2}. BPRS in ingresso: 116.

Trattamento ed esiti

Dopo sette giorni di trattamento (lurasidone 148 mg/die e delorazepam 78 gocce/die) inizia a riconoscerne il carattere di *quid novum*, così come l'abnormità dei fenomeni dispercettivi uditivi percepiti come dissonanti: precisa inoltre che, in realtà, aveva l'impressione "non di udire preghiere e cori chiari e definiti, ma di vedermi e sentirmi dall'esterno come sospeso in una matrice di atomi ed elettroni sonori, di cui con la mente rincorrevo la vibrazione" (fenomeno, questo, che ricorda la modificazione della coscienza di sé preriflessiva nella schizofrenia suggerita da Parnas, 2000)³. Riporta come "il ticketto del grande orologio a pendolo nel soggiorno di casa comunicati che il tempo sta per scadere, mia madre muore, muore a ogni scoccare di secondo. No, in realtà è tutta l'umanità che muore e scompare. Quell'orologio annuncia la perdita di ogni speranza, a meno che... io non espi i mali degli uomini e delle donne su questa terra": se da una parte ci troviamo di fronte a uno dei più tipici fenomeni di primo rango, la percezione delirante, descritta da Schneider (1980)⁴ come manifestazione patognomica della schizofrenia⁵, allo stesso tempo il paziente, rispetto alla settimana precedente, sembra aprirci un varco attraverso cui cogliere e comprendere l'entità e la coloritura delle esperienze provate. Inoltre, da un'angoscia (senza oggetto) Marco è passato alla preoccupazione per la salute della madre, aggiungendo aspetti concreti, come le modalità per accompagnarla a visite di controllo in oncologia al Policlinico nel capoluogo di regione. Dopo tredici giorni di ricovero, Marco è disponibile a confrontarsi sulle modalità di arrivo al Pronto Soccorso, affiora la vergogna per la processione compiuta in pressoché completa nudità per le vie della città e sembra in atto un processo di critica delle dispercezioni uditive (prima ben descritte con i caratteri allucinatori, esterne e provenienti da un luogo imprecisabile) che, adesso, vengono definite dei "pensieri" (quindi qualcosa di interno e con i caratteri dell'abitualità). Sembra volersene distanziare e ne parla malvolentieri. Il paziente lamenta eccessi-

Correspondence:

Giampaolo Di Piazza
dipiazzaggiampaolo@yahoo.it

How to cite this article: Di Piazza G, Mastropasqua A, Pasquini R. La storia di Marco tra allucinazioni, deliri e comportamenti disorganizzati. Evidence-based Psychiatric Care 2023;9(1 Suppl 1):10-11; <https://doi.org/10.36180/2421-4469-2023-S6>

va “rilassatezza” (significativo il ricorso a una parola non connotata, in verità, da una connotazione negativa), “senso di gambe pesanti”. Per promuovere il consolidarsi di un’alleanza terapeutica, si concorda, insieme al paziente, di ridurre la posologia sia di delorazepam (13 gocce x 3 volte die) sia di lurasidone (111 mg/die). In SPDC inizia a partecipare alla psicoeducazione che promuove una maggiore consapevolezza dell’abnormità delle esperienze avvenute prima del ricovero.

Dopo 24 giorni di ricovero Marco viene dimesso (BPRS in uscita: 38). I fenomeni dispercettivi uditivi sono “lontani ricordi di pensieri strampalati”, dialoga con maggiore disinvoltura mantenendo il contatto visivo.

A 5 mesi di trattamento si assiste a un buon recupero del funzionamento sociale e Marco è motivato a effettuare un percorso di psicoterapia.

Conclusioni

Il ricorso alla posologia piena di lurasidone (148 mg/die) ha permesso a Marco di ripercorrere a ritroso il percorso nella follia, ricostruendo insieme al terapeuta un nesso di comprensione a quanto vissuto: è stato dato un senso a sintomi prima soltanto subiti, trasformandoli in occasioni di maggiore comprensione di sé e opportunità di cambiamento e riconsiderazione dell’andamento della propria esistenza.

Siamo, inoltre, rimasti sorpresi della rapidità d’azione di lurasidone: in una settimana abbiamo assistito all’arginarsi e alla rarefazione di quell’atmosfera allucinatoria così come a una progressivo ridimensionarsi della portata delle tematiche deliranti. Dall’utopica e astratta salvezza e protezione dal male dell’intera umanità, al più concreto supporto alla salute della madre nei confronti della quale affiora una premurosa sollecitudine.

Se da una parte la gravità della sintomatologia manifestata con un delirio dalle caratteristiche di rivelazione⁶, così come la difficoltà al “contatto umano”⁷ e infine la sua lunga storia clinica di isolamento relazionale, ci ha portato a formulare la diagnosi di disturbo schizofrenico (Tab. I) anche attraverso quella particolare coloritura dell’incontro definita da Mario Maj (1998)⁸ come “*a holistic impression of the subject*”, tuttavia continuiamo a porci la domanda se non sarebbe auspicabile, per la salute di tanti nostri pazienti, ricorrere a un approccio di tipo dimensionale che favorisca l’utilizzo di lurasidone (a pieno dosaggio) in tutte quelle forme erroneamente considerate “minori” rispetto al *mare magnum* della schizofrenia, con viva e drammatica sintomatologia psicotica/delirante ovvero le psicosi esogene (da cannabinoidi, cocaina ed ecstasy) che si innestano su strutture di personalità schizoidi, i quadri clinici deliranti nel disturbo bipolare o le *bouffées* deliranti della psicopatologia francese.

Tabella I.

Criteri diagnostici	Sintomi
Criterio a: DSM 5, sintomi di primo e secondo rango di Schneider	<ul style="list-style-type: none"> Allucinazioni Uditive: avvertire “musica d’organo”, “cori di salmi” Deliri mistici: “espiare i mali degli uomini e delle donne su questa terra” Comportamento disorganizzato: iniziale mutismo e stupor Sintomi negativi: perdita di interesse, ritiro sociale anche in relazione allo spettro di personalità di tipo schizoide
Criterio B DSM 5	<ul style="list-style-type: none"> La sintomatologia era presente da almeno 6 mesi
Criterio C e D DSM 5	<ul style="list-style-type: none"> Escluso disturbo schizoaffettivo e bipolare, il disturbo non è attribuibile a effetti fisiologici di una sostanza o altra condizione medica
Specificatori: DSM 5	<ul style="list-style-type: none"> Con caratteristiche prognostiche favorevoli

Diagnosi ↓

Disturbo schizofrenico

Bibliografia di riferimento

- Stanghellini G, Ballerini M. Dis-sociality: the phenomenological approach to social dysfunction in schizophrenia. *World Psychiatry* 2002;1:102-106.
- Stanghellini G, Mancini M. *Mondi psicopatologici. Teoria e pratica dell’intervista psicoterapeutica*. Milano: Edra 2018.
- Parnas J. Clinical detection of schizophrenia-prone individuals. *Br J Psychiatry Suppl* 2005;48:s111-2.
- Schneider K (1980). *Psicopatologia Clinica*. Ed. it. Roma: Giovanni Fioriti Editore 2004.
- Fagiolini A, Di Piazza G, Kurt Schneider. In: Molaro A, Stanghellini G, a cura di. *Storia della fenomenologia clinica. Le origini, gli sviluppi, la scuola italiana*. Torino: UTET 2020, pp. 121-143.
- Rossi Monti M, Stanghellini G. Schizofrenia: oltre le dicotomie. In: Rossi Monti M, Stanghellini G, a cura di. *Psicopatologia della schizofrenia. Prospettive metodologiche e cliniche*. Milano: Raffaello Cortina Editore 1999.
- Rümke HC (1948). The nuclear symptom of schizophrenia and the praecox-feeling. In: Ballerini A, a cura di. *Psicopatologia fenomenologica: percorsi di lettura*. Roma: CIC Edizioni Internazionali 2002.
- Maj M. Critique of the DSM - IV operational diagnostic criteria for schizophrenia, *Br J Psychiatry* 1998;172:458-460.