



SOCIETÀ  
ITALIANA  
DI PSICHIATRIA

# Evidence based Psychiatric Care

Journal of the Italian Society of Psychiatry

[www.evidence-based-psychiatric-care.org](http://www.evidence-based-psychiatric-care.org)

**Case report:**

**Lurasidone nel trattamento della schizofrenia**

PACINI  
EDITORE  
MEDICINA

SUPPLEMENTO 1 | Vol. 10 | 1\_2024



# Schizofrenia con uso di sostanze stupefacenti: la condivisione del trattamento con un paziente giovane adulto. Un'esperienza clinica

Gemma Capano

UOC Psichiatria. Distretto Asolo, Azienda ULSS2 Marca trevigiana

## Presentazione e storia clinica

La giovane età adulta è un momento critico di fragilità psichica, in cui possono iniziare alcuni disturbi psichiatrici oppure verificarsi episodi psicotici acuti che richiedono un'attenzione particolare da parte dell'équipe curante per gettare le basi di una solida alleanza terapeutica col paziente.

In questo contesto si inserisce la storia di P.P., un giovane giunto all'osservazione psichiatrica in urgenza, accompagnato dai familiari, che si erano allarmati notando nel figlio dei comportamenti anomali, di agitazione e, in qualche caso, di disorganizzazione.

P.P. è un giovane di 22 anni, studente universitario, che vive in famiglia con entrambi i genitori e una sorella minore di 17 anni.

Ricostruendo gli aspetti di personalità premorboza, non sono stati rilevati elementi degni di nota. Il funzionamento scolastico veniva descritto come discreto e la socializzazione adeguata per un ragazzo della sua età. Piuttosto schivo e riservato, non aveva mai manifestato comportamenti preoccupanti, a detta dei genitori, nemmeno in piena adolescenza. In casa si rapportava in maniera sufficientemente adeguata, pur non essendo molto disponibile e aperto circa la propria vita personale.

L'anamnesi psichiatrica familiare è risultata negativa. Non concomitavano problematiche di tipo organico.

Alla visita psichiatrica, dopo un'iniziale ritrosia a raccontarsi e ad affidarsi, l'assessment portava al riconoscimento di un certo numero di sintomi del registro schizofrenico: idee deliranti, disturbi del contatto e del corso del pensiero, comportamento disorganizzato. Il giovane riconosceva anche l'uso continuativo, in tutto l'anno in corso e almeno in quello precedente, di cannabis, poi bruscamente interrotta al presentarsi e acuirsi della sintomatologia sopra esposta.

## Trattamento ed esiti

Il paziente venne ricoverato nel Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura.

Fin dall'inizio fu trattato con terapia psicofarmacologica e colloqui esplicativi e di supporto.

Gli aspetti di maggiore sofferenza erano rappresentati dalle cenestopatie persistenti, dall'ideazione di nocumento generalizzata e dall'angoscia legata a un senso di pericolo derivante dall'ambiente esterno, che era anche fonte di insonnia.

La terapia in fase acuta fu la seguente: aloperidolo per os 6 mg/die + diazepam 10 mg/die.

## Correspondence:

Gemma Capano  
gemma.capano@aulss2.veneto.it

**How to cite this article:** Capano G. Schizofrenia con uso di sostanze stupefacenti: la condivisione del trattamento con un paziente giovane adulto. Un'esperienza clinica. Evidence-based Psychiatric Care 2024;10(1 Suppl 1):1-2. <https://doi.org/10.36180/2421-4469-2024-1S1>

This is an open access article distributed in accordance with the CC-BY-NC-ND (Creative Commons Attribution-NonCommercial-NoDerivatives 4.0 International) license. The article can be used by giving appropriate credit and mentioning the license, but only for non-commercial purposes and only in the original version. For further information: <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/deed.en>

Open Access 

© Copyright by Pacini Editore Srl

Dopo i primi giorni di degenza il giovane ha esplicitamente richiesto che la terapia farmacologica fosse poco impattante sul peso corporeo e sulle capacità cognitive. Per tale ragione, il trattamento venne modificato con *switch* tra aloperidolo e lurasidone: quest'ultimo a dosaggi crescenti, passando da 74 mg/die fino a 148 mg/die; aloperidolo a dosaggi decrescenti, passando dai 6 mg/die iniziali a 4 mg/die, poi 2 mg/die e sospeso interamente prima della dimissione. Anche il dosaggio di diazepam dopo la prima settimana fu ridotto a 5 mg/die. Per la risoluzione dell'insonnia venne introdotto flurazepam al dosaggio di 30 mg/die in un secondo tempo dismesso.

La terapia proposta al paziente è stata ben tollerata. Nei giorni che seguirono scomparvero prima le cenestopatie e l'insonnia, quindi il grado di angoscia.

Al termine del ricovero ospedaliero, durato 2 settimane, residuava una certa interpretatività, di minore salienza e intensità rispetto all'ingresso. I colloqui psicologici hanno permesso di poter affrontare anche il tema relativo all'uso di cannabis, sia a livello informativo sugli effetti della sostanza stupefacente, sia a livello personale sul senso della sua prolungata assunzione.

La VGF (scala di valutazione globale del funzionamento) all'inizio della degenza contava un punteggio di 41, all'uscita di 55, equivalente a un netto miglioramento globale.

Dopo 3 mesi dall'inizio del trattamento P.P. continua ad assumere lurasidone al dosaggio di 148 mg/die. Ha dismesso la terapia benzodiazepinica. Ha ricominciato a frequentare l'Università. Non lamenta effetti collaterali del trattamento, in particolar modo quelli paventati su peso e performance cognitiva.

## Conclusioni

L'intervento terapeutico delle fasi iniziali dei disturbi psicotici ha completamente cambiato veste negli ultimi anni <sup>1</sup>. Il consenso informato al trattamento è stato sostituito da una condivisione partecipata delle scelte terapeutiche. Questo cambiamento è stato reso possibile anche grazie al fatto di avere a disposizione dei farmaci che, oltre a essere efficaci sulla sintomatologia, presentano anche un buon profilo di tollerabilità e non inficiano la qualità di vita dei pazienti.

I pazienti all'esordio psicotico, infatti, se da un lato mostrano percentuali più elevate di risposta al trattamento e di remissione dei sintomi rispetto ai pazienti cronici, dall'altro appaiono maggiormente suscettibili agli effetti collaterali degli antipsicotici, sia tipici che atipici, presentando in particolare un elevato rischio di marcato incremento ponderale <sup>2</sup>. Quest'aspetto rappresenta sicuramente un fattore rilevante per l'individuo e contribuisce a modificare la percezione della qualità della vita <sup>3</sup>.

## Bibliografia

- 1 Robinson DG, Woerner MG, Delman HM, et al. Pharmacological treatments for first-episode schizophrenia. *Schizophr Bull* 2005;31:705-722. <https://doi.org/10.1093/schbul/sbi032>
- 2 Crossley NA, Constante M, McGuire P, et al. Efficacy of atypical vs typical antipsychotics in the treatment of early psychosis: meta-analysis. *Br J Psychiatry* 2010;196:434-439. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.109.066217>
- 3 Awad AG, Voruganti LN. Impact of atypical antipsychotics on quality of life in patients with schizophrenia. *CNS Drugs* 2004;18:877-893. <https://doi.org/10.2165/00023210-200418130-00004>



# Uso ed efficacia clinica nel lungo termine di lurasidone in una giovane paziente schizofrenica in un'ottica orientata al *recovery*

Alessandra D'Ippolito

Dipartimento di Salute Mentale, CSM Area 6, Asl Bari

## Presentazione e storia clinica

Giovane paziente di 24 anni e mezzo, figlia secondogenita di una casalinga e di un impiegato con i quali vive. Sensibile e introversa ma ben voluta sia in famiglia sia al di fuori. Il fratello primogenito, in apparente buona salute, vive al nord ed è coniugato.

Riferita familiarità per disturbi psicotici nel ramo paterno. La giovane non ha mai avuto problemi di salute e ha sempre condotto una vita regolare e serena. Diplomatasi con buoni voti c/o un Istituto Professionale, si è iscritta all'Università per dedicarsi all'insegnamento. Nel corso degli studi, però, ha iniziato a presentare un calo del rendimento, a causa delle difficoltà di concentrazione e memorizzazione, e progressiva chiusura sociale con allontanamento degli amici e del fidanzato. Spinta dalla famiglia iniziò un percorso di psicoterapia ma, con il sopraggiungere della pandemia da SARS-CoV-2, incominciò a trascorrere molte ore chiusa nella sua stanza, a presentare insonnia, a mostrarsi distratta e a trascurare l'igiene personale. Smise anche di utilizzare apparecchi tecnologici per timore che altri potessero ascoltare le sue conversazioni, riferendo ai genitori di sentire "le voci delle persone in strada parlar male di lei". Tutto ciò generò una netta riduzione del funzionamento sociale e personale della paziente. Nel corso di una visita specialistica domiciliare le fu diagnosticata una psicosi schizofrenica e prescritta terapia con aripiprazolo 30 mg/die + lorazepam 20 gtt x 3/die, che ha assunto con regolarità per circa 3 mesi grazie all'aiuto della madre. La terapia fu efficace in termini di scomparsa dell'ideazione delirante e riduzione dei fenomeni dispercettivi, ma comportò alcuni effetti collaterali che indussero la paziente a sospendere il trattamento per poi riassumerlo pochi giorni dopo, convinta dai genitori, al presentarsi di una riacutizzazione sintomatologica. A seguito di tale episodio la giovane fu condotta dai familiari alla nostra osservazione c/o il Centro di Salute Mentale territorialmente competente (CSM Area 6, Asl Bari) per una rivalutazione diagnostica e terapeutica. Al primo colloquio si mostrava collaborativa, lievemente trascurata nella cura del sé e con affettività appiattita. Presentava spunti deliranti a contenuto persecutorio e dispercuzioni uditive seppur ridotte dalla ripresa della terapia e parzialmente criticate. Lamentava difficoltà di concentrazione e riduzione delle capacità attentive e mnesiche. Appariva rigida nei movimenti sebbene non riuscisse a restare seduta durante la visita e riferiva, inoltre, un aumento di peso, di circa 8 kg, dall'inizio del trattamento.

## Trattamento ed esiti

Nel corso della prima valutazione le veniva confermata diagnosi di psicosi schizofrenica. La BPRS (*Brief Psychiatric Rating Scale*) evidenziava un punteggio di 57, con valori più elevati negli item relativi alla sintomatologia positiva, alla trascuratezza del sé e all'anaffettività; peso corporeo di 71 kg e BMI (*Body*

## Correspondence:

Alessandra D'Ippolito  
alessandra\_dippolito@libero.it

**How to cite this article:** D'Ippolito A. Uso ed efficacia clinica nel lungo termine di lurasidone in una giovane paziente schizofrenica in un'ottica orientata al *recovery*. Evidence-based Psychiatric Care 2024;10(1 Suppl 1):3-4. <https://doi.org/10.36180/2421-4469-2024-1S1-3>

This is an open access article distributed in accordance with the CC-BY-NC-ND (Creative Commons Attribution-NonCommercial-NoDerivatives 4.0 International) license. The article can be used by giving appropriate credit and mentioning the license, but only for non-commercial purposes and only in the original version. For further information: <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/deed.en>



Open Access

© Copyright by Pacini Editore Srl

Mass Index) pari a 26,7 kg/m<sup>2</sup>. In un'ottica di *recovery*, nella scelta del trattamento farmacologico, sono stati considerati come fattori prognostici negativi la persistenza dei fenomeni dispercettivi, la presenza di sintomi cognitivi e di effetti collaterali evidenti (acatisia, sintomi extrapiramidali, aumento di peso) e, come fattori prognostici positivi, la giovane età, la disponibilità alle cure, l'assenza di alterazioni comportamentali e la breve DUP (*Duration of Untreated Psychosis*), che molta letteratura considera associata a un impatto positivo sugli outcome di malattia<sup>1</sup>. Considerata la buona collaboratività della paziente, ci si è orientati su una terapia orale che fosse da un lato efficace sulla sintomatologia positiva, negativa e cognitiva e, dall'altro, che presentasse scarsi o nulli effetti collaterali. Nello specifico la paziente richiedeva un farmaco con un basso impatto sul peso corporeo e che l'aiutasse a riprendere gli studi. Lurasidone ha effetti antagonisti sui recettori D<sub>2</sub>, 5-HT<sub>2A</sub> e 5-HT<sub>7</sub>, un effetto agonista parziale sul recettore 5-HT<sub>1A</sub> con bassa affinità per i recettori muscarinici M<sub>1</sub>, istaminergici H<sub>1</sub> e  $\alpha$ -1-adrenergici. Il suo profilo recettoriale è pensato per avere una buona efficacia sui sintomi positivi ed essere associato a minori effetti collaterali, quali effetti anticolinergici, dislipidemia, sedazione, ipotensione e aumento di peso. Inoltre, studi farmacologici comportamentali su modelli animali hanno dimostrato che lurasidone esercita effetti ansiolitici e antidepressivi migliorando le funzioni cognitive che sono associate con la modulazione dei recettori 5-HT<sub>7</sub> e 5-HT<sub>1A</sub><sup>2</sup>. In relazione all'aumento di peso, inoltre, diversi studi clinici hanno evidenziato che lurasidone è tra gli antipsicotici con il minore impatto su questo parametro<sup>3</sup> e, considerata la giovane età della paziente, è stato preferito ad altri trattamenti perché diverse metanalisi hanno sottolineato che lurasidone è uno degli antipsicotici meglio tollerati sia dagli adolescenti sia dagli adulti<sup>4</sup>. Al primo colloquio, pertanto, con una sospensione immediata (*abrupt discontinuation*) di aripiprazolo 30 mg/die (mantenendo lorazepam 20 gtt x 3/die, per le prime 2 settimane, poi riducendolo fino a sospensione) si è deciso di introdurre lurasidone a un dosaggio di 37 mg/die nella 1<sup>a</sup> settimana, portandolo a 74 mg/die nella 2<sup>a</sup> settimana e a 111 mg/die a partire dalla 3<sup>a</sup> settimana (Tab. I). Nei primi giorni di trattamento la paziente riferiva un miglioramento dei sintomi cognitivi. Nei controlli successivi non presentava più acatisia e si evidenziava una progressiva riduzione degli EPS. Non mostrava più ideazione delirante e le dispercizioni si facevano dapprima sporadiche e poi assenti. La paziente, inoltre, riferiva di aver perso peso. Tali miglioramenti sono stati rilevati nei punteggi della BPRS calcolati a T1 (3 mesi), BPRS 47, e a T2 (6 mesi), BPRS 41, e del BMI (25,2 kg/m<sup>2</sup> a T1 e 24,4 kg/m<sup>2</sup> a T2). La sintomatologia extrapiramidale così come l'acatisia non erano più presenti già a T1 (Tab. II).

## Conclusioni

Nel caso clinico presentato, lo *switch* da aripiprazolo a lurasidone ha generato una serie di benefici clinici impor-

**Tab. I.** *Abrupt discontinuation.*

Trattamento	Arrivo con	1 visita	7 gg	14 gg	21 gg
Aripiprazolo	30 mg	/	/	/	/
Lurasidone		37 mg	74 mg	111 mg	111 mg

**Tab. II.** Andamento BPRS, BMI, acatisia ed EPS (T<sub>0</sub>, T<sub>1</sub>, T<sub>2</sub>).

	T <sub>0</sub> (1 visita)	T <sub>1</sub> (3 mesi)	T <sub>2</sub> (6 mesi)
BPRS	57	47	41
BMI	26,7	25,2	24,4
Acatisia	Marcatamente presente	Assente	Assente
EPS	Presenti	Assenti	Assenti

BPRS: *Brief Psychiatric Rating Scale*; BMI: *Body Mass Index*; EPS: *Extrapiramidal Symptoms*.

tanti. In primo luogo ha consentito il raggiungimento di un buon controllo della sintomatologia positiva, ma ha determinato anche un miglioramento dei sintomi cognitivi e negativi in assenza di riferiti effetti collaterali. Tali risultati sono stati raggiunti a un dosaggio stabile di 111 mg/die di lurasidone, per cui non si è reso necessario il suo ulteriore incremento a 148 mg/die. L'efficacia terapeutica, associata alla buona tollerabilità del trattamento, ha portato a una buona aderenza alla terapia così come sottolineato in setting naturalistici<sup>5</sup>. La paziente a tutt'oggi, dopo circa 3 anni dall'inizio del trattamento con lurasidone, è in buon compenso clinico e la buona aderenza alla terapia farmacologica, associata a interventi riabilitativi e psicoeducativi, ha determinato un miglioramento del funzionamento sociale e personale della stessa in assenza di ricadute.

## Bibliografia

- Golay P, Ramain J, Mebdouhi N, et al. The differential impact of duration of untreated psychosis on functioning and quality of life: a threshold analysis. *Early Interv Psychiatry* 2023;17:354-360. <https://doi.org/10.1111/eip.13330>
- Miura I, Horikoshi S, Ichinose M, et al. Lurasidone for the treatment of schizophrenia: design, development, and place in therapy. *Drug Des Devel Ther* 2023;17:3023-3031. <https://doi.org/10.2147/DDDT.S366769>
- Wu H, Sifakis S, Hamza T, et al. Antipsychotic Induced weight gain: dose-response meta analysis of randomized controlled trials. *Schizophr Bull* 2022;48:643-654. <https://doi.org/10.1093/schbul/sbac001>
- Costamagna I, Calisti F, Cattaneo A, et al. Efficacy and safety of lurasidone in adolescents and young adults with schizophrenia: a pooled post hoc analysis of double-blind, placebo-controlled 6-week studies. *Eur Psychiatry* 2021;64:e35. <https://doi.org/10.1192/j.eurpsy.2021.30>
- Fagiolini A, Olivola M, Lavatelli L, et al. Treatment persistence in patients with schizophrenia treated with lurasidone in Italian clinical practice. *Ann Gen Psychiatry* 2022;21:49. <https://doi.org/10.1186/s12991-022-00425-y>



# Efficacia e tollerabilità di lurasidone in un paziente con schizofrenia in comorbidità con disturbo dello spettro autistico

Massimo Garbini, Giulia Amatori, Fabrizio Lazzerini

Unità Funzionale Salute Mentale Adulti - UFSMA, Valdera

## Presentazione e storia clinica

Giovane paziente di 20 anni.

Effettuava un primo accesso presso il Servizio Salute Mentale adulti al compimento del 18° anno, in occasione del passaggio dal Servizio di Neuropsichiatria dell'Infanzia e Adolescenza (UFSMIA), ove era seguito per schizofrenia in comorbidità con disturbo dello spettro autistico. Erano altresì presenti disregolazione comportamentale e marcati sintomi ossessivo-compulsivi. In anamnesi due ricoveri in ambiente ospedaliero per riacutizzazione della sintomatologia psicotica positiva. All'età di 15 anni ha iniziato un'educativa domiciliare come sostegno in ambito familiare e come supporto nell'ambito scolastico.

## Trattamento ed esiti

Alla prima osservazione presso il nostro servizio, il quadro clinico si caratterizzava per la presenza di deliri paranoidei, discontrollo comportamentale con linguaggio coprolalico, disregolazione comportamentale, ansia e sintomi ossessivo-compulsivi, con interferenza sul funzionamento e ripercussioni in ambito sociale e scolastico, con ricorso continuativo a benzodiazepine a scopo sintomatico. La terapia psicofarmacologica allora in atto consisteva in risperidone 2 mg/die, litio carbonato 900 mg/die e lorazepam 4 mg/die. Considerata la scarsa efficacia di risperidone alla dose assunta, il dosaggio veniva incrementato a 4 mg/die. Alla successiva visita di controllo, si riscontrava scomparsa dei deliri ma un considerevole incremento ponderale (7 kg in 3 settimane), elevati livelli di prolattina (74 ng/ml) e generale rallentamento motorio. La sintomatologia ossessivo-compulsiva era diventata altamente interferente sino a sfociare in episodi di blocco ideomotorio. Si rendeva pertanto necessaria, in considerazione degli effetti collaterali del farmaco e del peggioramento del funzionamento globale, la sospensione di risperidone e lo *switch* ad altro farmaco antipsicotico. Si optava per lurasidone in virtù della valenza antipsicotica, del miglior profilo metabolico e del potenziale beneficio sul discontrollo comportamentale e sui sintomi ossessivo-compulsivi. Per questi ultimi non è stato inserito in terapia un inibitore selettivo della ricaptazione della serotonina (SSRI) in considerazione dell'aggressività e del rischio autolesivo. Il passaggio da risperidone a lurasidone è stato effettuato mediante strategia *cross-taper* (Tab. I), sino a raggiungere un dosaggio pari a 148 mg/die nell'arco di un mese.

Si è assistito a una progressiva riduzione della disregolazione comportamentale e a un netto miglioramento della sintomatologia ossessivo-compulsiva, con progresso del funzionamento globale, sempre in assenza di

## Correspondence:

Giulia Amatori  
g.amatori1992@gmail.com

**How to cite this article:** Garbini M, Amatori G, Lazzerini F. Efficacia e tollerabilità di lurasidone in un paziente con schizofrenia in comorbidità con disturbo dello spettro autistico. Evidence-based Psychiatric Care 2024;10(1 Suppl 1):5-6. <https://doi.org/10.36180/2421-4469-2024-1S1-4>

This is an open access article distributed in accordance with the CC-BY-NC-ND (Creative Commons Attribution-NonCommercial-NoDerivatives 4.0 International) license. The article can be used by giving appropriate credit and mentioning the license, but only for non-commercial purposes and only in the original version. For further information: <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/deed.en>



Open Access

© Copyright by Pacini Editore Srl

sintomi psicotici e con riduzione dei livelli di prolattina e del peso corporeo (Tab. II). Inoltre, anche la quota ansiosa si è ridotta, consentendo la riduzione di lorazepam al dosaggio minimo con scomparsa della necessità di terapia aggiuntiva. Nei mesi successivi il paziente non ha manifestato alcuna recidiva della sintomatologia. Ha incrementato la rete sociale ottenendo un miglior rendimento socio-abitativo, con ripresa di uscite a scopo socializzante. Ciò ha favorito anche un miglioramento delle dinamiche in ambito familiare altamente influenzate dalle condizioni di salute del ragazzo.

**Tab. I.** *Cross-taper* da risperidone a lurasidone.

	Risperidone	Lurasidone
Settimana 1	3 mg/die	37 mg/die
Settimana 2	2 mg/die	74 mg/die
Settimana 3	1 mg/die	111 mg/die
Settimana 4	Sospensione	148 mg/die

**Tab. II.** Modifiche nel punteggio della *Yale Brown Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale* (Y-BOCS), nel punteggio del *Global Assessment of Functioning* (GAF), nei livelli di prolattinemia e nel *Body Mass Index* (BMI).

	Punteggio Y-BOCS	Punteggio GAF	Prolattinemia (ng/ml)	BMI
T0	25 (sintomi severi)	35	70	26
T1	7 (sintomi subclinici)	65	20	24

## Conclusioni

Il paziente continua a essere seguito presso il Servizio e i miglioramenti sopra descritti sono stabili, con ottima *compliance* rispetto alla terapia farmacologica. Abbiamo assistito a una progressiva apertura relazionale e a un miglioramento del funzionamento quotidiano, con durevole assenza di episodi di aggressività e sintomi ossessivo-compulsivi, a sostegno di un potenziale del farmaco su tali dimensioni sintomatologiche. Non sono state evidenziate alterazioni metaboliche e non è stato necessario associare alcun altro farmaco alla terapia assunta.

## Bibliografia di riferimento

- Aas IH. Global Assessment of Functioning (GAF): properties and frontier of current knowledge. *Ann Gen Psychiatry* 2010;9:20. <https://doi.org/10.1186/1744-859X-9-20>
- Mattingly GW, Haddad PM, Tocco M, et al. Switching to lurasidone following 12 months of treatment with risperidone: results of a 6-month, open-label study. *BMC Psychiatry* 2020;20:199. <https://doi.org/10.1186/s12888-020-02523-1>
- Orsolini L, Bellagamba S, Volpe U. Lurasidone as add-on to fluoxetine in obsessive-compulsive disorder with comorbid restrictive anorexia: a case report. *Int Clin Psychopharmacol* 2023 Aug 9. <https://doi.org/10.1097/YIC.0000000000000502>
- Woody SR, Steketee G, Chambless DL. Reliability and validity of the Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale. *Behav Res Ther* 1995;33:597-605. [https://doi.org/10.1016/0005-7967\(94\)00076-v](https://doi.org/10.1016/0005-7967(94)00076-v)



# La storia di un paziente che amava definirsi “Come un Alieno Al Mondo”. L'efficacia della co-somministrazione di lurasidone e litio

Federica Vellante

Dipartimento di Salute Mentale, ASL 2 Abruzzo Chieti

## Presentazione e storia clinica

L.L., 38 anni. Esordio 10 anni prima a sintomatologia psichiatrica: ideazione di riferimento, dismorfofobia, ritiro sociale e relazionale. Diplomato presso un istituto professionale, L.L. vive l'adolescenza in riservatezza e timidezza con difficoltà nel relazionarsi ai pari. Intorno all'età di 16 anni inizia a sentirsi “fuori dal mondo, un po' strano”, in particolare quando è tra le altre persone. L'uso saltuario di cocaina e il *binge drinking* del fine settimana lo accompagnano per diverso tempo, alleggerendolo dalle percezioni che lui stesso descrive. Dopo la licenza media superiore inizia a lavorare saltuariamente, intraprendendo diverse attività, tra cui quella di apprendista idraulico. Di estrazione sociale umile, all'età di 22 anni (età pre-sintomatica) L.L. perde la sorella per leucemia. Dopo circa un anno inizia a presentare in maniera sempre più insistente e strutturata ideazione a sfondo ossessivo e dispercezione delirante somatica, chiusura relazionale e sociale, condotte di evitamento, rinuncia a occupazione di ogni genere.

Con il passare del tempo, il ritiro, la chiusura e l'evitamento diventano un guscio di protezione per L.L., che arriva a vivere le giornate nel controllo manierato dei millimetri che il suo addome poteva variare durante la giornata, chiuso in camera. L'umore sembra non avere esistenza fino a che l'angoscia di morte desiderata come unica possibilità subentra nel quotidiano, il quotidiano di un “alieno al mondo” come L.L. usava definirsi sin dalla prima conoscenza. Il giovane uomo tenta il suicidio defenestrandosi. A seguito di tale episodio si susseguono diversi ricoveri in Servizio Psichiatrico di Diagnosi e Cura. Affidato ai servizi territoriali, continua la terapia psicofarmacologica, che nel tempo risulta varia: inibitori della ricaptazione della serotonina, stabilizzanti del tono dell'umore, aloperidolo decanoato mensilmente alla dose di 100 mg.

## Trattamento ed esiti

L'ideazione anticonservativa recente, la storia clinica, l'irrigidimento nella mobilità, oltre che lo scarso controllo della strutturazione delirante somatica dell'ideazione e l'appiattimento affettivo, inducono, pur in presenza di aspetti affettivi, a formulare la diagnosi di schizofrenia e allo *switch* graduale a lurasidone 148 mg/die e litio solfato a rilascio modificato 83 mg x 2/die, con contestuale sospensione di aloperidolo decanoato e lamotrigina 200 mg/die (terapia in corso al momento della conoscenza del caso). Associati al progetto di cura anche uno psicoterapeuta sistemico-relazionale e un terapeuta occupazionale che accede a domicilio 3 volte a settimana.

## Correspondence:

Federica Vellante  
federica.vellante@gmail.com

**How to cite this article:** Vellante F. La storia di un paziente che amava definirsi “Come un Alieno Al Mondo”. L'efficacia della co-somministrazione di lurasidone e litio. Evidence-based Psychiatric Care 2024;10(1 Suppl 1):7-8. <https://doi.org/36180/2421-4469-2024-1S1-5>

This is an open access article distributed in accordance with the CC-BY-NC-ND (Creative Commons Attribution-NonCommercial-NoDerivatives 4.0 International) license. The article can be used by giving appropriate credit and mentioning the license, but only for non-commercial purposes and only in the original version. For further information: <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/deed.en>



Open Access © Copyright by Pacini Editore Srl

Alla valutazione clinica, in *setting* privato, secondo la scala *Clinical Global Impression* (CGI) il paziente risultava gravemente malato (CGI = 6) <sup>1</sup>. È inoltre presente un'alta compromissione nel funzionamento quotidiano e nella gestione delle autonomie.

Nella scelta dello *switch* farmacologico, oltre che la protezione dall'*acting* e l'*improvement* delle residualità affettive, si tiene conto della giovane età del paziente e del goal terapeutico, ovvero l'ottimizzazione delle funzioni cognitive e affettive, nonché il recupero delle autonomie sociali e relazionali.

Lurasidone, associato a litio solfato, ha indotto una maggiore consapevolezza di malattia e di investimento su un piano occupazionale e relazionale da parte del paziente.

## Conclusioni

“Dottoressa, l'Alieno non c'è più”: è così che L.L. giunge all'ultima visita. Dopo 8 mesi di terapia integrata come riportato, oggi lavora come idraulico e ha avuto un graduale passaggio dal fuori al dentro del mondo.

Il profilo di lurasidone dimostra, nel caso specifico qui presentato, non solo l'efficacia rispetto a sintomi negativi prevalenti, ma anche riguardo la sintomatologia affettiva e i deficit cognitivi impliciti nella patologia schizofrenica che procedeva di cui L.L. è affetto. Lurasidone, infatti, ha un ruolo migliorativo sulle *performance* cognitive dello spettro psicotico schizofrenico <sup>2-4</sup>, oltre

che una validità crescente nel trattamento dei sintomi depressivi <sup>5</sup>. Da segnalare, inoltre, come il litio venga riportato in letteratura come farmaco ad azione procognitiva <sup>5</sup>.

Può dunque dirsi come l'*improvement* cognitivo offerto al paziente dalla combinazione lurasidone + litio solfato abbia concorso a mobilitare le risorse cognitive e affettive dello stesso, concorrendo a “perdere l'alieno” che lo accompagnava.

## Bibliografia

- 1 Padhi A, Fineberg N. Clinical Global Impression Scales. In: Stolerman IP, eds. *Encyclopedia of Psychopharmacology*. Berlin, Heidelberg, Springer 2010.
- 2 McIntyre RS, Cha DS, Alsuwaidan M, et al. A review of published evidence reporting on the efficacy and pharmacology of lurasidone. *Expert Opin Pharmacother* 2012;13:1653-1659. <https://doi.org/10.1517/14656566.2012.683174>.
- 3 Murai T, Nakako T, Ikeda K, et al. Lack of dopamine D4 receptor affinity contributes to the procognitive effect of lurasidone. *Behav Brain Res* 2014;261:26-30. <https://doi.org/10.1016/j.bbr.2013.11.036>
- 4 Tarzian M, Soudan M, Alhajji M, et al. Lurasidone for Treating Schizophrenia and Bipolar Depression: A Review of Its Efficacy. *Cureus* 2023;15:e38071. <https://doi.org/10.7759/cureus.38071>
- 5 Hamstra SI, Roy BD, Tiidus P, et al. Beyond its psychiatric use: the benefits of low-dose lithium supplementation. *Curr Neuropharmacol* 2023;21:891-910. <https://doi.org/10.2174/1570159X20666220302151224>



# Lurasidone come primo approccio terapeutico in un caso di esordio di schizofrenia

Cecilia Riccardi

SC ROT Psichiatria Nord-Ovest, ASL Città di Torino

## Presentazione e storia clinica

Donna, 26 anni, accompagnata a maggio 2023 in Pronto Soccorso dai genitori in seguito a una lite in famiglia e successiva agitazione psicomotoria. L'accesso presso il DEA era, per la giovane, il primo contatto con i servizi di psichiatria. L'anamnesi psichiatrica familiare era negativa, così come quella personale.

La donna, una volta diplomatasi, si iscrisse all'Università frequentando solo 3 anni di corso e con scarsi risultati. Fino a settembre 2022 ha lavorato come insegnante di arti marziali; impiego che dovette interrompere per un infortunio durante una lezione. Nella ricostruzione dell'anamnesi emerse che i primi sintomi di malattia erano databili al periodo successivo all'infortunio, quando la paziente si sottopose a diverse operazioni e sedute di fisioterapia che la portarono a un progressivo isolamento e alla perdita dei contatti con il suo gruppo di amici storici. Dopo alcune settimane si profilò un ampliamento dell'alone interpretativo sviluppatosi successivamente fino a configurare un vero e proprio delirio persecutorio, motivo per il quale la paziente giunse in Pronto Soccorso. In urgenza furono effettuati esami ematochimici di routine ed ECG (tutto nella norma), nonché esami tossicologici con esito negativo. Fu, inoltre, richiesta una consulenza psichiatrica nel corso della quale la paziente espresse forte preoccupazione in merito a un complotto ai suoi danni ordito da uno stalker, culminato con l'impianto di un chip alla madre, allo scopo di controllarne i pensieri e mettere in pericolo la vita di entrambe. L'umore era disforico. Era presente forte ansia. Inizialmente la paziente si presentò oppositiva ma, a seguito del colloquio con la consulente, accettò il ricovero in SPDC dove accedette con diagnosi di episodio psicotico in fase di approfondimento. Al secondo giorno di degenza la paziente rifiutava categoricamente di assumere la terapia, sostenendo che il personale medico del reparto volesse avvelenarla su mandato del suo stalker. Per tale ragione il ricovero volontario fu convertito in TSO.

## Trattamento ed esiti

Nel corso della degenza, in considerazione dell'esordio della sintomatologia avvenuto 8 mesi prima del ricovero, è stata posta diagnosi di schizofrenia (DSM-5). Data la forte resistenza della paziente a intraprendere una terapia psicofarmacologica, la scelta dell'antipsicotico è subito ricaduta su lurasidone, nella speranza che il suo profilo di ottima tollerabilità con scarsa sedazione permettesse di mantenere una buona *compliance* anche al domicilio<sup>1</sup>. La paziente fu dimessa dopo 9 giorni di ricovero. Clinicamente appariva più calma, meno angosciata, sebbene fossero ancora presen-

### Correspondence:

Cecilia Riccardi  
riccardi.cecilia@gmail.com

**How to cite this article:** Riccardi C. Lurasidone come primo approccio terapeutico in un caso di esordio di schizofrenia. Evidence-based Psychiatric Care 2024;10(1 Suppl 1):9-10. <https://doi.org/10.36180/2421-4469-2024-1S1-6>

This is an open access article distributed in accordance with the CC-BY-NC-ND (Creative Commons Attribution-NonCommercial-NoDerivatives 4.0 International) license. The article can be used by giving appropriate credit and mentioning the license, but only for non-commercial purposes and only in the original version. For further information: <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/deed.en>

Open Access 

© Copyright by Pacini Editore Srl

ti spunti persecutori. La terapia psicofarmacologica a domicilio fu la seguente: lurasidone 74 mg/die + benzodiazepine alla sera. Dopo meno di una settimana dalle dimissioni, in occasione della visita post-ricovero presso il Centro di Salute Mentale di competenza, furono presentate alla paziente l'infermiera e l'educatrice di riferimento. Alla visita emergeva la persistenza di idee persecutorie, nonostante la corretta assunzione della terapia psicofarmacologica (confermata anche dalla madre); per tale motivo si decise di incrementare il dosaggio di lurasidone fino a 148 mg/die. La presa in carico della paziente è stata multidisciplinare: con il medico curante venivano effettuate visite settimanali per il monitoraggio della sintomatologia e della terapia; con le operatrici di riferimento è stato progettato un percorso di psicoeducazione con interventi di risocializzazione, supporto lavorativo e visite domiciliari che si articolava in incontri settimanali per i primi 3 mesi e successivamente a cadenza bisettimanale.

Dopo 3 mesi di trattamento con lurasidone al dosaggio di 148 mg/die la paziente esprimeva soggettivo benessere iniziando a rifrequentare le amiche e a progettare anche dei viaggi. Incominciò, anche, a frequentare un corso di formazione. Non emergevano più contenuti del pensiero deliranti, nonostante in alcune tematiche precise permanesse un incremento dell'alone interpretativo che però la paziente riusciva a mettere in dubbio se opportunamente stimolata.

## Conclusioni

A distanza di 8 mesi dalla presa in carico il quadro rimaneva stabilmente in remissione. Il decorso di questa paziente ha rappresentato per l'intera équipe una soddisfazione rara, considerando le caratteristiche della paziente e la diagnosi di schizofrenia. A nostro parere i pilastri di questo successo sono stati tre: la presa in carico multidisciplinare orientata verso precoci e assidui interventi di risocializzazione, il rientro nel mondo del lavoro e la *compliance* alla terapia. Non avendo causato collateralità il trattamento con lurasidone ha permesso alla paziente inizialmente di mantenere con meno resistenze l'assunzione di un farmaco e, successivamente, ha reso possibile il riconoscimento dei vantaggi legati alla terapia, che infatti non è più stata messa in discussione né da lei né dai familiari. In conclusione, dal nostro punto di vista, questa esperienza clinica rappresenta un ottimo approccio per il trattamento degli esordi psicotici, in accordo con altre evidenze già presenti in letteratura <sup>2</sup>.

## 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 Stahl SM, Cucchiari 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>