



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 premorbosa, 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 ¹. 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 ². Quest'aspetto rappresenta sicuramente un fattore rilevante per l'individuo e contribuisce a modificare la percezione della qualità della vita ³.

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>