ARTICOLO

Rosalba Spadafora
Psichiatra, già Docente a contratto di Psichiatria, Corsi di Laurea in Scienze Infermieristiche e Logopedia, Università di Roma Tor Vergata

Antonio Bernabei
Psichiatra, già Docente di Psicosomatica, I Scuola Specializzazione Psichiatria, Università di Roma la Sapienza

Keywords:
tubercolosi, fibrosi cistica, disturbi psicopatologici associati trattamento

Corresponding author:
Antonio Bernabei
Email: ntnbernabei@gmail.com

Contributions:
the author(s) made a substantial intellectual contribution, read and approved the final version of the manuscript, and agreed to be accountable for all aspects of the work.
Conflict of interest:
the author(s) declare no potential conflict of interest.
Ethics approval and consent to participate:
not applicable.
Patient consent for publication:
not applicable.
Funding:
none.
Availability of data and materials:
data and materials are available from the corresponding author upon request.

Received: 23 July 2025
Accepted: 17 September 2025

PSICHIATRIA DI CONSULTAZIONE PER PAZIENTI CON MALATTIE RESPIRATORIE

ABSTRACT

The paper considers psychopathological disorders and their treatment in patients with tuberculosis or cystic fibrosis with pulmonary manifestations.

RIASSUNTO

Questo articolo prende in considerazione i disturbi psicopatologici e il loro trattamento in pazienti con tubercolosi o fibrosi cistica con manifestazioni polmonari.

This work is licensed under a Creative Commons Attribution 4.0 License (by-nc 4.0).
Simedet.

This article was published on December 30, 2025, at IJPDTM.IT
doi.org/10.30459/2025-39

Gli autori, nella pratica clinica di anni, hanno avuto modo di trattare pazienti ambulatoriali, o in ricovero, con malattie respiratorie e comorbidità psichiatrica, a richiesta degli specialisti curanti la malattia organica. Fra questi, pazienti con tubercolosi polmonare, o pazienti con fibrosi cistica polmonare, con manifestazioni cliniche di variabile gravità.

Oltre le problematiche farmacoterapiche, per difficoltà eventuali di compatibilità degli psicofarmaci eventualmente prescritti con i farmaci che i pazienti assumevano, o si prevedeva avrebbero assunto, si poneva la necessità di individuare il nucleo psicopatologico e psicologico specifico di ciascuno di tali pazienti, con difficoltà respiratorie più o meno gravi.

Ansia e depressione erano i sintomi più frequenti, e talvolta disturbo post-traumatico da stress (l'evento stressante era la diagnosi e le modalità necessarie di cura) e psicosi, provocati appunto da diagnosi e prognosi, dalla lunghezza e complessità del trattamento, e dall'eventuale isolamento e stigma sociale [(1)].

Non infrequentemente, sintomi fisici come disturbi del sonno, affaticabilità, dimagrimento, erano considerati espressione della malattia somatica e del trattamento, e determinavano ritardo nella diagnosi psichiatrica. Stigma sociale e allontanamento dai rapporti sociali avevano come conseguenza diminuzione dell'autostima, e vergogna.
Le conseguenze sulla vita quotidiana, la lunghezza delle terapie organiche, l'impatto sulla sfera degli affetti e del lavoro e delle relazioni sociali, sono fattori di innesco della reazione psicopatologica.
Su tutto, nei casi più gravi, ma anche la sola diagnosi può essere sufficiente, può incombere il timore di aggravamento, fino alla morte.

Nel caso specifico della fibrosi cistica, oltre a pancreatiti e infertilità, e difficoltà di transito degli enzimi digestivi pancreatici al tenue, con conseguente mal assorbimento e numerosi altri sintomi, il muco denso e appiccicoso nei bronchi determina facile affaticabilità, bronchiectasie, tosse persistente, polmoniti frequenti e, negli episodi sintomatici più gravi, confusione mentale [(2)].

La nozione di essere portatori del gene autosomico recessivo CFRT che, se ricevuto da entrambi i genitori, determina la malattia, porta il paziente a considerarsi inguaribile e destinato a gravi complicanze, anche se fortunatamente le manifestazioni della fibrosi cistica possono essere di gravità molto variabile, da una compatibilità quasi completa con la vita ordinaria, a manifestazioni molto gravi, con complicanze polmonari tanto gravi da far considerare un trapianto.

La terapia psicofarmacologica, e quando possibile di sostegno psicologico, è spesso irrinunciabile, nel paziente con tubercolosi. È da ricordare, al primo livello che, nel trattamento della depressione, è da preferire la sertralina, che sembra a volte potenziare la terapia antitubercolare. I disturbi ansiosi, se non controllabili con terapia di sostegno, possono essere trattati con benzodiazepine (in via prudenziale, considerare la possibilità di depressione respiratoria da benzodiazepine, non frequente alle posologie usuali). Terapie antitubercolari, come isoniazide e cicloserina, possono innescare disturbi psicotici.
Se la sostituzione della terapia non è praticabile, o in attesa dello smorzarsi dell'effetto psicotogeno, è da praticare una terapia antipsicotica, preferibilmente con antipsicotici di solito associati a basso rischio di effetti extrapiramidali, comunque con regolare sorveglianza.

Isoniazide e rifampicina, per effetti di induzione enzimatica, possono ridurre l'efficacia della terapia antipsicotica. Depressione, ansia e psicosi possono essere indotti da cicloserina, con necessità di terapia, rispettivamente, antidepressiva, ansiolitica, antipsicotica.
Per completezza storica, è da ricordare che l'iproniazide fu introdotta come antitubercolare, e presto usata come antidepressivo, avendo manifestato effetti stimolanti; ma la scarsa maneggevolezza di iproniazide, che è un anti-MAO, ha determinato il ritiro dal commercio per qualsiasi indicazione.
Vedi anche Doherty et al. [(3)].

La comorbidità più comune, nei pazienti con fibrosi cistica, è la depressione, trattabile con vantaggio con gli antidepressivi SSRI, gli inibitori selettivi della ricaptazione di serotonina, che si raccomandano per l'assenza degli effetti anticolinergici, tipici degli antidepressivi non SSRI (amitriptilina, imipramina,

This article was published on December 30, 2025, at IJPDTM.IT
doi.org/10.30459/2025-39

Italian Journal of Prevention, Diagnostic and Therapeutic Medicine
Ital. J. Prev. Diagn. Ther. Med. | Vol.8 N°4 2025.
This work is licensed under a Creative Commons Attribution 4.0 License (by-nc 4.0).
Simedet.

ecc.). Fluoxetina, Sertralina, Escitalopram, Citalopram sono i più raccomandabili, dato il loro effetto anche ansiolitico.
La fibrosi cistica può comportare problemi di assorbimento e metabolizzazione degli antidepressivi: la terapia deve essere monitorata e aggiustata.
Se il paziente assume farmaci che possono alterare il ritmo cardiaco, è preferibile evitare di prescrivere citalopram, già di per sè possibile portatore di tale effetto indesiderato.
Se il paziente assume CFRT, modulatore della conduttanza, specialmente ivacaftor, è da considerare che l'enzima CYP3A4, inibito, può determinare aumento dei livelli di altri farmaci associati, come per esempio psicofarmaci.
Un ansiolitico da raccomandare è lorazepam, metabolizzato da una semplice coniugazione glucuronica, e poi escreto. I modulatori, quali ivacaftor, possono di per sé indurre depressione e ansia, da trattare con modulazione alternativa, o, se non possibile, con farmaci antidepressivi e ansiolitici. Vedi anche Campagna et al. [(4)].

La nozione di essere affetti da tubercolosi, specie "aperta", frequentemente è vissuta come uno stigma, che induce al ritiro dai rapporti sociali e familiari. Oltre, naturalmente, alle limitazioni, a fini di tutela fisica, prescritte dal curante o autonomamente scelte. Tuttavia, residua una speranza di guarigione, attualmente ben possibile.

Il vissuto della fibrosi cistica, specialmente se grave, induce, alla lunga, una convinzione di inaiutabilità. Si vivono inoltre le limitazioni indotte dalle turbe respiratorie e digestive. Idee di suicidio non sono infrequenti. In alcuni pazienti, la nozione che la malattia deriva dalla trasmissione di due geni autosomici recessivi da genitori sani, di solito non a conoscenza di questa possibilità, può indurre nel paziente una sorta di risentimento nei confronti dei genitori, pur sapendo che essi, ignari, nulla hanno a rimproverarsi, risentimento che non solo complica il quadro psicologico e relazionale, ma aumenta la possibilità di idee di suicidio, per "uccidere", inconsciamente, così i genitori introiettati.
Una psicoterapia di sostegno e verbalizzazione, accanto alla terapia psicofarmacologica, appare, quando possibile, fondamentale per le due categorie di pazienti esaminate.

Bibliografia

1. *Kant S., Yadav S., Tripathi P., Pandey A.K., Psychological manifestations in patients with tubercolosis: prevalence and contributing factors, Indian J Immunol Respir Med, 9(2): 51-57, 2024, https://doi.org/10.18231(ijirm.2024.011)*
2. *Chalmers S., Cystic fibrosis- Symtons and Causes, https://www.mayoclinic.org*
3. *Doherty A.M, Kelly J, McDonald C., O'Dywer A.M., Keone J., Cooney J., A review of the interplay between tuberculosis and mental health Gen Hosp Psych, 35,4, July-August 2013*
4. *Campagna G., Tagliati C., Giuseppetti G.M. Ripani P. Treatment of psychological symptoms in Patients with Cystic Fibrosis. 13 (19): 5806, 2024*

Publisher's note: *all claims expressed in this article are solely those of the authors and do not necessarily represent those of their affiliated organizations, or those of the publisher, the editors and the reviewers.*
Any product that may be evaluated in this article or claim that may be made by its manufacturer is not guaranteed or endorsed by the publisher.
©Copyright: the Author(s), 2025

This work is licensed under a Creative Commons Attribution 4.0 License (by-nc 4.0).
Simedet.

This article was published on December 30, 2025, at IJPDTM.IT
doi.org/10.30459/2025-39