

## Psichiatria di consulenza e liaison. Cosa bolle in pentola

*Consultation and liaison psychiatry. What's being cooked up?*

MATTEO BALESTRIERI

La psichiatria di Consulenza e di Liaison (CL) è definibile, con Lipowski (1984) «una subspecializzazione della psichiatria che ha come oggetto di interesse la diagnosi, il trattamento, lo studio, la prevenzione della morbilità psichiatrica presente nei soggetti con patologia organica e in coloro che somatizzano... e la organizzazione di consulenze psichiatriche, di attività di liaison e di insegnamento per operatori non psichiatrici in ogni tipo di setting clinico, ma in particolar modo nell'ospedale generale». Come si vede, una definizione molto ampia di questa disciplina, tanto da porre il problema di una sua identità a dispetto della molteplicità degli interessi scientifici che ne sono alla base (approccio psicosomatico, igiene mentale, trattamenti biologici e psicoterapeutici, ecc.). La rilevanza di questo problema è testimoniata dalla frequenza con cui vengono pubblicati Editoriali che hanno come tema l'autonomia e il riconoscimento della psichiatria di CL all'interno della psichiatria.

### IL BISOGNO DI RICONOSCIMENTO

La psichiatria di CL è passata attraverso successive fasi di sviluppo, definite da Schwab (1989) rispettivamente come preliminare (1885-1930), pionieristica (1930-1940), di sviluppo (1945-1980) e di consolidamento (1980-oggi). Lungo il cammino questa disciplina si è trasformata da una attività svolta da singoli psichiatri sulla base di un impegno personale, ad

una attività organizzata secondo criteri condivisi a livello internazionale, con propri scopi, una base di conoscenze, una ricerca in corso. Nonostante questi progressi, la psichiatria di CL soffre tuttora di una mancanza di sicurezza, che porta ad esempio alcuni dei suoi sostenitori più rappresentativi a chiedersi se essa abbia un futuro o sia destinata a scomparire (Pasnau, 1982; Lipowski, 1986). Anche se la domanda suona un po' retorica, è indubbio che la psichiatria di CL debba affrontare problemi non indifferenti, in principal modo avvicinare medicina e chirurgia, con mezzi limitati. In questa situazione, il bisogno di ottenere un riconoscimento nasce da esigenze distinte:

a) la necessità personale degli psichiatri di CL di vedere riconosciuto il proprio impegno nell'applicazione pratica di un'idea che da sempre accompagna la medicina, anche se non sempre con grande fortuna: l'unità psiche-corpo. L'approccio psicosomatico, principio guida della pratica di CL, non viene sufficientemente valorizzato da parte dei medici non psichiatri, per il motivo molto semplice che viene sentito come un elemento che aggiunge complessità al quadro clinico e soprattutto che inserisce l'ignoto, o l'inquietante, all'interno delle proprie competenze;

b) vi sono dati epidemiologici che testimoniano la necessità dello sviluppo della psichiatria di CL. Ad esempio, negli Stati Uniti dal 1973 al 1982 è raddoppiata la quota di pazienti dimessi dagli ospedali generali con diagnosi principale di disturbo psichiatrico (National Center for Health Statistics, 1984). La più recente rassegna della letteratura sulla morbilità psichica in ospedale generale indica che in media la quota di pazienti ospedalizzati che hanno disturbi affettivi riconoscibili con un'intervista clinica standardizzata è del 28%; inoltre, i dati di questa rassegna indicano quote non indifferenti di soggetti ospedalizzati con altre patologie, come disturbi mentali orga-

Indirizzo per la corrispondenza: Professor M. Balestrieri, Servizio di Psicologia Medica, Istituto di Psichiatria, Ospedale Policlinico, 37134 Verona.

Fax (+39) 045-585.871.

nici, alcoolismo, tossicodipendenza, disturbi del sonno, somatizzazioni ed altri disturbi ancora (Mayou & Hawton, 1986). Per contro, la quota di soggetti che vengono inviati in consulenza corrisponde solamente al 2% dei pazienti che vengono ricoverati in ospedale generale (Balestrieri & Falzone, 1994). Senza volere ridurre il problema ad una differenza tra queste percentuali, è evidente comunque che questi dati pongono, tra gli altri, anche il quesito di quanti disturbi psichici vengano correttamente identificati dai medici non psichiatri e di quanti poi vengano trattati in modo adeguato;

c) il terzo motivo è dato dalla necessità di finanziamenti all'interno di una situazione generale — che si pensa possa durare a lungo — di diminuzione delle disponibilità finanziarie e di necessità di gestione oculata delle risorse. Questo tipo di problema è stato particolarmente sentito negli Stati Uniti già negli anni '80, a causa del fatto che l'organizzazione sanitaria è in gran parte sostenuta dalle assicurazioni private (Pincus, 1987; Schwab, 1989; Strain *et al.*, 1989). In Europa, e in Italia in particolare, il problema emerge in un momento in cui la preoccupazione per la spesa sanitaria diventa pressante, tanto da prospettare in termini concreti l'ipotesi di una gestione sostanzialmente privatistica della salute. L'idea che la psichiatria di CL non trovi un suo spazio di riconoscimento e che venga esclusa dalla programmazione sanitaria è quindi reale. Rigatelli *et al.* (1993) hanno sottolineato, a questo proposito, che la psichiatria di CL è stata ignorata negli ultimi 33 progetti di riforma psichiatrica.

## GLI STRUMENTI DI AUTONOMIA

La ricerca di riconoscimento passa attraverso la creazione di strumenti di autonomia. Tra di essi vi sono, ad esempio, le società internazionali di psichiatria di CL: di particolare rilevanza per gli psichiatri italiani è, ad esempio, la costituzione della *European Association for Consultation-Liaison Psychiatrists and Psychosomatists* (EACLPP), che dovrebbe rappresentare un luogo di discussione e di promozione di iniziative nel campo della psichiatria di CL europea (EACLPP Newsletter, 1993), tra l'altro permettendo di essere un po' meno dipendenti da quanto avviene oltre Atlantico, dove questa disciplina trova un più ampio spazio. La EACLPP è nata nel 1992 a seguito di un'iniziativa di alcuni anni pre-

cedente, che ha portato un gruppo più informale, l'*European Consultation/Liaison Workgroup for General Hospital Psychiatry and Psychosomatics* (ECLW) a organizzare uno studio multicentrico di indagine sulla psichiatria di consulenza in 13 Paesi europei. La raccolta dei dati di questa indagine sarà terminata entro quest'anno ed i risultati sono quindi attesi tra non molto tempo.

Un altro strumento di autonomia è la pubblicazione di riviste scientifiche specificamente dedicati alla psichiatria di CL, tra i quali spicca per importanza il *General Hospital Psychiatry*, che ora rappresenta la pubblicazione di riferimento per chi si occupa di questo argomento. Su questa rivista vengono tra l'altro pubblicati periodicamente estesi aggiornamenti della letteratura di CL internazionale, disponibili anche in forma di *software*. Questa iniziativa viene a risolvere in parte il problema della difficoltà di reperire parole-chiave idonee ad estrarre articoli di interesse per la psichiatria di CL dai *literature database* più diffusi in campo medico e psichiatrico.

Altri strumenti di autonomia sono dati dalle interviste e dai questionari creati per essere utilizzati in ambito ospedaliero. Tra questi ultimi, ad esempio, è stato validato ed utilizzato in questo setting il *General Health Questionnaire* (GHQ) (Goldberg & Williams, 1988), mentre un questionario creato espressamente per essere utilizzato nei reparti ospedalieri è la *Hospital Anxiety and Depression Scale* (HADS) (Zigmond & Snaith, 1983). Entrambi sono ora disponibili nella versione italiana.

La necessità di categorie diagnostiche che tengano conto della specificità di intervento e di setting dello psichiatra di CL è un problema che è divenuto di importanza primaria negli ultimi anni, in parallelo con lo sviluppo dei sistemi diagnostici internazionali. Lo studio promosso dall'ECLW ha, ad esempio, utilizzato la decima revisione dell'ICD apportandovi tuttavia alcune modifiche e suggerimenti d'uso (ECLW, 1990). Anche il DSM-III-R è inadatto a descrivere e classificare i pazienti che presentano contemporaneamente sintomi psichici e somatici, a causa del fatto che i *trials* condotti per validare questo sistema diagnostico hanno escluso in maniera sistematica proprio i pazienti con rilevanti disturbi organici. Cohen-Cole *et al.* (1986) hanno passato in rassegna quattro approcci diversi alla diagnosi di depressione nei pazienti con disturbi organici. Con il *primo* approccio, il più semplice, sono stati diagnosticati come depressi tutti i pazienti che presentavano sintomi di depressione, indipendentemente dalla presenza di un disturbo organico (Rifkin *et al.*, 1985).

Ciò ha determinato un'alta sensibilità a spese però di una bassa specificità. Con il *secondo* approccio, sono stati sistematicamente esclusi i pazienti con sintomi di depressione chiaramente «causati» da un disturbo organico (Spitzer *et al.*, non pubblicato). La mancanza di veri e propri criteri decisionali potrebbe in questo caso aver creato problemi di affidabilità diagnostica. Il *terzo* approccio è quello di cambiare i criteri diagnostici, non considerando ad esempio determinati sintomi (per esempio l'anergia) e valorizzando altri (per esempio l'indecisione) quando il paziente presenta disturbi organici (Cavanaugh *et al.*, 1983; Endicott, 1984). Il *quarto* approccio, infine, ha portato ad escludere i sintomi anoressia e affaticabilità dalla diagnosi di depressione, che richiede allora la presenza di quattro sintomi su sette anziché su nove (Bukberg *et al.*, 1984). Quest'ultimo approccio è semplice come il primo, ma porta ad un problema opposto: troppi falsi negativi, quindi bassa sensibilità e alta specificità.

In Italia, dove la psichiatria di CL ha storia non ancora molto consolidata, si assiste ad un progressivo sviluppo di iniziative da parte di vari gruppi volte a standardizzare le modalità di intervento di consulenza psichiatrica; è da segnalare in particolar modo la partecipazione allo studio promosso dall'ECLW di 20 centri distribuiti sul territorio nazionale. La pubblicazione dei dati definitivi permetterà per la prima volta di avere un quadro reale dello sviluppo della consulenza psichiatrica in Italia.

## LA DIMOSTRAZIONE DI EFFICACIA

In una situazione come quella che è stata qui descritta, diventa prioritario dimostrare che la psichiatria di CL è efficace. Questo può essere effettuato verificando con studi scientificamente fondati se l'intervento di CL è in grado di produrre dei cambiamenti: in particolare, ridurre i costi di gestione ospedaliera dei pazienti, migliorare la condizione clinica, migliorare la prognosi dei pazienti depressi con patologia organica, produrre effetti di tipo preventivo sulle ricadute, migliorare il tipo di intervento medico, risolvere il *burn-out* degli operatori sanitari. Vi sono pochi dati che per il momento danno testimonianze positive a questo proposito. Ad esempio, lo studio caso-controllo di Levitan & Kornfeld (1981) indica che l'intervento di CL in una popolazione di anziani con frattura di femore ha determinato una

riduzione di 12 giorni della lunghezza dell'ospedalizzazione ed una riduzione del tasso di ricorso a strutture riabilitative al momento della dimissione. Smith *et al.* (1986) hanno dimostrato che la presenza di servizi di CL ha ridotto i costi sanitari dei pazienti ambulatoriali con disturbi da somatizzazione di circa il 50%. Lyons *et al.* (1986) hanno rilevato che più precoce era la richiesta di consulenza psichiatrica nel corso dell'ospedalizzazione, più precoce risultava la dimissione.

È evidente comunque come manchi un vero e proprio corpus di conoscenze che vengano da studi metodologicamente corretti. Molti studi hanno, infatti, usato approcci descrittivi o *case report*, mentre pochi sono quelli che hanno utilizzato disegni sperimentali corretti e strumenti adeguati per misurare la condizione psichica, la malattia organica e le variabili sociali ed esperienziali. Infine mancano precisi criteri operazionali degli interventi da attuare (Larson *et al.*, 1987; Hengeveld *et al.*, 1988). A conclusione di una loro rassegna della letteratura McKegney & Beckhardt (1982) hanno sottolineato che la ricerca valutativa sull'*outcome* dei pazienti che hanno ricevuto un intervento di CL è probabilmente il più importante obiettivo da raggiungere in questa disciplina nel futuro. Questo precetto rimane ancora valido a distanza di 12 anni!

## LA RICERCA A VERONA: LA VALUTAZIONE DELL'ATTIVITÀ DI CONSULENZA E IL PROGETTO AMPIO

Il Servizio di Psicologia Medica di Verona è da vari anni impegnato nell'attività di CL con i reparti dell'Ospedale Policlinico universitario. L'attività di consulenza viene monitorizzata con un *data-base* (SICOPSI 2.0), che nella versione più avanzata funziona su Microsoft Access 1.10. Questo *data-base*, a differenza di altri già esistenti, è stato pensato per analizzare in particolare modo l'interfaccia tra medico richiedente e consulente psichiatra. In particolare permette di rilevare il grado di concordanza tra domanda del medico non psichiatra e offerta di consulenza, con lo scopo di valutare l'impatto dell'attività di CL sui reparti medici e chirurgici dell'ospedale. È prevista inoltre una codifica per la valutazione di esito — secondo il metodo proposto da Popkin *et al.* (1983) — che analizza l'*outcome* dell'intervento di consulenza relativamente alla prescrizione degli psi-

cofarmaci, agli accertamenti diagnostici proposti e alla trascrizione della diagnosi.

Un diverso progetto condotto dal Servizio di Psicologia Medica si propone di individuare ed analizzare mediante l'uso di strumenti standardizzati (questionari e interviste cliniche) l'entità, la distribuzione e le caratteristiche del disagio emotivo e dei disturbi psichiatrici in un vasto campione rappresentativo dei pazienti ricoverati nei reparti medici e chirurgici dello stesso Ospedale Policlinico, con un *follow-up* dei pazienti a distanza di alcune settimane dalla dimissione. Il disegno sperimentale prevede la somministrazione degli strumenti a circa 1000 pazienti ricoverati, secondo una procedura a due fasi della durata complessiva di tre anni. Il progetto, denominato AMPIO (Analisi della Morbilità Psichiatrica In Ospedale generale), prevede l'uso di strumenti di indagine quali il GHQ-12, la HADS, la SSIS (versione modificata per l'OMS dell'intervista clinica standardizzata CIDI), una scheda anamnestica ed alcuni altri strumenti già validati, atti a rilevare la tipologia degli psicofarmaci assunti nelle ultime settimane, i *life events* e il supporto familiare. Viene inoltre proposta ai medici ospedalieri la compilazione di una scheda di diagnosi, gravità e trattamento di malattia del paziente in carico. Il progetto è attualmente nello stadio di inizio della seconda fase.

## CONCLUSIONE

Sino a non molti anni fa, lo psichiatra di CL si preparava i propri piatti seguendo gusti personali e ricette che potevano essere estemporanee. Ora che siamo diventati una comunità estesa, è necessario tener conto di esigenze «dietetiche» comuni.

La pentola bolle sul fuoco e vari ingredienti scelti sono già stati introdotti. È necessario assicurarsi che i futuri piatti siano saporiti e robusti affinché la psichiatria di CL possa continuare a crescere.

## BIBLIOGRAFIA

- Balestrieri M. & Falzone R. (1994). Il SICOPSI, nuova scheda di rilevazione dell'attività psichiatrica di consulenza, a confronto con i dati ed i sistemi informativi internazionali. In *Psichiatria di Consulazione e Collegamento nell'Ospedale Generale* (ed. E. Aguglia e I. Allegranti), pp. 137-146. Editre Edizioni: Trieste.
- Bukberg J., Penman D. & Holland J. (1984). Depression in hospitalized cancer patients. *Psychosomatic Medicine* 46, 199-212.
- Cavanaugh S., Clark D. & Gibbons R. (1983). Diagnosing depression in the hospitalized medically ill. *Psychosomatics* 24, 809-815.
- Cohen-Cole S.A., Pincus H.A., Studemire A., Fiester S. & Houpt J.L. (1986). Recent research developments in consultation-liaison psychiatry. *General Hospital Psychiatry* 8, 316-329.
- EACLPP Newsletter (1993). *Newsletter 1*, October 1993.
- ECLW (1990). *Manual and Training Guidelines for Clinical Descriptions and Diagnoses of Disorders Seen by the C/L Service within the General Hospital. Version 4*. Austria.
- Endicott J. (1984). Measurement of depression in patients with cancer. *Cancer* 53, 2243-2248.
- Goldberg D. & Williams P. (1988). *A User's Guide to the General Health Questionnaire*. NFER-Nelson: Windsor.
- Hengeveld M.W., Huyse F.J., van der Mast R.C. & Tuinstra C.L. (1988). A proposal for standardization of psychiatry consultation-liaison data. *General Hospital Psychiatry* 10, 410-422.
- Larson D.B., Kessler L.C., Burns B.J., Pincus H.A., Houpt J.L., Fiester S. & Chaitkin L. (1987). A research development workshop to stimulate outcome research in consultation-liaison psychiatry. *Hospital and Community Psychiatry* 38, 1106-1109.
- Leviton S.J. & Kornfeld D.S. (1981). Clinical and costs benefits of liaison psychiatry. *American Journal of Psychiatry* 138, 790-793.
- Lipowski Z.J. (1984). History, definition, and scope of consultation-liaison psychiatry. In *Psychiatry Update, Volume 3* (ed. L. Grinspoon). American Psychiatric Press: Washington, DC.
- Lipowski Z.J. (1986). Consultation-Liaison Psychiatry: the first half century. *General Hospital Psychiatry* 8, 305-315.
- Lyons J.S., Hammer J.S., Strain J.J. & Fulp G. (1986). The timing of psychiatric consultation in the general hospital stay. *General Hospital Psychiatry* 8, 159-162.
- Mayou R. & Hawton K. (1986). Psychiatric disorder in the general hospital. *British Journal of Psychiatry* 149, 172-190.
- McKegney F.P. & Beckhardt R.M. (1982). Evaluative research in consultation/liaison psychiatry: review of the literature 1970-1981. *General Hospital Psychiatry* 4, 197-218.
- National Center for Health Statistics (1984). *Utilization of Short Stay Hospitals, US 1982 Annual Summary. Vital and Health Statistics Series 13, no 7. DHHS pub (PHS) 84-1739*. US Government Printing Office: Washington, DC.
- Pasnau R.O. (1982). Consultation-liaison psychiatry at the crossroads: in search of definition for the 1980s. *Hospital and Community Psychiatry* 33, 989-995.
- Pincus H.A. (1987). Marketing consultation-liaison psychiatry. *General Hospital Psychiatry* 9, 347-349.
- Popkin M.K., Mackenzie T.B. & Callies A.L. (1983). Consultation-liaison outcome evaluation system. *Archives of General Psychiatry* 40, 215-219.
- Rifkin A., Reardon G., Siris S., Karagji B., Kim Y.S., Hackstaff L. & Endicott W. (1985). Trimipramine in physical illness with depression. *Journal of Clinical Psychiatry* 46, 4-8.
- Rigatelli M., Zanni L., Bianchini M., Natali A., Casolari L., De Bertolini C., Di Bari M. & Gala C. (1993). La consulenza psichiatrica in ospedale generale oggi. Alcuni dati italiani da uno studio europeo. In *Il Labirinto della Somatizzazione* (ed. D. De Martis, S. Vender e P. Politi), pp. 199-266. La Goliardica Pavese: Pavia.
- Schwab J.J. (1989). Consultation-liaison psychiatry: a historical overview. *Psychosomatics* 30, 245-254.

- Smith G.R., Monson R.A., Ray D.C. (1986). Psychiatric consultation in somatization disorder: a randomized controlled study. *New England Journal of Medicine* 314, 1407-1413.
- Spitzer R., Williams J. & Gibbon M. *Instruction Manual for the Structured Clinical Interview for DSM-III-R* (non pubblicato).
- Strain J.J., Gise L.H. & Fulop G. (1989). Consultation-liaison psychiatry: possibilities for the 1990s. *General Hospital Psychiatry* 11, 235-240.
- Zigmond A. & Snaith R.P. (1983). The Hospital Anxiety and Depression Scale. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 67, 361-370.

