

DIAGNOSI PSICHIATRICA STRUTTURATA: NUOVO PROTOCOLLO PER LA SCID-I RESEARCH VERSION

Ilaria Lega (a), Antonella Gigantesco (a), Angelo Picardi (a), Debora Del Re (a), Emanuele Tarolla (b),
Andrea Di Cesare (c), Fausto Mazzi (d), Francesco Cobiachi (e)

(a) *Centro Nazionale di Epidemiologia, Sorveglianza e Promozione della Salute, Istituto Superiore
di Sanità, Roma*

(b) *Unità Operativa Psichiatria, Azienda Unità Sanitaria Locale della Romagna, Rimini*

(c) *Policlinico Universitario Agostino Gemelli, Università Cattolica del Sacro Cuore, Roma*

(d) *AUSL Modena, Università di Modena e Reggio Emilia, Modena*

(e) *COBI Sistemi Informativi Sas, Roma*

Diagnosi psichiatrica nella ricerca e nella clinica: alcune considerazioni

Donald W. Goodwin e Samuel B. Guze, nell'introduzione alla quinta edizione del loro celebre testo "La diagnosi psichiatrica", così commentano l'ingresso della diagnosi basata su criteri e regole formalizzati e codificati nella psichiatria nordamericana:

"Il DSM-III, il manuale diagnostico ufficiale dell'Associazione Psichiatrica Americana, fu pubblicato nel 1980 e divenne subito un best seller. Le versioni precedenti erano passate quasi inosservate. Perché questo cambiamento? Forse stanchi di teorie non provate, gli psichiatri possono aver trovato una parziale soddisfazione nel mettersi d'accordo su come chiamare le cose (...). Grazie alla scoperta di terapie farmacologiche relativamente specifiche, la diagnosi è diventata un problema pratico (...). L'enfasi sulla diagnosi ha prodotto un aumento nell'uso di parole quali dati, accordo tra osservatori (...). Le riviste hanno cominciato a traboccare di grafici e tabelle (...). La gente ha preso l'abitudine di alzarsi ai congressi per chiedere "Dove stanno le prove?". Questi sono cambiamenti veri." (Goodwin & Guze, 1996).

Nel passaggio all'edizione rivista del *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* 3^a edizione (DSM-III) pubblicata nel 1987, al DSM-IV (4^a edizione) del 1994 e al DSM-IV-TR (Text Revised) del 2000 sono comparse nuove categorie diagnostiche, sono stati riorganizzati i criteri diagnostici di alcuni disturbi, è stato introdotto il criterio dell'impatto dei sintomi sul funzionamento sociale e lavorativo. Il DSM-5 (5^a edizione), pubblicato negli Stati Uniti nel maggio 2013 e foriero di ulteriori cambiamenti, ha riaperto il mai sopito dibattito sulla effettiva capacità dei manuali diagnostici dei disturbi mentali di distinguere fra salute e malattia, particolarmente per quelle condizioni psicologiche e comportamentali che più che essere veri disturbi riflettono la normale variabilità inter- e intra-individuale (Mc Guire & Troisi, 1998; Frances, 2013).

Tuttavia, anche gli autori che hanno più radicalmente messo in discussione l'effettiva validità della diagnosi psichiatrica basata sull'approccio categoriale dei manuali diagnostici concordano nel riconoscere che il DSM-III, introducendo criteri diagnostici espliciti e una classificazione con regole formalizzate adottate dalla maggior parte dei clinici e nella ricerca, ha

profondamente e definitivamente modificato almeno quattro ambiti della clinica psichiatrica (Kendell & Jablensky, 2003):

1. l'utilizzo di una medesima cornice di riferimento standard ha messo i clinici nella condizione di raggiungere un miglior accordo diagnostico e di migliorare la comunicazione tra specialisti, che ha cominciato a includere anche dati e analisi statistiche su trattamenti ed esiti;
2. l'uso di criteri diagnostici e di strumenti di valutazione è diventato la norma nella ricerca, rendendo disponibili dati confrontabili;
3. l'insegnamento della psichiatria si è potuto basare su sistemi di riferimento internazionali che consentono un linguaggio comune;
4. la diffusione dei criteri diagnostici utilizzati dai professionisti della salute mentale ha aiutato i clinici a migliorare la comunicazione con gli utenti dei servizi, i loro familiari, la società in generale.

Per migliorare l'accuratezza della diagnosi psichiatrica basata su manuali diagnostici, sono state messe a punto e testate numerose interviste, fra le quali la *Structured Clinical Interview for DSM-III-R* (SCID) (Spitzer *et al.*, 1990) e le sue versioni successive che sono considerate il gold standard per la diagnosi psichiatrica di Asse I a livello internazionale (Shear *et al.*, 2000; Steiner *et al.*, 1995).

Le interviste diagnostiche strutturate consentono di ottenere diagnosi più affidabili rispetto al colloquio clinico o a interviste meno strutturate, giacché indagano sistematicamente sintomi e comportamenti che il clinico potrebbe altrimenti lasciarsi sfuggire. L'utilizzo di interviste diagnostiche strutturate migliora la riproducibilità diagnostica⁹ ed è pertanto la regola nella ricerca (Miller *et al.*, 2001; Ramirez Basco *et al.*, 2000).

La formulazione di una diagnosi completa e sistematica dei disturbi mentali in grado di orientare la scelta della terapia farmacologica per i pazienti affetti dai disturbi mentali più gravi è tra i compiti principali e specifici dello psichiatra (Craddock & Craddock, 2010). La disponibilità di linee guida e protocolli di trattamento per gli specifici disturbi psichiatrici è il principale richiamo alla necessità di effettuare una diagnosi sindromica affidabile. Tuttavia, la valutazione sistematica dei sintomi e del decorso della malattia, l'anamnesi medica, familiare e dei trattamenti effettuati, essenziali per poter effettuare una diagnosi accurata, sono onerose in quanto richiedono tempo e devono essere effettuate da personale specialistico. È quindi necessario chiedersi: l'applicazione di tale metodologia è giustificata in condizioni di routine? In un campione di 200 pazienti ambulatoriali l'intervista con la SCID combinata alla consultazione della documentazione clinica precedente ha mostrato una sensibilità¹⁰ per la diagnosi di disturbo bipolare I dell'88% rispetto alla sensibilità del 54% delle diagnosi basate sul solo colloquio clinico, per il disturbo schizoaffective dell'89% rispetto al 53% (Ramirez Basco *et al.*, 2000). L'utilizzo della SCID migliora quindi in modo sostanziale il riconoscimento almeno dei disturbi dell'umore e del disturbo schizoaffective, e l'importanza di un corretto inquadramento diagnostico di questi disturbi a fini terapeutici e prognostici è evidente per il clinico. Nel medesimo studio è stato osservato un accordo diagnostico fra valutatori (senza tener conto della percentuale di accordo dovuta al caso) del 53% sulla base del colloquio clinico, del 68% con l'utilizzo della SCID e del 79% quando la SCID veniva integrata con fonti esterne di informazioni sul paziente; ove si è registrato un disaccordo, questo era nella maggior parte dei casi di importanza clinica sostanziale, giacché implicava diverse strategie di trattamento (Ramirez Basco *et al.*, 2000).

⁹ La riproducibilità tra osservatori è il grado di accordo diagnostico fra operatori diversi su uno stesso caso.

¹⁰ La sensibilità è un indice della capacità di un esame diagnostico di individuare un determinato disturbo quando esso è presente.

La scelta di utilizzare la SCID-I Research Version (RV) nell'ambito del progetto OPG-ISS, estendendo quanto più possibile la formazione degli psichiatri e psicologi delle Unità Operative alla somministrazione dell'intervista, si è basata anche su queste evidenze.

La SCID-I

L'intervista clinica per i disturbi sull'Asse I del DSM-IV (SCID-I) è un'intervista semistrutturata per la formulazione delle diagnosi sull'Asse I del DSM-IV. L'intervista contiene le domande da porre al paziente e i criteri diagnostici; la sequenza delle domande è simile al processo diagnostico di un clinico esperto. Se non vi sono sufficienti elementi per determinare se un criterio diagnostico sia o non sia soddisfatto, l'intervistatore deve fare domande aggiuntive, pertanto l'utilizzo dell'intervista presuppone una competenza clinica e la conoscenza della classificazione e dei criteri diagnostici del DSM-IV (APA, 1994).

I criteri diagnostici sono valutati progressivamente anche se in ordine diverso rispetto a quello del DSM-IV, per consentire di indagare per primi quei criteri che escludono la diagnosi di un determinato disturbo, migliorando così l'efficienza del processo diagnostico.

Le fonti di informazione sono in primo luogo il paziente, ma anche le cartelle cliniche, i familiari, gli amici e ogni fonte attendibile disponibile.

Esistono due principali versioni dell'intervista, la versione clinica SCID-I Clinical Version (CV) (First *et al.*, 1996) e la versione ricerca SCID-I RV (First *et al.*, 2002); la prima è pubblicata dall'American Psychiatric Press Inc., la seconda è invece disponibile su richiesta al *Biometrics Research Department* del *New York State Psychiatric Institute* della *Columbia University*.

Le due versioni garantiscono pressoché la stessa copertura diagnostica relativamente ai disturbi sull'Asse I del DSM-IV e DSM-IV-TR ma non allo stesso livello di dettaglio, giacché solo la SCID-I RV consente di raccogliere informazioni anche sui sottotipi e gli specificatori sintomatologici e di decorso dei disturbi valutati.

Nell'ambito del progetto OPG-ISS si è preferito quindi avvalersi della SCID-I RV che consente di disporre non solo di una diagnosi affidabile, ma anche della caratterizzazione sintomatologica dei disturbi diagnosticati. È stata utilizzata la versione italiana dello strumento (Perone, 2007).

Per quanto riguarda il formato, le due versioni presentano una differenza. La SCID-I RV – sia nella versione originale inglese che in quella italiana – è composta da un unico supporto cartaceo contenente domande, criteri, e siglatura dei criteri. La SCID-I CV invece – anch'essa sia nella versione originale inglese che in quella italiana (Mazzi *et al.*, 2000) – si compone di due parti: un protocollo di somministrazione rilegato, contenente domande e criteri da utilizzarsi ripetutamente per le interviste diagnostiche, e un protocollo di raccolta dati separato, che serve a registrare la codifica dei criteri diagnostici per ciascun paziente valutato.

Sviluppo di un protocollo di raccolta dati per la SCID-I RV

Nell'ambito del progetto OPG-ISS è stato sviluppato dal Reparto Salute Mentale del Centro Nazionale di Epidemiologia, Sorveglianza e Promozione della Salute un protocollo di raccolta dati per la SCID-I RV sul modello di quello previsto per la SCID-I CV. Tale scelta è stata motivata da due principali ragioni: 1) il protocollo di raccolta dati, prevedendo per ogni item

uno spazio apposito, consente al clinico che somministra l'intervista di annotare le informazioni utilizzate a supporto delle decisioni diagnostiche. La capacità di procedere con l'intervista applicando contestualmente gli alberi decisionali del DSM-IV-TR si acquisisce solo con la pratica, e la possibilità di prendere alcuni appunti mirati è di grande aiuto per chi – come riscontrato nel caso del contesto di riferimento del progetto – non abbia ancora esperienza con l'utilizzo dello strumento; 2) il protocollo di raccolta dati – essendo di dimensioni più ridotte rispetto al supporto unico della versione ricerca – può essere inserito nella cartella clinica, contribuendo a rendere disponibile una diagnosi psichiatrica affidabile non solo per le finalità di ricerca, ma anche per la pratica clinica quotidiana.

Nell'ambito del progetto OPG-ISS vengono valutati i disturbi psicotici, i disturbi dell'umore, i disturbi da uso di sostanze, i disturbi d'ansia e i disturbi dell'alimentazione¹¹.

Così come previsto per la SCID-I CV il protocollo di somministrazione e il protocollo di raccolta dati vengono usati insieme: l'intervistatore utilizza il protocollo di somministrazione per le domande dell'intervista e i criteri diagnostici e il protocollo di raccolta dati per scrivere i punteggi e le risposte.

La sezione del protocollo di raccolta dati riguardante i sintomi psicotici e la diagnosi differenziale dei Disturbi psicotici è disponibile in Appendice A2.

Predisposizione di un sistema informatico per l'intervista SCID-I RV

Per la trasmissione dei dati relativi all'intervista SCID-I RV dai centri partecipanti al centro di coordinamento presso l'ISS è stato messo a punto un database interattivo, in grado di raccogliere le informazioni relative ai sottotipi e al decorso dei disturbi, agli specificatori sintomatologici oltre che alle diagnosi psichiatriche effettuate con la SCID-I RV.

L'intervista diagnostica è stata implementata nel sistema informatico *web-based* nella versione integrale utilizzata per il progetto. Il sistema *web-based* è stato predisposto in modo da consentire una compilazione "guidata" della SCID-I RV basata sulle regole di somministrazione dell'intervista. Pertanto, sulla base della presenza o assenza di un determinato criterio, il sistema informatico procede automaticamente a "saltare" le domande non pertinenti. La trasmissione via web dell'intervista consente all'Unità di coordinamento dell'ISS di effettuare ulteriori controlli sulla coerenza, la completezza e l'accuratezza dei dati raccolti, in aggiunta a quelli automatici dei quali il sistema è stato dotato.

Per l'implementazione dell'intervista SCID, che è composta da quasi mille domande, non si è potuto utilizzare il classico sistema utilizzato per i questionari web che, normalmente, sono costituiti da qualche decina di domande. Per ovviare al problema è stata adottata una strategia che propone all'utente solo le domande utili che sono visualizzate in tempo reale in funzione delle risposte fornite ad altre domande durante la compilazione.

Questa strategia è basata su tre componenti principali: il *database* delle regole, il *motore* che interagisce col database e l'*interfaccia* web che consente l'interazione col sistema.

Questa strategia di implementazione ha consentito di ottenere un'interfaccia che "guida" l'utente nella compilazione dell'intervista. Inoltre, dal punto di vista tecnico, si è ottenuta una

¹¹ La SCID-I RV prevede la possibilità di selezionare i disturbi da valutare sulla base della necessità dello studio, eliminando singole sezioni o interi moduli dell'intervista. Nel progetto OPG-ISS, rispetto alla versione integrale della SCID-RV, sono stati esclusi i soli disturbi somatoformi e disturbi dell'adattamento.

elevata manutenibilità delle regole di compilazione perché sono state rese parametrizzabili e riutilizzabili.

Il sistema è stato realizzato per una applicazione *web-based*, ma questa metodologia di implementazione può essere utilizzata anche per altre piattaforme applicative quali: sistemi *stand-alone* e “App” per tablet o cellulari. Per l’utilizzo su altre piattaforme si potrà usufruire della logica e delle regole studiate, realizzate e testate per l’applicazione web. Ovviamente sarà necessario adeguare il sistema in funzione della piattaforma di sviluppo che dipende dal tipo di *dispositivo* per cui si vuole realizzare il sistema.

Bibliografia

- APA. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition*. Washington, DC: American Psychiatric Association; 1994.
- Craddock N, Craddock B. Patients must be able to derive maximum benefit from a psychiatrist’s medical skills and broad training. *World Psychiatry* 2010;9(1):30-1.
- First MB, Spitzer, RL, Gibbon M, Gibbon W, Janet BW. *Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis I Disorders, Clinician Version (SCID-CV)*. Washington, DC: American Psychiatric Press, Inc.; 1996.
- First MB, Spitzer RL, Gibbon M, Gibbon W, Janet BW. *Structured Clinical Interview for DSM-IV-TR Axis I Disorders, Research Version, Patient Edition. (SCID-I/P)* New York: Biometrics Research, New York State Psychiatric Institute; 2002.
- Frances A. The new crisis of confidence in psychiatric diagnosis. *Ann Intern Med* 2013;159(10):720.
- Goodwin WG, Guze SB. *Psychiatric diagnosis. Fifth edition*. New York: Oxford University Press; 1996.
- Kendell R, Jablensky A. Distinguishing between the validity and utility of psychiatric diagnoses. *Am J Psychiatry* 2003;160(1):4-12.
- Mazzi F, Morosini P, de Girolamo G, Lusetti M, Guaraldi GP. *SCID-I CV: Intervista clinica strutturata per i disturbi dell’Asse I del DSM-IV, Versione Clinica*. Firenze: Organizzazioni Speciali; 2000.
- Mc Guire MT, Troisi A. *Darwinian Psychiatry*. New York: Oxford University Press; 1998.
- Miller PR, Dasher R, Collins R, Griffiths P, Brown F. Inpatient diagnostic assessments: 1. Accuracy of structured vs. unstructured interviews. *Psychiatry Res* 2001;105(3):255-64.
- Perone, R. Traduzione italiana della SCID I/P DSM IV-TR Versione Ricerca (2002). In: Perone R, Pecori D (Ed.). *La procedura COMOVAL multiassiale per la SCID I/P DSM IV-TR Versione Ricerca (2002a). Guida integrativa di istruzioni per l’applicazione e la validazione della procedura*. Foggia: Associazione Italiana per la Cura Dipendenze Patologiche; 2007. (Quaderni di S & P La Rassegna Italiana delle Tossicodipendenze volume 9).
- Ramirez Basco M, Bostic JQ, Davies D, Rush AJ, Witte B, Hendrickse W, Barnett V. Methods to improve diagnostic accuracy in a community mental health setting. *Am J Psychiatry* 2000;157(10):1599-605.
- Shear MK, Greeno C, Kang J, Ludewig D, Frank E, Swartz HA, Hanekamp M. Diagnosis of nonpsychotic patients in community clinics. *Am J Psychiatry* 2000;157(4):581-87.
- Spitzer RL, Williams JBW, Gibbon M, First MB. *Structured Clinical Interview for DSM-III-R, Patient Edition/Non-patient Edition, (SCID-P/SCID-NP)*. Washington, DC: American Psychiatric Press, Inc.; 1990.
- Steiner JL, Tebes JK, Sledge WH, Walker ML. A comparison of the structured clinical interview for DSM-III-R and clinical diagnoses. *J Nerv Ment Dis* 1995;183(6):365-69.