

2. Priebe S, Badesconyi A, Fioritti A et al. Reinstitutionalisation in mental health care: comparison of data on service provision from six European countries. *BMJ* 2005; 330: 123–6.
3. Cook JA, Lehman AF, Drake R et al. Integration of psychiatric and vocational services: a multisite randomized, controlled trial of supported employment. *Am J Psychiatry* 2005; 162: 1948–56.
4. Kopelowicz A, Liberman RP. Integration of care: integrating treatment with rehabilitation for persons with major mental illnesses. *Psychiatr Serv* 2003; 54: 1491–8.
5. Armstrong EM, Carpenter D, Hojnacki M. Whose deaths matter? Mortality, advocacy, and attention to disease in the mass media. *Journal of Health Politics, Policy and Law* 2006; 31: 729–72.
6. Murray CJL, Lopez AD. The global burden of disease. Cambridge: Harvard University Press, 1996.
7. Prince M, Patel V, Saxena S et al. No health without mental health. *Lancet* 2007; 370: 859–77.
8. Arnesen T, Kapiriri L. Can the value choices in DALYs influence global priority setting? *Health Policy* 2004; 70: 137–49.
9. Murray C, Lopez A, Black R et al. Global Burden of Disease 2005: call for collaborators. *Lancet* 2007; 370: 109–10.

Czy cierpienie (*distress*) jest objawem zaburzeń psychicznych, markerem upośledzenia funkcjonowania, jednym i drugim, czy ani jednym, ani drugim?

Is distress a symptom of mental disorders a marker of impairment, both or neither?

MICHAEL R. PHILIPS

WHO Collaborating Center of Research and Training in Suicide Prevention,
Beijing Suicide Research and Prevention Center, Beijing Hui Long Guan Hospital, Pekin, Chiny

Omawiając zalety oddzielenia oceny upośledzenia funkcjonowania od kryteriów diagnostycznych zaburzenia psychicznego Üstün i Kennedy nie biorą pod uwagę „cierpienia” (*distress*) – chociaż pojęcie to nie ma żadnych jasnych granic definicyjnych, jednak jest często używane w systemie DSM, oraz w mniejszym stopniu, w systemie ICD.

W większości przypadków cierpienie łączone jest z upośledzeniem funkcjonowania: według kryteriów DSM-IV dla rozpoznania większości zaburzeń depresyjnych, lękowych, zaburzeń osobowości, snu, zaburzeń somatyzacyjnych oraz niektórych innych konieczna jest obecność albo upośledzenia funkcjonowania, albo „klinicznie istotnego cierpienia” (w niektórych rozpoznaniach nazywanego „znacznym cierpieniem”), zaś kryteria ICD-10 dla kilku rozpoznań (np. zaburzenia obsesyjno-kompulsyjnego (OCD), hipochondrii, zaburzeń snu, zaburzeń osobowości) również wymagają stwierdzenia albo upośledzenia funkcjonowania, albo cierpienia. Zakładając, że uda się przekonać klinicystów i badaczy, by wycięli upośledzenie funkcjonowania z kryteriów diagnostycznych – a proces ten dla niektórych zaburzeń będzie bardziej traumatyczny niż dla innych – kolejnym problemem będzie podjęcie decyzji, co zrobić z „cierpieniem” w proponowanych zintegrowanych schematach diagnostycznych DSM-ICD. Do wyboru są trzy możliwości: całkowite wyrzucenie tego pojęcia za burtę, przyjęcie cierpienia za wymagany, niezależny objaw tych zaburzeń, albo włączenie cierpienia do oceny upośledzenia funkcjonowania.

Niektórzy autorzy [1, 2] dowodzą, że cierpienie jest zjawiskiem przemijającym, związanym z konkretnymi stresorami i że ustępuje po zniknięciu stresora, lub w miarę adaptacji jednostki do stresora. Jeśli jednak doznawane cierpienie znacznie przewyższa to, co jest właściwe według norm kulturowych, albo utrzymuje się długo po wygaśnięciu pierwotnego (lub wtórnego) stresora, to uważa się je za część patologicznego procesu psychicznego i powinno

być traktowane jako marker zaburzenia psychicznego [1]. Autorzy ci twierdzą, że nieodróżnianie tych dwóch sytuacji prowadzi do medykalizacji normalnych reakcji na stres [2, 3]. Dokonanie rzetelnego rozróżnienia między cierpieniem „normalnym” a nieprzystosowawczym jednak może być dość trudne, ponieważ wymaga szczegółowych informacji o stresorach oddziałujących na daną jednostkę oraz o reakcjach na takie stresory „właściwych” w jej społeczno-kulturowym środowisku dla osób w tym samym wieku, tej samej płci i o podobnym poziomie wykształcenia.

W DSM-IV próbowano wystrzegać się społecznych przyczyn objawów (z kilkoma godnymi uwagi wyjątkami, takimi, jak zespół stresu pourazowego oraz zaburzenia przystosowania), wobec czego nie ma kryteriów do określenia, kiedy cierpienie staje się „klinicznie istotne”. W praktyce zależy to zwykle od oceny stopnia niepełnosprawności wywołanej przez cierpienie, nie zaś od „niewłaściwości” cierpienia. Przy takim rozumieniu pojęcia cierpienia, z uwagi na niebezpieczeństwo medykalizacji normalnych reakcji, trudność odróżniania cierpienia normalnego od nieprzystosowawczego, oraz prawdopodobnie znaczny zakres nakładania się pojęć upośledzenia funkcjonowania i „klinicznie istotnego cierpienia” operacjonalizowanego tak, jak w DSM, wydaje się, że niewiele by się straciło, gdyby termin „cierpienie” całkowicie usunąć z kryteriów diagnostycznych.

Inni autorzy [4] twierdzą, że cierpienie stanowi komponent leżący u podłoża lęku i depresji, który nie jest ani przemijający, ani normalny. Interpretacja ta jest bardziej zgodna z użyciem pojęcia cierpienia w systemach DSM i ICD, lecz te dwa systemy diagnostyczne znacznie się różnią w traktowaniu cierpienia, są także niekonsekwentne w postępowaniu się pojęciem cierpienia w różnych diagnozach w obrębie tego samego systemu. W DSM-IV cierpienie stanowi ważny wskaźnik ciężkości zaburzeń depresyjnych (równorzędny z upośledzeniem funkcjonowania), ale w ICD-10 nie bierze się pod uwagę cierpienia przy rozpoznawaniu zabu-

rzeń depresyjnych (oprócz tego, że jest to jeden z „objawów nie-diagnostycznych” innych epizodów depresyjnych). W kryteriach DSM-IV dla fobii i OCD, cierpienie jest markerem ciężkości/nasilenia (równorzędny z upośledzeniem funkcjonowania), oraz ma taki sam status jak lęk, czyli stanowi podstawową cechę objawów osiowych (np. nawracające myśli w OCD muszą powodować „znaczny lęk lub cierpienie”). W ICD-10 „cierpienie emocjonalne” wymagane jest jako odrębny, niezależny objaw fobii (*nie* połączony z upośledzeniem funkcjonowania), oraz stanowi marker nasilenia OCD (równorzędny z upośledzeniem funkcjonowania), lecz nie jest wymieniane jako cecha charakterystyczna osiowych objawów fobii lub OCD. W kryteriach ICD-10 dla zaburzenia somatyzacyjnego „uporczywe cierpienie” prowadzi do wielokrotnego zgłaszania się po opiekę zdrowotną, lecz nie ma tego w kryteriach DSM-IV. Lęk separacyjny musi obejmować „nawracające, nadmierne cierpienie” (DSM-IV) lub „nadmierne, nawracające cierpienie” (ICD-10) związane z separacją.

Przykłady te pokazują, że w obu systemach diagnostycznych cierpienie występuje jako niezależny objaw, jako wskaźnik kwalifikujący określający inne objawy, oraz jako ogólna miara nasilenia/ciężkości, lecz ani w DSM-IV, ani w ICD-10 nie podano definicji tego terminu, a zatem interpretacje odnośnych kryteriów diagnostycznych mogą być bardzo rozmaite. Częste posługiwanie się różnymi wskaźnikami określającymi poziom cierpienia („kliniczne istotne”, „znacznego stopnia”, „nadmierne”, itd.) nasuwa przypuszczenie, że konstrukt cierpienia traktowany jest jako wymiar, który przycina się tak, by służyć jako kryterium diagnostyczne poszczególnych kategorii, lecz w tych systemach diagnostycznych nie ocenia się stopnia cierpienia i nie podaje się dalszych informacji jasno określających punkt odcięcia dla cierpienia które jest i które nie jest diagnostycznie istotne.

Potencjalne wyłączenie upośledzenia funkcjonowania spośród kryteriów diagnostycznych powoduje, że w DSM-IV

i ICD-10 znacznie wyraźniej widać niespecyficzne i niekonsekwentne posługiwanie się pojęciem cierpienia, ponieważ cierpienie najczęściej używane jest obecnie jako miara ciężkości zaburzenia równorzędna z upośledzeniem funkcjonowania. W literaturze [4] istnieje wiele definicji cierpienia, lecz nadal nie ma jednej, powszechnie przyjętej i nieprawdopodobne jest, aby taka definicja pojawiła się w dającej się przewidzieć przyszłości. Jeśli zatem termin ten ma pozostać w DSM-V i ICD-10, to w glosariuszu musi znaleźć się jednoznaczna definicja operacyjna cierpienia, jasno odróżniająca je od depresji i lęku, trzeba też opracować metodę do oceny nasilenia cierpienia.

Jeśli nie jest możliwe opracowanie specyficznej, nie nakładającej się częściowo na inne pojęcia, operacyjnej definicji cierpienia, sądzę, że byłoby wskazane całkowicie usunąć cierpienie z kryteriów diagnostycznych i z oceny upośledzenia funkcjonowania. Jeśli opracowanie takiej definicji jest możliwe, to uważam, że byłoby wskazane włączenie cierpienia jako jednego z wymiarów składowych przy ocenie upośledzenia funkcjonowania we wszystkich zaburzeniach (tzn. nie jako części kryteriów diagnostycznych), oraz być może jako objawu wymaganego lub do wyboru w niektórych specyficznych zaburzeniach.

PIŚMIENNICTWO

1. Mulder RT. An epidemic of depression or the medicalization of distress? *Perspect Biol Med* 2008; 51: 238–50.
2. Horwitz AV. Distinguishing distress from disorder as psychological outcomes of stressful social arrangements. *Health* 2007; 11: 273–89.
3. Wakefield JC, Schmitz MF, First MB et al. Extending the bereavement exclusion for major depression to other losses: evidence from the National Comorbidity Survey. *Arch Gen Psychiatry* 2007; 64: 433–40.
4. Wheaton B. The twain meet: distress, disorder and the continuing conundrum of categories. *Health* 2007; 11: 303–19.

Włączenie konstruktów niepełnosprawności jako niezależnej osi do systemów diagnostycznych DSM-V i ICD-11

The incorporation of the disability construct as an independent axis in the DSM-V and ICD-11 diagnostic systems

JOSÉ LUIS VÁZQUEZ-BAROQUERO

Department of Psychiatry, University Hospital Marques do Valdecilla, CIBERSAM, University of Cantabria, Santander 39008, Hiszpania

Üstün i Kennedy w swoim artykule obszernie omawiają znaczenie, jakie ma włączenie funkcjonowania lub niepełnosprawności do procesu diagnozy i oceny zdrowia psychicznego, a także analizują różne ujęcia tego konstruktów i jego oceny w ICD i DSM. Autorzy dochodzą do wniosku, że chociaż ani funkcjonowanie, ani niepełnosprawność nie powinny pojawiać się jako część prognozy rozpoznawania w planowanej nowej wersji żadnego z tych systemów,

potrzebne jest międzynarodowe zgodne stanowisko ICD i DSM co do tego konstruktów i jego oceny.

Nasuwa się tu kilka zasadniczych pytań. Po pierwsze, czy pojęcie niepełnosprawności należy uznać za ważne dla zdrowia psychicznego; po drugie, czy odnośne wskaźniki niepełnosprawności (w terminologii DSM „upośledzenia funkcjonowania”) powinno się włączyć do ICD i DSM jako niezależne kryteria rozpoznawania zaburzeń psychicznych;