

tematyka każdej ze skal obejmuje ocenę pracy, reprezentują one zupełnie różne podejścia do funkcjonowania zawodowego. Zaleciliśmy, aby badacze wybierając narzędzie do oceny funkcjonowania starannie przeanalizowali treść każdej skali i jeśli bardzo ważna jest dla nich szeroko zakrojona ocena, powinni zastosować więcej niż jedną skalę.

Podsumowując, w pełni zgadzam się z tym, co zalecają Bedirhan Üstün i WHO, a mianowicie, że upośledzenie funkcjonowania i objawy należy oceniać oddzielnie. Przy-

dałoby się, gdyby ta ocena była podobna w różnych systemach diagnostycznych. Należy zwrócić baczna uwagę na porównywalność pytań w każdej z dziedzin.

## PIŚMIENNICTWO

1. Weissman MM, Olfson M, Geleroff MJ et al. A comparison of three scales for assessing social functioning in primary care. *Am J Psychiatry* 2001; 158: 460–6.

## Czynniki, które wpływają na upośledzenie funkcjonowania oraz zejście choroby psychicznej

*Factors that influence functional impairment and outcome of mental illness*

FRANK NJENGA

Upper Hill Medical Center, Nairobi, Kenia

Üstün i Kennedy w swoim artykule poruszają szereg kwestii, które często nurtują praktykującego psychiatrę.

W wielu przypadkach łagodne zaburzenia powodują poważną niepełnosprawność, podczas gdy w innych wydaje się, że ciężkie zaburzenia nie powodują wyraźnej niepełnosprawności. Często zdarza się w praktyce klinicznej, że u pacjenta z czymś, co wygląda na niezbyt ciężką postać schizofrenii, następuje stopniowe pogorszenie zdolności do kierowania swymi sprawami, bez dostrzegalnego zaostrzenia objawów klinicznych. W takim przypadku zachodzi duża rozbieżność między ciężkością zaburzenia a towarzyszącą niepełnosprawnością społeczną i funkcjonalną.

Dążąc do lepszego zrozumienia tych dwóch pojęć należy wziąć pod uwagę inne czynniki, uboczne, lecz istotne i ważne, które wchodzi w grę. Na przykład, oddziaływanie środowiska kulturowego i społecznego: łagodny stan chorobowy prowadzący do ciężkiej niepełnosprawności w jednym otoczeniu, w innym może mieć minimalne konsekwencje dla niepełnosprawności. W typowo wiejskim, koczowniczym stylu życia pasterskich plemion z półpustynnych terenów Afryki Wschodniej istnieją silne systemy wsparcia społecznego, dzięki którym osoby z chorobą o nasileniu od umiarkowanego do ciężkiego mogą żyć w społeczności bez specjalnie widocznej niepełnosprawności [1]. A przeciwnie, zaburzenie psychiczne o takim samym nasileniu miało by tragiczne konsekwencje i przejawiałoby się ciężką niepełnosprawnością w miejskich i podmiejskich slumsach wielkich miast afrykańskich, gdzie systemy wsparcia społecznego nie istnieją, a bieda, przestępczość i kiepska infrastruktura miejska składają się na sytuację umożliwiającą przeżycie tylko najsprawniejszym. Życie w afrykańskim środowisku miejskim powodowałoby zatem w takich przypadkach uwydatnienie niepełnosprawności.

Leczenie lub jego brak ma podobny, choć nie taki sam wpływ. Ciężka, ale leczona choroba psychiczna może doprowadzić do minimalnej niepełnosprawności, podczas gdy łagodne, lecz nieleczone zaburzenie psychiczne może mieć odwrotne konsekwencje. Dostęp do istniejącej opieki

lekarskiej to złożony problem, nie jest prostą funkcją dostępności opieki. Piętno, wykształcenie i odległość od placówki medycznej to tylko kilka z wielu czynników, jakie wchodzi tu w grę [2].

W wielu kulturach choroba psychiczna jest przyczyną ogromnego napiętnowania i wstydu [3]. Tam, gdzie pacjenci z najłagodniejszymi zaburzeniami są ukrywani, aby nie przynosili wstydu swoim stanem, niepełnosprawność wydaje się niewspółmierna do ciężkości zaburzenia.

Innym czynnikiem powodującym, że łagodne zaburzenia nabierają cech wielkiej niepełnosprawności, jest brak opieki lub leczenia. Osoby pozbawione wsparcia społecznego czy rodzinnego spychane są na margines społeczny, przy czym nie muszą być ciężko chore, lecz stają się niepełnosprawne w tym sensie, że nie są w stanie sprostać wymaganiom życia rodzinnego.

Zespół nadpobudliwości ruchowej z deficytem uwagi (ADHD) jest częstym zaburzeniem psychicznym [4], które w praktyce klinicznej przedstawia wielki kontrast między ciężkością zaburzeń a wielkością niepełnosprawności. Odkładanie na później jest powszechnym objawem ADHD. W niektórych przypadkach nabiera ogromnego znaczenia, ponieważ przeszkadza w pełnieniu ról społecznych, m.in. u młodych ludzi – w nauce, zdobywaniu zawodu i w zawieraniu związków, które mogłyby prowadzić do małżeństwa. Takie jednostki sprawiają wrażenie zdrowych, lecz w wieku dorosłym z czasem stają się głęboko niepełnosprawne i niezdolne do samodzielnego życia, potrzebują opieki i ochrony.

W procesie konceptualizacji niepełnosprawności i jej związku z ciężkością objawów klinicznych należy zwrócić uwagę na przypadki, w których ciężkie zaburzenie psychiczne nie prowadzi (jak w powyższym przykładzie) do istotnego upośledzenia funkcjonowania. Chorobliwa zażdość [5] jest dobrym przykładem zaburzenia o ogromnym nasileniu, lecz w niektórych przypadkach bez pogorszenia funkcjonowania społecznego i zawodowego. Osoba z tym zaburzeniem jest całkowicie niepełnosprawna w jednej sferze (małżeństwo), ale w innych, takich jak praca zawodo-

wa, funkcjonuje w pełni sprawnie. Klinicyści opisują przypadki, w których mężczyzna organizuje bardzo rozbudowaną sieć do szpiegowania zdradzającej go żony, i w urojonym przekonaniu o jej niewierności ponosi znaczne koszty i wkłada dużo energii, aby ją przyłapać. Wielu takich mężczyzn, przynajmniej w początkowych stadiach zaburzenia, nie przejawia upośledzenia funkcjonowania w żadnej postaci, chociaż cierpi na bardzo nasilone zaburzenie kliniczne, które, jeśli jest nieleczone, może doprowadzić do utraty lub zabójstwa małżonki.

Jadłowstręt psychiczny stanowi w Afryce temat bardzo kontrowersyjny [6]. Dostępne dane wskazują, że w rdzennych populacjach afrykańskich zaburzenie to występuje rzadko. Proponowano genetyczne, środowiskowe i kulturowe wyjaśnienia tej obserwacji [7]. W Europie i Ameryce sytuacja jest odwrotna, ciężka niepełnosprawność dotyka milionów młodych kobiet, które w opinii Afrykanów „po prostu odmawiają jedzenia”. Z tej perspektywy zaczyna się rozumieć, jak stan chorobowy powodujący niepełnosprawność na jednym kontynencie, na innym może nie mieć żadnego znaczenia, lub wywiera tylko niewielki wpływ.

Dążąc do operacyjnego zdefiniowania niepełnosprawności i oddzielenia jej od procesu chorobowego stajemy przed jeszcze innymi wyzwaniami. W XXI. wieku miliony ludzi pracują i mieszkają w innych krajach niż ten, w którym się urodzili. Niektórzy migrują z powodów politycznych, ekonomicznych lub w poszukiwaniu bezpieczeństwa. Dobrym przykładem narodu bezdomnego w zwykłym sensie tego słowa są Somalijczycy, obecnie geograficznie rozproszeni po całym świecie, w Afryce Wschodniej, Europie i Ameryce.

Wymagania, jakie stawia takim imigrantom nowy język, technika, pogoda, oraz sam fakt bycia „obcym” stanowi kolejne wyzwanie psychiczne dla osób z łagodnymi czy nawet ciężkimi zaburzeniami psychicznymi. Bycie nowym imigranem samo w sobie jest dla jednostki obciążające i powoduje, że to, co w domu byłoby łagodną niepełno-

sprawnością, na obczyźnie staje się niepełnosprawnością ciężką. Opracowując dane dotyczące niepełnosprawności w społecznościach imigrantów trzeba mieć świadomość tej rzeczywistości.

Klinicyści mają do czynienia z ludźmi z głębokim upośledzeniem funkcjonowania, kobietami i mężczyznami, którzy w swoim kraju pochodzenia funkcjonowali jako lekarze, prawnicy, inżynierowie i profesjonaliści w innych dziedzinach. W tych przypadkach ciężka niepełnosprawność jest w takim samym stopniu funkcją procesu chorobowego, jak i wszystkich tych czynników, które składają się na status uchodźcy.

Wszelkie przyszłe systemy klasyfikacji powinny uwzględnić te kwestie oraz wyraźnie określić ograniczenia wynikające z wielu zmiennych, które wchodzi w grę w każdej sytuacji klinicznej i badawczej.

## PIŚMIENNICTWO

1. Kebede D, Alem A, Shibire T et al. Symptomatic and functional outcome of bipolar disorder in Butajira, Ethiopia. *J Affect Disord* 2006; 90: 239–49.
2. Wang PS, Angermeyer M, Borges G et al. Delay and failure in treatment seeking after first onset of mental disorders in the World Health Organization's World Mental Health Survey Initiative. *World Psychiatry* 2007; 6: 168–76.
3. Thornicroft G, Brohan E, Rose D et al. Global pattern of experienced and anticipated discrimination against people with schizophrenia: a cross-sectional survey. *Lancet* 2009; 373: 353–432.
4. Fayyad J. Cross-national prevalence and correlates of adult attention-deficit hyperactivity disorder. *Br J Psychiatry* 2007; 190: 402–9.
5. Shepherd M. Morbid jealousy: some clinical and social aspects of a psychiatric symptom. *J Ment Sci* 1961; 107: 688–704.
6. Njenga FG, Kang'ethe RK. Anorexia nervosa in Kenya. *East Afr Med J* 2004; 81: 188–93.
7. Njenga F. The concept of mental disorder: an African perspective. *World Psychiatry* 2007; 6: 166–7.