



FORUM¹

ROLA UPOŚLEDZENIA FUNKCJONOWANIA W DIAGNOSTYCE ZABURZEŃ PSYCHICZNYCH: W STRONĘ ICD-11 I DSM-V

FORUM: THE ROLE OF FUNCTIONAL IMPAIRMENT IN THE DIAGNOSIS
OF MENTAL DISORDERS: TOWARDS ICD-11 AND DSM-V

Czym jest „upośledzenie funkcjonowania”? Jak oddzielić niepełnosprawność od istotności klinicznej

What is “functional impairment”? Disentangling disability from clinical significance

BEDIRHAN ÜSTÜN¹, CILLIE KENNEDY²

1. Classifications, Terminologies and Standards, WHO, Genewa, Szwajcaria
2. Office of the Assistant Secretary for Planning and Evaluation, Office of Health Policy, Department of Health and Human Services, Waszyngton DC, USA

STRESZCZENIE

Terminy „niepełnosprawność” (lub „upośledzenie funkcjonowania”) nie są obecnie zoperacjonalizowane ani w ICD, ani w DSM. W systemie DSM diagnoza zależy od łącznej oceny objawów i funkcjonowania, natomiast w ICD pojęcie niepełnosprawności oddzielono od rozpoznania zaburzeń psychicznych. Potrzebna jest nam uzgodniona na szczeblu międzynarodowym konceptualizacja ICD i DSM, polegająca na lepszej operacjonalizacji pojęć choroby i niepełnosprawności jako elementów składowych. Poziom funkcjonowania lub niepełnosprawności nie powinien pojawiać się jako element progę rozpoznawania zaburzeń w żadnym z tych systemów.

SUMMARY

The formulation of disability (or “functional impairment”) is currently not operationalized in either the ICD or the DSM. In the DSM system, making a diagnosis depends on a conjoint assessment of symptoms and functioning, whereas the ICD keeps the disability construct separate from the diagnosis of mental disorders. We need an internationally agreed conceptualization between ICD and DSM in terms of better operationalization of disease and disability components. No functioning or disability should appear as part of the threshold of the diagnosis in either system.

Słowa kluczowe: niepełnosprawność / upośledzenie funkcjonowania / nasilenie objawów / diagnoza / ICD / DSM / ICF
Key words: disability / functional impairment / severity / diagnosis / ICD / DSM / ICF

Kiedy do wskaźników zdrowia publicznego tradycyjnie skupionych na umieralności dodano „niepełnosprawność”, przyniosło to „efekt Kopciuszka” w odniesieniu do zaburzeń psychicznych. Zaburzeń tych nigdy nie umieszczano na liście spraw najważniejszych w dziedzinie zdrowia publicznego. Kiedy jednak do równania wprowadzono „niepełnosprawność”, jak w przypadku wskaźnika DALYS (*disability-adjusted life years*, lata życia z uwzględnieniem niepełnosprawności), zaburzenia psychiczne znalazły się w rankingu na tak wysokiej pozycji, jak choroby sercowo-naczyniowe i układu oddechowego, wyżej niż wszystkie złośliwe choroby nowotworowe czy HIV [1]. Dopiero przy użyciu wskaźnika DALY w badaniach Ogólnego Obciążenia-

nia Chorobą (*Global Burden of Disease*) stwierdzono jak wielki, od dawna niedoceniany, rzeczywisty wpływ mają problemy ze zdrowiem psychicznym ze względu na niepełnosprawność, jaką powodują [2].

Niepełnosprawność w zaburzeniach psychicznych jest faktem dobrze znanym wielu klinicytom, decydentom w dziedzinie polityki zdrowotnej, badaczom, a także chorym psychicznie i ich opiekunom. Jednak forma, częstość i następstwa niepełnosprawności w zaburzeniach psychicznych nie są dobrze zdefiniowane, nie prowadzi się też badań naukowych na ten temat. Ponadto, posługiwanie się tymi pojęciami przy formułowaniu diagnozy zaburzeń psychicznych jest zarówno niejasne, jak i niekonsekwentne.

¹ Przedruk z *World Psychiatry* 2009; 8: 82–85 – za życzliwą zgodą wydawcy. *World Psychiatry* jest organem Światowego Stowarzyszenia Psychiatrycznego (*World Psychiatric Association*). Tłumaczenie: Dr Barbara Mroziak.

Światowa Organizacja Zdrowia (WHO) oraz Amerykańskie Towarzystwo Psychiatryczne (APA) używają pojęcia niepełnosprawności w swoich systemach klasyfikacji w bardzo odmienny sposób. Jeśli nie skupimy uwagi na funkcjonowaniu i niepełnosprawności, to najnowsze wersje Międzynarodowej Klasyfikacji Chorób (ICD) opracowywanej przez WHO [3] oraz Diagnostycznego i Statystycznego Podręcznika Zaburzeń Psychiczych (DSM) przygotowywanego przez APA [4] tylko utrwały rozbieżności w diagnostyce zaburzeń psychicznych. Mogłoby to spowodować zamieszanie w badaniach naukowych i w opiece klinicznej na całym świecie.

W tym artykule proponujemy, aby operacyjnie zdefiniować niepełnosprawność i oddzielić ją od procesu chorobowego przy diagnozowaniu zaburzeń psychicznych w obu systemach, ICD i DSM.

RÓŻNE UJĘCIA NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI W ICD I DSM

Kompatybilność (przystawalność) ICD i DSM sformułowano jako cel już w DSM-II z roku 1968. Od tego czasu obie klasyfikacje diagnostyczne opracowywane były równolegle. W roku 1980 DSM-III przyniosło rewolucyjny postęp, polegający na operacjonalizacji kryteriów diagnostycznych dla zaburzeń psychicznych, co postulował Stengel już w roku 1959 (5), i co później przyjęto przy opracowywaniu DSM-IV oraz ICD-10. Chociaż fenomenologię zaburzeń psychicznych zdefiniowano operacyjnie na podstawie zgodnej opinii ekspertów, nie zrobiono tego w odniesieniu do określenia „niepełnosprawność” (lub „upośledzenie funkcjonowania” w języku DSM). Włączono je do kryterium „istotności klinicznej” w DSM, pozostawiając decyzję klinicytom.

Jak pokazano w tab. 1, w przeciwieństwie do systemu ICD w klasyfikacji DSM otwarcie przyjęto „istotność kliniczną” jako część kryteriów diagnostycznych. Istotność kliniczna ma dwie główne składowe: cierpienie (*distress*) i „upośledzenie funkcjonowania”. Cierpienie wyraża osoba badana lub jej bliscy w postaci zamartwiania się, obaw i niepokojów, oraz przykrości odczuwanych w związku z chorobą. Bywa, że niekiedy badany nie tylko tego nie wyraża, lecz wręcz się wypiera. Upośledzenie funkcjonowania odnosi się do ograniczeń wynikających z choroby, ponieważ chorzy mogą nie wykonywać pewnych funkcji w życiu codziennym. Operacyjnie przyjmujemy znak równości między pojęciami „upośledzenia funkcjonowania” (*functional impairment*) i „niepełnosprawności” (*disability*), używanymi w opracowanej przez WHO *International Classification of Functioning, Disability and Health* (ICF, Międzynarodowej Klasyfikacji Funkcjonowania, Niepełnosprawności i Zdrowia) [6].

RÓŻNICE TERMINOLOGICZNE WOKÓŁ TEGO SAMEGO POJĘCIA

Termin „upośledzenie funkcjonowania” nie jest konkretnie zdefiniowany w DSM. Służy do określenia ograniczeń w społecznej i zawodowej sferze życia. W DSM-IV-TR wspomina się również o „*innych ważnych obszarach funkcjonowania*”, lecz się ich nie identyfikuje.

W ICF nie używa się określenia „upośledzenie funkcjonowania”. W tej klasyfikacji termin „funkcjonowanie” jest neutralny, obejmuje wszystkie funkcje organizmu, oraz wszystkie rodzaje aktywności i zaangażowania w sytuacjach życiowych. Termin „niepełnosprawność” oznacza spadek poziomu tych funkcji, określane na poziomie ciała jako upośledzenie, na poziomie osoby jako ograniczenie aktywności, a na poziomie społecznym jako ograniczenie uczestnictwa.

Można przyjąć, że w DSM „upośledzenie funkcjonowania” oznacza w szerokim sensie to, co „niepełnosprawność” w ICF, a w wąskim – ograniczenie aktywności. W DSM funkcjonowanie społeczne obejmowałoby interakcje i relacje interpersonalne z ICF, lecz może również obejmować niektóre kwestie dotyczące uczestnictwa w życiu społeczności lokalnej, społeczeństwa i w życiu obywatelskim. Funkcjonowanie zawodowe w DSM obejmowałoby rodzaje aktywności zaliczone w ICD do kategorii „praca i zatrudnienie”.

Aby uniknąć pomieszania pojęć, warto zauważyć, że pogorszenie funkcji psychicznych w ICF generalnie odpowiada temu, co znamy jako objawy przedmiotowe i podmiotowe zaburzeń psychicznych (np. świadomość, orientacja, energia, sen, uwaga, pamięć, emocje).

RÓŻNE ASPEKTY FUNKCJONOWANIA W DSM

Spadek poziomu funkcjonowania ujmuje się w DSM-IV-TR na trzy główne sposoby. Po pierwsze, mówi się o „upośledzeniu funkcjonowania”, które opisuje się jako dysfunkcję w społecznej i zawodowej sferze życia, jak już wcześniej wspomniano. Pogorszenie funkcjonowania traktowane jest jako kryterium, które musi być spełnione, aby można było postawić diagnozę. Chociaż nigdy nie mówi się tego wprost, kryterium funkcjonalne w DSM implikuje, że zaburzenie psychiczne musi być związane albo z cierpieniem albo z niepełnosprawnością. Jako takie, pomaga ustalić „próg dla rozpoznania zaburzenia” [4]. Nie podano żadnych wskazówek dotyczących określania poziomu niepełnosprawności, który stanowiłby element proggu rozpoznania. Pozostawia się to do klinicznej oceny użytkownikowi, niezgodnie z podstawowym podejściem operacyjnym DSM.

Tabela 1. Operacjonalizacja rozpoznania w ICD i DSM.
Table 1. Operationalization of diagnosis in ICD and DSM

ICD	DSM
Określona fenomenologia	Określona fenomenologia
Objawy przedmiotowe i podmiotowe	Objawy przedmiotowe i podmiotowe
Nie jest wymagana istotność kliniczna (niepełnosprawność zdefiniowana operacyjnie w ICF)	Istotność kliniczna (niepełnosprawność i cierpienie)
Kryteria wykluczenia	Kryteria wykluczenia

Po drugie, funkcjonowanie służy do określenia nasilenia diagnozowanego zaburzenia. Rozpoznaje się trzy poziomy ciężkości zaburzenia (łagodne, umiarkowane i ciężkie), na podstawie zarówno objawów, jak i „pogorszenia w funkcjonowaniu społecznym i zawodowym”. Określenie poziomu ciężkości jest oceną kliniczną. Na przykład, wytyczne DSM-IV-TR dotyczące rozpoznawania zaburzeń „łagodnych” i „ciężkich” obejmują albo „nieliczne” objawy lub „wiele” objawów powyżej wymaganej ich liczby, oraz albo „niewielkie” albo „znaczne” pogorszenie funkcjonowania społecznego i zawodowego. „Umiarkowane” mieści się między tymi biegunami. Kryteria dla zaburzeń nastroju są sformułowane nieco bardziej wprost. Podano punkty zakotwiczenia odpowiadające niepełnosprawności lekkiej i ciężkiej w epizodzie większej depresji. Lekką niepełnosprawność definiuje się następująco „lekką niepełnosprawność, czyli zdolność do normalnego funkcjonowania, lecz ze znacznym i niezwykłym wysiłkiem” [4]. Ciężką niepełnosprawność definiuje się jako „wyraźną, obserwowalną niepełnosprawność (np. niezdolność do pracy lub opieki nad dziećmi)” [4]. Kryteria dla innych zaburzeń nastroju uwzględniają różne obszary niepełnosprawności, takie jak różne formy aktywności społecznej czy potrzeba pozostawania pod nadzorem, gdzie zakres nadzoru stanowi zakotwiczenie oceny ciężkości [4].

Po trzecie, na podstawie funkcjonowania planuje się leczenie, śledzi kliniczny przebieg choroby i prognozuje się wyniki leczenia. „Skala całościowej oceny funkcjonowania” (*Global Assessment of Functioning*, GAF) służy do oszacowania na skali 100-punktowej zarówno objawów (czyli częściowo pojęcia choroby), jak i funkcjonowania psychicznego, społecznego i zawodowego (czyli częściowo pojęcia niepełnosprawności). W konstrukcji skali GAF pojęcia choroby i niepełnosprawności są zatem pomieszane. Takie pomieszanie pojęć nie pozwala na odrębny operacyjny pomiar niepełnosprawności.

Podsumowując, w systemie DSM rozpoznanie zaburzenia (oraz określenie jego nasilenia czy ciężkości) polega na łącznej ocenie objawów i funkcjonowania. Konstruktyw tych nigdy nie ocenia się oddzielnie.

FUNKCJONOWANIE W ICD

W V. rozdziale ICD pojęcie niepełnosprawności oddzielono od rozpoznania zaburzeń psychicznych. Niepełnosprawność jest zjawiskiem dyskretnym (nieciągłym), ocenianym osobno przy użyciu ICF, innego systemu klasyfikacji, który stanowi uzupełnienie rodziny klasyfikacji opracowanych przez WHO. Informacje z ICF dotyczące funkcjonowania i niepełnosprawności stanowią wzbogacenie danych diagnostycznych z ICD, dając szerszy i bardziej sensowny obraz zdrowia pacjenta – na tej podstawie można podejmować lepsze decyzje dotyczące postępowania leczniczego. Owa odrębna ocena umożliwia również badanie związku między zaburzeniem a niepełnosprawnością za pomocą metod naukowych.

Niekiedy pojawiają się jednak trudności w ocenie funkcjonowania jednostki przy użyciu klasyfikacji zaburzeń psychicznych według ICD. Na przykład, pogorszenie funkcjonowania, takie, jak zaniedbania w zakresie samoobsługi

i słabe funkcjonowanie społeczne, stanowi część opisu objawów negatywnych w schizofrenii rezydualnej (F20.5). W tym kontekście warto zauważyć, że przy opracowywaniu nowej wersji ICD poprawiane będą zwłaszcza kryteria diagnostyczne, aby wyraźnie oddzielić pojęcia choroby i niepełnosprawności.

JAK RÓŻNICOWAĆ NIEPEŁNOSPRAWNOŚĆ I CIĘŻKOŚĆ ZABURZEŃ?

Na kwestię niepełnosprawności nakłada się definicja ciężkości zaburzeń psychicznych. Zwykle istnieje dodatnia korelacja między nasileniem choroby a wynikającą z niej niepełnosprawnością, łatwo zatem wpaść w tę pułapkę. O ile nie wprowadzimy teoretycznego zabezpieczenia umożliwiającego odróżnianie ciężkości zaburzenia psychicznego od ograniczeń funkcjonowania, jakie mogą niego wynikać, nie można będzie badać interakcji między tymi dwoma zmiennymi. Teoretycznie ciężkość choroby zależy od stadium jej rozwoju, rozprzestrzenienia lub głębokości dysfunkcji spowodowanych przez nią w systemach organizmu. Niepełnosprawność jest skutkiem choroby leżącej u jej podłoża, w danym środowisku, i dotyczy tego, co ludzie są w stanie robić w obrębie różnych swoich aktywności. Na przykład, ciężkość gruźlicy zależy od takich czynników, jak zjadliwość bakterii lub rozprzestrzenienie choroby z organizmie, natomiast niepełnosprawność zależy od tego, czy chory na gruźlicę może pracować, chodzić do szkoły lub wykonywać inne czynności dnia codziennego.

Nasilenie zaburzeń psychicznych nie zawsze jest w DSM jasno i operacyjnie zdefiniowane, a oprócz tego, definicje niestety zaciera połączenie konstelacji objawów zaburzenia z ograniczeniami funkcjonowania społecznego i zawodowego. Na przykład, w DSM-IV-TR powiada się wprost, że poziom nasilenia większego zaburzenia depresyjnego lub zaburzenia dwubiegunowego typu 1. należy kodować w za pomocą piątej cyfry. Jak już wspomniano, w DSM-IV-TR zdefiniowano następujące trzy poziomy ciężkości zaburzenia: lekkie (nieliczne objawy lub brak innych objawów oprócz tych, które są konieczne dla rozpoznania zaburzenia, oraz *objawy te powodują najwyżej lekkie upośledzenie funkcjonowania społecznego lub zawodowego*); umiarkowane (występują objawy lub *upośledzenie funkcjonowania* o nasileniu między „lekkim” a „ciężkim”); ciężkie (wiele objawów oprócz tych, które są konieczne dla rozpoznania zaburzenia, oraz *objawy te powodują znaczne upośledzenie funkcjonowania społecznego lub zawodowego*) [4].

Jeśli dąży się do stosowania podobnego pojęcia choroby w odniesieniu do chorób zarówno psychicznych, jak i fizycznych, należy zastanowić się nad innymi sposobami określania ciężkości zaburzenia psychicznego. Na przykład, ciężkość choroby fizycznej lub zaburzenia somatycznego można ujmować na różne sposoby, poprzez: (a) różne progi wskaźnika (lekkie, umiarkowane lub ciężkie nadciśnienie wyrażane w postaci pomiaru ciśnienia krwi); (b) stadia procesu chorobowego (np. 1, 2 lub 3 stadium kiły); klasyfikacja guzów na postawie stadium ich rozwoju); (c) stopień powikłania (np. cukrzyca jawna, utajona i powikłana).

Możliwe są jeszcze inne lub mieszane modele nasilenia choroby. Jednak funkcjonalne następstwa choroby, czyli

czynności, które sprawiają choremu trudność, są innym konstruktami niż ciężkość choroby i powinny być oceniane oddzielnie. Ciężkie postaci chorób zwykle powodują większą niepełnosprawność; niepełnosprawność wynika jednak z interakcji między osobą a jej otoczeniem. W zależności od kontekstu, przy ciężkiej chorobie może wcale nie być niepełnosprawności, zaś pewna niepełnosprawność może istnieć przy bardzo łagodnych zaburzeniach psychicznych. Aby można była badać tę zagmatwaną relację, konieczna jest operacjonalizacja pojęć zaburzenia/choroby i niepełnosprawności [7–9].

PROPOZYCJA ZHARMONIZOWANEGO OKREŚLANIA NIEPEŁNOSPRAWNOŚCI W ICD I DSM

Dwa problemy wymagają obecnie rozwiązania: (a) ciężkość objawów – aby ocenić nasilenie wielu objawów DSM zaleca dokonanie tego w połączeniu z oszacowaniem funkcjonowania, natomiast ICD w celu oceny ciężkości objawów nie zaleca szacowania poziomu funkcjonowania czy niepełnosprawności, (b) istotność kliniczna zespołów (warunkiem rozpoznania zaburzenia psychicznego w DSM jest ocena towarzyszącej mu niepełnosprawności – upośledzenia funkcjonowania, w ICD nie ma tego kryterium, pozostawia się ten obszar do oceny w ICF, która opisuje, jak można oszacować funkcjonowanie za pomocą wskaźników konotujących stopień problemu).

Kompatybilność DSM-V i ICD-11 można osiągnąć poprzez odrębną ocenę operacyjną niepełnosprawności przy użyciu skali GAF w DSM oraz powiązanych z ICF narzędzi diagnostycznych, takich, jak *WHO Disability Assessment Schedule* (WHODAS, opracowana przez WHO „Skala oceny niepełnosprawności”).

Kluczowe pytanie brzmi: jak zoperacjonalizować konstrukty ICF w sposób zwięzły oraz klinicznie istotny. Do zidentyfikowania najważniejszych obszarów funkcjonowania może służyć kilka narzędzi diagnostycznych opartych na tym systemie klasyfikacji. Na przykład, *ICF Checklist* (Inwentarz ICF) daje podstawy do opracowania narzędzia do diag-

nozy klinicznej, obejmuje bowiem takie obszary, jak procesy poznawcze, komunikowanie się, mobilność, czynności samoobsługowe, relacje interpersonalne, funkcjonowanie w domu i w pracy, oraz w życiu społeczności lokalnej, w życiu społecznym i obywatelskim. Kiedy zakoduje się te obszary jako „obecne”, obniżenie poziomu funkcjonowania można oszacować albo jako lekkie, umiarkowane, ciężkie, albo też zsumować ogólną liczbę pozycji, lecz skala ta niekoniecznie stanowi podstawową miarę niepełnosprawności. Potrzebne są standaryzowane dane metryczne, które można uzyskać z badań przeprowadzonych przy użyciu WHODAS na populacji osób z zaburzeniami psychicznymi. Przegląd doświadczenia klinicznego i badań, w których stosowano ICF Checklist może być przydatny przy opracowywaniu nowej wersji zestawu pozycji oraz metodologii diagnostycznej.

Jak widać w tab. 2, *ICF Checklist* obejmuje wszystkie występujące w skali GAF dziedziny funkcjonowania/niepełnosprawności. W *ICF Checklist* przyjęto kod nominalny, w którym 0 oznacza brak trudności, 1 – trudności lekkie, 2 – trudności umiarkowane, 3 – trudności ciężkie oraz 4 – trudności pełne. Na skali od 0 do 100 wyniki w przedziale od 0 do 4% interpretuje się jako brak problemów, 5 do 24% niewielki problem, 25 do 49% problem umiarkowany, 50 do 95% ciężki, zaś ponad 95 do 100% – problem pełny (zupełny brak funkcjonowania). Punktację w tej skali interpretuje się odwrotnie niż w GAF, gdzie wynik w przedziale od 91 do 100 punktów oznacza najwyższy czy najlepszy poziom funkcjonowania. System dziesiętny stosowany w skali GAF nie przekłada się na poziomy nasilenia zaburzenia, tzn. zaburzenie lekkie, umiarkowane lub ciężkie. Jedyna dziedzina WHODAS niezgodna z kategoriami czynności w *ICF Checklist* dotyczy procesów poznawczych. Pytania w obrębie tego działu WHODAS byłyby oceniane przez klinicystę jako część rozpoznawania objawów zaburzeń.

WNIOSKI

Potrzebna jest nam uzgodniona na szczeblu międzynarodowym konceptualizacja ICD oraz DSM polegająca na lepszej operacjonalizacji dwóch składowych: choroby i nie-

Tabela 2. Dziedziny funkcjonowania i niepełnosprawności w narzędziach oceny APA i WHO
Table 2. Domains of functioning and disability in APA and WHO assessment tools

Skala GAF w DSM	Inwentarz czynności ICF	Dziedziny oceniane w WHODAS
		Rozumienie i komunikowanie się ze światem (procesy poznawcze)
	Uczenie się i stosowanie wiedzy	
	Ogólne zadania i wymagania	
	Komunikacja	
	Mobilność	Poruszanie się i podróżowanie
	Samoobsługa	Samoobsługa
Funkcjonowanie społeczne	Interakcje i relacje interpersonalne	Dobre układy z ludźmi
	Życie domowe/rodzinne	Rodzaje aktywności życiowej: Obowiązki domowe, praca, odpoczynek
	Główne obszary życia:	
Funkcjonowanie w szkole	Nauka	
Funkcjonowanie zawodowe	Praca	
	Życie w społeczności lokalnej, społeczne i obywatelskie	Uczestnictwo społeczne

pełnosprawności. Możemy to osiągnąć zaczynając posługiwać się w sposób operacyjny obszarami wyodrębnionymi w ICF. Dzięki temu można by lepiej zdefiniować wartości progowe dla każdego obszaru funkcjonowania.

Ani funkcjonowanie, ani niepełnosprawność nie powinny pojawiać się w żadnym z tych systemów jako część progę rozpoznawania zaburzeń. Po ustaleniu rozpoznania należałoby osobno oszacować nasilenie zaburzenia (w kategoriach: łagodne, umiarkowane, ciężkie), na podstawie oceny przebiegu choroby, jej rozprzestrzenienia, ciągłości, lub jakiegokolwiek innego wskaźnika niezależnego od parametrów niepełnosprawności, tak, aby uniknąć współzmienności liniowej.

Aby zrównać zdrowie psychiczne z pozostałymi działaniami opieki zdrowotnej oraz włączyć problematykę zdrowia psychicznego do systemów informatycznych ogólnego zdrowia, nie możemy sobie pozwolić na to, by nadal odrębnie opracowywano klasyfikacje zaburzeń psychicznych – należy w nich przyjąć wspólne modele i elementy, m.in. wspólną terminologię i ontologię w zakresie objawów podmiotowych i przedmiotowych, funkcjonowania oraz innych jednostek. Umożliwi to prowadzenie lepszych badań naukowych, które doprowadzą do ulepszenia oceny wyników leczenia i do porównywania efektywności interwencji zdrowotnych.

PODZIĘKOWANIA

Poglądy przedstawione w tym artykule wyrażają osobiste opinie autorów i niekoniecznie reprezentują oficjalne stanowisko ich pracodawców, instytucji i organizacji z WHO włącznie, a także rządu USA. Wśród osób, którym autorzy dziękują za pomocne dyskusje i komentarze, są: Angelo Barbato, Tae-Yeon Hwang, Aleksander Janca,

Marianne Kastrup, Venos Mavreas, William Narrow, Martti Virtanen, Nenand Kostanjsek, Somnath Chatterji oraz Robert Jakob.

PIŚMIENNICTWO

1. Murray CJL, Lopez AD. Global health statistics: a compendium of incidence, prevalence and mortality estimates for over 200 conditions. Cambridge: Harvard School of Public Health on behalf of the World Health Organization and the World Bank, 1996.
2. Üstün TB. Global burden of mental disorders. *Am J Publ Health* 1999; 89: 1315–8.
3. World Health Organization. The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders: diagnostic criteria for research. Geneva: World Health Organization, 1993.
4. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders, 4th ed., text revision. Washington: American Psychiatric Association, 2000.
5. Stengel E. Classification of mental disorders. *WHO Bull* 1959; 21: 601–3.
6. World Health Organization. International classification of functioning, disability and health (ICF). Geneva: World Health Organization, 2001.
7. Regier DA, Kaelber CT, Rae DS et al. Limitations of diagnostic criteria and assessment instruments for mental disorders: implications for research and policy. *Arch Gen Psychiatry* 1998; 55: 109–15.
8. Spitzer RL, Wakefield JC. DSM-IV criteria for clinical significance. Does it help solve the false positive problem? *Am J Psychiatry* 1999; 156: 1856–64.
9. Üstün TB, Chatterji S, Rehm J. Limitations of diagnostic paradigm: it doesn't explain "need". *Arch Gen Psychiatry* 1998; 55: 1145–6.
10. World Health Organization. World Health Organization Disability Assessment Schedule (WHODAS). Geneva: World Health Organization, 2000.

K O M E N T A R Z E – C O M M E N T A R I E S

Niepełnosprawność i choroba psychiczna są odrębnymi jednostkami i powinny być oceniane osobno

Disability and mental illness are different entities and should be assessed separately

NORMAN SARTORIUS

Association for the Improvement of Mental Health Programmes, Genewa, Szwajcaria

Przyjęcie koncepcji, którą przedstawiają Üstün i Kennedy, ma ogromne znaczenie dla psychiatrii i całej medycyny. Niepełnosprawność, definiowana jako upośledzenie funkcjonowania w kategoriach DSM-IV, czy też jako ograniczenie aktywności jednostki, jak w *International Classification of Functioning, Disability and Health* (ICF, Międzynarodowej Klasyfikacji Funkcjonowania, Niepełnosprawności i Zdrowia) [1], musi być oceniana oddzielnie, a nie jako część choroby psychicznej danego człowieka. Błędem byłoby rozpoznawanie zaburzenia na podstawie

występowania lub braku niepełnosprawności. Niepełnosprawność jest spowodowana przez zaburzenie psychiczne, lecz zależy także od równocześnie istniejących chorób czy schorzeń. Ten ostatni czynnik nabiera coraz większego znaczenia. Duży odsetek osób z chorobą psychiczną cierpi równocześnie na schorzenia somatyczne, co utrudnia, a może nawet uniemożliwia ocenę, w jakim stopniu ich niepełnosprawność spowodowana jest przez zaburzenie psychiczne, a w jakim wynika ze współistniejących stanów chorobowych.