

nie jest w stanie nauczyć się czytać, mimo, że ma do tego sposobność, wnioskujemy, że ta niezdolność jest spowodowana przez dysfunkcję biologiczną. Ponieważ owa nieznaną dysfunkcja nie ma innych szkodliwych skutków, musimy powołać się na upośledzenie funkcji społecznej w postaci niemożności nauczenia się czytania, stanowi to bowiem klucz do diagnozy.

W sumie istnieją powody, by poprzeć główną ideę, jaką przedstawiają Üstün i Kennedy – czyli spróbowania *na ile to możliwe* oddzielenia roli upośledzenia funkcji od kryteriów diagnostycznych. Ale Üstün i Kennedy nie uwzględnili należycie wieloaspektowych teoretycznych związków między diagnozą a niepełnosprawnością. Na związki te, jak twierdzą, rzuca światło proponowana w koncepcji HDA dwuwymiarowa interpretacja zaburzenia w kategoriach dysfunkcji i szkody. Doszedłem do wniosku, że to, co proponują Üstün i Kennedy, czyli całkowite oddzielenie upośledzenia funkcjonowania od diagnozy, jest nierealistyczne na tym etapie rozwoju psychiatrii jako nauki. Jeśli chodzi o trafność kryteriów lepsza byłaby teoretyczna analiza kategoria po kategorii niż proponowane przez nich całościowe podejście.

PIŚMIENNICTWO

1. Wakefield JC. DSM-IV: Are we making diagnostic progress? *Contemp Psychol* 1996; 41: 646–52.
2. Wakefield JC. Diagnosing DSM-IV, Part 1: DSM-IV and the concept of mental disorder. *Behav Res Ther* 1997; 35: 633–50.
3. Spitzer RL, Wakefield JC. DSM-IV diagnostic criterion for clinical significance: does it help solve the false positives problem? *Am J Psychiatry* 1999; 156: 1856–64.
4. Wakefield JC, Spitzer RL. Requiring clinical significance does not solve epidemiology's or DSM's false positive problems: response to Regier and Narrow. In: Helzer JE (ed.). *Defining psychopathology in the 21st century: DSM-V and beyond*. Washington: American Psychiatric Association Press, 2002: 31–40.
5. Beals J, Novins DK, Spicer P et al. Challenges in operationalizing the DSM-IV clinical significance criterion. *Arch Gen Psychiatry*. 2004; 61: 1197–207.
6. Mojtabai R. Impairment in major depression: implications for diagnosis. *Compr Psychiatry* 2001; 42: 206–12.
7. Zimmerman M, Chelminski I, Young D. On the threshold of disorder: a study of the impact of the DSM-IV clinical significance criterion on diagnosing depressive and anxiety disorders in clinical practice. *J Clin Psychiatry* 2004; 65: 1400–5.
8. Wakefield JC. Normal inability versus pathological disability: why Ossorio's (1985) definition of mental disorder is not sufficient. *Clin Psychol: Sci Pract* 1997; 4: 249–58.
9. Wakefield JC. The concept of mental disorder: on the boundary between biological facts and social values. *Am Psychol* 1992; 47: 373–88.
10. Wakefield JC. The concept of mental disorder: diagnostic implications of the harmful dysfunction analysis. *World Psychiatry* 2006; 6: 149–56.

Perspektywy oddzielenia niepełnosprawności od istotności klinicznej w DSM-V

DSM-V perspectives on disentangling disability from clinical significance

WILLIAM E. NARROW, EMILY A. KUHL, DARREL A. REGIER

American Psychiatric Institute for Research and Education, oraz American Psychiatric Association, Division of Research, Suite 1825, 1000 Wilson Blvd., Arlington, VA 22209, USA

Üstün i Kennedy przedstawiają przekonującą argumentację opowiadając się za jaśniejszą conceptualizacją w DSM zaburzeń psychicznych oraz towarzyszącego im upośledzenia funkcji, a także ograniczeń aktywności i uczestnictwa.

Określenie identyfikowania przypadku (*caseness*) od dawna było ważne dla badaczy i decydentów w dziedzinie polityki zdrowotnej, zainteresowanych odróżnianiem osób z zaburzeniami psychicznymi od tych, które mają przejściowe objawy i przewidywalne reakcje na stresowe sytuacje życia codziennego. Ze względu na wszechobecność tych ostatnich stanów rozróżnienie owo ma ogromne znaczenie dla identyfikacji jednorodnych prób w badaniach naukowych oraz dla przydziału skromnych zasobów finansowych na psychiatryczne świadczenia zdrowotne. Klinicyści, zwłaszcza ci pracujący w podstawowej opiece zdrowotnej, często mają do czynienia z osobami zgłaszającymi rutynowe dolegliwości emocjonalne i behawioralne, czyli z sytuacją, w której powstaje pytanie: „leczyć, czy nie leczyć?”. Ogromne znaczenie, jakie dla identyfikowania przypadku ma uwzględnienie cierpienia i deficytu funkcjonowania w życiu codziennym zawsze było powodem do niepokoju przy

podejmowaniu decyzji klinicznych i dotyczących polityki zdrowotnej, choć jasno się o tym nie mówiło.

Od publikacji DSM-III definicja „zaburzenia psychicznego” przyjęta w DSM zawiera pojęcia cierpienia (*distress*) oraz ograniczeń aktywności. Ponadto, DSM-III nie wprost wymagała, by staranna specyfikacja kryteriów objawowych dla każdego zaburzenia wystarczała do określenia progu rozpoznania zaburzenia; to znaczy, by konstelacja objawów szczegółowo opisanych dla każdego zaburzenia z natury rzeczy wiązała się z cierpieniem lub niepełnosprawnością. W badaniach z zakresu psychiatrii środowiskowej stwierdzano jednak, że odsetek ludzi z zaburzeniami jest wyższy niż oczekiwano, co wzbudziło obawy dotyczące problemu „fałszywie pozytywnych” kryteriów objawowych [1].

Rozwiązanie, jakie znaleziono przy opracowywaniu DSM-IV, polegało na dodaniu „kryterium istotności klinicznej” do wielu zestawów zawierających kryteria rozpoznawania zaburzeń psychicznych. Zgodnie z tym kryterium, osoba z zaburzeniem psychicznym musi wykazywać klinicznie istotne cierpienie lub upośledzenie funkcjonowania w sferze społecznej, zawodowej, lub innych ważnych dzie-

dzinach życia codziennego. Üstün i Kennedy zwracają uwagę, że autorzy rozdziału ICD-10 poświęconego zaburzeniom psychicznym nie poszli tą drogą, natomiast opracowali do klasyfikowania niepełnosprawności *International Classification of Functioning, Disability and Health* (ICF, Międzynarodową Klasyfikację Funkcjonowania, Niepełnosprawności i Zdrowia) [2], z zamiarem odseparowania zespołu objawów od ograniczeń aktywności.

Późniejsze badania wykazały, że uszczegółowienia dotyczące istotności klinicznej rzeczywiście obniżyły środowiskowe wskaźniki zaburzeń psychicznych rozpoznawanych za pomocą DSM, oraz doprowadziły do identyfikowania osób, w których przypadku większe jest prawdopodobieństwo korzystania z psychiatrycznej opieki zdrowotnej, lub które mają bardziej nasilone objawy [3]. Problemy z traktowaniem niepełnosprawności w DSM, związane z kryterium istotności klinicznej i skalą GAF, były jednak liczne. Dobrze precyzują je Üstün i Kennedy. Po pierwsze, pojęcie „klinicznie istotnego cierpienia lub upośledzenia funkcjonowania” nie jest zdefiniowane, a terminologia ta nie jest zgodna ze standardem Światowej Organizacji Zdrowia (WHO). GAF nie jest „czystą” skalą, ponieważ miesza ze sobą nasilenie objawów, funkcjonowanie społeczne i ocenę zagrożenia. Same kryteria objawowe w DSM częściowo obejmują ograniczenia aktywności, poza kryterium istotności klinicznej. Wreszcie, operacjonalizacja ciężkości zespołu objawów jest niewystarczająca. Ograniczenia te mają istotne konsekwencje dla badań naukowych i diagnozy klinicznej zaburzeń psychicznych.

W naszej własnej krytycznej ocenie DSM-IV w dużej mierze zgadzamy się ze stanowiskiem, jakie przedstawiają Üstün i Kennedy. Zgadzamy się również, że te problemy trzeba rozwiązać. Grupy Robocze opracowujące DSM-V podejmują działania w tym kierunku. Powołano już grupę, która ma się zajmować tymi problemami i określić możliwości restrukturyzacji przygotowywanego DSM-V tak, by zwiększyć jego zgodność z ICD-11 oraz ICF. Zmierzamy do standaryzacji naszej terminologii i do operacjonalizacji takich pojęć, jak nasilenie/ciężkość, niepełnosprawność, cierpienie. Wymagałoby to znacznej reorientacji klinicystów – zwłaszcza klinicystów amerykańskich – i przyjęcia innego sposobu myślenia o zaburzeniach psychicznych.

Chociaż ICF jest oficjalną klasyfikacją WHO, w Stanach Zjednoczonych system ten używany jest w ograniczonym zakresie i nie został przyjęty jako oficjalny zestaw kodów. Oprócz tego, że terminologia ICF jest powszechnie nieznaną, złożoność tego systemu klasyfikacji może się okazać zniechęcająca. Szczegółowe określenie kluczowych dziedzin ograniczenia aktywności osób z zaburzeniami psychicznymi, wraz z odpowiednim narzędziem do całościowej oceny, co proponują autorzy, wymagałoby intensywnej promocji oceny niepełnosprawności w DSM.

Podejmujemy również działania zmierzające do oddzielenia ograniczeń aktywności od opisu objawów. Zgodnie z rozwiązaniami proponowanymi przez autorów, proces diagnostyczny będzie obejmował ocenę wymiarów objawów, co pomoże odróżnić nasilenie (ciężkość) objawów/zespołów od niepełnosprawności, dzięki temu, że przedmiotem oceny będzie przede wszystkim częstość występowania, intensywność i/lub czas trwania objawów. Na przykład, *Patient Health Questionnaire* (PHQ-9) [4] do diagnozy depresji jest

krótkim narzędziem, o trafności zweryfikowanej empirycznie, opracowanym na podstawie DSM-IV. Kwestionariusz ten dobrze przyjął się w podstawowej opiece zdrowotnej i w placówkach psychiatrycznych. Służy do oceny prognozy rozpoznawania zaburzenia, do planowania leczenia, oraz śledzenia wyników leczenia [5]. Podobne narzędzia pomiaru opracowano dla zaburzeń lękowych i dolegliwości somatycznych. Przy planowanym opracowywaniu klinicznych wywiadów diagnostycznych w DSM-V oraz wywiadów, które mają przeprowadzać ankieterzy w ramach badań epidemiologicznych również trzeba będzie zwrócić uwagę na poprawienie diagnozy nasilenia objawów i niepełnosprawności.

Zadanie to jednak trochę zależy od tego, w jakim stopniu same kryteria objawowe będą już wolne od elementów spostrzeganych raczej jako ograniczenia aktywności. Wbrew temu, co twierdzą Üstün i Kennedy, nie jest to mały problem, dotyczący tylko sporadycznych zaburzeń takich, jak schizofrenia rezydualna. W kryteriach dla badań naukowych zarówno w DSM-IV, jak i w ICD-10 podano wiele przykładów ograniczenia aktywności służących jako objawy. W ICD-10 we wszystkich następujących kategoriach: zaburzenia osobowości, uzależnienie od substancji psychoaktywnych, zaburzenia hiperkinetyczne (zespół nadpobudliwości ruchowej) i zaburzenia zachowania, kryteria objawowe mają wiele składowych dotyczących ograniczenia aktywności. W chwili obecnej nie jest jasne, czy kryteria objawowe dla tych zaburzeń mogą być w pełni „oczyszczone” z komponentów odnoszących się do ograniczeń aktywności. Idealnie, przedmiotem bardziej specyficznej oceny byłyby dysfunkcyjne procesy psychiczne, leżące u podłoża owych ograniczeń aktywności. Opracowanie i wdrożenie takich metod diagnozy będzie zależało głównie od istniejącego stanu nauki i techniki, a także od praktycznych ograniczeń w ich wdrażaniu w rutynowych warunkach praktyki klinicznej.

Poglądy, jakie przedstawiają Üstün i Kennedy, nie są ani radykalne, ani rewolucyjne, lecz rozsądne. Odzwierciedlają postęp w naszej dziedzinie oraz nieustanne dążenie do zunifikowania psychiatrii w Stanach Zjednoczonych z całą medycyną oraz z resztą świata. Cieszymy się na dalszą współpracę z WHO w kolejnych etapach procesu opracowywania klasyfikacji.

PIŚMIENNICTWO

1. 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.
2. World Health Organization. *International classification of functioning, disability and health (ICF)*. Geneva: World Health Organization, 2001.
3. Narrow WE, Rae DS, Robins LN et al. Revised prevalence estimates of mental disorders in the U.S.: using a clinical significance criterion to reconcile two surveys' estimates. *Arch Gen Psychiatry* 2002; 59: 115–23.
4. Kroenke K, Spitzer RL, Williams JB. The PHQ-9: validity of a brief depression severity measure. *J Gen Intern Med* 2001; 16: 606–13.
5. Duffy FF, Chung H, Trivedi M et al. Systematic use of patient-rated depression severity monitoring: is it helpful and feasible in clinical psychiatry? *Psychiatr Serv* 2008; 59: 1148–54.