

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 (równorzędnym 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;

i wreszcie, czy mamy rzetelne i międzykulturowo trafne narzędzia od oceny tego konstruktów.

Powszechnie przyjmuje się, że niepełnosprawność stanowi konstrukt istotny dla zdrowia psychicznego i że ma doniosłe implikacje dla kategoryzacji klinicznego przebiegu zaburzeń psychicznych i ich prognozy [1]. Co więcej, istnieje wystarczająco wiele dowodów by twierdzić, że konstrukt ten należy brać pod uwagę przy planowaniu interwencji [2] oraz w ocenie odpowiedzi na leczenie, a także wyników leczenia [3]. Wydaje się zatem, że upośledzenie funkcjonowania należy wbudować w konfigurację odpowiedniego systemu diagnozy i klasyfikacji zaburzeń psychicznych.

Autorzy opisują różnice sposobu, w jaki niepełnosprawność włączono w systemy ICD i DSM. Aby zająć się tymi rozbieżnościami, należy podjąć kilka kluczowych decyzji w procesie korekty ICD i DSM. Trzeba opracować wspólny, międzykulturowo trafny model pojęciowy niepełnosprawności, trzeba zdecydować, czy konstrukt niepełnosprawności ma być włączony jako kryterium rozpoznawania zaburzeń psychicznych, czy też jako wymiar przydatny do opisu związanych z nim zagadnień klinicznych, trzeba też wybrać zgodne ze sobą i międzykulturowo trafne narzędzia do oceny tego konstruktów.

Na szczęście okazało się, że nowy model niepełnosprawności przyjęty w *International Classification of Functioning, Disability and Health* (ICF, Międzynarodowej Klasyfikacji Funkcjonowania, Niepełnosprawności i Zdrowia) jest trafny i nadaje się do stosowania w różnych warunkach kulturowych [4]. Model ten zatem jest gotowy do włączenia w ICD-11 i DSM-V, dając podstawy teoretyczne rozumienia niepełnosprawności. ICF może służyć jako przewodnik przy włączaniu upośledzenia funkcjonowania w nowe systemy klasyfikacyjne, a później przy opracowywaniu odpowiednich narzędzi diagnozy.

Kiedy już zgodzimy się, jaki model niepełnosprawności ma być uwzględniony w poprawionych wersjach ICD i DSM, powstaje pytanie, jak należy włączyć ten konstrukt w owe systemy diagnostyczne. Musimy pamiętać, że potencjalne dołączenie cechy klinicznej do kryteriów diagnostycznych zależy od tego, czy może ona wzbogacić diagnostyczną koncepcję zaburzenia, oraz czy może przyczynić się do bardziej precyzyjnego określenia granicy między normą a patologią, a także między różnymi zaburzeniami. Kluczowym pytaniem jest zatem, czy owa cecha może zmniejszyć obszary częściowego nakładania się rozpoznań i doprowadzić do lepszej diagnozy różnicowej, a także zwiększyć moc prognostyczną różnicowania.

Jeśli chodzi o niepełnosprawność, widzimy, że nie ma ona wyraźnych cech specyficznych dla różnych zaburzeń psychicznych. Co więcej, można wątpić, czy upośledzenie funkcjonowania jest wymiarem czułym i specyficznym przy porównywaniu chorych psychicznie ze zdrowymi osobami z grupy kontrolnej, a zwłaszcza przy porównywaniu pacjentów z różnymi zaburzeniami psychicznymi. Dodatkowym powodem do niewłączenia niepełnosprawności jako kryterium diagnostycznego jest brak precyzyjnej korelacji między ciężkością objawów psychiatrycznych a intensywnością upośledzenia funkcjonowania, a także fakt, że upośledzenie funkcjonowania często bywa jednym z pierw-

szych przejawów choroby i utrzymuje się po ustąpieniu objawów. Zgadamy się zatem z opinią autorów, że nie należy włączać funkcjonowania i niepełnosprawności w roli kryterium diagnostycznego w żaden z systemów.

Proponowane alternatywne rozwiązanie, czyli ocenianie niepełnosprawności przy użyciu niezależnego, konkretnego systemu, takiego, jak ICF, ma wiele ograniczeń operacyjnych. Naszym zdaniem konstrukt niepełnosprawności należy włączyć do obu systemów diagnostycznych jako niezależną oś. Sądzymy, że przez włączenie uzupełniającej, specyficznej osi niepełnosprawności stworzymy obszar tematyczny, który przyciągnie uwagę klinicystów i wszystkich innych zainteresowanych. Przyspieszy to wdrażanie metod leczenia nastawionych na upośledzenie funkcjonowania, poszerzy wiedzę o takich upośledzeniach, przyczyni się do opracowania bardziej wyrafinowanych narzędzi diagnostycznych, a także do lepszego poznania czynników ryzyka i etiologii niepełnosprawności.

Üstün i Kennedy zwracają uwagę na jeszcze jedną bardzo istotną kwestię – potrzebę włączenia do poprawionych systemów diagnostycznych międzykulturowo trafnej strategii oceny. Skali niepełnosprawności w DSM brak jasnego modelu teoretycznego; jej właściwości psychometryczne nie zostały dostatecznie zweryfikowane w badaniach międzykulturowych; ponadto, łączy ona w sobie w jednym wymiarze ocenę nasilenia objawów i upośledzenia funkcjonowania [3,5]. Z drugiej strony, narzędzia diagnostyczne zamieszczone w ICF i WHO-DAS [6] wprawdzie obejmują większość problemów zidentyfikowanych w skali do oceny niepełnosprawności w DSM, mają jednak tę niedogodność, że nie zostały zaprojektowane tak, by uwzględnić wszystkie wymagania codziennej klinicznej praktyki psychiatrycznej.

Uważamy zatem, że w poprawionych wersjach zarówno DSM, jak ICD powinno się znaleźć nowe, porównywalne narzędzie diagnostyczne do oceny niepełnosprawności. Idealnie, narzędzie to powinno umożliwić prawidłową ocenę kluczowych wymiarów niepełnosprawności w różnych kulturach i warunkach klinicznych, a także przy różnych poziomach ciężkości choroby. Co więcej, powinno być tak czułe, by wychwytywało niewielkie zmiany zachowania, które mogą powodować istotne przesunięcia w funkcjonowaniu społecznym.

Podsumowując, z perspektywy niepełnosprawności i upośledzenia funkcjonowania ideałem byłoby rozważenie w procesie poprawiania ICD i DSM, na ile realne jest: (a) włączenie wspólnego modelu definiowania i opisywania niepełnosprawności; do tego celu najlepszy wydaje się model przyjęty w ICF; (b) dokonanie przeglądu różnych kryteriów diagnostycznych po to, by oddzielić składowe dotyczące niepełnosprawności od wskaźników choroby i jej ciężkości; (c) zdefiniowanie osi niepełnosprawności, niezależnej od objawów klinicznych i ich nasilenia, i uwzględniającej wymiary zdefiniowane w ICF; (d) adaptacja, a jeśli trzeba, opracowanie trafnych narzędzi diagnostycznych, które nadają się do stosowania w różnych kulturach, i umożliwiają ocenę wymiarów zdefiniowanych na osi niepełnosprawności w różnych zaburzeniach psychicznych, przy różnym ich nasileniu i w różnych warunkach klinicznych.

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. Marder SR. Integrating pharmacological and psychosocial treatments for schizophrenia. *Acta Psychiatr Scand* 2000; 102 (Suppl. 407): 87–90.
3. Burns T, Parick D. Social functioning as an outcome measure in schizophrenia studies. *Acta Psychiatr Scand* 2007; 116: 403–18.
4. World Health Organization. International classification of functioning, disability and health (ICF). Geneva: World Health Organization, 2001.
5. Gaité L, Vázquez-Barquero JL, Herran A et al. Main determinants of Global Assessment of Functioning score in schizophrenia: a European multicenter study. *Compr Psychiatry* 2005; 46: 440–6.
6. World Health Organization. World Health Organization Disability Assessment Schedule (WHODAS). Geneva: World Health Organization, 2000.

Upośledzenie funkcjonowania może mieć różne znaczenia

Functional impairment can have different meanings

MYRNA M. WEISSMAN

Department of Psychiatry, College of Physicians and Surgeons, Columbia University, Division of Epidemiology, New York State Psychiatric Institute, 1051 Riverside Drive, New York, NY 10032, USA

Bedirhan Üstün i zespół ze Światowej Organizacji Zdrowia (WHO) przeprowadzili wysokiej klasy badania nad oceną niepełnosprawności jako integralnej części klasyfikacji psychiatrycznej. Jak zauważają, koncepcja lat życia z uwzględnieniem niepełnosprawności (DALYs) zmieniła pogląd na zaburzenia psychiczne. Choroba psychiczna, w porównaniu z ciężkimi chorobami somatycznymi znalazła się na wysokiej pozycji w rankingu DALYs, ponieważ zaburzenia psychiczne zaczynają się we wczesnym okresie życia i nie prowadzą do umieralności w młodym wieku, a zatem liczba lat życia z zaburzeniem psychicznym często bywa bardzo duża, co w rezultacie znacznie podwyższa wskaźnik DALYs. Na całym świecie stwierdzono wysoki wskaźnik DALYs dla zaburzeń psychicznych, co wywarło wielki wpływ na myślenie o zaburzeniach psychicznych i spowodowało, że ocena upośledzenia funkcjonowania oraz niepełnosprawności nabrała dużego znaczenia w każdym systemie klasyfikacji psychiatrycznej.

W tym artykule zespół z WHO proponuje ujednoczenie pomiaru i zbierania danych dotyczących niepełnosprawności w DSM i w *International Classification of Functioning, Disability and Health* (ICF, Międzynarodowej Klasyfikacji Funkcjonowania, Niepełnosprawności i Zdrowia) opracowanej przez WHO. Zgadzą się, że niezmiernie ważne jest ujednoczenie tych systemów, a także opracowanie kryteriów operacyjnych dla dokonywania takich ocen.

Autorzy stwierdzają, że pojęcie funkcjonowania jest neutralne, obejmując wszelkie pogorszenie funkcji organizmu, aktywności i zaangażowania w sytuacje życiowe, co na poziomie ciała określane jest jako upośledzenie, na poziomie osobistym jako ograniczenie aktywności, zaś na poziomie społecznym jako ograniczenie uczestnictwa. Autorzy wskazują, że istnieje podobieństwo między ICD a DSM pod względem operacjonalizacji diagnozy. Godnym uwagi wyjątkiem jest to, że ICD nie wymaga istotności klinicznej dla postawienia rozpoznania, lecz wymaga przyjętych w ICF operacyjnych kryteriów niepełnosprawności jako odrębnej dziedziny.

Skala GAF w DSM-IV, *ICF Checklist* oraz *Disability Assessment Schedule* (WHO-DAS) – wszystkie te narzędzia zawierają porównywalne miary funkcjonowania społecznego w takich zakresach, jak interakcje interpersonalne, dobre relacje z ludźmi, czy funkcjonowanie szkolne i zawodowe. Te obszary z łatwością można przełożyć na różne dziedziny, występują też w różnych warunkach kulturowych.

Miałabym zastrzeżenia wobec używania pozycji dotyczących uczenia się i korzystania z wiedzy w praktyce lub komunikowania się, których nie ma w GAF, jako części kryteriów niepełnosprawności i funkcjonowania. Te pozycje kwestionariuszowe związane są z wykształceniem, sytuacją materialną (dochodami) oraz ilorazem inteligencji (IQ). Włączenie ich do oceny niepełnosprawności może doprowadzić do nakładania się poziomu wykształcenia na funkcjonowanie.

Bedirhan Üstün sugeruje, że należy zoperacjonalizować dziedziny ICF – zdecydowanie się z tym zgadzam, ponieważ podobne dziedziny bywają jednak różnie interpretowane. Kilka lat temu poproszono nas o porównanie trzech skal funkcjonowania w badaniu przeprowadzonym w podstawowej opiece zdrowotnej [1]. Wszystkie trzy skale: złożony z 36 pozycji kwestionariusz SF-36 (*Short Form Health Survey -36*); samoopisowy kwestionariusz przystosowania społecznego SAS-SR (*Social Adjustment Self-Report*); oraz skala samooceny przystosowania społecznego SDSS (*Social Adaptation Self Evaluation Scale*), mierzą funkcjonowanie w pracy. Wszystkie te skale, którymi badano pacjentów podstawowej opieki zdrowotnej, różnicowały między osobami chorymi a zdrowymi psychicznie. Korelacje między tymi skalami były jednak niewielkie nawet w obszarach dotyczących podobnych dziedzin. Porównanie pytań wchodzących w skład tych skal wykazało, jak bardzo różniły się one w podejściu do oceny pracy. W SAS-SR ocenia się faktyczną liczbę opuszczonych dni, efektywną pracę i relacje interpersonalne, podczas gdy w SDSS kładzie się nacisk na zainteresowanie i motywację, zaś w SF-36 pyta się o problemy w pracy. Chociaż