

pełnosprawności. Możemy to osiągnąć zaczynając postępować 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.

Niepełnosprawność musi odnosić się do osoby, która cierpi na jakąś chorobę (lub choroby), żyje w określonym otoczeniu, otrzymuje określone leczenie i ma cechy osobowości decydujące o tym, w jaki sposób będzie żyła ze swą chorobą. Mocne strony chorego – np. uzdolnienia artystyczne czy majątek – również będą miały wpływ na wystąpienie i stopień jego niepełnosprawności. Uświadomienie sobie, że niepełnosprawność związana jest z konkretną osobą, a nie z chorobą, ma znaczenie dla rozwoju świadczeń rehabilitacyjnych, dla oceny poziomu wsparcia, jakiego udzieli społeczeństwo osobie niepełnosprawnej, oraz dla określenia, jakie leczenie można jej zaoferować w razie pojawienia się choroby.

Dane psychopatologiczne definiują rozpoznanie, lecz muszą być uzupełnione przez inne procedury diagnostyczne, jeśli mają służyć identyfikowaniu przypadku (*caseness*) pod kątem świadczenia opieki zdrowotnej czy oszacowania zapotrzebowania na takie świadczenia. Przy identyfikowaniu przypadku trzeba uwzględnić dane psychopatologiczne, niepełnosprawność oraz cierpienie (*distress*), które jednostka przejawia i wiąże ze swoim stanem chorobowym, ogólnomedycznym lub psychiatrycznym. Osoby z określonym rozpoznaniem psychiatrycznym mogą stać się „przypadkami” dla psychiatrycznej opieki zdrowotnej, kiedy ich niepełnosprawność pogłębi się (np. wskutek zmian w otoczeniu), albo gdy nasili się ich cierpienie (np. przez to, że dowiedzą się o rokowaniu swojej choroby).

W pracy klinicznej i do celów badań naukowych rozpoznaniu obecności *choroby, niepełnosprawności i cierpienia* musi towarzyszyć ocena ich *ciężkości*. Ciężkość choroby ocenia się zwykle odwołując się do liczby i częstości występowania objawów, ciężkość niepełnosprawności – do rodzaju i liczby aktywności, w których jednostka nie jest w stanie uczestniczyć, zaś nasilenie cierpienia – przez analogię do stanów znanych z doświadczenia zarówno osobie przeżywającej cierpienie, jak i diagnoście. Ciężkość można mierzyć jako wymiar lub jako cechę podzieloną na kilka kategorii zdefiniowanych operacyjnie. To samo odnosi się do niepełnosprawności i do cierpienia, lecz już nie do objawów psychopatologicznych, które muszą mieć cechy powodujące, że są rozpoznawalne jako coś jakościowo odmiennego od normalnego funkcjonowania.

Nasilenie cierpienia i nasilenie niepełnosprawności jest zwykle skorelowane z ciężkością zespołu klinicznego, lecz nie zawsze tak bywa. Cierpienie może się wiązać bardziej z wizją przyszłości niż z poziomem niepełnosprawności czy ciężkością stanu klinicznego. Podejrzenie, że ciemna brodawka to czerniak będzie źródłem wielkiego cierpienia, chociaż wtedy nie ma żadnych ograniczeń aktywności, ani żadnej pewności, że brodawka zawiera złośliwe komórki nowotworowe lub że będzie szybko rosła. Ciężkość niepełnosprawności może być związana z ciężkością obrazu klinicznego, lecz nie przez większość czasu trwania choroby danej osoby – z wyjątkiem najbardziej zaawansowanych stadiów zaburzenia, np. w głębokim otępieniu czy w śpiączce. Ludzie z najróżniejszymi objawami psychopatologicznymi często żyją w swojej społeczności, z niewielkim ograniczeniem aktywności lub w ogóle bez takich ograniczeń.

Przydatność do celów badawczych przedstawionej wyżej koncepcji zależy od możliwości mierzenia w sposób rzetelny i trafny zespołów, niepełnosprawności, cierpienia, oraz ich nasilenia. Opracowanie narzędzi, które umożliwią badaczom taki pomiar, niewątpliwie stanowi duże wyzwanie dla zespołów zajmujących się konstrukcją ICD i DSM. Przydatność tej samej koncepcji dla praktyki klinicznej będzie zależała od jasnego postawienia sprawy – że istnieje potrzeba takich pomiarów, oraz od przeszkolenia praktyków w zakresie przeprowadzania koniecznych procedur diagnostycznych.

Zajmując się ludźmi, którzy przyszli z prośbą o pomoc, praktycy posługiwali się wyżej wymienionymi czterema wymiarami odkąd wynaleziono medycynę. Badanie sposobu działania klinicystów może dostarczyć cennych informacji o ich metodach diagnozy. W połączeniu z wynikami badań przeprowadzonych przy użyciu trafnych i rzetelnych narzędzi diagnostycznych pozwoliłyby one stworzyć programy szkolenia, które doprowadziłyby do zaakceptowania tej klasyfikacji chorób i przyjęcia jej za podstawę w badaniach naukowych i w praktyce.

PIŚMIENNICTWO

1. World Health Organization. International classification of functioning, disability and health (ICF). Geneva: World Health Organization, 2001.

Niepełnosprawność a diagnoza: czy pogorszenie funkcjonowania w rolach należy wyeliminować z kryteriów diagnostycznych DSM/ICD?

Disability and diagnosis: should role impairment be eliminated from DSM/ICD diagnostic criteria?

JEROME C. WAKEFIELD

School of Social Work, Department of Psychiatry, oraz InSPIRES (Institute of Social and Psychiatric Initiatives – Research, Education and Services). New York State University, Nowy Jork, NY 10003, USA

Zgodnie z postulatem, jaki wysuwają Üstün i Kennedy, „ani funkcjonowanie, ani niepełnosprawność nie powinny pojawiać się jako część prognozy rozpoznawania” jakiegokolwiek zaburzenia. Autorzy twierdzą, że oddzielenie niepełnosprawności/upośledzenia funkcjonowania od zaburzenia

zwiększyłyby dostosowanie DSM do ICD. Tak naprawdę jednak chodzi o zagadnienie teoretyczne: czy kryteria niepełnosprawności – rozumianej tak, jak w kryteriach istotności klinicznej w DSM, jako pogorszenie funkcjonowania w rolach społecznych (czego nie należy mylić z dysfunkcją