

## Rozdzielić diagnozę i niepełnosprawność

### *Disentangle diagnosis and disability*

ANTHONY W. LEHMAN

Department of Psychiatry, University of Maryland School of Medicine,  
701 W. Pratt Street, Baltimore, MD 21201, USA

Üstün i Kennedy dowodzą, że system DSM powinien być lepiej dostosowany do systemu ICD i że przede wszystkim należy usunąć kryterium „upośledzenia funkcjonowania” z rozpoznań DSM. Przedstawiają przekonującą argumentację i stawiają co najmniej dwa ważne pytania. Po pierwsze, czy pojęcia „upośledzenie funkcjonowania” oraz „niepełnosprawność” powinny być włączone do kryteriów diagnostycznych zaburzenia psychicznego tak, jak w DSM, lecz nie w ICD? Po drugie, jak możemy doprowadzić do zgodności DSM i ICD w tym zakresie po to, by klasyfikacja zaburzeń psychicznych była jednolita na całym świecie, podobnie jak w przypadku innych zaburzeń ogólnomedycznych? W swoim artykule koncentrują się na pewnych aspektach technicznych definiowania i mierzenia „upośledzenia funkcjonowania”, „niepełnosprawności”, oraz „nasilenia/ciężkości” objawów, oraz na możliwości dopasowania skali GAF z DSM do *International Classification of Functioning, Disability and Health* (ICF, Międzynarodowej Klasyfikacji Funkcjonowania, Niepełnosprawności i Zdrowia), związanej z ICD.

Dłaczego w ogóle odczuliśmy potrzebę pomieszczenia w DSM diagnozy zaburzenia i upośledzenia funkcjonowania? Jest to świadectwo naszego borykania się, przynajmniej po jednej stronie Atlantyku, z różnicowaniem między chorobą psychiczną a normalną zmiennością (wahaniem) w procesach psychicznych i zachowaniu człowieka. Kiedy omamy, obniżony nastrój czy natrętne myśli są już patologiczne? Prawdopodobnie coś takiego stało się w DSM, z obawy, że bez warunku „istotności klinicznej” umożliwi się na szeroką skalę niepotrzebne korzystanie ze świadczeń opieki psychiatrycznej w przypadkach zaburzeń subklinicznych, które nie osiągają istotności klinicznej.

Oczywiście niezwykle ważne jest, aby zagwarantować, że cenne zasoby opieki zdrowotnej są wykorzystywane w sposób racjonalny i niezbędny w stanach chorobowych, które rzeczywiście szkodzą zdrowiu człowieka. Rozwiązanie przyjęte w DSM może być jednak gorsze niż ten problem. Chociaż bez wątplenia zdarza się niepotrzebne korzystanie z opieki psychiatrycznej, wiemy, że znacznie większym problemem jest niedostateczne korzystanie z takich świadczeń. Ponad połowa osób spełniających kryteria zaburzenia psychicznego nie otrzymuje żadnej opieki [1]. Włączenie do diagnozy kryterium „istotności klinicznej”,

a zwłaszcza „upośledzenia funkcjonowania”, stwarza iluzję większej pewności diagnostycznej niż trzeba, by „wylimitować” z opieki tych, którzy mają zespoły subkliniczne. Większość takich osób jest *de facto* wylimitowana z własnego wyboru, albo z braku dostępu do świadczeń.

Podejście to stwarza duże problemy. Poważnie ogranicza naszą zdolność do interweniowania w sposób profilaktyczny w przypadku osób, które mają wczesne objawy nadchodzącej choroby psychicznej lub są nią zagrożone. Jak zauważają Üstün i Kennedy, jest to podejście sprzeczne z tym, które stosuje się w innych obszarach medycyny. Obecny system DSM przypomina wstrzymywanie się z leczeniem hiperlipidemii, granicznego wysokiego ciśnienia krwi, czy granicznej hiperglikemii do momentu pojawienia się następstw tych czynników ryzyka, czyli jawnej, objawowej lub inwalidyzującej choroby sercowo-naczyniowej lub choroby nerek.

Kwestia czynników ryzyka nasuwa drugie pytanie. Ostatecznym celem opieki zdrowotnej jest ograniczenie możliwości uniknięcia chorobowości i umieralności. W przyjęciu chorobowości (czyli upośledzenia funkcjonowania) za kryterium diagnostyczne kryje się błędne koło, ponieważ oznacza to, że pewien stopień chorobowości już musi wystąpić, aby można było postawić diagnozę. Pozostaje nam więc tylko możliwość ograniczania istniejącej chorobowości zamiast przede wszystkim zapobiegania chorobie. Jest to tak, jakby podejmowało się leczenie hiperlipidemii dopiero po wystąpieniu dusznicy lub zawału serca. Zamyka to drogę profilaktyce i leczeniu stanów prodromalnych. Utrudnia także badania nad związkiem czynników ryzyka z powstawaniem zaburzeń oraz niepełnosprawności.

Aby przejść do systemu diagnostycznego umożliwiającego nam badanie czynników ryzyka i stanów subklinicznych oraz podejmowanie interwencji w takich przypadkach musimy wprowadzić zmiany, jakie proponują Üstün i Kennedy.

### PIŚMIENNICTWO

1. WHO World Mental Health Survey Consortium. Prevalence, severity, and unmet need for treatment of mental disorders in the World Mental Health Surveys. *JAMA* 2004; 291: 2581–90.