

Ocena przydatności skal funkcjonowania społecznego z systemu DSM-IV (GAF, SOFAS, GARF)

Evaluation of usefulness of DSM-IV social functioning scales (GAF, SOFAS, GARF)

JACEK WCIÓRKA, KATARZYNA MUSKAT, PIOTR MATAŁOWSKI

Z I Kliniki Psychiatrycznej Instytutu Psychiatrii i Neurologii w Warszawie

STRESZCZENIE. *Celem pracy była ocena wskaźników rzetelności i trafności oraz zebranie doświadczeń na temat stosowalności trzech skal funkcjonowania społecznego należących do instrumentarium wieloosiowej oceny diagnostycznej w DSM-IV. W tym celu, dwóch diagnostów zbadało dwukrotnie, w odstępie ok 48 godzin, 35 chorych na schizofrenię aktualnie nie leczonych szpitalnie, przy pomocy ocenianych trzech skal oraz 4 skal alternatywnych (różniących się założeniami i konstrukcją narzędzia), oceniających różne aspekty funkcjonowania i nasilenie objawów. Potwierdzono wystarczającą rzetelność ocen przy pomocy badanych skal. Zebrano też argumenty wskazujące na zadowalającą, zróżnicowaną trafność – skal SOFAS i GAF do oceny pozarodzinnych, społeczno-interpersonalnych obszarów funkcjonowania, a skali GARF – do oceny funkcjonowania w środowisku rodzinnym („w związkach”). Spośród dwóch skal o bardzo podobnym zastosowaniu i wskaźnikach psychometrycznych, ocena przy pomocy skali SOFAS budzi mniej wątpliwości w trakcie stosowania niż ocena przy pomocy skali GAF.*

SUMMARY. *The aim of the study was to evaluate reliability, validity and practical applicability of three social functioning scales included in the set of the DSM-IV multi-axial diagnostic instruments. For these purposes 35 schizophrenic patients currently not hospitalized were assessed twice at the interval of 48 hours by two diagnosticians using the three scales under study and 4 alternative tools (of different theoretical assumptions and construction) evaluating various aspects of the patient's functioning and severity of his symptoms. Reliability of the scales under study turned out to be satisfactory. Moreover, obtained evidence indicates a satisfactory, differentiated validity of the SOFAS and GAF scales for the evaluation of extra-familial, socio-interpersonal areas of the patient's functioning, and of the GARF scale – for the assessment of functioning in the family relationships. As regards the two scales characterized by a very similar application and psychometric properties, the assessment using SOFAS seems to be less doubtful than that by means of the GAF scale.*

Słowa kluczowe: skale funkcjonowania społecznego / DSM-IV / schizofrenia
Key words: social functioning scales / DSM-IV / schizophrenia

Jedną z innowacji wprowadzonych przez współczesne systemy diagnostyczne o zasięgu międzynarodowym jest wieloosiowa (wieloaspektowa, wielowymiarowa) ocena stanu psychicznego obejmująca, obok oceny innych osi diagnostycznych (zespół kliniczny, osobowość, towarzyszące zaburzenia somatyczne, obecność i nasilenie stresu „psychospołecznego”), także ocenę funkcyjowa-

nia społecznego. Wielostronna charakterystyka diagnostyczna jest wymagana w systemie DSM, Amerykańskiego Towarzystwa Psychiatrycznego, począwszy od jego trzeciego wydania (DSM-III) [1]. W DSM-III-R, poprawionej wersji tego wydania [2], rolę narzędzia pomocnego w ocenie funkcjonowania życiowego osób z zaburzeniami psychicznymi pełniła skala GAF (*Global Assessment*

of *Functioning Scale*), modyfikacja znanej wcześniej skali GAS (*Global Assessment Scale*), uznanej za wystarczająco rzetelną i trafną [5]. Skala GAF – to skala porządkowa o zdefiniowanych 10 przedziałach, z których każdy można dzielić dalej, już bez pomocniczych definicji na dziesięć części. Skala mierzy naraz trzy aspekty funkcjonowania: psychopatologiczny (zaburzenia psychiczne), społeczno-interpersonalny (zakłócenia w związkach z innymi ludźmi) oraz zawodowy (ograniczenia aktywności związanych z użytecznym zajęciem życiowym). Ostatecznie funkcjonowanie oceniane jest na skali o rozpiętości od 0 do 100 punktów – od funkcjonowania „idealnego” (100) do skrajnie złego (0).

Kontrowersje związane z zastosowaniem skali GAF wzbudzała zwłaszcza niejednorodność (trojakość) i, w znacznej części, wzajemna niezależność przesłanek oceny, stwarzająca trudności w rzetelnym lub trafnym jej zastosowaniu. Przygotowania do publikacji kolejnego wydania tego systemu diagnostycznego (DSM-IV) [4] zmierzały albo do zaproponowania zupełnie innego narzędzia, albo do pozostawienia poprzedniego, lecz z towarzyszeniem innych narzędzi, przeznaczonych do ukierunkowanej oceny poszczególnych obszarów funkcjonowania. Ostatecznie wybrano drugie wyjście. DSM-IV [3] nadal wykorzystuje skalę GAF jako podstawowe narzędzie oceny funkcjonowania, lecz obok niego proponuje dwie inne skale do ukierunkowanej oceny niektórych jego aspektów. Skala SOFAS (*Social and Occupational Functioning Assessment Scale*) jest zmodyfikowaną wersją GAF ograniczoną do oceny funkcjonowania społeczno-zawodowego. Skala GARF (*Global Assessment of Relational Functioning*) opisuje natomiast funkcjonowanie człowieka „w związkach” stanowiących jego podstawowe grupy oparcia, co w większości przypadków oznacza środowisko rodzinne. Ponadto, DSM-IV proponuje jeszcze jedno narzędzie, służące do opisu typowych dla danej osoby stylów funkcyjono-

wania indywidualnego w zakresie tzw. mechanizmów obronnych (*Defensive Functioning Scale*). Ta skala, jako wykraczająca poza sferę czysto społecznego, interpersonalnego funkcjonowania osoby nie jest tu przedmiotem zainteresowania. Tłumaczenia skal GAF, SOFAS i GARF przedstawiono w aneksie 1.

Opisane skale kuszą swą prostotą i porównywalnością, związaną z międzynarodową popularnością i zasięgiem systemu DSM. Nie są dotąd szerzej znane i stosowane w Polsce. Wydaje się, że ich ewentualne wykorzystanie dobrze byłoby poprzedzić próbą oceny ich przydatności. Jest to zadanie podjęte w tym opracowaniu.

CEL

Celem jest ocena wybranych wskaźników rzetelności (zbieżność między badającymi, zbieżność między kolejnymi badaniami) i trafności skal GAF, SOFAS i GARF (porównanie z innymi narzędziami, ocena wpływu stanu psychicznego i przebiegu choroby na uzyskiwane wyniki). Założono, iż skale te skonstruowane i zaaprobowane przez uznane grona ekspertów mają już pozytywnie ocenioną trafność zewnętrzną (fasadową), tzn. że treść zawartych w nich przesłanek oceny odpowiada wg obecnego stanu wiedzy temu co sugeruje przeznaczenie tych narzędzi. Ponadto, celem było zebranie praktycznych doświadczeń pozwalających na opinię w sprawie stosowalności tych narzędzi.

BADANI PACJENCI

W badaniach uczestniczyło 35 chorych na schizofrenię, w różnej fazie tej choroby (nawrót – 6 %, remisja – 66%, stan rezydualny – 29%). Kobiet stanowiły 43% tej grupy. Przeciętny wiek wynosił 37,8 lat (rozpiętość: 20–70 lat), przeciętny czas trwania choroby – 14,9 lat (rozpiętość: 1–50 lat). Badani byli pacjentami oddziału dziennego kliniki lub w większości uczestnikami klubu „Amicus”

prowadzonego przez Stowarzyszenie Rodzin i Przyjaciół Osób Chorych Psychiczenie „Integracja”. Taki wybór podyktowany był chęcią sprawdzenia skal w populacji osób, u których trudności funkcjonowania życiowego mają szczególne znaczenie i wymagają orientacyjnej oceny klinicznej, natomiast mniej zależą od aktualnie przeżywanych zaburzeń psychotycznych.

METODY

Badani oceniani byli przez dwóch diagnostów, psychologów (KM i PM) na podstawie wspólnego badania, dwukrotnie w odstępie dwóch dni. Trojga pacjentów z różnych powodów nie można było zbadać powtórnie. Obok skal stanowiących oceniane narzędzia (GAF, SOFAS i GARF, p. aneks 1), wykorzystano jeszcze 3 inne narzędzia oceny funkcjonowania życiowego wykorzystujące różne założenia merytoryczne i konstrukcyjne (skala W, OUT i Q, p. aneks 2) oraz skalę całościowej oceny nasilenia zespołu schizofrenicznego (KOSS-C) [9]

Skala W. Mierzy funkcjonowanie jako przystosowanie społeczne, tj. analizuje stopień ograniczenia zgodności między oczekiwaniami społecznymi a możliwościami ich spełniania przez pacjentów w czterech obszarach: zawodowym (użyteczne zajęcie życiowe), interpersonalnym (kontakty z ludźmi poza rodziną), rodzinnym (relacje w rodzinie) oraz indywidualnym (zainteresowania). Przedmiotem oceny jest zakres (całościowy, odcinkowy) i trwałość (przemijające, utrwalone) tych ograniczeń. Skale mają po 4 przedziały, od braku (0) do dobrego przystosowania (3). Skala W. wykazała przydatność w poprzednich badaniach prowadzonych w naszej Klinice [8]. Miarą funkcjonowania były albo wartość sumaryczna, albo wartość oceny poszczególnych, analizowanych aspektów.

Skala OUT. Została opracowana na podstawie empirycznych przesłanek wynikających z badań nad czynnikami prognostycznymi w schizofrenii [7]. Zyskała międzynarodowe

uznanie. Analizuje cztery aspekty funkcjonowania decydujące o jakości tzw. „zejścia” (*outcome*) zaburzeń schizofrenicznych: brak konieczności hospitalizacji, brak objawów psychopatologicznych, kontakty z ludźmi oraz zachowanie aktywności zawodowej. Aspekty te oceniane są przy pomocy pięciostopniowych skal porządkowych (0–4). Wysoki wynik oznacza dobre funkcjonowanie, niski zły. Miarą funkcjonowania były albo wartość sumaryczna, albo wartości oceny poszczególnych, analizowanych jego aspektów.

Skala Q. Stanowi ona interesujący za względu na prostą i atrakcyjną dla badanych formę sposób samooceny funkcjonowania traktowanego jako jakość życia. Zaproponowana przez autorów kanadyjskich [6] jako element obszerniejszego narzędzia i adaptowana do polskich warunków przez Zakład Rehabilitacji IPiN, została tu wykorzystana jako narzędzie operujące samooceną i to z subiektywnego punktu widzenia. Skala składa się z 20 pytań o ocenę różnych aspektów swego życia. Odpowiedzi pacjent udziela wskazując odpowiadający jego odczuciu rysunek twarzy, od w pełni uśmiechniętego (zadowolenie) po w pełni ponury (niezadowolenie).

Skala KOSS-C. Jest to czterostopniowa (0–3) całościowa ocena nasilenia zespołu schizofrenicznego, stanowiąca część KOZS (*Kliniczna ocena syndromów schizofrenicznych*), narzędzia diagnostycznego wykorzystywanego w Klinice [9].

Analizę statystyczną prowadzono przy pomocy pakietu programów SPSS PC v. 3.1

WYNIKI

Rzetelność

Rzetelność – zbieżność między diagnostami. Tabl. 1 przedstawia korelację między ocenami dwojga diagnostów uzyskanymi za pomocą wszystkich wykorzystanych narzędzi. Wszystkie one wskazują na wysoką zbieżność tych ocen.

Rzetelność – zbieżność między kolejnymi badaniami. Także i w tym wypadku (tabl. 2) zbieżność kolejnych ocen obojga klinicystów

Tablica 1. Zbieżność między dwojgiem badających (KM, PM) ocen funkcjonowania i stanu psychicznego dokonywanych za pomocą porównywanych narzędzi, $n = 35$.

Skala	taub*
GAF – funkcjonowanie całościowo	0,84
SOFAS – funkcjonowanie społeczne i zawodowe	0,81
GARF – funkcjonowanie w związkach	0,90
W – przystosowanie, wynik sumaryczny	0,89
OUT – „zejście”, wynik sumaryczny	0,86
KOSS-C – nasilenie zespołu schizofrenicznego, ocena całościowa	0,92

* współczynniki korelacji rangowej (Kendalla), wszystkie istotne na poziomie $p < 0,0001$

Tablica 2. Zbieżność w dwóch kolejnych badaniach (w odstępnie ok. 48 godzin) wyników oceny funkcjonowania i stanu psychicznego za pomocą porównywanych narzędzi, dla dwojga badających (KM i PM), $n = 32$.

Skala	Korelacje w dwóch badaniach [tauB*]	
	wg KM	wg PM
GAF – funkcjonowanie całościowo	0,80	0,73
SOFAS – funkcjonowanie społeczne i zawodowe	0,76	0,72
GARF – funkcjonowanie w związkach	0,78	0,81
W – przystosowanie, wartość sumaryczna	0,84	0,80
OUT – „zejście”, wartość sumaryczna	0,89	0,84
KOSS-C (nasilenie zaburzeń, ocena całościowa)	0,88	0,79
Q – jakość życia, wartość sumaryczna		0,65 ^a

* współczynniki korelacji rangowej (Kendalla), wszystkie istotne na poziomie $p < 0,001$

^a – ocena subiektywna poszczególnych pacjentów.

jest wysoka. Jest ona wyższa w przypadku sumarycznych ocen wynikających z użycia narzędzi złożonych z kilku skal (W, OUT) niż w przypadku ocen operujących tylko pojedynczą skalą (GAF, SOGAS, GARF). Niższa, choć również dość wysoka zbieżność cechowała wartości wynikające z subiektywnej oceny swego funkcjonowania (jakości życia) przez samych pacjentów.

Trafność

Analizowano tu głównie tzw. trafność diagnostyczną, której miarą jest korelacja badanych skal z narzędziami alternatywnymi.

Korelacje skali GAF (tabl. 3) z sumarycznymi wartościami oceny funkcjonowania dokonywanej przez obu diagnostów za pomocą

skal W i OUT były umiarkowanie wysokie. Dotyczy to także większości obszarów funkcjonowania ocenianych przez te skale, z wyjątkiem funkcjonowania w rodzinie, które pozostawało bez związku z funkcjonowaniem ocenianym za pomocą skali GAF. Względnie słabszy był też związek oceny za pomocą skali GAF z tymi obszarami prognostycznymi skali OUT, które odzwierciedlały potrzebę hospitalizacji (w okresie poprzedzającego roku) oraz występowanie objawów (w okresie miesiąca poprzedzającego ocenę), a więc mniej bezpośrednio wiązały się ze społecznym aspektem funkcjonowania. Funkcjonowanie oceniane przez skalę GAF pozostaje też bez związku z subiektywną oceną funkcjonowania (wg skali Q). Natomiast kore-

lacja między oceną za pomocą skali GAF a oceną aktualnego nasilenia objawów (skala KOSS-C) jest umiarkowanie wysoka i ujemna (więcej objawów, gorsze funkcjonowanie).

Korelacje skali SOFAS (tabl. 4) z innymi skalami przypominają bardzo korelacje skali GAF, jednak, zgodnie z oczekiwaniem, wyż-

sze wartości osiągają tu związki z tymi obszarami funkcjonowania (oceniane za pomocą skal W i OUT), które opisują funkcjonowanie zawodowe. Rzutuje to też zapewne na nieco wyższe niż w przypadku skali GAF korelacje wartości sumarycznych skal W i OUT z wynikiem oceny przy pomocy SOFAS.

Tablica 3. Korelacje skali GAF z innymi skalami oceniającymi różne aspekty funkcjonowania życiowego chorych, wg ocen dwóch diagnostów (KM i PM), n = 35

Skala	Korelacje ze skalą GAF [tauB]	
	wg KM	wg PM
W – funkcjonowanie, ocena sumaryczna	0,62***	0,52***
– zawodowe (użyteczne zajęcie)	0,48**	0,44**
– rodzinne (rodzina)	-0,09 ^{ns}	-0,15 ^{ns}
– interpersonalne (kontakty)	0,55***	0,43**
– indywidualne (zainteresowania)	0,61***	0,63***
OUT – „zejście”, ocena sumaryczna	0,61***	0,52***
– potrzeba hospitalizacji	0,33**	0,29*
– kontakty z ludźmi	0,53***	0,54***
– praca	0,58***	0,55***
– brak objawów	0,48***	0,38**
Q – jakość życia, samoocena	0,19 ^{ns}	0,15 ^{ns}
KOSS-C – nasilenie objawów, globalnie	-0,46***	-0,50***

Poziomy istotności współczynników korelacji: *** p < 0,001 ** p < 0,01 * p < 0,05 ns nieistotne

Tablica 4. Korelacje skali SOFAS z innymi skalami oceniającymi różne aspekty funkcjonowania życiowego chorych, wg ocen dwóch diagnostów (KM i PM), n = 35

Skala	Korelacje ze skalą SOFAS [tauB]	
	wg KM	wg PM
W – funkcjonowanie życiowe, sumaryczni	0,67***	0,66***
– zawodowe (użyteczne zajęcie)	0,61***	0,56***
– rodzinne (rodzina)	-0,01 ^{ns}	0,04 ^{ns}
– interpersonalne (kontakty)	0,53***	0,49***
– indywidualne (zainteresowania)	0,63***	0,67***
OUT – „zejście”, ocena sumaryczna	0,60***	0,59***
– potrzeba hospitalizacji	0,21 ^{ns}	0,26*
– kontakty z ludźmi	0,55***	0,56***
– praca	0,66***	0,67***
– brak objawów	0,41**	0,43**
Q – jakość życia, samoocena	0,19 ^{ns}	0,11 ^{ns}
KOSS-C – nasilenie objawów, globalnie	-0,41**	-0,57***

Poziomy istotności współczynników korelacji: *** p < 0,001 ** p < 0,01 * p < 0,05 ns nieistotne

Korelacje skali GARF (tabl. 5) z innymi porównywanymi narzędziami cechuje prawie zupełny brak silnych i istotnych statystycznie związków. Wyjątkiem jest jedynie względnie silna i istotna korelacja wyniku oceny za pomocą skali GARF z oceną funkcjonowania rodzinnego wg skali W. Ponadto, stwierdzono słabe (i jedynie na granicy istotności) korelacje wyniku na skali GARF z funkcjonowaniem w kontaktach z ludźmi (wg skali OUT) oraz z funkcjonowaniem subiektywnym (wg skali Q).

Trafność teoretyczna – funkcjonowanie a faza choroby. Analizę trafności teoretycznej podjęto w tym badaniu jedynie w skromnym rozmiarze. Na podstawie doświadczenia klinicznego można przewidywać, że funkcjonowanie chorych w okresie rezydualnej fazy schizofrenii jest gorsze niż u chorych w fazie remisji lub przemijającego zaostrzenia objawów (nie wymagającego hospitalizacji). Wyniki oceny funkcjonowania uzyskane przy pomocy badanych skal (tabl. 6) odzwierciedlają taką oczekiwaną zależność, ale tylko w odniesieniu do skali GAF i skali SOFAS. Wyniki skali GARF nie wykazały istotnej zależności od fazy choroby.

Na odrębność obszaru funkcjonowania ocenianego przy pomocy skali GARF od funkcjonowania ocenianego przy pomocy skal GAF i SOFAS wskazuje też brak korelacji między nimi (korelacje między GARF a SOFAS lub GAF, w zależności od diagnozy: $-0,04 < \tau_B < 0,11$). Korelacje pomiędzy ocenami na skalach GAF i SOFAS pozostają natomiast dość wysokie ($\tau_B > 0,65$).

Stosowalność

Najwięcej zastrzeżeń ze strony badających wywoływała skala GAF, ze względu na niejednorodność i wzajemną nieadekwatność społecznych (interpersonalno-zawodowych) i indywidualnych (psychopatologicznych) przesłanek oceny. Wątpliwości wzbudzały też niektóre przykłady używane do definiowania przedziałów skali. Pod tym względem skala SOFAS budziła u oceniających znacznie mniej zastrzeżeń, zachowując większą jednorodność i konsekwencję w sposobie definiowania przedziałów.

W przypadku skali GARF niejasność wiązała się z występującą czasem niejednorodnością związków, w jakich funkcjonowali pacjenci (rodzina w której przyszli na

Tablica 5. Korelacje skali GARF z innymi skalami oceniającymi różne aspekty funkcjonowania życiowego chorych wg ocen dwóch diagnostów (KM i PM), $n = 35$

Skala	Korelacje ze skalą GARF [τ_B]	
	wg KM	wg PM
W – funkcjonowanie życiowego, ocena sumaryczna	0,16 ^{ns}	0,14 ^{ns}
– zawodowe (użyteczne zajęcia)	0,14 ^{ns} 0,07 ^{ns}	
– rodzinne (rodzina)	0,41 ^{**}	0,31 ^{**}
– interpersonalne (kontakty)	0,01 ^{ns}	0,00 ^{ns}
– indywidualne (zainteresowania)	0,11 ^{ns}	0,10 ^{ns}
OUT – „zejście”, ocena sumaryczna	0,15 ^{ns}	0,22 ^{ns}
– potrzeba hospitalizacji	0,05 ^{ns}	0,08 ^{ns}
– kontakty z ludźmi	0,22 ^{ns}	0,25 [*]
– praca	0,14 ^{ns}	0,17 ^{ns}
– brak objawów	0,04 ^{ns}	0,20 ^{ns}
Q – jakość życia, samoocena	0,23 [*]	0,23 [*]
KOSS-C – nasilenie objawów, globalnie	-0,09 ^{ns}	-0,002 ^{ns}

Poziomy istotności współczynników korelacji: *** $p < 0,001$ ** $p < 0,01$ * $p < 0,05$ ns nieistotne

Tablica 6. Średnie wartości funkcjonowania wg skal GAF, SOFAS i GARF u chorych w okresie zaostrzenia (n=2), remisji (n=23) i residuum (n=10), wg obojga diagnostów (KM i PM), N=35.

Skala	Ocena funkcjonowania [średnia] u chorych w fazie			Test
	nawrotu	remisji	residuum	Kruskala-Wallisa
wg KM				
GAF	75	72	51	p < 0,0004
SOFAS	72	72	50	p < 0,0002
GARF	77	68	65	nieistotne
wg PM				
GAF	75	73	57	p < 0,0006
SOFAS	70	74	55	p < 0,0002
GARF	75	69	66	nieistotne

świat, rodzina założona przez siebie, różne osoby w rodzinie). Skala wymuszała tu pewien wspólny mianownik, co upraszczało obraz funkcjonowania danej osoby „związków” (*relational*). Poza tym zastrzeżeniem ocenianie przy jej pomocy nie nastęczało trudności.

OMÓWIENIE

Rzetelność porównywanych skal. Bardzo wysokie (>0,80) wskaźniki zbieżności między diagnostami, jak również wysokie (>0,70) wskaźniki zbieżności w dwóch kolejnych badaniach, wskazują, że za pomocą każdej z tych skal (GAF, SOFAS, GARF) można rzetelnie oceniać definiowany przez nie rodzaj funkcjonowania. Porównanie tych wskaźników ze wskaźnikami uzyskanymi przy pomocy nieco bardziej złożonych i inaczej skonstruowanych narzędzi oceny (skale W, OUT, Q) sugeruje, że rzetelność pomiaru przy pomocy tych ostatnich jest większa, co można wiązać z pewnymi uśrednieniami i uproszczeniami, jakich wymaga posługiwanie się skalami GAF, SOFAS i GARF. Pozostają one, mimo swej rozpiętości (0–100), pojedynczymi skalami porządkowymi, przy czym tylko rozpiętość „dziesiątkowa” (np. 1–10, 21–30) jest dokładniej zdefiniowana. Różnicowanie wewnątrz dziesiątek pozostawiono wyczuć badającego.

Trafność porównywanych skal jest zagadnieniem bardziej złożonym i wymagającym zapewne jeszcze wielu analiz wykorzystujących prognostyczne, diagnostyczne, teoretyczne konsekwencje zastosowania badanych skal. Przedstawione tu analizy można uważać za nader wstępne oszacowanie ich diagnostycznej porównywalności i teoretycznej zasadności. Wyniki, wskazując na zgodne z oczekiwaniami względnie silne i zróżnicowane korelacje z alternatywnymi ocenami funkcjonowania oraz na sensowny związek poziomu funkcjonowania z przeżywanymi fazami choroby, zwiększają zaufanie do trafności badanych skal.

Wyniki te dowodzą jednak też pewnej ich specyficzności. Dotyczy to zwłaszcza skali GARF, która praktycznie nie koreluje z innymi skalami (GAF i SOFAS, jak również W, OUT i Q) wykazując jedynie związki z ocenami obszaru funkcjonowania rodzinnego i (nader słabe, na granicy istotności) interpersonalnego. Taki wynik podkreśla więc, zgodną z założeniem trafność skali GARF dla oceny funkcjonowania „w związkach”.

Skale GAF i SOFAS dają wyniki w zasadzie porównywalne z sobą i odnoszące się do innych analizowanych obszarów funkcjonowania niż funkcjonowanie rodzinne, które można nazwać społeczno-interpersonalnymi, bo obejmują m.in. użyteczną aktywność życiową (praca nauka), kontakty z innymi

osobami, zainteresowanie otoczeniem i własnymi sprawami. Większa jednorodność przesłanek skali SOFAS, jak również nieco wyższe jej korelacje z sumarycznymi wynikami skal W i OUT mogłaby wskazywać na jej przewagę nad skalą GAF. Żaden z jej wskaźników psychometrycznych nie jest gorszy niż w przypadku GAF, a za nią silnie przemawia większa prostota konstrukcji i jednorodność definicji – zwiększające łatwość wykorzystania.

Stosowalność wszystkich trzech skal jest w świetle doświadczeń zgromadzonych w czasie badania wystarczająca. Najłatwiejsze jest stosowanie skali SOFAS, najwięcej wątpliwości wzbudza skala GAF. Ponieważ zasadnicza różnica między GAF a SOFAS polega na wyposażeniu GAF w psychopatologiczne wskaźniki funkcjonowania, które w świetle uzyskanych tu wyników nie zwiększają wartości tej oceny, zarówno w odniesieniu do jej korelacji z innymi miarami funkcjonowania, jak i w odniesieniu do korelacji z oceną stanu psychicznego (skala KOSS-C), przydatność skali GAF wydaje się, przynajmniej w świetle uzyskanych wyników, ustępować przydatności SOFAS.

Otwartym dla dalszych badań pozostaje zagadnienie *normalizacji* wyników badanych skal. DSM-III-R, ani DSM-IV nie dają tu żadnych wskazówek, najwyraźniej ograniczając swe oczekiwania tylko do sprawozdawczego zastosowania skal w ramach diagnostyki wielosiowej. Podjęcie tego zagadnienia w tej pracy było niemożliwe, z powodu względnie małego zróżnicowania badanej próby osób. Wskazówką w tym kierunku może być jedynie informacja, że w takiej „ambulatoryjnej” próbie osób chorych na schizofrenię wartość ocen na poziomie 20 percentyla wahała się (w zależności od skali i oceniających diagnostów) w granicach 50–60 (średnio: 55), a wartość 80 percentyla wynosiła zawsze 80. Dla percentyli 10 i 90 odpowiednie wartości skal wahały się w granicach 42–53 (średnio: 48) i 82–90 (średnio: 86).

Przedstawionych analiz i interpretacji nie można traktować jako zakończonych. Zwłaszcza analiza trafności wymaga kolejnych przy-

bliżeń. Uzyskane wyniki pozwalają jednak ocenić te proste, może niekiedy nawet zbyt upraszczające, metody oceny jako wystarczająco rzetelne, trafne i dające się wykorzystać do celów, do jakich je przygotowano, tj. do ogólnej, całościowej charakterystyki funkcjonowania chorych w różnych obszarach aktywności życiowej. Do bardziej wnikliwej analizy tej aktywności należałoby sięgnąć do metod bardziej wyrafinowanych.

WNIOSKI

1. Uzyskane wskaźniki rzetelności skal GAF, SOFAS, GARF można ocenić jako wystarczające.
2. Próby oszacowania trafności tych skal wskazują na pewną ich specyfikę. Skala GARF dostarcza informacji głównie o funkcjonowaniu rodzinnym („w związkach”). Skale GAF i SOFAS koncentruje uwagę na innych obszarach funkcjonowania społeczno-interpersonalnego i wyraźniej korelują ze zmiennymi klinicznymi (nasilenie objawów, faza choroby). Przy takim ukierunkowaniu, skale te wykazują trafność wystarczającą.
3. Łatwością stosowania wyróżnia się skala SOFAS, najwięcej wątpliwości budzi skala GAF. Ostatecznie jednak wszystkie porównywane skale można stosować rzetelnie.
4. Analizowane skale systemu DSM-IV można ocenić jako przydatne do prostej, całościowej oceny aktywności chorego w różnych obszarach aktywności życiowej.

PIŚMIENNICTWO

1. American Psychiatric Association: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Third Edition. American Psychiatric Association, Washington, DC. 1982.
2. American Psychiatric Association: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Third Edition. Revised. American Psychiatric Association, Washington, DC. 1987.
3. American Psychiatric Association: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Dis-

- orders, Fourth Edition. American Psychiatric Association, Washington, DC. 1994.
4. American Psychiatric Association, Task Force on DSM-IV: DSM-IV Options Book: Work in progress 9/1/91. American Psychiatric Association, Washington, DC. 1991.
 5. Endicott J, Spitzer RL, Fleiss JL, Cohen J: The Global Assessment Scale: a procedure for measuring overall severity of psychiatric disturbance. *Archiv. Gen. Psychiatr.* 1976, 33:766-771.
 6. Głowczak M, Jarema M, Meder J, Morawiec M: Przewlekła choroba psychiczna a jakość życia. *Psychiat. Pol.* 1999, 30, 3:369-380.
 7. Strauss JS, Carpenter WT: Prediction of outcome in schizophrenia: characteristics of outcome. *Arch. Gen. Psychiatr.* 1972, 72: 739-746.
 8. Wciórka J: Między przyswajaniem a oddaniem. Postawy chorych wobec przeżywanego zaburzeń schizofrenicznych. IPiN, Warszawa 1986.
 9. Wciórka J, Anczewska M, Charaziński M, Gołbiewska M, Nurowska K, Skowrońska J, Stanikowska I: Ocena rzetelności i trafności próbnej wersji „Klinicznej oceny zespołu schizofrenicznego” (KOZS). *Psychiat. Pol.* 1997, 31, 71-86.

*Adres: Jacek Wciórka, I Klinika Psychiatryczna IPiN,
Al. Sobieskiego 1/9, 02-957 Warszawa.*

Aneks 1

Skale funkcjonowania w DSM-IV

GAF: Skala ogólnej oceny funkcjonowania

Global Assessment of Functioning Scale

Uwzględniaj funkcjonowanie psychologiczne, społeczne i zawodowe w odniesieniu do hipotetycznego kontinuum psychicznego zdrowia-choroby. Nie uwzględniaj ograniczenia funkcjonowania spowodowanego uwarunkowaniami somatycznymi (lub środowiskowymi). Uwaga: Jeżeli trzeba, użyj oznaczeń pośrednich, np.: 45, 68, 72.

100 91	Doskonale funkcjonowanie w wielu zakresach, problemy życiowe zawsze pod kontrolą, lubiany przez innych ze względu na liczne zalety. Bez objawów.
90 81	Objawy nieobecne lub ich brak (np. łagodny lęk przed egzaminem), dobre funkcjonowanie we wszystkich zakresach, zainteresowany i zaangażowany w różnorodną aktywność, skuteczny społecznie, ogólnie zadowolony z życia, problemy i zmartwienia nie większe niż codzienne (np. sporadyczna sprzeczka z członkami rodziny).
80 71	Jeżeli objawy obecne, to są przemijającymi i przewidywalnymi reakcjami na stresory psychospołeczne (np. trudności w koncentracji po sprzeczce rodzinnej); co najwyżej niewielkie ograniczenie funkcjonowania społecznego, zawodowego lub szkolnego (np. okresowe opuszczenie się w obowiązkach szkolnych).
70 61	Nieliczne łagodne objawy (np. nastrój depresyjny i łagodna bezsenność) ALBO nieliczne trudności w funkcjonowaniu społecznym, społecznym, zawodowym lub szkolnym (np. sporadyczne wagary lub kradzież obrębie własnego domostwa), lecz ogólnie funkcjonowanie całkiem dobre, utrzymuje nieliczne znaczące związki z innymi ludźmi.
60 51	Umiarkowane objawy (np. sploty afektu i drobne wypowiedzi, sporadyczne napady paniki) ALBO umiarkowane trudności w funkcjonowaniu społecznym, zawodowym lub szkolnym (np. za mało przyjaciół, konflikty ze współpracownikami).

50 41	Poważne objawy (np. myśli samobójcze, nasilone natrętne rytuały, częste okradanie sklepów), ALBO każde poważne ograniczenie w zakresie funkcjonowania społecznego, zawodowego lub szkolnego (np. brak przyjaciół, niezdolność do utrzymania się w pracy).
40 31	Pewne ograniczenie w ocenie rzeczywistości lub porozumiewaniu się (np. wypowiedzi czasami nielogiczne, niejasne lub niedostosowane) ALBO większe ograniczenie w kilku dziedzinach takich, jak: praca lub nauka, stosunki w rodzinie, sądzenie, myślenie lub nastrój (np. depresyjny mężczyzna, który unika przyjaciół, lekceważy rodzinę i jest niezdolny do pracy; dziecko często bijące młodsze dzieci, zbuntowane w domu i opuszczające się w szkole).
30 21	Zachowanie wyraźnie pod wpływem urojeń lub omamów ALBO poważne ograniczenie w porozumiewaniu się lub sądzeniu (np. czasem rozkojarzony, działa całkiem nieadekwatnie, pochłonięty planowaniem samobójstwa), ALBO niezdolność do funkcjonowania w niemal wszystkich dziedzinach (np. pozostaje cały dzień w łóżku; brak pracy, mieszkania lub przyjaciół).
20 11	Niewielkie zagrożenie uszkodzeniem siebie lub innych (np. próby samobójcze bez jasnego oczekiwania śmierci, często napastliwy, pobudzenie maniakalne) ALBO sporadyczna niezdolność do utrzymywania minimum higieny osobistej (np. zanieczyszczanie się kałem), ALBO zupełne ograniczenie porozumiewania się (np. silnie rozkojarzony lub mutystyczny).
10 1	Utrwalone niebezpieczeństwo ciężkiego zranienia siebie lub innych (np. powtarzające się gwałtowne napaści) ALBO utrwalona niezdolność do utrzymania minimum osobistej higieny, ALBO poważne działania samobójcze z wyraźnym oczekiwaniem śmierci.
0	Brak odpowiednich informacji

SOFAS: Skala oceny funkcjonowania społecznego i zawodowego

Social and Occupational Functioning Assesment Scale

Uwzględniaj funkcjonowanie społeczne i zawodowe mieszczące się na kontinuum pomiędzy funkcjonowaniem doskonałym a funkcjonowaniem wybitnie upośledzonym, włączając w to upośledzenie spowodowane zarówno ograniczeniami fizycznymi, jak i psychicznymi. Dotyczy to tylko upośledzenia funkcjonowania pozostającego bezpośrednim następstwem trudności psychicznych lub fizycznych. Nie dotyczy to natomiast skutków braku odpowiednich okazji lub innych ograniczeń środowiskowych.

Uwaga: Jeżeli trzeba, użyj oznaczeń pośrednich, np.: 45, 68, 72.

100 91	Doskonałe funkcjonowanie w wielu zakresach.
90 81	Dobre funkcjonowanie we wszystkich zakresach, skuteczny zawodowo i społecznie.
80 71	Co najwyżej niewielkie ograniczenie funkcjonowania społecznego, zawodowego lub szkolnego (np. sporadyczne konflikty międzyludzkie, okresowe opuszczenie się w obowiązkach szkolnych).
70 61	Nieliczne trudności w funkcjonowaniu społecznym, społecznym, zawodowym lub szkolnym, lecz ogólnie funkcjonowanie całkiem dobre, utrzymuje Nieliczne znaczące związki z innymi ludźmi.

60 51	Umiarkowane trudności w funkcjonowaniu społecznym, zawodowym lub szkolnym (np. za mało przyjaciół, konflikty z rówieśnikami lub współpracownikami).
50 41	Każde poważne ograniczenie w zakresie funkcjonowania społecznego, zawodowego lub szkolnego (np. brak przyjaciół, niezdolność do utrzymania się w pracy).
40 31	Większe ograniczenie w kilku dziedzinach takich, jak: praca lub nauka, stosunki w rodzinie (np. depresyjny mężczyzna, który unika przyjaciół, lekceważy rodzinę i jest niezdolny do pracy; dziecko często bijące młodsze dzieci, zbuntowane w domu i opuszczające się w szkole).
30 21	Niezdolność do funkcjonowania w niemal wszystkich dziedzinach (np. pozostaje cały dzień w łóżku; brak pracy, mieszkania lub przyjaciół).
20 11	Sporadyczna niezdolność do utrzymywania minimum higieny osobistej. Niezdolność do funkcjonowania samodzielnego.
10 1	Utrwalona niezdolność do utrzymania minimum osobistej higieny. Niezdolność do funkcjonowania bez szkodenia sobie lub innym, albo bez znacznego wsparcia z zewnątrz (np. opieki pielęgniarstwa, nadzoru)
0	Brak odpowiednich informacji

GARF: Skala ogólnej oceny funkcjonowania w związkach

Global Assessment of Relational Functioning Scale

Instrukcje: Skali GARF można używać do ogólnej oceny funkcjonowania rodziny lub innego trwałego związku na hipotetycznym kontinuum rozpiętym pomiędzy umiejętnym i optymalnym funkcjonowaniem w związku a funkcjonowaniem zaburzonym i dysfunkcyjnym. Jest analogiczna do Osi V (Skala GAF) przeznaczonej do oceny funkcjonowania pojedynczych osób w DSM-IV. Skala GARF pozwala klinicyście ocenić stopień, w jakim rodzina lub inny zachodzący związek odpowiada uczuciowym i instrumentalnym potrzebom swych członków w następujących zakresach:

- A. *Rozwiązywanie trudności* – umiejętności uzgadniania celów, reguł i zwyczajów; zdolność adaptacji do stresu; umiejętności porozumiewania się; zdolność do rozstrzygnięcia konfliktu
- B. *Organizacja* – podtrzymywanie ról interpersonalnych i granic subsystemów; funkcjonowanie hierarchiczne; koalicje oraz podział władzy, kontroli i odpowiedzialności
- C. *Klimat emocjonalny* – ton i rozpiętość uczuć, jakość opieki, empatii, zaangażowania i przywiązania/oddania; dzielenie wartości; wzajemne reagowanie uczuciowe, uznanie, poszanowanie; jakość funkcjonowania seksualnego

W większości zastosowań, skala GARF powinna być używana do oceny funkcjonowania w czasie obecnego epizodu (tj. poziomu funkcjonowania w związku w czasie oceny). W niektórych sytuacjach może być także stosowana do oceny funkcjonowania w innych odcinkach czasu (tj. najwyższego poziomu funkcjonowania w związku w ciągu co najmniej kilku miesięcy ostatniego roku).

Uwaga: gdy to jest możliwe, użyj określonych oznaczeń pośrednich, np.: 45, 68, 72. Jeżeli szczegółowa informacja nie jest odpowiednia do użycia określonych ocen, użyj środkowych punktów z pięciu zakresów, tj.: 90, 70, 50, 30 lub 10.

100 81	<p>Ogólnie: <i>Związek funkcjonuje zadowolająco zarówno w samoocenie uczestników, jak i obserwatorów</i></p> <p>Istnieją uzgodnione wzorce codziennych poczynań, które pomagają odpowiadać na zwykle potrzeby każdego członka rodziny/pary; elastyczność zmian w odpowiedzi na nie-zwykle wymagania lub wydarzenia; pojawiające się niekiedy konflikty i stresujące przejścia rozstrzygane poprzez porozumiewanie i uzgadnianie na zasadzie rozwiązywania trudności</p> <p>Podzielane rozumienie i zgoda co do ról i odpowiadających im zadań, ustalone zasady podejmowania decyzji w odniesieniu do każdego zakresu czynności i rozeznanie niepowtarzalnych cech i wartości każdego subsystemu (np. rodziców/małżonków, rodzeństwa, poszczególnych osób)</p> <p>Odpowiednia do sytuacji, optymistyczna atmosfera w rodzinie; szeroka gama swobodnie wyrażanych i wymienianych w rodzinie uczuć; ogólna atmosfera ciepła, troski i podzielenia wartości przez wszystkich członków rodziny. Satysfakcjonujące relacje seksualne wśród dorosłych.</p>
80 61	<p>Ogólnie: <i>Funkcjonowanie związku trochę niezadowolające. W danym okresie czasu, liczne, lecz nie wszystkie trudności są rozstrzygane bez zastrzeżeń.</i></p> <p>Codziennie zwyczaje są wypełniane, lecz odczuwany jest pewien ból i trud w reagowaniu na wydarzenia niecodzienne. Pewne konflikty pozostają nierozstrzygnięte, lecz nie rozbija to funkcjonowania rodziny.</p> <p>Podejmowanie decyzji zwykle kompetentne, lecz wysiłki zmierzające do panowania jednych nad drugimi są całkiem często większe niż to konieczne lub – są nieefektywne. Poszczególne osoby i kontakty są wyraźnie rozgraniczone, lecz niekiedy jakiś szczególny podsystem jest lekceważony lub traktowany jak kozioł ofiarny.</p> <p>Uczucia są uzewnętrzniane, lecz widoczne są sytuacje emocjonalnej blokady lub napięcia. Ciepło i troska obecne, lecz zakłócone przez drażliwość i frustracje członków rodziny. Aktywność seksualna dorosłych członków może być ograniczona lub z trudnościami.</p>
60 41	<p>Ogólnie: <i>Wspólne funkcjonowanie związku okresami zadowolające i umiejętne, jednak z tendencją do dominacji stosunków niezadowolających</i></p> <p>Porozumiewanie się często zahamowane z powodu nierozstrzygniętych konfliktów, które często zakłócają codzienne zwyczaje; istotne trudności w przystosowaniu się do rodzinnych stresów i przejściowych zmian.</p> <p>Podejmowanie decyzji tylko okresowo umiejętne i skuteczne; w tych okresach widoczna jest zarówno nasilona sztynność, jak i istotny brak struktury. Potrzeby indywidualne dość często podporządkowane partnerowi lub koalicji.</p> <p>Ból albo nieskuteczny gniew, albo emocjonalne wygasanie zakłócają radość rodzinną. Choć występuje pewne ciepło i wsparcie dla członków, są one zwykle dzielone nierówno. Często obecne są kłopotliwe trudności seksualne między dorosłymi.</p>
40 21	<p>Ogólnie; <i>Związek jest wyraźnie i silnie dysfunkcyjny; formy i okresy zadowolających kontaktów są rzadkie</i></p> <p>Zwyczaje rodziny/pary nie odpowiadają potrzebom członków, którzy kurczowo się ich trzymają lub z upodobaniem ignorują je; Zmiane związane z cyklem życiowym, takie jak wyjście ze związku lub wejście doń, powodują bolesne konflikty i wyraźnie frustrujące niepowodzenia w rozwiązywaniu trudności.</p> <p>Podejmowanie decyzji nacechowane tyranią lub zupełnie nieskuteczne. Indywidualne cechy osób są niedoceniane lub ignorowane przez sztynne lub zaburzająco płynne koalicje.</p> <p>Nieczęste okresy radości z życia razem; częste dystansowanie się lub otwarta wrogość odzwierciedlają istotne konflikty, które pozostają nierozwiązane i całkiem bolesne. Dysfunkcje seksualne między dorosłymi członkami związku są regułą.</p>

20 1	<p>Ogólnie: Związek staje się zbyt dysfunkcyjny, by zachować ciągłość kontaktu i więzi.</p> <p>Obyczaje rodziny/pary są lekceważone (np. brak planowania posiłków, snu, czuwania). Członkowie rodziny często nie wiedzą gdzie są inni ani czy oni są w domu czy poza nim; porozumiewanie się między członkami rodziny jest ledwie skuteczne.</p> <p>Członkowie rodziny/pary nie są zorganizowani w sposób umożliwiający ponoszenie osobistej lub pokoleniowej odpowiedzialności. Granic związku jako całości ani jego subsystemów nie można rozpoznać ani uzgodnić. Członkowie rodziny są fizycznie zagrożeni lub atakowani, albo napadani seksualnie.</p> <p>Rozpacz lub zobojętnienie przenikają wszystko; mało uwagi wobec emocjonalnych kryzysów innych osób; prawie żadnego poczucia przywiązania, poświęcenia się, zainteresowania dobrem kogoś innego.</p>
0	Brak odpowiednich informacji

Aneks 2

Alternatywne skale funkcjonowania

W – Skala funkcjonowania życiowego

Oceń najlepszy i względnie trwały poziom funkcjonowania osiągnięty w ostatnim roku. Ocenę zaznacza się poprzez zakreślenie X odpowiedniej cyfry w odpowiedniej kolumnie.

Skala: 0. niedostateczne – ograniczenia utrwalone i całościowe

1. słabe – ograniczenia utrwalone, lecz wycinkowe
2. względne – ograniczenia przemijające, niezależnie od ich zakresu
3. dobre – praktycznie bez ograniczeń

Ogólna (całościowa) ocena funkcjonowania życiowego		0 1 2 3
1	Użyteczne zajęcie (wymiar, zgodność z kwalifikacjami, satysfakcja)	0 1 2 3
2	Kontakty z ludźmi (zakres, spontaniczność, konfliktowość)	0 1 2 3
3	Sytuacja rodzinna (zakres kontaktu, komunikacja, więź, pozycja)	0 1 2 3
4	Zainteresowania indywidualne (samodzielność, inicjatywa, otwarcie na świat)	0 1 2 3

OUT – Skala końcowego przystosowania (zejścia)*Outcome Scale*

wg Strauss, Carpenter [1972]

Brak konieczności hospitalizacji*czas spędzony w szpitalu z powodu zaburzeń psychicznych w ciągu ostatniego roku*

- =4: nie hospitalizowani
- =3: hospitalizowani krócej niż 3 miesiące
- =2: hospitalizowani 3–6 miesięcy
- =1: hospitalizowani 6–9 miesięcy
- =0: hospitalizowani dłużej niż 9 miesięcy

Kontakty społeczne*wyluczając bierne kontakty w miejscu pracy i z sąsiadami*

- =4: ze znajomymi – przeciętnie 1 raz w tygodniu
- =3: ... przeciętnie 2–3 razy w miesiącu
- =2: ... przeciętnie 1 raz w miesiącu uwzględniając wszelkie rodzaje kontaktów
- =1: nie spotyka się z nikim, poza biernymi okazjami w pracy, szkole, sąsiedztwie
- =0: z nikim, w żadnych okolicznościach

Użyteczna praca*włączając pracę w gospodarstwie domowym i naukę, a wyluczając – czas spędzony w szpitalu*

- =4: „zatrudniony” stale, przez cały rok
- =3: ... dłużej niż pół roku, ale nie cały
- =2: ... okresowo lub stale przez około pół roku
- =1: ... krócej niż pół roku
- =0: bez użytecznej pracy (zajęcia)

Brak objawów w ciągu ostatniego miesiąca

- =4: bez objawów
- =3: niewielkie przez cały czas niewielkie lub sporadycznie – umiarkowane
- =2: umiarkowane przez cały czas
- =1: nasilone przez pewien czas lub umiarkowane ciągle
- =0: nasilone objawy przez cały czas