



Funkcjonowanie i niesprawność społeczna – aspekty praktyczne i metodologiczne

Social functioning and social disability – practical and methodological aspects

ADRIAN SIERADZKI, ANDRZEJ KIEJNA

Z Katedry i Kliniki Psychiatrii Akademii Medycznej we Wrocławiu

STRESZCZENIE

Cel. W artykule podjęto próbę przybliżenia narzędzi funkcjonowania społecznego w psychiatrii pod kątem użyteczności dla lekarza praktyka oraz klinicysty i badacza.

Poglądy. Opracowanie efektywnych interwencji terapeutycznych wymaga stosowania narzędzi oceny niesprawności i funkcjonowania coraz bardziej oddających zachowanie i aktywność osób z zaburzeniami psychicznymi w rzeczywistym środowisku życia, z uwzględnieniem warunków środowiska oraz indywidualnego potencjału każdego człowieka uwarunkowanego m.in. funkcjonowaniem poznawczym. W artykule podjęto próbę scharakteryzowania najnowszych trendów dotyczących użyteczności instrumentów pomiarowych funkcjonowania i niesprawności psychospołecznej. Poruszono problematykę związaną z konstrukcją kwestionariuszy oraz ich właściwościami (użyteczność, praktyczność, rzetelność, trafność). Wskazano na badania i projekty, które są źródłem wiedzy na temat silnych i słabszych stron opisanych instrumentów badawczych. Zarysowano również kierunek przemian w badaniach nad niesprawnością i funkcjonowaniem w ujęciu historycznym.

Wnioski. Coraz większą rolę odgrywa podejście zintegrowane, w którym narzędzia funkcjonowania społecznego stanowią jeden z elementów badania. Wykonawstwo zadań oraz odgrywanie ról „z życia wziętych” ma obecnie duże znaczenie, umożliwiając wnioskowanie w odniesieniu do konkretnych zdolności poznawczych oraz możliwości indywidualnych.

SUMMARY

Objective. An attempt was made in the paper to review instruments used in psychiatry for the assessment of social functioning with view to their usefulness for general practitioners, clinicians and researchers.

Review. The development of effective therapeutic interventions requires the use of instruments for the assessment of social functioning and disability that would more and more reliably reflect the real-world behaviour and activity of people with mental disorders in their social environment, taking into account their local conditions and individual potential determined, among other things, by their cognitive functions. The review includes characterization of the most recent trends concerning utility of instruments for the measurement of psychosocial functioning and disability. The problems of questionnaire construction and characteristics (usefulness, practicality, reliability and validity) are dealt with. The paper presents studies and research projects that provided data concerning the strong and weak points of the reported assessment instruments. Moreover, the paper outlines the direction of changes in the research into functioning and disability from the historical perspective.

Conclusions. The importance of an integrated approach including the assessment of social functioning as an element of examination seems to increase. Task performance and enactment of “real-life” roles are at present regarded as crucial, since they enable to draw inferences about the individual’s specific cognitive abilities and his/her personal potential.

Słowa kluczowe: niesprawność społeczna / funkcjonowanie społeczne / praktyczność / rzetelność / trafność
/ funkcjonowanie w realnym świecie

Key words: social disability / social functioning / practicality / reliability / validity / real-world functioning

Koncepcja niesprawności społecznej ewoluowała w ostatnich dekadach. Umieszczona była początkowo w ramach wprowadzonego przez Światową Organizację Zdrowia (WHO) systemu międzynarodowej klasyfikacji zaburzeń, niesprawności oraz inwalidztwa (*International Classification of Impairments, Disabilities, and Handicaps*) [1]. Trzy wyżej wymienione pojęcia stanowiły kontinuum. *Zaburzeniem* określano deficyt lub nieprawidłowość struktury lub funkcji psychologicznej, fizjologicznej czy anatomicznej, reprezentujące uzewnętrzną formę stanu patologicznego. *Niesprawność* pojmowano jako ograniczenie lub brak zdolności wykonywania aktywności, pojęcie obiektywizujące zaburzenie oraz odzwierciedlające problemy na pozio-

mie osoby. Konsekwencją było *inwalidztwo* opisujące niedogodności (utrudnienia) doświadczane przez osobę jako wynik zaburzenia i/lub niesprawności, która ogranicza lub uniemożliwia wypełnianie ról społecznych.

Niesprawność w nowoczesnym podejściu klinicznym oraz orzeczniczym oznacza poziom funkcjonalnego upośledzenia zaburzający główne aktywności życiowe. Choroby i zaburzenia psychiczne związane ze stresem rozumianym jako obciążenie psychofizyczne mogą, ale nie muszą, prowadzić do niesprawności. Według Międzynarodowej Klasyfikacji Zdrowia i Niesprawności (*International Classification of Functioning, Disability and Health, ICF*) zaproponowane przez WHO ograniczenia społeczne i fizyczne stanowią

ważne i niezależne aspekty funkcjonowania i niesprawności [2]. Przez ograniczenia społeczne rozumie się m.in. problemy w kontaktach z innymi ludźmi oraz uczestnictwo w różnych formach życia społecznego. Nowoczesne podejście zakłada również ocenę niesprawności w kontekście indywidualnego potencjału człowieka (*functional capacity*) z uwzględnieniem środowiska, w którym osoba żyje i działa oraz barier narzucanych osobie przez otoczenie (począwszy od ograniczeń w dostępie do terapii, skończywszy na stygmatyzacji osób chorych psychicznie na rynku pracy). Wobec szybkiego postępu cywilizacyjnego oraz rozwoju „społeczeństwa informacyjnego” niezbędne staje się również określenie umiejętności poznawczych, od których współcześnie zależy m.in. znalezienie pracy odpowiedniej do kwalifikacji, a w przypadku osoby z zaburzeniem psychicznym zgodnej z aktualnymi możliwościami kognitywno-wykonawczo-adaptacyjnymi [3].

Dlatego coraz więcej badań w dziedzinie psychiatrii społecznej charakteryzuje się zintegrowanym podejściem do problemu funkcjonowania pacjenta w rzeczywistym świecie (*real-world functional outcome*) oraz w aktywności codziennej (*everyday functioning*) [4].

Wspomniane podejście wynika m.in. z doniesień klinicznych oraz badawczych przekrojowych i prospektywnych. Wskazuje się na związek zaburzeń poznawczych w schizofrenii (deficyty uwagi, pamięci roboczej, uczenia werbalnego, rozwiązywania problemów) z zaburzeniami funkcjonowania ujmowanymi jako zachowania społeczne, wykonawstwo pracy, aktywności dnia codziennego. Badania longitudinalne obejmujące 10-letni okres obserwacji od pierwszego epizodu psychiatrycznego wskazują na upośledzenie funkcji poznawczych następujące jeszcze w okresie poprzedzającym wystąpienie objawów psychozy [5] oraz niezależność tych funkcji od objawów chorobowych. Longitudinalne badania neuropsychologiczne w kohorcie osób regularnie i adekwatnie leczonych z powodu schizofrenii wykazały zależność poprawy funkcji poznawczych od redukcji objawów negatywnych w okresie 5 lat [6]. Stwierdzono związek funkcji poznawczych z codziennym funkcjonowaniem ocenianym jako wykonywanie codziennych czynności u osób starszych z psychozą przy braku związku z objawami [7]. Interwencje mające na celu redukcję deficytów kognitywnych oraz objawów negatywnych mogą poprawić zdolność pacjentów do samodzielnego funkcjonowania w społeczeństwie [8]. Niesprawność oraz jakość życia (oceniana m.in. SF-36) wśród osób starszych (powyżej 45 roku życia) chorujących na chorobę afektywną dwubiegunową związana jest oprócz objawów psychopatologicznych również z zaburzeniem funkcji poznawczych [9]. Natomiast wg innych autorów [10] nie stwierdzano zależności między nasileniem niesprawności (np. mierzonej za pomocą WHO-DASII) a zaburzeniami poznawczymi oraz codziennym funkcjonowaniem. Brakuje narzędzi pomiarowych oceny funkcji poznawczych w schizofrenii. Wywiady z pacjentami, a nawet z ich lekarzami prowadzącymi mogą być o tyle niemiernodajne, że nie zawsze w pełni uwzględniają faktyczny poziom upośledzenia funkcji poznawczych [11].

Wyniki badań codziennego funkcjonowania pacjentów opieki geriatrycznej [12] sugerują, że przynajmniej za część problemów dotyczących niesprawności społecznej odpowia-

dają zaburzenia funkcjonowania kognitywnego oraz zmienione funkcje wykonawcze (m.in. rozwiązywania problemów oraz myślenia abstrakcyjnego). Zaobserwowano zależność między wynikami testów neuropsychologicznych a funkcjonowaniem poprzez upośledzenie zdolności funkcjonalnej, przy czym część wariacji testowej pozostaje niewyjaśniona testami neuropsychologicznymi, sugerując udział innych nieuwzględnionych w badaniu czynników [13]. Wobec kwestii, które z narzędzi (oparte na obserwacji zachowania pacjenta, czy na wywiadzie od informatora) jest bardziej użyteczne, zdaniem wielu autorów bardziej obiektywne w ocenie niesprawności zależnej od możliwości poznawczych wydają się narzędzia typu pierwszego [14].

W neuropsychologii zaczęto podkreślać znaczenie odniesienia testów zwłaszcza funkcji poznawczych do wykonawstwa codziennych zadań, czyli tzw. trafności ekologicznej. Pozwoliłoby to na lepszy proces decyzyjny w wyborze sposobu leczenia [15]. Na podstawie takich testów neuropsychologicznych można będzie efektywniej przewidywać codzienne funkcjonowanie pacjentów, np. możliwości niezależnego życia czy powrotu do pracy.

Brakuje badań trafności ekologicznej testów. Sformułowano dwa podejścia do problemu. Pierwsze opiera się na założeniu podobieństwa między wymaganiami narzuconymi przez test i środowisko codziennego życia. Zaczęły powstawać instrumenty zawierające zadania z codziennego życia: *Test of Everyday Attention* – TEA (Robertson i wsp. 1994), *Behavioral Assessment of the Dysexecutive Syndrome* – BADS (Wilson i wsp. 1996), *Cambridge Test of Prospective Memory* – CAMPROMPT (Wilson i wsp. 2004). Skonstruowano je w celu oceny umiejętności codziennych, w które zaangażowana są uwaga, funkcje wykonawcze, pamięć. Testy te koncentrują się na identyfikacji osób z ograniczeniem zdolności funkcjonalnych [16]. W drugim podejściu narzędzia pomiaru funkcji poznawczych powinny wynikowo wiązać się z innymi instrumentami, które są predyktorami wykonawstwa zadań z „rzeczywistego życia”. W praktyce oznacza to określenie statystycznej zależności między pomiarem z użyciem tradycyjnego testu, jak np. testu inteligencji Wechslera a miernikami codziennego funkcjonowania, do których należą zatrudnienie, obserwacja zachowania, skale oceny klinicznej. Koncepcja druga podlega szczególnej krytyce z uwagi na niedostatek badań dowodzących bezpośredniego związku między tradycyjnymi instrumentami a codziennym funkcjonowaniem. Dlatego wspomniane wyżej złożone zależności między wykonywaniem testów oceny funkcji poznawczych a wykonawstwem w życiu (*real world performance*) implikują konieczność nieustannego poprawiania i uzupełniania istniejących narzędzi [17].

Instrumenty oceny codziennego funkcjonowania wykorzystują samoocenę przez pacjenta, wywiad z informatorem, ocenę przez badacza lub bezpośrednią obserwację wykonawstwa. Wyniki uzyskiwane za pomocą narzędzi samooceny, mogą ulegać zniekształceniom przez takie czynniki jak: wgląd pacjenta, system wartości danego człowieka, czynniki sytuacyjne, obraz psychopatologiczny czy funkcjonowanie emocjonalne. Wywiady udzielane przez opiekunów lub osoby przebywające regularnie z pacjentem (rodzina, przyjaciele) mogą zwiększać rzetelność ocen (np. GSDSII) [18]. Podlegają one jednak wpływowi procesów

poznawczych, emocjonalnych oraz psychicznego funkcjonowania samych opiekunów. Narzędzia oceny klinicznej, które najczęściej mierzą poziom zaburzenia oraz ograniczenia aktywności, wydają się mniej podatne na wpływy czynników psychospołecznych. Natomiast poprzez wycinkowość obserwowanych zachowań mogą prowadzić do niedoszacowania zdolności pacjenta do wykonania danej czynności, jak również wpływu czynników środowiskowych na tę zdolność [19]. Możliwości adaptacyjne osób z zaburzeniami psychicznymi uwarunkowane umiejętnościami kognytywnymi mogą ujawniać się lepiej w odniesieniu do funkcjonowania w społeczności aniżeli w testowych sytuacjach odgrywania ról [20]. Niezależne od wglądu narzędzia obserwacji zachowania mierzą rzeczywiste funkcjonowanie pacjenta. Natomiast narzucają one eksperymentalne otoczenie, które może różnić się od tego w realnym świecie (zmia-

ny trafności zewnętrznej, czyli fasadowej). Ignorują również te czynniki środowiskowe, które mogą sprzyjać lub hamować udział osób w sytuacjach życiowych [21].

Przeglądu instrumentów funkcjonowania opartych na obserwacji zachowania w schizofrenii dokonali McKibbin i wsp. [22]. Autorzy przytaczają osiem narzędzi. Są to: *Behavioral Assertiveness Test-Revised* (BAT-R) (Bellack i wsp. 1978), *Bay Area Functional Performance Test – Revised* (BaFPE-R) (Williams i Bloomer 1987), *Direct Assessment of Functional Status* (Klapow i wsp. 1997), *Maryland Assessment of Social Competence* (MASC) (Bellack i wsp. 1994), *Test of Grocery Shopping Skills* (TOGSS) (Hamera i Brown 2000), *Social Skills Performance Assessment* (Patterson i wsp. 2001), *UCSD Performance-Based Skills Assessment* (Patterson i wsp. 2001), *Medication Management Ability Assessment* (Patterson i wsp. 2002) (tabl. 1).

Tablica 1. Charakterystyka narzędzi funkcjonowania i niesprawności psychospołecznej, z uwzględnieniem wybrane instrumentów mierzące te cechy częściowo

| Narzędzie | Struktura skal | Walidacja w badaniach polskich i międzynarodowych i praktyczność zastosowania |
|---|--|--|
| <i>Social Functioning Scale</i> (Birchwood i wsp. 1990) | Aktywność i kontakty społeczne. Zawiera listę możliwych aktywności, które respondenci zakreślają wg częstości występowania. Wady – nie dostarcza indywidualnych relacji z aktywności oraz jest podatny na zniekształcenie związane ze z góry ustalonym wyborem pytań | Walidacja w Polsce (bardzo dobra i zadowalająca rzetelność między badaczami, spójność wewnętrzna, trafność za pomocą porównania różnic międzygrupowych przez Załuską [31]) |
| <i>Global Assessment of Functioning</i> (GAF) | Jednowymiarowa skala ogólnej oceny funkcjonowania społecznego i zawodowego oraz psychopatologii | Badania rzetelności i trafności skal GAF, SOFAS i GARF [32]; skali GAF [33] |
| <i>Social Assessment of Functioning</i> (SOFAS) | Jednowymiarowa skala ogólnej oceny funkcjonowania społecznego i zawodowego | Badania walidacyjne skal GAF, SOFAS i GARF w Polsce w populacji pacjentów chorych na schizofrenię [26] |
| <i>Global Assessment of Relational Functioning</i> (GARF) | Jednowymiarowa skala ogólnej oceny funkcjonowania w związkach (rodzina, partner) | |
| Kwestionariusz Kompetencji Społecznych | Kompetencje społeczne osób uzależnionych od substancji psychoaktywnych. Podskale: Społecznej Ekspozycji, Asertywności, Bezpośrednich Kontaktów Interpersonalnych (Szczepańska i wsp. 2005) | Narzędzie oryginalne polskie, trafność treściowa, kryterialna [34] |
| <i>The Premorbid Adjustment Scale Cannon-Spoor</i> (PAS) | Zakres osiągnięcia celów na kolejnych etapach rozwoju psychicznego i umysłowego przed zachorowaniem na schizofrenię | Zaadaptowana i sprawdzona psychometrycznie w warunkach polskich (elementy trafności wobec skali QLS) [25] |
| <i>Quality of Life Scale</i> (QLS) (Heinrich i wsp. 1984) | Na świecie wersja 21-pytaniowa (QLS 21) oraz 5-itemowa (QLS 5: inicjatywy społeczne, adekwatność, znajomi, motywacja, wykorzystywanie czasu). Obszary badane: funkcjonowanie w rolach i społeczne, funkcjonowanie intrapsychiczne | Podobna rzetelność, trafność i podatność na zmianę w czasie QLS 21 i QLS 5 [35]. Zaadaptowana i sprawdzona psychometrycznie w warunkach polskich (analiza czynnikowa i trafność kryterialna m.in. wobec skali SQLS, zmienność w czasie i różnice międzygrupowe) [27, 28] |
| <i>Self-Report Quality of Life Measure for People with Schizophrenia</i> (SQLS) (Wilkinson i wsp. 2000) | Nastrój; aktywności codzienne, objawy uboczne leków neuroleptyków związane z ruchem; inne skutki uboczne; wsparcie; kontakty interpersonalne | Zaadaptowana i sprawdzona psychometrycznie w warunkach polskich (analiza czynnikowa, trafność kryterialna) [27] |
| <i>Short Form 36 Items Health Survey</i> (SF-36) | 8 podskal: funkcjonowanie fizyczne i społeczne, ograniczenie w rolach związane z problemami fizycznymi i emocjonalnymi, zdrowie psychiczne, witalność, ból fizyczny, całościowa percepcja zdrowia | Adaptacja i elementy trafności w populacji pacjentów psychiatrycznych (chorych na schizofrenię lub depresję) [36], walidacja z próbą normalizacji w populacji ogólnej [29] |

C.d. tablica 1

| Narzędzie | Struktura skal | Walidacja w badaniach polskich i międzynarodowych i praktyczność zastosowania |
|---|--|--|
| <i>The Groningen Social Disabilities Schedule</i> (GSDSII) | Półotwarty kwestionariusz niesprawności społecznej, 8 ról (dbanie rzetelność siebie, atmosfera w domu, rodzina, partner, dzieci, obywatel, osoba społeczna, aktywność zawodowa i/lub domowa), kryteria częstości, czasu trwania, możliwości wykonawstwa (wolność podejmowania działań), badanie pacjenta oraz informatora | Rzetelność i trafność potwierdzona w różnych populacjach pacjentów psychiatrycznych [18], rzetelność międzyosrodkowa z zastosowaniem opisów klinicznych [37], rzetelność między badaczami, powtarzalności testu, zgodność wewnętrzna oraz analiza czynnikowa zweryfikowana w grupie pacjentów opieki stacjonarnej i dziennej [38] |
| <i>WHO-DASII</i> | Niesprawność jako funkcje ciała, ograniczenie aktywności i uczestnictwa w życiu społecznym i zawodowym; 6 domen (porozumiewanie i komunikacja, poruszanie się, dbanie o siebie, kontakty z ludźmi, aktywność zawodowa i edukacja, udział w życiu społecznym) | Walidacja (rzetelność i trafność) w grupie osób z depresją [39] oraz osób starszych chorych na schizofrenię [10] |
| <i>UCSD Performance-Based Skills Assessment</i> (UPSA) (Patterson i wsp. 2001) | Funkcjonalna zdolność do wykonawstwa u osób z cięższymi zaburzeniami psychicznymi pięć domen funkcjonowania (gospodarstwo domowe – wybór potrzebnych artykułów z półki sklepowej; komunikacja – telefon aby przełożyć termin spotkania; finanse – płacenie rachunku czekiem, transport – rozumienie mapy autobusowej; transport; planowanie rekreacji – wybór rzeczy potrzebnych na piknik do parku) | Rzetelność, zdolność dyskryminacyjna, trafność zbieżna, treściowa (korelacje z nasileniem objawów negatywnych i zaburzeń funkcji poznawczych, brak korelacji z objawami pozytywnymi oraz depresyjnymi) w populacji chorych na schizofrenię po 55 roku życia, inter-rater, korelacje ze skalą DAFS, brak korelacji z Quality of Well-Being. Objawy negatywne oraz funkcjonowanie kognitywne predyktorami UPSA |
| <i>Bay Area Functional Performance Test – Revised</i> (BaFPE-R) (Williams i Bloomer 1987) – umiejętności społeczne, zarządzanie finansami | Dla osób w terapii zajęciowej: (1) podskala orientacji zadaniowej (TOA) – 5 zadań z pomiarami w domenach poznawczej, wykonawczej oraz afektywnej, (2) interakcji społecznych (SIS): 5 sytuacji społecznych (spotkanie jeden na jednego, posiłek, nieustrukturyzowana aktywność (dyskusja), ustrukturyzowana aktywność grupowa, ocena odpowiedzi wobec autorytetów, komunikacji werbalnej, zachowania psychomotorycznego, postaw niezależnych, zależnościowych, społecznie właściwych, zdolność pracy z rówieśnikami, uczestnictwo w grupowych lub programowych aktywnościach | Rzetelność między czterema grupami terapeutów zajęciowych dobra do prawie doskonałej. Trafność – korelacje z Adaptive Behavior Scale, różnice międzygrupowe (pacjenci leczeni elektrowstrząsami mieli niższe wyniki, niezależność od dawek neuroleptyków) |
| <i>Schizophrenia Cognition Rating Scale</i> (ScoRS) | Nowe narzędzie oceny funkcji poznawczych pacjentów chorych na schizofrenię, badanie pacjenta oraz informatora [11] | Potwierdzona rzetelność. Trafność – wykazuje związek z funkcjonowaniem pacjentów w życiu codziennym mierzony m.in. za pomocą Independent Living Skills Inventory oraz ze zdolnościami funkcjonalnymi mierzonymi przy użyciu Performance-Based Skills Assessment (UPSA) |
| <i>Behavioral Assertiveness Test-Revised</i> (BAT-R) (Eisler i wsp. 1975) – umiejętności społeczne | Sceny odgrywane w rolach w warunkach studyjnych; narrator opisuje sytuację a pacjent ma odpowiedzieć interaktywnie na to co robi drugi badacz (ocenia się głos, kontakt wzrokowy, czas trwania mowy, latencję odpowiedzi, intonację oraz ogólną asertywność | Rzetelność inter-rater od dobrej do prawie doskonałej. Trafność – różne warunki rozmowy (wywiad, terapeutyczne grupowe, odgrywanie ról) nie wpłynęło na związek tych sytuacji z odgrywaniem ról |
| <i>The Direct Assessment of Functional Status</i> (DAFS) (Loewenstein i wsp. 1989) | Skala zwalidowana do oceny funkcjonowania osób ze schizofrenią oraz otępieniem. Siedem domen aktywności: orientacja w czasie, komunikacja, transport, finanse, zakupy, ubieranie się i jedzenie | Rzetelność inter-rater (ICC=0,91), 85% zgodność rzetelności między badającymi, rzetelność powtarzalności od dobrej do bardzo dobrej. Trafność – różnic międzygrupowych między średnimi wynikami DAFS w grupie pacjentów a grupą kontrolną. Funkcje poznawcze były predyktorem wyników w DAFS w poszczególnych podskalach, trafność (konwergentna z Blessed Dementia Rating Scale oraz różnic międzygrupowych w porównaniu z osobami chorymi na depresję oraz zdrowymi) |

C.d. tablica 1

| Narzędzie | Struktura skal | Walidacja w badaniach polskich i międzynarodowych i praktyczność zastosowania |
|---|---|--|
| <i>Maryland Assessment of Social Competence (MASC)</i> (Bellack i wsp. 1994) – rozwiązywanie problemów społecznych | Ocena zdolności tworzenia efektywnych odpowiedzi na dany problem. Cztery domeny: (1) rozwiązywanie problemu w interpersonalnym kontekście (Role-Play Task; RPT), (2) odpowiedź na sytuację społecznie problemową (Response Generation Task; RGT), (3) ewaluacja efektywności odpowiedzi (Response Evaluation Task; RET), (4) ewaluacja efektywności własnego zachowania nakierowanego na rozwiązanie problemu (Self-Evaluation Task; SET) | Rzetelność inter-rater i powtarzalności od wystarczającej do bardzo dobrej. Niewystarczająca w RGT dla wrogości. Trafność – istotny związek z testem inteligencji WAIS-R IQ, pamięcią logiczną, uwagą oraz skalą objawów negatywnych w schizofrenii |
| <i>Test of Grocery Shopping Skills</i> (Hamera i Brown 2000) | Ewaluacja wyniku mierzonego w minutach potrzebnego aby kupić w sklepie warzywnym 10 artykułów. Oceniany jest właściwy wybór odpowiedniego artykułu, jego właściwej wielkości oraz jak najniższa cena | Rzetelność między badaczami i powtarzalności bardzo dobra |
| <i>Social Skills Performance Assessment</i> (Patterson i wsp. 2001) | Dwie sceny (spotkanie z nowym sąsiadem, poproszenie gospodarza domu o pomoc w związku z przeciekającym sufitem). Nagrywane na kasetę audio i oceniane wg kryteriów: zainteresowania/ jego brak, jasność i zogniskowanie wypowiedzi, afekt, ubieranie się, całościowa rozmowa, społeczna adekwatność, uległość/upór, całkowita dyskusja | Rzetelność inter-rater i retest bardzo dobra. Zdolność dyskryminacyjna między pacjentami a zdrowymi osobami. Wysokie korelacje z DAFS, skali samopoczucia Quality of Well-Being, funkcjonowaniem poznawczym oraz objawami negatywnymi, brak korelacji z samooceną funkcjonowania |
| <i>Medication Management Ability Assessment</i> (Patterson i wsp. 2002) | Odgrywanie roli pacjenta, któremu farmaceuta wydał leki z wszystkimi „rzeczywistymi” zaleceniami, etykietami i instrukcjami, które po 1 godzinie pacjenci mają wykonywać zgodnie z poleconym sposobem zażywania leków. Zliczane są odchylenia od zaleceń (błąd w liczbie pigułek, niewłaściwa pora zażywania leku) | Rzetelność powtarzalności testu prawie doskonała. Pacjenci popełniali istotnie więcej błędów niż osoby zdrowe. Korelacje z procedurami zapisywania leków, ze skalą DAFS i Quality of Well-Being Wiek, objawy negatywne i funkcjonowanie poznawcze wykazywały związek z wynikami skali. Funkcjonowanie poznawcze jedynym wyraźnym predyktorem skali MMAA. |
| <i>The Time Budget Measure</i> – aktywności i kontakt społeczny (aktywność dzienna) (Jolley i wsp. 2005) | W formie dziennika tygodniowego (wywiad ustrukturyzowany, 4 bloki dla każdego dnia): 0 – nic – leży myśląc, śpiąc, siedzi, 1 – aktywność bierna – oglądanie telewizji, słuchanie radia, 2 – niezależna aktywność wymagająca pewnego planowania i motywacji, ale stosunkowo prosta i krótka np. pójście do pobliskich sklepów po papierosy, posprzątanie pokoju, zmycie naczyń, przygotowanie prostego posiłku dla siebie, 3 – kilka aktywności z punktu 2, wypełniających całkowicie okres czasu, bardziej złożona aktywność krótkotrwała (odwiedziny z użyciem transportu publicznego, przedłużony kontakt społeczny z innymi), 4 – czas wypełniony różnorodnymi działaniami wymagającymi niezależności i znacznej motywacji oraz planowania, z pewną zmiennością zadań, np. praca, nauka, wyprawa wymagająca organizacji | Rzetelność między badaczami bliska jedności. Rzetelność test-retest bardzo dobra. Trafność – zdolność rozróżniania między grupami identyfikowanymi przez konsultującą psychiatrę jako mające wysoki lub niski poziom aktywności, między grupami z dłuższym czasem trwania i wczesnymi objawami psychozy |
| <i>Global Deterioration Scale (GDS)</i> (Reisberg i wsp. 1982) <i>Functional Assessment Scale (FAST)</i> | Funkcjonowanie w otępieniu typu Alzheimera oraz aktywności dnia codziennego w oparciu o te kryteria podział na etapy choroby, uwzględniają czynniki dodatkowe pogarszające stan chorych | Zaadaptowane w Polsce i szeroko wykorzystywane w badaniach [40] |

C.d. tablica 1

| Narzędzie | Struktura skal | Walidacja w badaniach polskich i międzynarodowych i praktyczność zastosowania |
|--|---|---|
| Wielowymiarowa Skala Obserwacji Badanych w Podeszłym Wieku (<i>Multidimensional Observation Scale for Elderly Subjects</i> , MOSES) | Czynności bezpośrednio związane z funkcjami poznawczymi oraz aktywności psychospołeczne. Standaryzacja w badaniach wielośrodkowych w populacji pacjentów szpitali i domów opieki | Rzetelność polskiej wersji skali potwierdzona (zgodność wewnątrzna bliska jedności, powtarzalność 0,81, porównywalność 0,90) [41] |
| <i>Instrumental Activities of Daily Living</i> (IADL) (Lawton i Brody 1969) | Ocena na podstawie badania informatora: telefonowanie, zakupy, przygotowanie jedzenia, praca w gospodarstwie domowym, pranie, korzystanie ze środków transportu publicznego, zażywanie leków, zarządzanie finansami | Rzetelność inter-rater, polska adaptacja z badaniem właściwości psychometrycznych [42] |
| <i>Social Adaptation Self-Evaluation Scale</i> (SASS) (Dusчек i wsp. 2003) | Funkcjonowanie społeczne u pacjentów depresyjnych, ocena motywację do aktywności społecznych, zasięg i jakość istniejących społecznych relacji, umiejętności w pokierowaniu społeczną interakcją, zdolność do pełnienia ról w kontekście rodziny, kariery i rekreacji | Rzetelność – zgodności wewnętrznej 0,9; inter-rater 0,85; ustalony punkt odcięcia na 35 punktów oznaczający niewielką aktywność lub jej brak [30] |
| <i>Multnomah Community Abilities Scale</i> (MCAS) (Barker i wsp. 1994) – dla osób z przewlekłymi zaburzeniami psychicznymi | Kompetencje społeczne, zachowanie, umiejętności samodzielnego życia, całościowe przystosowanie do życia w społeczeństwie | Rzetelność i trafność potwierdzona dla pacjentów psychiatrycznych opieki ambulatoryjnej przez autorów skali |
| <i>Independent Living Skills Inventory</i> (Revheim i wsp. 2006) | Samodzielność w funkcjonowaniu i potrzeba nadzoru w instytucjach pobytu pacjenta przewlekle chorego psychicznie | Elementy trafności, analiza różnic międzygrupowych [43] |

Większość z nich charakteryzuje się zwartą konstrukcją, potwierdzoną rzetelnością w zakresie od dobrej do prawie doskonałej oraz weryfikowaną trafnością z włączeniem badań neuropsychologicznych. W aspekcie logistycznej wykonalności najmniej praktyczny wydaje się TOGSS. *Maryland Assessment of Social Competence* jest testem najdłuższym i przez to najbardziej uciążliwym dla pacjentów. Pewną słabością praktyczną prezentowanych narzędzi jest przypuszczalnie częsty brak informacji na temat czasu potrzebnego na wykonanie badania wybranym narzędziem.

Matza i wsp. [23] w artykule przeglądowym zwracają uwagę na problemowe obszary użycia instrumentów oceny funkcjonowania społecznego w grupie osób chorych na schizofrenię. Należą do nich m.in. brak potwierdzonej zmienności w czasie w zależności od zmian funkcji poznawczych oraz fakt, że wiele narzędzi nie zostało stworzonych specyficznie dla wymienionej grupy pacjentów. Stąd autorzy zalecają wprowadzanie nowych skal pomiarowych funkcjonowania, których domeny wykażą powiązanie ze zdolnościami kognitywnymi. Podjęto próby tworzenia narzędzi opartych na zasadzie dynamicznej oceny w czasie. Należy do nich m.in. *The Time Budget Measure* [24], prowadzony w formie dziennika godzinowego, w którym zapisywane są m.in. aktywność dzienna i kontakty społeczne.

Ważnym obszarem eksploracji jest funkcjonowanie w okresie przedchorobowym w rozwoju schizofrenii. Czernikiewicz i wsp. [25] zaadaptowali i rozpoczęli proces weryfikacji psychometrycznej skali *The Premorbid Adjustment Scale* Cannon-Spoor (PAS) (tabl. 1).

Wiele badań wymaga oceny całościowego funkcjonowania pacjentów. W tym przypadku swoją przydatność udowadniają m.in. skale GAF, SOFAS i GARF [26]. Część kwestionariuszy badawczych mierzących inne zjawiska zawiera również elementy oceny funkcjonowania i niesprawności psychospołecznej. Tak jest m.in. w przypadku narzędzi, które służą do oceny jakości życia (QLS w populacji osób ze schizofrenią, SF-36 szczególnie przydatne w ocenie jakości życia i funkcjonowania osób z zaburzeniami afektywnymi oraz lękowymi). Instrumenty te są w Polsce dość dobrze poznane i psychometrycznie opracowane [27, 28, 29]. W przypadku zaburzeń afektywnych i lękowych, gdzie wgląd w sprawę chorobową bywa większy, częściej stosuje się również skale samooceny, jak np. *Social Adaptation Self-Evaluation Scale* (SASS) [30].

PODSUMOWANIE

Autorzy niniejszego artykułu szczególne postępy w dziedzinie oceny funkcjonowania i niesprawności społecznej zaobserwowali w odniesieniu do coraz skuteczniejszych i zindywidualizowanych strategii terapeutycznych. Narzędzia oceny niesprawności dostosowuje się do realiów codziennego życia, w których realizacja codziennych zadań przez pacjenta pozostaje w bezpośrednim związku z jego możliwościami oraz funkcjonowaniem poznawczym. Staje się to szczególnie widoczne w badaniach dotyczących osób chorych na schizofrenię, otepienia, ale również i na zaburzenia afektywne.

PIŚMIENNICTWO

1. World Health Organization. International Classification of Impairments, Disabilities, and Handicaps. Geneva: WHO; 1995.
2. World Health Organization. The International Classification of Functioning, Disability and Health. Geneva, Switzerland: WHO; 2001. Internet address: <http://www.who.int/research/en/>
3. Druss BG, Marcus SC, Rosenheck RA, Olfson M, Tanielian T, Pincus MA, Pincus HA. Understanding disability in mental and general medical conditions. *Am J Psychiatry* 2000; 157: 1485–91.
4. Keefe RS, Poe M, Walker TM, Harvey PD. The relationship of the Brief Assessment of Cognition in Schizophrenia (BACS) to functional capacity and real-world functional outcome. *J Clin Exp Neuropsychol* 2006; 28 (2): 260–9.
5. Hoff AL, Svetina C, Shields G, Stewart J, DeLisi LE. Ten year longitudinal study of neuropsychological functioning subsequent to a first episode of schizophrenia. *Schizophr Res* 2005; 78 (1): 27–34.
6. Gold S, Arndt S, Nopoulos P, O’Leary DS, Andreasen NC. Longitudinal study of cognitive function in first-episode and recent-onset schizophrenia. *Am J Psychiatry* 1999; 156 (9): 1342–8.
7. Evans JD, Heaton RK, Paulsen JS, Palmer BW, Patterson T, Jeste DV. The relationship of neuropsychological abilities to specific domains of functional capacity in older schizophrenia patients. *Biol Psychiatry* 2003; 53 (5): 422–30.
8. Twamley EW, Doshi RR, Nayak GV, Palmer BW, Golshan S, Heaton RK, Patterson TL, Jeste DV. Generalized cognitive impairments, ability to perform everyday tasks, and level of independence in community living situations of older patients with psychosis. *Am J Psychiatry* 2002; 159 (12): 2013–20.
9. Depp CA, Davis CE, Mittal D, Patterson TL, Jeste DV. Health-related quality of life and functioning of middle-aged and elderly adults with bipolar disorder. *J Clin Psychiatry* 2006; 67 (2): 215–21.
10. McKibbin C, Patterson TL, Jeste DV. Assessing disability in older patients with schizophrenia: results from the WHODAS-II. *J Nerv Ment Dis* 2004; 192 (6): 405–13.
11. Keefe RS, Poe M, Walker TM, Kang JW, Harvey PD. The Schizophrenia Cognition Rating Scale: an interview-based assessment and its relationship to cognition, real-world functioning, and functional capacity. *Am J Psychiatry* 2006; 163 (3): 426–32.
12. Tomaszewski-Farias S, Harrell E, Neumann C, Houtz A. The relationship between neuropsychological performance and daily functioning in individuals with Alzheimer’s disease: ecological validity of neuropsychological tests. *Arch Clin Neuropsychol* 2003; 18 (6): 655–72.
13. Bowie CR, Reichenberg A, Patterson TL, Heaton RK, Harvey PD. Determinants of real-world functional performance in schizophrenia subjects: correlations with cognition, functional capacity, and symptoms. *Am J Psychiatry* 2006; 163 (3): 418–25.
14. Richardson ED, Nadler JD, Malloy PF. Neuropsychologic predictors of performance measures of daily living skills in geriatric patients. *Neuropsychology* 1995; 9: 565–72.
15. Spooner DM, Pachana NA. Ecological validity in neuropsychological assessment: A case for greater consideration in research with neurologically intact populations. *Arch Clin Neuropsychol* 2006; 21 (4): 327–37.
16. Chaytor N, Schmitter-Edgecombe M. The Ecological Validity of Neuropsychological Tests: A Review of the Literature on Everyday Cognitive Skills. *Neuropsychol Rev* 2003; 13 (4): 181–97.
17. Chaytor N, Schmitter-Edgecombe M, Burr R. Improving the ecological validity of executive functioning assessment. *Arch Clin Neuropsychol* 2006; 21 (3): 217–27.
18. Wiersma D, DeJong A, Ormel J. The Groningen Social Disability Schedule: development, relationship with ICIDH, and psychometric properties. *Int J Rehab Res* 1988; 11: 213–24.
19. Patterson TL, Moscona S, McKibbin CL, Davidson K, Jeste DV. Social skills performance assessment among older patients with schizophrenia. *Schizophr Res* 2001; 48 (2–3): 351–60.
20. Cohen AS, Forbes CB, Mann MC, Blanchard JJ. Specific cognitive deficits and differential domains of social functioning impairment in schizophrenia. *Schizophr Res* 2006; 81 (2–3): 227–38.
21. Bellack AS, Morrison RL. Interpersonal dysfunction. W: Bellack AS, Hersen M, Kazdin AE, red. *International Handbook of Behavior Modification and Therapy*. New York: Plenum; 1982.
22. McKibbin CL, Brekke JS, Sires D, Jeste DV, Patterson TL. Direct assessment of functional abilities: relevance to persons with schizophrenia. *Schizophr Res* 2004; 72 (1): 53–67.
23. Matza LS, Buchanan R, Purdon S, Brewster-Jordan J, Zhao Y, Revicki DA. Measuring Changes in Functional Status Among Patients With Schizophrenia: The Link With Cognitive Impairment. *Schizophr Bull* 2006; 21: 212–8.
24. Jolley S, Garety P, Dunn G, White J, Aitken M, Challacombe F, Griggs M, Wallace M, Craig T. A pilot validation study of a new measure of activity in psychosis. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2005; 40: 905–11.
25. Czernikiewicz A, Górecka J, Kozak-Sykala A. Premorbid adjustment and quality of life in schizophrenia. *Pol Merkuriusz Lek* 2005; 19 (113): 659–62.
26. Wciórka J, Muskat K, Matalowski P. Ocena przydatności skal funkcjonowania społecznego z systemu DSM-IV (GAF, SOFAS, GARF). *Post Psychiatr Neurol* 1997; 6: 253–67.
27. Czernikiewicz A, Górecka J. Comparison of subjective and objective quality of life in a group of schizophrenic patients. *Psychiatr Pol* 2003; 37 (4): 669–81.
28. Górecka JE, Czernikiewicz A. The relationship between quality of life of schizophrenic patients and clinical parameters of psychosis. *Wiad Lek* 2004; 57 (9–10): 408–12.
29. Marcinowicz L, Sienkiewicz J. Assessment of the validity and reliability of the Polish version of the SF-36 questionnaire – preliminary findings. *Przegl Lek* 2003; 60 (6): 103–6.
30. Duschek S, Schandry R, Hege B. SASS, Soziale Aktivität Selbstbeurteilungs-Skala. Goettingen: Beltz; 2003.
31. Załuska M. Skala Funkcjonowania Społecznego (SFS) Birchwooda jako narzędzie oceny funkcjonowania chorych na schizofrenię. *Post Psychiatr Neurol* 1997; 6: 237–51.
32. Hilsenroth MJ, Ackerman SJ, Blagys MD, Baumann BD, Baity MR, Smith SR, Price JL, Smith CL, Heindselman TL, Mount MK, Holdwick DJ Jr. Reliability and validity of DSM-IV axis V. *Am J Psychiatry* 2000; 157: 1858–63.
33. Yamauchi K, Ono Y, Baba K, Ikegami N. The Actual Process of Rating the Global Assessment of Functioning Scale. *Compr Psychiatry* 2001; 42 (5): 403–9.
34. Szczepańska L, Chrostek-Maj J, Jenner B. Social competence evaluated by patients on methadone maintenance treatment program. *Przegl Lek* 2005; 62 (6): 382–6.
35. Ritsner M, Kurs R, Ratner Y, Gibel A. Condensed version of the Quality of Life Scale for schizophrenia for use in outcome studies. *Psychiatry Res* 2005; 135 (1): 65–75.
36. Jarema M, Konieczńska Z, Glowczak M, Szaniawska A, Meder J, Jakubiak A. The evaluation of subjective quality of life in patients with schizophrenia or depression. *Psychiatr Pol* 1995; 29 (5): 641–53.
37. Rymaszczyńska J, Malyszczak K, Jarosz-Nowak J, Kiejna A. The Groningen Social Disabilities Schedule (GSDS) in the multicenter study EDEN. *Psychiatr Pol* 2002; 36 (6 suppl): 381–7.

38. Sieradzki A, Hadrys T, Kiejna A. Assessment of reliability of the polish version of Groningen Social Disabilities Schedule II (GSDSII). *Arch Psychiatr Psychother* 2006 (w druku).
39. Chwastiak LA, Von Korff M. Disability in depression and back pain. Evaluation of the World Health Organization Disability Assessment Schedule (WHO DAS II) in a primary care setting. *J Clin Epidemiol* 2003; 56: 507–14.
40. Krzyminska E, Rossa G, Krzyminski S. The Global Deterioration Scale (GDS) and Functional Assessment Staging (FAST) in the diagnosis of Alzheimer type dementia. *Psychiatr Pol* 1993; 27 (2): 129–38.
41. Bidzan L, Bidzan M. Ocena rzetelności polskiej wersji językowej Wielowymiarowej Skali Obserwacji Badanych w Podeszłym Wiek (Multidimensional Observation Scale for Elderly Subjects, MOSES). *Psychogeriatr Pol* 2006 (w druku).
42. Bidzan L. The psychopathological pictures of the early stages of dementia syndromes (vasogenic and of Alzheimer's type). *Psychiatr Pol* 32 (5): 83–95.
43. Revheim N, Schechter I, Kim D, Silipo G, Allingham B, Butler P, Javitt DC. Neurocognitive and symptom correlates of daily problem-solving skills in schizophrenia. *Schizophr Res* 2006; 83 (2–3): 237–45.

*Adres: Dr Adrian Sieradzki, Klinika Psychiatrii Akademii Medycznej, ul. Pasteura 10, 50-367 Wrocław,
tel. (71) 7841600, fax: (71) 7841602, e-mail: asieradz@psych.am.wroc.pl*