

Ocena przydatności polskiej wersji kwestionariusza niesprawności społecznej Groningen Social Disabilities Schedule II (GSDS II)

Polish version of the Groningen Social Disabilities Schedule II (GSDS II) – assessment of validity

Adrian Sieradzki, Andrzej Kiejna

Katedra i Klinika Psychiatrii AM we Wrocławiu
Kierownik: prof. dr hab. n. med. A. Kiejna

Summary

Introduction. Precise and adequate assessment of social functioning and disability is a subject of major interest and concern of the researchers. Until now, no instrument with confirmed psychometric properties was established as a supportive measure of disability in the framework of the rehabilitation process with the participation of the National Insurance Agency. A potentially useful instrument for this purpose is the Groningen Social Disabilities Schedule II (GSDSII).

Aim. Aim of the study was the evaluation of usefulness of the Polish version of GSDSII as a social disabilities measure in the population of psychiatric inpatients.

Method. 130 persons with a broad range of diagnoses (schizophrenia, mood disorders, anxiety disorders) were interviewed. For estimation of convergent validity, the following reference tools were selected: Global Assessment of Functioning (GAF), Social Assessment of Functioning scale (SOFAS), Global Assessment of Relational Functioning (GARF), World Health Organization Disability Assessment Schedule II (WHO-DASII). For criterion validity the Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS) 24-item version was applied.

Results. The sufficient and good validity indices were obtained for concurrent validity of GSDSII. There was also a significant interrelation between psychopathology assessed with BPRS and disability measured by GSDSII.

Conclusions. Results allow for the supplication of the GSDSII in the research on psychosocial disability in Poland.

Słowa klucze: Groningen Social Disabilities Schedule II – trafność

Key words: Groningen Social Disabilities Schedule II – validity

Wstęp

Do badań dotyczących funkcjonowania i niesprawności społecznej konieczne są sprawdzone psychometrycznie narzędzia pomiarowe. Wiele narzędzi już stworzono,

wiele poddano krytyce, i tworzy się nowe, które według autorów skal mają mierzyć badany konstrukt teoretyczny, a jednocześnie nieść ważne implikacje praktyczne.

Krytykuje się m.in. powiązanie ocen funkcjonowania społecznego i objawów psychopatologicznych, jak w przypadku skali Global Assessment of Functioning (GAF) [1], brak jasno sprecyzowanych kryteriów oceny zaburzeń funkcjonowania dla poszczególnych punktów skali ocen (m.in. w odniesieniu do kwestionariusza Social Functioning Scale Birchwoode'a i wsp.). Rozbudowaną strukturę narzędzia, która może wpływać na uciążliwość badania, niektórzy autorzy podają jako czynnik ograniczający jego zastosowanie – dotyczy to m.in. kwestionariusza GSDS II [2].

Praktyczność, czyli zastosowalność narzędzia, powinna być podporządkowana celom, jakim ma ono służyć. Kwestionariusz GSDS II okazał się narzędziem przydatnym w ocenie niesprawności psychospołecznej w populacji pacjentów oddziałów stacjonarnych, dziennych, osób objętych opieką środowiskową w Holandii [3] oraz funkcjonowania zawodowego pacjentów z zaburzeniami psychicznymi leczonych w ramach podstawowej opieki zdrowotnej [4]. Sprawdza się zwłaszcza w sytuacji bezpośredniego kontaktu z pacjentem oraz możliwości zebrania wywiadu środowiskowego (informator). Trudność pomiarową mogą nastęrczać te obszary funkcjonowania, którym odpowiadają bardziej jakościowe niż ilościowe kryteria opisu. Swoją użyteczność potwierdziła w tych przypadkach półstrukturyzowana konstrukcja GSDS II. Brak możliwości zadawania pytań dodatkowych w formie półotwartej stał się jedną z istotnych przyczyn niezadowolającej rzetelności wyników badań przeprowadzonych w różnych ośrodkach europejskich, przy dobrych wynikach niesprawności całkowitej ocenianej za jego pomocą [5, 6].

Wobec rosnącej wiedzy na temat właściwości i zastosowania GSDS II, czerpanej z międzynarodowych doświadczeń, uzasadnione wydają się starania o udoskonalanie już tak poznanego narzędzia. Z uwagi na swoją wielowymiarową konstrukcję kwestionariusz ten mógłby stać się narzędziem pomocniczym, a nawet standardem przeznaczonym do oceny niesprawności społeczno-zawodowej osób z zaburzeniami psychicznymi w orzecznictwie rehabilitacyjnym oraz rentowym. Przedtem jednak powinien przejść procedurę walidacyjną. Badanie rzetelności polskiej wersji GSDS II zostało opisane w innym miejscu [7].

Celem niniejszego badania jest ocena elementów trafności GSDS II w populacji osób hospitalizowanych w związku z zaburzeniami psychicznymi.

Material

Grupę badaną stanowiło 144 losowo wybranych pacjentów z Kliniki Psychiatrii i Oddziału Nerwic.

Jako kryteria kwalifikacji przyjęto:

- 1 – uzyskanie zgody na badanie,
- 2 – nieobecność zaburzeń otępiennych,
- 3 – możliwość nawiązania kontaktu werbalnego,
- 4 – wydolność psychofizyczną pacjentów (brak schorzeń somatycznych w stadium dekompensacji).

Z analizy wykluczono 3 osoby, które wycofały zgodę na badanie, 1 osobę z podejrzeniem zaburzeń otępiennych, 7 osób z uwagi na niemożność nawiązania kontaktu werbalnego celem zebrania dostatecznej ilości informacji (w tym 2 chorych na schizofrenię katatoniczną, 1 chorego na schizofrenię prostą, 2 osoby chore na depresję ciężką w przebiegu zaburzenia afektywnego dwubiegunowego z silnym zahamowaniem i 1 osobę z depresją ciężką z silnym niepokojem psychomotorycznym, 1 z zaburzeniem schizoafektywnym w fazie maniakalnej z silnymi tendencjami agresywnymi), 2 osoby ze współistnieniem poważnych chorób somatycznych, 1 chorego z rozwijającym się majaczeniem.

Ostatecznie do analizy statystycznej włączono 130 osób (średnia wieku $42,6 \pm 16,4$), w tym 76 kobiet i 54 mężczyzn, z podziałem na grupy diagnostyczne na podstawie klasyfikację ICD-10:

1. Schizofrenia i inne nieorganiczne zaburzenia psychotyczne (F20 do F29) (n = 41)
2. Zaburzenia nastroju (F30 do F39) (n = 54)
3. Zaburzenia nerwicowe i in. (F40 do F49) (n = 35).

Metoda

U zakwalifikowanych osób oceniano:

- 1 – niesprawność psychospołeczną na podstawie badania, za pomocą GSDS II, pacjenta oraz osobno informatora,
- 2 – niesprawność i funkcjonowanie psychospołeczne za pomocą skal Global Assessment of Functioning (GAF), Social Assessment of Functioning Scale (SOFAS), Global Assessment of Relational Functioning (GARF) [8], World Health Organization Disability Assessment Schedule II (WHO-DAS II) [9],
- 3 – nasilenie psychopatologii za pomocą Brief Psychiatric Rating Scale w wersji 24-punktowej (BPRS-24) [10] z wykorzystaniem podziału na podskale według Ventury i wsp. [11], celem wyodrębnienia klasterów objawów: pozytywnych, negatywnych, depresyjnych i lękowych, oraz
- 4 – przeprowadzono badanie kliniczne.

Z uwagi na utrudnienie w obliczeniu całościowego indeksu niesprawności dla GSDS II w populacji badanej (częsty brak możliwości włączenia danej roli do średniej, m.in. z powodu np. braku dzieci, braku partnera), obliczono dodatkowe współczynniki, aby utrzymać statystycznie istotną liczebność w grupach rozpoznai. Dla ról w ramach funkcjonowania indywidualnego (dbanie o siebie, podstawowe obowiązki) oraz społeczno-zawodowego wyliczono indeks będący średnią niesprawności w obszarze ról: 1 (dbanie o siebie), 2 (aktywność domowa), 6 (obywatel), 7 (osoba społeczna) i 8 (aktywność zawodowa). Wyliczono również drugi indeks odpowiadający średniej niesprawności w rolach rodzinnych: 3 (rodzice), 4 (partner) i 5 (dzieci).

Do analizy statystycznej wyników wykorzystano pakiet Statistica firmy Statsoft w wersji 5.5. Do analizy średnich różnic międzygrupowych użyto testu Kruskala-Wallisa, różnicę między dwiema średnimi niezależnymi oceniono na podstawie testu par rangowych Wilcozona. Zależność między zmiennymi obliczano za pomocą współczynnika korelacji liniowej Spearmana.

W tabeli 1 przedstawiono charakterystykę socjodemograficzną badanej grupy.

Tabela 1. Charakterystyka badanych – dane socjodemograficzne

	Minimum	Pierwszy kwartyl	Mediana	Średnia	Trzeci kwartyl	Maksimum
Wiek	20	31	44	42,6	52	69
Czas trwania choroby (w latach)	1,00	3,00	5,00	8,82	12,75	40,00

Wyniki

Średnie wartości w skalach GAF i SOFAS różniły się istotnie statystycznie między grupami diagnostycznymi ($H = 22,58$, $p = 0,00001$ oraz $H = 17,78$, $p = 0,0001$), a dla skali GARF pozostawały na granicy istotności statystycznej ($H = 5,25$, $p = 0,072$). Natomiast niesprawność określana na podstawie wyniku uśrednionego z wszystkich ról w GSDS II nie różniła się istotnie statystycznie między grupami diagnostycznymi ($H = 4,8$, $p = 0,09$). Nie stwierdzono również różnic w tak obliczonej niesprawności między badaniem pacjenta oraz informatora przy użyciu GSDSII (tab. 2).

Tabela 2. Średnie wyniku całkowitego GSDS II w całej grupie badanych oraz według rozpoznań; różnice istotne statystycznie na poziomie $p < 0,05$

Rola w GSDS II	GSDS II badanie pacjenta $x \pm SD$	GSDS II badanie informatora $x \pm SD$	p	CI-(L,R)
Wszyscy	1,32±0,21	1,13±0,15	0,86	(-0,125; 0,125)
Grupa 1	1,23±0,17	1,46±0,12	0,89	(-0,375; 0,375)
Grupa 2	1,42±0,19	1,51±0,19	0,693	(-0,250; 0,250)
Grupa 3	1,14±0,27	1,07±0,46	0,811	(-0,500; 0,375)

Grupy: 1 – schizofrenia; 2 – zaburzenia nastroju; 3 – zaburzenia lękowe; $x \pm SD$ – średnia ± odchylenie standardowe; CI-(L,R) – 95% przedział ufności (L – lewostronny, R – prawostronny)

Niesprawność będąca uśrednieniem ról indywidualnych (dbanie o siebie, aktywność domowa) i społeczno-zawodowych (role związane z aktywnością obywatelską, społeczną oraz zawodową) pozostawały w zależności liniowej z funkcjonowaniem ocenianym za pomocą skal SOFAS i GAF. Niesprawność będąca uśrednieniem ról rodzinnych (kontakty i relacje z rodzicami i rodzeństwem, kontakty i relacje z partnerem, wychowanie i relacje z dziećmi) pozostawała w zależności liniowej z funkcjonowaniem ocenianym na podstawie skali GARF. Ponieważ zaburzenia funkcjonowania w pomiarach za pomocą GAF, SOFAS i GARF narastają w ten sposób, że im mniejsza punktacja, tym większe ograniczenie, zależności miały charakter korelacji o znaku ujemnym (tab. 3, 4).

Tabela 3. Wartości korelacji liniowej Spearmana dla niesprawności w obszarze aktywności indywidualnej oraz społeczno-zawodowej (role 1, 2, 6, 7 i 8) w GSDS II wobec wartości skal GAF, SOFAS i GARF – różnice istotne statystycznie na poziomie $p < 0,05$ (*)

GSDS II średnie	Wszyscy	Schizofrenia	Zaburzenia nastroju	Zaburzenia lękowe
GAF	-0,46*	-0,46*	- 0,49*	- 0,76*
SOFAS	-0,53*	- 0,53*	- 0,54*	- 0,72*
GARF	-0,28	- 0,28	- 0,14	0,11

Tabela 4. Wartości korelacji liniowej Spearmana dla obszaru funkcjonowania rodzinnego (role 3, 4, 5) w GSDS II oraz GAF, SOFAS, GARF; wartości istotne statystycznie ($p < 0,05$) (*)

GSDS II średnie	Wszyscy	Schizofrenia	Zaburzenia nastroju	Zaburzenia lękowe
GAF	-0,16	-0,18	- 0,19	- 0,06
SOFAS	-0,18	- 0,22	- 0,21	- 0,06
GARF	-0,53*	- 0,54*	- 0,56*	- 0,44*

Odnotowano następujące korelacje GSDS II z WHO-DAS II (tab. 5):

- 1 – większość ról w GSDS II z domeną 1 (porozumiewanie się i komunikacja) w WHO-DAS II oraz roli 1 w GSDS II (dbanie o siebie) z domenami WHO-DAS II;
- 2 – obszarów dotyczących kontaktów rodzinnych i społecznych (role od 4 do 8 w GSDS II z domenami 4 i 6 w WHO-DAS II);
- 3 – między odpowiadającymi sobie treściowo rolami i domenami (dbanie o siebie, aktywność zawodowa), oraz
- 4 – brak istotnych korelacji z domeną 2 (poruszanie się).

Tabela 5. Wartości korelacji liniowej Spearmana ról p.w.s. GSDS II z domenami p.w.s. WHO-DAS II – dla całej grupy badanych; wartości istotne statystycznie ($p < 0,05$) (*)

Rola w GSDS	D1	D2	D3	D4	D5	D6
1	0,56*	0,31*	0,59*	0,32*	0,31*	0,42*
2	0,41*	0,21	0,39*	0,22	0,26	0,37*
3	0,12	0,07	0,11	0,23	-0,13	0,26
4	0,11	-0,08	-0,12	0,46*	-0,04	0,20
5	0,30*	-0,05	0,03	0,41*	0,29	0,38*
6	0,61*	0,33*	0,43*	0,37*	0,43*	0,45*
7	0,46*	0,08	0,40*	0,59*	0,28	0,55*
8	0,40*	0,21	0,29	0,44*	0,51*	0,51*

Stwierdzono związek nasilenia niesprawności mierzonej za pomocą GSDS II z nasileniem psychopatologii według BPRS, najbardziej zaznaczony w grupie osób chorujących na schizofrenię i zaburzenia nastroju (tab. 6).

Tabela 6. Korelacje między wynikiem całkowitym p.w.s. GSDS II a nasileniem psychopatologii mierzonym za pomocą p.w.s. BPRS – analiza w podskalach BPRS (podział wg Ventury i wsp.); wartości istotne statystycznie ($p < 0,05$) (*)

Diagnoza	Podskala objawów pozytywnych	Podskala manii i pobudzenia	Podskala objawów negatywnych	Podskala depresji i lęku
Wszyscy badani	0,13	0,14	0,34*	0,53*
Schizofrenia	0,46*	0,41*	0,41*	0,63
Zaburzenia nastroju	0,43*	-0,04	0,33*	0,55*
Zaburzenia lękowe	0,08	0,014	0,19	0,21

Omówienie wyników

W przeprowadzonym badaniu podjęto próbę oceny elementów trafności polskiej wersji kwestionariusza Groningen Social Disabilities Schedule w wersji drugiej (GSDS II) jako narzędzia do oceny niesprawności społecznej osób z zaburzeniami psychicznymi.

W badanej populacji pacjentów skala GSDS II charakteryzowała się zadowalającą trafnością zbieżną (konwergentną) z trafnością narzędzi referencyjnych mierzących zbliżone konceptualnie zjawiska. Niesprawność całkowita badana za pomocą GSDS II okazała się podobna po zebraniu wywiadu z pacjentem oraz po weryfikacji przy użyciu GSDS II w rozmowie z informatorem (zgodnie z doniesieniami Wiersmy i wsp. [3]). Różnice między średnimi wynikami skal GAF oraz SOFAS w grupach diagnostycznych, które nie uwidoczniły się w GSDS II, należy odnosić raczej do systemów punktacji (od 1 do 100 punktów dla skal jednowymiarowych, od 0 do 3 dla GSDS II).

Zastosowane narzędzia pomiarowe funkcjonowania i niesprawności społeczno-zawodowej charakteryzują się pewną odmiennością, zarówno konstrukcyjną, jak i pojęciową, co mogło wpłynąć na siłę otrzymanych korelacji. Czynnikiem utrudniającym interpretację pomiarów może być brak jasnego określenia opisowego punktów pomiarowych na skali ocen kwestionariusza WHO-DAS II, tak jak to ma miejsce dla skal GAF, SOFAS i GARF.

Populację osób badanych cechował znaczny stopień nasilenia zaburzenia psychicznego, co mogło wywrzeć wpływ na jakość otrzymanych informacji, jednak weryfikacja badania niesprawności w wywiadzie z pacjentem z użyciem polskiej wersji skali GSDS II poprzez wywiad zebrany z informatorem potwierdziła spójność otrzymanych informacji. Zależność między niesprawnością i zaburzeniami funkcjonowania społecznego a nasileniem symptomatologii psychiatrycznej w populacji osób chorych na schizofrenię pozostaje w zgodzie z danymi z literatury [12, 13]. Niesprawność oceniana na podstawie GSDS II w badaniach międzynarodowych wykazywała również zmiany w czasie, synchroniczne ze zmianą natężenia objawów lękowych i depresyjnych [14], co zaobserwowano u osób z zaburzeniami nastroju.

Pewną nieprawidłowością tej pracy mogło być zastosowanie jednego narzędzia służącego do pomiaru natężenia objawów psychopatologicznych (BPRS) do oceny

wszystkich pacjentów. O ile bowiem BPRS dobrze odzwierciedlał symptomatologię psychotyczną oraz depresyjną, o tyle dla osób z zaburzeniami lękowymi objawy mogły wykraczać poza ramy tej skali, co przypuszczalnie wpłynęło na siłę korelacji. Osoby z zaburzeniami lękowymi stanowiły również najbardziej heterogenną grupę w sensie nasilenia objawów, będąc częściowo pacjentami Oddziału Nerwic, który jest oddziałem pobytu dziennego.

Wnioski

Podsumowując, na podstawie prezentowanego badania, polska wersja kwestionariusza niesprawności społecznej z Groningen w wersji drugiej (GSDS II) może stanowić przydatne narzędzie pomocnicze do oceny niesprawności psychospołecznej osób z zaburzeniami psychicznymi, ponieważ:

- 1 – charakteryzuje się zadowalającą trafnością zbieżną, rozbieżną i treściową,
- 2 – ma półotwartą strukturę, która, poprzez umożliwienie zadawania dodatkowych zindywidualizowanych pytań, istotnie zwiększa trafność oceny zjawiska niesprawności psychospołecznej; w efekcie prowadzi to do porównywalności wywiadu zebranego od pacjenta z na ogół bardziej zobiektywizowanym wywiadem uzyskanym od informatora,
- 3 – ma dobrą i bardzo dobrą rzetelność, która wpływa na jego trafność [3, 7].

Kwestia wykorzystania GSDS II do oceny niesprawności osób z zaburzeniami psychicznymi w systemie orzecznictwa rehabilitacyjno-rentowego pozostaje otwarta jako temat dalszych badań.

Оценка пригодности польской версии глоссария общественной недостаточности Groningen Social Disabilities Schedule II (GSDS II)

Содержание

Введение. Точная и адекватная оценки общественного функционирования и общественной недостаточности с давнего времени является предметом многих исследований. В реабилитационно-пенсионной системе в Польше до сего времени нет работ по оценке этого явления на основании психометрических исследований. Потенциально пригодным пособием, предназначенным для этой цели, может быть глоссарий GSDS II.

Задание. Заданием работы является оценка пригодности польской версии глоссария GSDS II в аспекте его целесообразности при оценке явления недостаточности общественного функционирования.

Метод. Исследовано 130 пациентов Психиатрической клиники и Отделения невротиков из различных диагностических групп по критериям Международной классификации болезней 10 пересмотра (шизофрения, аффективные нарушения, фобийные состояния).

Использованы шкалы: Global Assessment of Gunctioning (GAF), Social Assessment of Functioning (SOFAS), Global Assessment of Relational Functioning (GARF), World Health Org. Disability (GSDS II) WHO-DASS в 36 типунктовой, предназначенной для анкетера, а также шкала оценки утяжеления психопатологических симптомов Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS) 24 пунктовой.

Результаты. Получены удовлетворительные и хорошие параметры согласности в глоссарии GSDS II для больных шизофренией, и аффективных нарушений. Кроме того, отмечены

существенные зависимости с утяжелением психопатологических симптомов, определенных по шкале BPRS.

Выводы. Результаты, полученные на основании проведенных исследований позволяют на применение польской версии шкалы OSDS II при определении недостаточности функционирования лиц с психическими нарушениями.

Die Beurteilung der Brauchbarkeit der polnischen Version des Interviews zur Erfassung sozialer Behinderungen Groningen Social Disabilities Schedule II (GSDSII)

Zusammenfassung

Eine präzise und adäquate Beurteilung des sozialen Funktionierens und der sozialen Behinderung bildet seit langem den Gegenstand der Interesse der Wissenschaftler. Im Rehabilitations- und Rentensystem in Polen blieb bisher kein Platz für die Beurteilung dieser Erscheinung mit Hilfe der geprüften psychometrischen Werkzeugen.

Ein potentiell nützliches Mittel zu diesem Ziel kann das Interview Groningen Social Disabilities Schedule II (GSDSII) sein.

Ziel. Das Ziel der Arbeit war die Beurteilung der Brauchbarkeit der polnischen Version des Interviews zur Erfassung sozialer Behinderungen Groningen Social Disabilities Schedule II (GSDSII) im Hinblick auf seine Treffsicherheit zur Beurteilung der Erscheinung der sozialen Behinderung. Es wurden 130 Patienten der Psychiatrieklinik und Nervenabteilung mit unterschiedlichen diagnostischen Gruppen nach ICD-10 System untersucht (Schizophrenie, Stimmungsstörungen, Angststörungen).

Methode. Es wurden Referenzskalen angewandt: Global Assessment of Functioning (GAF), Social Assessment of Functioning (SOFAS), Global Assessment of Relational Functioning (GARF), World Health Organization Disability Assessment Schedule II (WHO-DASII) in der 36-Items Version, die für den Umfrager bestimmt ist, und die Skala der Beurteilung der Intensität der psychopathologischen Symptome Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS) in der 24-Items Version.

Ergebnisse. Es wurden zufriedenstellende und gute Parameter der konvergenten Treffsicherheit des GSDSII Interviews für schizophorenkranke Patienten und für die Patienten mit Stimmungsstörungen erreicht, es wurden auch bedeutende Abhängigkeiten mit der Intensität der Psychopathologie beobachtet, die in der BPRS-Skala gemessen wurden.

Schlussfolgerungen. Die erzielten Ergebnisse lassen die polnische Version von GSDSII in den Untersuchungen an der Behinderung in der Population der Personen mit psychischen Störungen anwenden.

L'évaluation de la version polonaise du questionnaire GSDSII (The Groningen Social Disabilities Schedule II)

Résumé

Introduction. L'estimation précise et adéquate du fonctionnement social et du handicap social est objet d'intérêt de plusieurs chercheurs. En Pologne l'estimation du fonctionnement social à l'aide des outils psychométriques vérifiés ne trouve pas sa place dans le système de réhabilitation. Il semble que le questionnaire GSDSII y peut constituer un instrument utile.

Objectif. Évaluer la version polonaise du questionnaire GSDSII pour mesurer le phénomène du handicap social.

Méthode. On a examiné 130 patients de la Clinique Psychiatrique diagnostiqués d'après ICD-10 (schizophrénie, troubles de l'humeur, troubles anxieux). Pour cet examen on use des testes suivants: Global Assessment of Functioning (GAF); Social Assessment of Functioning (SOFAS), Global Assessment of Relational Functioning (GARF), World Health Organization Disability Assessment Schedule II (WHO-DASII), Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS) 24-item version.

Résultat. On obtient les paramètres suffisants et de bonne validité du questionnaire GSDSII. Chez les patients souffrant de la schizophrénie et des troubles de l'humeur on note aussi les corrélations importantes de l'intensité de la psychopathologie mesurée avec l'échelle BPRS.

Conclusion. Ces résultats indiquent que le version polonaise du questionnaire GSDSII peut être utile dans les recherches concernant le handicap des personnes souffrant des troubles psychiques en Pologne.

Piśmiennictwo

1. Goldman HH, Skodol AE, Lave TR. *Revising axis V for DSM-IV: a review of measures of social functioning.* Am. J. Psychiatry 1992; 149: 1148–1156.
2. Sarasvat N, Rao K, Subbakrishna DK, Gangadhar BN. *The Social Occupational Functioning Scale (SOFS): A brief measure of functioning status in persons with schizophrenia.* Schizophr. Res. 2006; 81, 2–3: 301–309.
3. Wiersma D, de Jong A, Ormel J. *The Groningen Social Disability Schedule: development, relationship with ICIDH, and psychometric properties.* Int. J. Rehab. Res. 1988; 11: 213–224.
4. Sartorius N, Ustun T, Silva E, Goldberg D, Lecrubier Y, Ormel J, Von Korff M, Wittchen HU. *An international study of psychological problems in primary care: Preliminary report from the World Health Organization Collaborative Project on Psychological problems in general health care.* Arch. Gen. Psychiatry 1993; 50: 819–824.
5. Schutzwahl M, Jarosz-Nowak J, Briscoe J, Szajowski K, Kallert T, Eden Study Group. *Inter-rater reliability of the Brief Psychiatric Rating Scale and the Groningen Social Disabilities Schedule in a European multi-site randomized controlled trial on the effectiveness of acute psychiatric day hospitals.* Int. J. Methods Psychiatr. Res. 2003; 12 (4): 197–207.
6. Rymaszewska J, Małyszczak K, Jarosz-Nowak J, Kiejna A. *Formularz Nieprawności Społecznej Groningen (GSDS) w badaniu wielośrodkowym EDEN.* Psychiatr. Pol. 2002; 36, 6 (supl.): 381–387.
7. Sieradzki A, Hadryś T, Kiejna A. *Reliability assessment of the Polish version of the Groningen Social Disabilities Schedule II (GSDS II).* Arch. Psychiatr. Psychother. 2006; 8 (2): 63–71.
8. 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: 1858–1863.
9. *World Health Organization Disability Assessment Schedule II (WHODAS II).* WHO: Geneva 2001.
10. Overall JE, Gorham DR. *The Brief Psychiatric Rating Scale.* Psychol. Rep. 1962; 10: 799–812.
11. Ventura J, Nuecheterlein KH, Subotnik K, Gutkind D, Gilbert E. *Symptom dimensions in recent-onset schizophrenia and mania: a principal components analysis of the 24-item Brief Psychiatric Rating Scale.* Psychiatry Res. 2000; 97:129–135.
12. de Jong A, Giel R, Slooff CJ, Wiersma D. *Relationship between symptomatology and social disability. Empirical evidence from a follow-up study of schizophrenic patients.* Soc. Psychiatry 1986; 21 (4): 200–205.
13. Ormel J, Oldehinkel JA, Nolen WA, Vollebergh W. *Psychosocial disability before, during, and after a major depressive episode. A 3-wave population-based study of state, scar, and trait effects.* Arch. Gen. Psychiatry 2004; 61: 387–392.
14. Ormel J, Von Korff M, van den Brink W, Katon W, Brilman E, Oldehinkel T. *Depression, anxiety, and disability show synchrony of change.* Am. J. Public Health 1993; 83: 385–390.

Adres: Adrian Sieradzki
Klinika Psychiatrii AM
50-367 Wrocław, ul. Pasteura 10

Otrzymano: 28.02.2007
Zrecenzowano: 10.04.2007
Przyjęto do druku: 10.07.2007