



Podstawy psychopatologii rozwojowej

Semestr zimowy 2023/2024

Izabela Chojnicka
Katedra Psychologii Zdrowia i Rehabilitacji
Wydział Psychologii
Uniwersytetu Warszawskiego

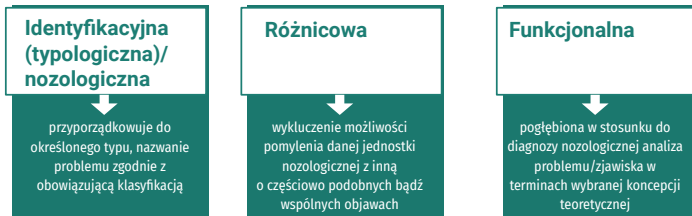
Klasyfikacje zaburzeń psychicznych, rozwojowych i zachowania u dzieci i młodzieży

Definicja diagnozy psychologicznej

Definicja i rodzaje diagnozy psychologicznej

Diagnoza to rozpoznanie istoty i uwarunkowań złożonego stanu rzeczy na podstawie obserwacji jego cech (objawów) oraz znajomości ogólnych prawidłowości panujących w danej dziedzinie (Paluchowski, 2007, s. 12).

Rodzaje diagnozy psychologicznej



Stemplewska- Zakowicz K. (2009). Diagnostyka psychologiczna. Gdańsk: Gdańskie Wydawnictwo Psychologiczne.
Paluchowski W.J. (2007). Diagnostyka psychologiczna. Proces, narzędzia, standardy. Warszawa: Wydawnictwo Akademickie i Profesjonalne.

Klasyfikacje chorób i zaburzeń psychicznych

Klasyfikacje chorób i zaburzeń psychicznych

- **ICD-10**
- **ICD-11**
- **DSM-5**
- **DC:0-5**

Klasyfikacje chorób i zaburzeń psychicznych

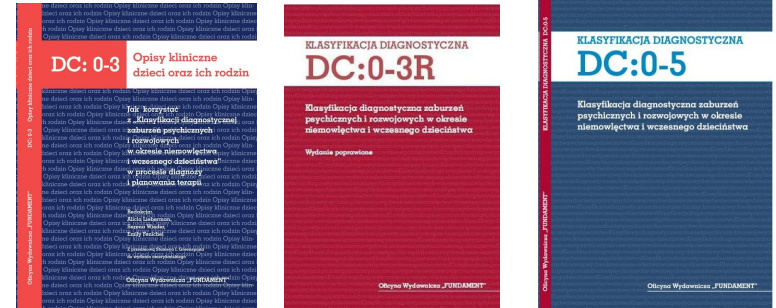
- **ICD-10** Międzynarodowa Klasyfikacja Chorób i Problemów Zdrowotnych WHO
- **ICD-11**
- **DSM-5** Klasyfikacja zaburzeń psychicznych APA
- **DC:0-5** Klasyfikacja diagnostyczna zaburzeń psychicznych i rozwojowych w okresie niemowlęctwa i wczesnego dzieciństwa

Klasyfikacje nozologiczne

“Badamy ludzi a klasyfikujemy zaburzenia. Głównym celem klasyfikacji zaburzeń jest umożliwienie specjalistom, w tym klinicystom, badaczom i decydentom, jasnej komunikacji na temat identyfikowanych zespołów. Posiadanie wspólnej i standardowej nozologii pozwala klinicystom łączyć swoje obserwacje z rosnącą wiedzą dotyczącą etiologii, patogenezы, przebiegu chorób i zaburzeń oraz oczekiwań dotyczących leczenia.”

DC:0-5 Manual. 2016

DC:0-3R i DC:0-5



DC: 0-5

Klasyfikacja diagnostyczna zaburzeń psychicznych i rozwojowych w okresie niemowlęctwa i wczesnego dzieciństwa

- Pierwsze wydanie 1994 r. - DC:0-3
- Wersja zrewidowana 2005 r. - DC:0-3R
- 2016 r.: DC:0-5
- Klasyfikacja nozologiczna, osiowa

DC: 0-5

Zdrowie psychiczne małych dzieci/niemowląt definiowane jako rozwijająca się do 5. roku życia zdolność do:

- tworzenia bliskich i bezpiecznych relacji z dorosłymi i rówieśnikami,
- doświadczania, regulowania i wyrażania pełnego spektrum emocji,
- poznawania otoczenia i uczenia się, w kontekście rodziny, społeczności oraz kultury środowiska dziecka.

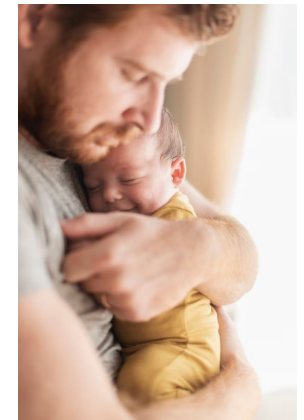


image: Freepik.com

DC: 0–5 Definicje

- **Badanie dziecka:** gromadzenie informacji z różnych źródeł, w tym wywiadu z rodzicami poświęconego historii rozwoju niemowlęcia/małego dziecka oraz nieustrukturyzowanych i bardziej ustrukturyzowanych obserwacji zachowania.
- **Diagnoza** to identyfikacja i klasyfikacja specyficznych zaburzeń u niemowlęcia/małego dziecka.
- **Konceptualizacja/formułowanie** wyników to sposób, w jaki rozumiany jest obraz kliniczny niemowlęcia/małego dziecka w kontekście jego relacji, uwarunkowań biologicznych, sieci społecznych i statusu rozwojowego. Może ukierunkowywać plan leczenia, podkreślając czynniki ryzyko i czynniki ochronne, identyfikując te, które można modyfikować, i priorytetyzując czynniki kliniczne, które mogą podlegać leczeniu/terapii.

Równowaga

Unikanie patologizowania
dzieci

Wychwycenie dzieci
potrzebujących wsparcia

Uwzględnianie
różnorodności rozwoju
typowego

DC: 0–5

- Proces diagnostyczny powinien rozciągać się w czasie.
- Diagnoza nie powinna być formułowana na bazie jednorazowej prezentacji symptomów.
- Zamiast tego klinicysta powinien zbierać informacje na temat dziecka na przestrzeni czasu, aby zrozumieć wiele aspektów obserwowanych problemów oraz różnic w adaptacji i rozwoju, które ujawniają się przy różnych okazjach i w różnych kontekstach.
- Osie II-V są przydatne w charakteryzowaniu kontekstu objawów i zaburzeń osi I

DC: 0–5

- Wszystkie niemowlęta i małe dzieci mają **indywidualną ścieżkę rozwoju** i wykazują indywidualne różnice we wzorcach motorycznych, sensorycznych, językowych, poznawczych, afektywnych i interaktywnych.
- Rozwój odbywa się **zawsze w kontekście relacji z innymi**.

DC: 0–5

Rozpoznanie zaburzenia rozwoju wymaga:

- Występuje cierpienie kliniczne
- Wpływa na relacje społeczne
- Ogranicza uczestnictwo w aktywnościach typowych dla momentu rozwojowego
- Ogranicza możliwości uczenia się i rozwijania nowych umiejętności, przeszkadza w rozwoju

Klasyfikacja diagnostyczna DC: 0-3R Klasyfikacja diagnostyczna zaburzeń psychicznych i rozwojowych w okresie niemowlęctwa i wczesnego dzieciństwa. Wydanie poprawione (2005). Warszawa: Oficyna Wydawnicza „Fundament”.

DC: 0–5 Osie

- I. Zaburzenia kliniczne
- II. Kontekst relacyjny
- III. Choroby i uwarunkowania somatyczne
- IV. Stresory psychospołeczne
- V. Kompetencja rozwojowa

DC: 0–5 Oś I Grupy zaburzeń

1. Zaburzenia neurorozwojowe
2. Zaburzenia przetwarzania sensorycznego
3. Zaburzenia lękowe
4. Zaburzenia nastroju
5. Zaburzenia obsesyjno-kompulsywne i zaburzenia pokrewne
6. Zaburzenia snu, jedzenia i płaczu
7. Trauma, stres i zaburzenia związane z deprivacją
8. Zaburzenia relacji

DC: 0–5 Zaburzenia neurorozwojowe

1. Zaburzenie ze spektrum autyzmu
2. Wczesne, atypowe zaburzenie ze spektrum autyzmu
3. Zaburzenie nadpobudliwości psychoruchowej z deficytem uwagi
4. Zaburzenie nadaktywności psychoruchowej we wczesnym okresie rozwoju
5. Globalne opóźnienie rozwoju
6. Rozwojowe zaburzenie języka
7. Rozwojowe zaburzenie koordynacji ruchowej
8. Inne zaburzenie neurorozwojowe w niemowlęctwie/wczesnym dzieciństwie

DC: 0–5 Zaburzenia przetwarzania sensorycznego

1. Zaburzenie nadmiernej reaktywności sensorycznej
2. Zaburzenie obniżonej reaktywności sensorycznej
3. Inne zaburzenie przetwarzania sensorycznego

DC: 0–5 Zaburzenia lękowe

1. Zaburzenie lęku separacyjnego
2. Zaburzenie lęku społecznego (fobia społeczna)
3. Zaburzenie lęku uogólnionego
4. Mutyzm selektywny
5. Inhibition to Novelty Disorder (Zahamowanie w reakcji na nowość)
6. Inne zaburzenie lękowe w niemowlęctwie/wczesnym dzieciństwie

DC: 0–5 Zaburzenia nastroju

1. Zaburzenie depresyjne we wczesnym dzieciństwie
2. Zaburzenie związane z dysregulacją gniewu i agresji we wczesnym dzieciństwie
3. Inne zaburzenie nastroju we wczesnym dzieciństwie

DC: 0–5 Zaburzenia snu, jedzenia i płaczu

Zaburzenia snu

1. Zaburzenie zasypiania
2. Sennowłóctwo
3. Partial arousal sleep disorder (częściowe wybudzanie)
4. Koszmary sennie we wczesnym dzieciństwie

DC: 0–5 Zaburzenia snu, jedzenia i płaczu

Zaburzenia jedzenia w niemowlęctwie/wczesnym dzieciństwie

1. Zaburzenie przejadania się
2. Zaburzenie związane z niedojadaniem
3. Zaburzenie związane z atypowym jedzeniem

DC: 0–5 Zaburzenia snu, jedzenia i płaczu

Zaburzenie płaczu w niemowlęctwie/wczesnym dzieciństwie

1. Zaburzenie związane z nadmiernym płaczem
2. Inne zaburzenie snu, jedzenia i płaczu w niemowlęctwie/wczesnym dzieciństwie

DC: 0–5 Trauma, stres i zaburzenia związane z deprivacją

1. Zaburzenie stresowe pourazowe
2. Zaburzenie adaptacyjne
3. Complicated Grief Disorder w niemowlęctwie/wczesnym dzieciństwie
4. Reaktywne zaburzenie przywiązania
5. Nadmierna łatwość w nawiązywaniu relacji społecznych
6. Inne zaburzenie związane z traumą, stresem i deprivacją

DC: 0-5 Oś I - format kategorii

- Kryteria diagnostyczne
- Charakterystyki diagnostyczne
- Powiązane charakterystyki potwierdzające rozpoznanie
- Charakterystyki rozwojowe
- Częstość występowania
- Przebieg w rozwoju
- Czynniki ryzyka i prognostyczne
- Wyzwania związane z kontekstem kulturowym
- Wyzwania związane z kontekstem płci
- Diagnoza różnicowa
- Współwystępowanie

DC: 0-5 - przykład: Zaburzenie zasypiania

Sleep Onset Disorder

Diagnostic Algorithm

All of the following criteria must be met.

- A. The infant/young child requires more than 30 minutes to fall asleep most nights in a week.
- B. The sleep problem is not better explained by a symptom of another disorder.
- C. Symptoms of the disorder, or caregiver accommodations in response to the symptoms, significantly affect the infant's/young child's and family's functioning in one or more of the following ways:
 1. Cause distress to the infant/young child;
 2. Interfere with the infant's/young child's relationships;
 3. Limit the infant's/young child's participation in developmentally expected activities or routines;
 4. Limit the family's participation in everyday activities or routines; or
 5. Limit the infant's/young child's ability to learn and develop new skills or interfere with developmental progress.

Age: The infant/young child must be at least 6 months old.

Duration: The symptoms must be present for at least 4 weeks.

Links to DSM-5 and ICD-10

DSM-5: Insomnia Disorder

ICD-10: Nonorganic Insomnia (F51.0)

DC: 0-5 - przykład: Zaburzenie zasypiania

Note: The following sections apply to all Sleep Disorders.

Diagnostic Features

The essential feature of any sleep disorder in infants/young children is a pattern of insufficiently initiated or maintained nighttime sleep behavior that is culturally nonnormative, sustained for at least 1 month, and functionally impairing. The impairment associated with sleep problems is important to highlight because of the broad range of typical sleep patterns over the first 5 years of life, including in the latter half of the first year of life. An infant/young child who meets frequency or duration criteria for any sleep disorder but who does not meet the impairment criteria does not have a sleep disorder. Impairment may present as internalizing or externalizing patterns, and impairment related to sleep disorders can be seen in both the infant/young child and the caregiver. Sleep deprivation in infants/young children may present with distractibility, irritability, or a need for additional daytime sleep. Parents who are sleep deprived may be tired, may feel overextended, and may similarly experience impaired cognition and negative mood patterns.

Associated Features Supporting Diagnosis

Sleep disorders in general, and night awakenings and nightmares in particular, are associated with internalizing and externalizing patterns in infants/young children. The causal direction of associations may be bidirectional or unidirectional. Separation anxiety has been specifically associated with night awakenings, nightmares, and sleep waking. Externalizing patterns and hyperactivity and impulsivity have also been associated with night awakenings. Interestingly, sleep efficiency has also been associated with measures of emotional knowledge and narrative coherence in attachment assessments.

Developmental Features

To identify abnormal sleep behavior, it is necessary to recognize the developmental process and range of typical sleep patterns in the first 5 years of life. The first 12 months of life are a period of sleep consolidation that contains the most dramatic change in sleep patterns. At birth, infants wake every 2–3 hours at night. Initially, they tend to be more alert at night and to sleep more during the day. Approximately half of infants will be able to sleep through the night by 4 months, when the capacity to self-soothe begins to develop. By 12 months old, 85% of infants sleep 8–9 hours overnight.

DC: 0-5 - przykład: Zaburzenie zasypiania

Prevalence

Prevalence of Sleep Onset Disorder is somewhat difficult to assess because of variability of criteria used in epidemiologic studies. Approximately 10%–15% of infants/young children have a sleep-onset latency of greater than 30 minutes by parent report. When using rigorous criteria that include impairment, rates of sleep disorders are 3%–10% in U.S. and European studies, but as many as one third of parents report sleep problems using more general terminology, with higher rates in the second half of the first year of life.

Nightmares and partial arousals are categorized as parasomnias, which occur commonly in the preschool-age group. Only about 1%–3% of young children experience nightmares in a frequency of "often" or more, but many more young children have occasional nightmares.

Course

Sleep problems in infancy are not highly predictive of later sleep problems in the preschool-age group. Approximately 50%–40% of infants 6–10 months old continue to have a sleep problem reported by a parent in the preschool years. Overall, unlike most early childhood mental health problems, young children show variability in sleep patterns over time. The exception to this pattern is nightmares, which show higher rates of stability from 24 to 60 months.

Early sleep dysregulation has been posited to be associated with later adverse outcomes, including language development. Sleep problems in the first 42 months of life, resulting in overall less sleep, have been shown to be associated with hyperactivity problems at 6 years old. Similarly, early sleep problems predict poorer cognitive outcomes, including lower language scores and spatial reasoning. Insufficient sleep in the first 3 years of life predicts higher rates of obesity at 6 years old. Importantly, short sleep duration at 18 months is a strong predictor of hyperactivity at 60 months.

Risk and Prognostic Features

Infant/young child biological factors as well as family factors are associated with risk of sleep problems. Heritability of sleep problems, including night terrors, is high. Infants/young children with sleep problems are more likely to have a

DC: 0-5 - przykład: Zaburzenie zasypiania

Culture-Related Diagnostic Issues

Sleep expectations are culturally defined; therefore, disorders must be considered in the cultural context in which they occur. In most of the world, infants sleep with their parents, sharing a bed. Research indicates that co-sleeping in and of itself is not associated with sleep problems. Few studies have examined variability of presentation of sleep concerns in the first years of life. In Asian countries, parents report higher rates of sleep problems and reduced sleep duration compared with parents from predominantly English-speaking countries. Whether these differences represent culture or biology is not clear, and it is most important to note that the variability within each group was as broad as the differences between the groups.

Gender-Related Diagnostic Issues

There are no consistent data suggesting a gender difference in sleep problems or infant signaling. Boys may be at higher risk of restless sleep than girls.

ICD-10

Międzynarodowa Klasyfikacja Chorób i Problemów Zdrowotnych WHO

Klasyfikacja obowiązująca w Polsce (i nieomal na całym świecie)

Aktualnie nadal obowiązuje wersja 10.

06.2018 r. ukazała się kolejna wersja: **ICD-11**



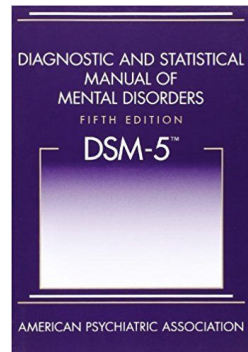
DSM-5

Klasyfikacja Amerykańskiego Towarzystwa Psychiatrycznego

Dążenie do unifikacji terminologii z Klasyfikacją ICD-11.

Pierwsze wydanie DSM-I w 1952 r.

Najnowsze wydanie DSM-5 z 2013 r.



Podstawowe różnice między ICD a DSM

ICD

Wpisane do konstytucji WHO, ratyfikowane przez 193 krajów członkowskich.

Rozwijanie ICD opiera się na współpracy międzynarodowej, wielodyscyplinarnej i wielojęzycznej.

ICD jest szeroko dystrybuowane przy jak najmniejszych kosztach, zwłaszcza dla krajów rozwijających się.

DSM

Produkt American Psychiatric Association.

Odbiorcą są głównie psychiatrzy amerykańscy.

DSM generuje znaczną część przychodu APA.

Częściowo zbliżona struktura do ICD.

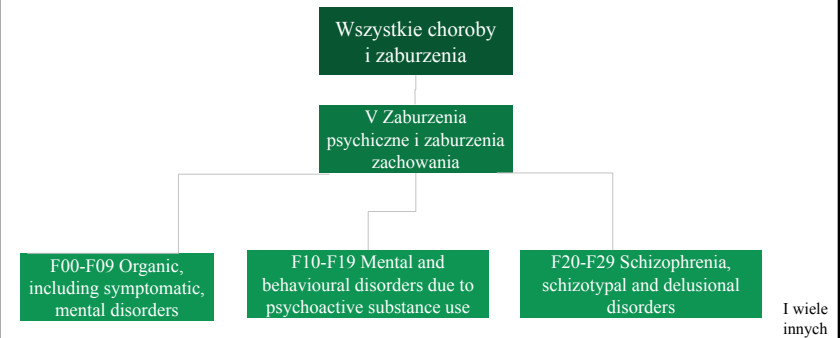
<http://www.apa.org/monitor/2009/10/icd-dsm.aspx>

Niedoskonałości DSM-5

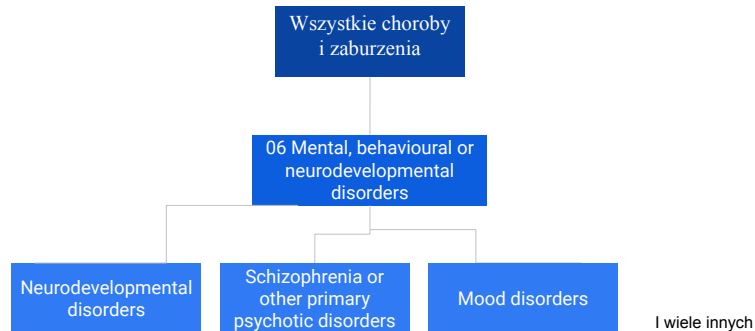
1. Używanie kategorii fenotypowych bez umocowania w wynikach badań biologicznych
2. Krytykowany wpływ firm farmaceutycznych na ostateczny kształt klasyfikacji
3. Przekroczenie granicy między “normą a patologią” - medykalizacja problemów, których nie należy traktować jako patologii psychiatrycznych (np. przedmiesiączkowe zaburzenia dysforyczne, zespół destrukcyjnego rozregulowania nastroju u dzieci)
4. Zachowanie niektórych jednostek wbrew wynikom badań naukowych (np. uogólnione zaburzenie lękowe)

Tyrer, P. (2014). Time to choose—DSM-5, ICD-11 or both? Archives of Psychiatry and Psychotherapy, 16(3), 5–8. <https://doi.org/10.12740/APP/28380>

ICD-10



ICD-11



ICD-11 for Mortality and Morbidity Statistics (Version: 01/2023)

Search: [Autism Spectrum Disorder] [Advanced Search] [Screens] [Coding Tool] [Info]

6A02 Autism spectrum disorder

Parent: Neurodevelopmental disorders

Description: Autism spectrum disorder is characterised by persistent deficits in the ability to initiate and to sustain reciprocal social interaction and social communication, and by a range of restricted, repetitive, and inflexible patterns of behaviour, interests or activities that are clearly atypical or excessive for the individual's age and sociocultural context. The onset of the disorder occurs during the developmental period, typically in early childhood, but symptoms may not become fully manifest until later, when social demands exceed limited capacities. Deficits are sufficiently severe to cause impairment in personal, family, social, educational, occupational or other important areas of functioning and are usually a pervasive feature of the individual's functioning observable in all settings, although they may vary according to social, educational, or other context. Individuals along the spectrum exhibit a full range of intellectual functioning and language abilities.

Inclusions:

- Autistic disorder

Exclusions:

- Retard syndrome (LD90.4)

Diagnostic Requirements

Essential (Required) Features:

- Persistent deficits in initiating and sustaining social communication and reciprocal social interactions that are outside the expected range of typical functioning given the individual's age and level of intellectual development. Specific manifestations of these deficits vary according to chronological age, verbal and intellectual ability, and disorder severity. Manifestations may include limitations in the following:
 - Understanding of, interest in, or inappropriate responses to the verbal or non-verbal social communications of others.
 - Integration of spoken language with typical complementary non-verbal cues, such as eye contact, gestures, facial expressions and body language. These non-verbal behaviours may also be reduced in frequency or intensity.
 - Understanding and use of language in social contexts and ability to initiate and sustain reciprocal social conversations.

ICD-11

- Diagnostic Requirements
- Essential (Required) Features
- Additional Clinical Features
- Boundary with Normality (Threshold)
- Course Features
- Developmental Presentations
- Culture-Related Features
- Sex- and/or Gender-Related Features
- Boundaries with Other Disorders and Conditions (Differential Diagnosis)

Re-Thinking

Re-Thinking

Wspólne czynniki genetyczne dla różnych zaburzeń

(np. Science. 2018 Jun 22;360(6395). pii: eaap8757. doi: 10.1126/science.aap8757. Analysis of shared heritability in common disorders of the brain.)

Wspólne objawy

Współwystępowanie jednych zaburzeń z innymi

Heterogenność kliniczna zaburzeń

Diagnoza oparta na wskaźnikach behawioralnych

(wysoka rzetelność DSM i ICD w badaniach)

Diagnoza oparta o markery genetyczne/biochemiczne/neurologiczne itp.?

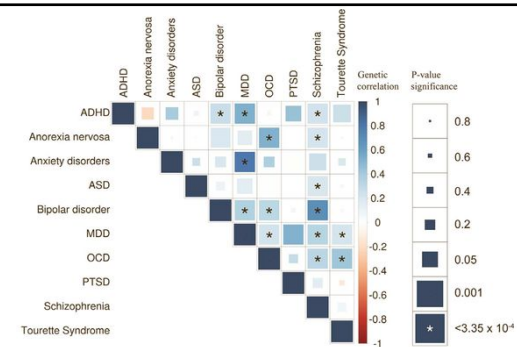
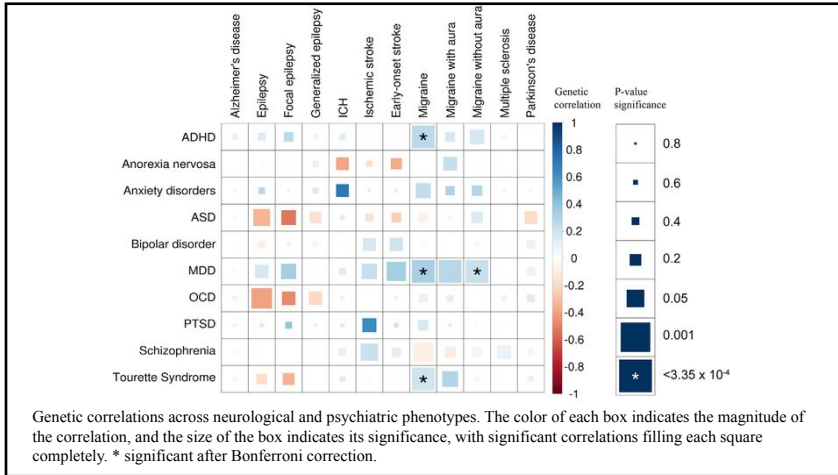


Fig. 1. Genetic correlations across psychiatric phenotypes. The color of each box indicates the magnitude of the correlation, and the size of the box indicates its significance (LDSC), with significant correlations filling each square completely. Asterisks indicate genetic correlations that are significantly different from zero after Bonferroni correction.



RDoC
Research Domain Criteria Initiative

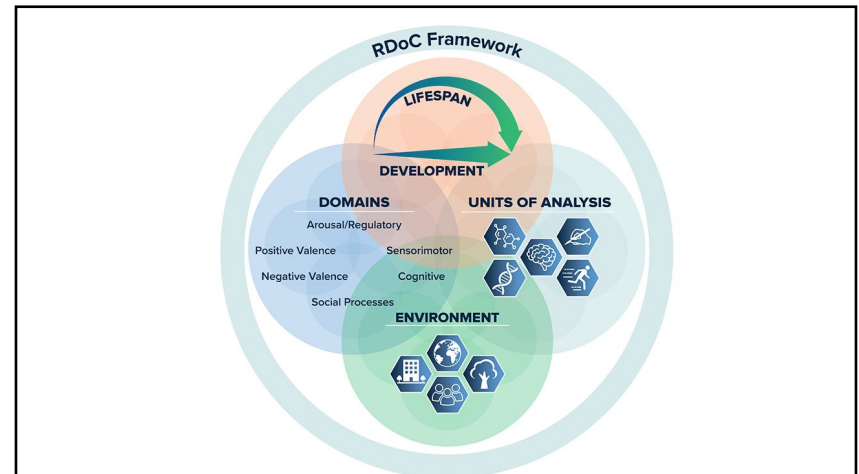
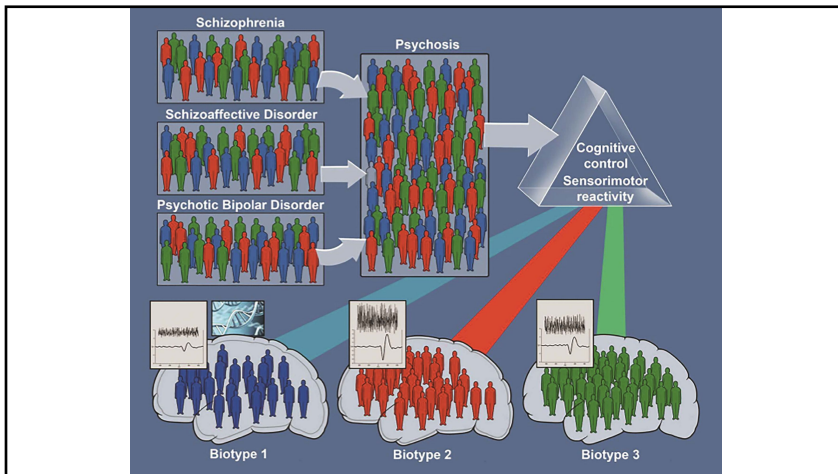
Projekt Research Domain Criteria (National Institute of Mental Health) zakłada nowe spojrzenie na psychopatologię zaburzeń psychicznych i zachowania.

RDoC is a research framework for new ways of studying mental disorders. It integrates many levels of information (from genomics to self-report) to better understand basic dimensions of functioning underlying the full range of human behavior from normal to abnormal.

Nie uwzględnia jednostek nozologicznych z ICD-10/DSM-5.

Celem jest analiza zaburzeń psychicznych poprzez podstawowe sfery funkcjonowania psychicznego (procesy poznawcze, emocje, pamięć, uwaga, percepcja itp.).

<http://www.nimh.nih.gov/research-priorities/rdoc/index.shtml>



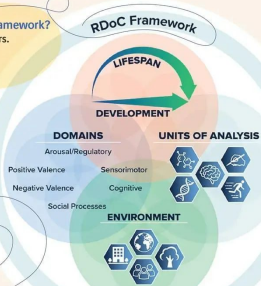
Dispatches From the Field: RDoC Framework Explainer (Part 1)

What is the Research Domain Criteria (RDoC) framework?

A research framework for investigating mental disorders. Its goal is to foster new research approaches that will lead to better diagnosis, prevention, intervention, and cures!

How can the RDoC framework be applied to psychiatry?

- The RDoC framework seeks to better understand the neurophysiological correlates of psychiatric symptoms, irrespective of diagnosis!
- This approach paves the way for precision psychiatry, which offers potential for targeted therapeutic management by focusing on associated neurobiology!
- Focusing on the needs of each individual has the potential for transformative treatments and improved clinical outcomes!



Why was the RDoC framework developed?

- Mental health conditions are typically diagnosed based on symptoms and observable signs!^{1,2}
- However, challenges with this approach include:³⁻⁹
 - Problems with heterogeneity - patients diagnosed with the same condition may present symptoms differently
 - Comorbidity - patients often meet the criteria for more than one condition
 - A binary view of mental disorders as "ill" or "well," rather than capturing the reality of psychopathology and functioning
 - Does not account for developmental changes in psychopathology
- A better understanding of the disruptions in biological and behavioral systems and their relation to psychopathology is needed!¹⁰
- The RDoC framework considers mental health in the context of dysfunction in fundamental psychological/biological systems across the lifespan rather than established diagnostic categories!

City Health Integration in RDoC Framework System, Connecting Psychiatry

Published 08/01/2015. Revised (with the 2015 RDoC)

Reference:
1. National Institute of Mental Health. RDoC: Research Domain Criteria Initiative. Available at: <https://www.nimh.nih.gov/research/research-funded-by-nimh/rdoc/index.shtml>

Last accessed: February 2023. 2. Insel TR, Arns J, et al. Psychiatry 2014;171:399-401. 3. Insel TR & Cuthbert BN. Science 2015;344:49-50.

RDoC Framework, Copyright © 2015. By permission of the National Institute of Mental Health. Research Center.

connecting
psychiatry

IC-05-10012
IC-CAP-14414
April 2019

RDoC
Research Domain Criteria Initiative



Przekroczenie granic jednostek nozologicznych umożliwi analizę na wielu poziomach – od czynników genetycznych przez szlaki neuronowe po zachowanie.

Heterogenność kliniczna, współwystępowanie zaburzeń => niektóre grupy pacjentów często nieuwzględniane w projektach naukowych.

Morris SE, Rumsey JM, Cuthbert BN (2014). Rethinking mental disorders: the role of learning and brain plasticity. Restor Neurol Neurosci, 32(1): 5-23.

Klasyfikacja ICF

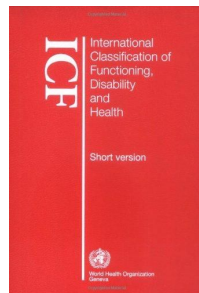
ICF Międzynarodowa Klasyfikacja Funkcjonowania, Niepełnosprawności i Zdrowia WHO (International Classification of Functioning, Disability and Health) – od 2001 r. (2017 online update).

The ICF children and Youth version (ICF-CY) – 2007 r.

<http://apps.who.int/classifications/icfbrowser/>

ICF ocenia funkcjonowanie i niepełnosprawność

w skali jakościowej i ilościowej, umożliwia zapis w języku międzynarodowym (kody), pozwala na porównanie wyników w skali jednostkowej i makro, ale także w różnych okresach. Komplementarna do ICD.



Klasyfikacja ICF

Głównym celem ICF jest ustanowienie ujednoliconego, standardowego języka i jego struktury pozwalającego na opis zdrowia i stanów związanych ze zdrowiem.

Dziedziny w ICF można podzielić na: dziedziny dotyczące zdrowia i dziedziny związane ze zdrowiem.

- Funkcje i struktury ciała ludzkiego
- Aktywność i uczestniczenie

Klasyfikacja ICF określa m.in. co robi lub może robić człowiek chory na daną chorobę lub cierpiący z powodu zaburzenia zdrowia.



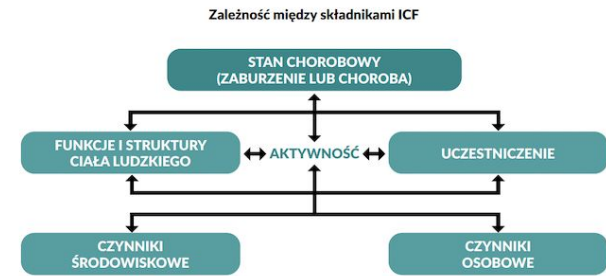
Klasyfikacja ICF

Funkcjonowanie - szeroki termin obejmujący wszystkie funkcje ciała ludzkiego, aktywności jednostki i uczestniczenie człowieka w różnych sytuacjach życiowych

Niepełnosprawność - szeroki termin obejmujący wszelkie upośledzenia funkcjonowania, limitowanie aktywności i ograniczenia uczestniczenia.

ICF wymienia także czynniki środowiskowe, które wchodzi w interakcje z wyżej wymienionymi dziedzinami.

Dzięki temu użytkownik klasyfikacji może tworzyć odpowiednie dla danego przypadku profile funkcjonowania, niepełnosprawności i zdrowia w różnych dziedzinach.

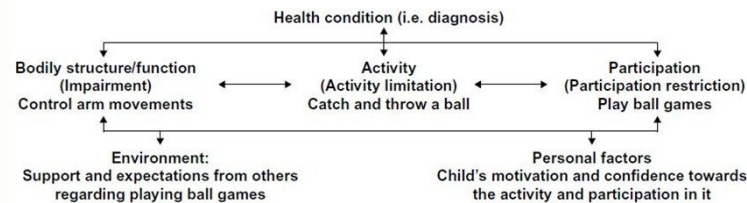


Rysunek 3. Zależności pomiędzy poszczególnymi składnikami ICF

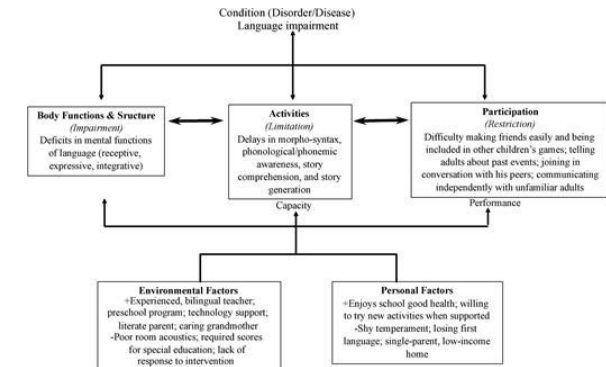
Źródło: ICF. Międzynarodowa Klasyfikacja Funkcjonowania Niepełnosprawności i Zdrowia, Geneva 2009, s. 18.

<http://icfeducation.org/what-is-icf>

Figure 3. An illustrative adaptation of the International Classification of Functioning, Disability and Health in relation to children with motor impairments and participation in playing ball games (WHO 2001)



<http://www.knowledge.scot.nhs.uk/child-services/education/7-international-classification-of-functioning-disability-and-health.aspx>



ICF – zastosowania

Praktyka kliniczna – ocena potrzeb zdrowotnych, doboru metod postępowania w określonych stanach chorobowych, ocenie profesjonalizmu oraz ocenie rehabilitacji i jej wyników. Wraz z ICD - pełniejszy obraz, standaryzacja.

Narzędzie polityki społecznej – w planowaniu ubezpieczeń społecznych, systemów odszkodowań oraz przygotowywaniu i realizacji polityki społecznej.

Dane statystyczne – dla zbierania i zapisywania danych (np. w badaniach populacji i badaniach przeglądowych lub w zarządzaniu systemami informatycznymi)

Edukacja – w przygotowaniu programów nauczania oraz w uświadamianiu społeczeństw i podejmowaniu działań socjalnych

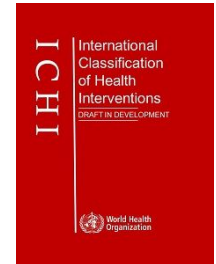
Wiedza na temat niepełnosprawności, fachowy wystandaryzowany opis.

World Health Organization. How to use the ICF: A practical manual for using the International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF). Exposure draft for comment. October 2013. Geneva: WHO

Klasyfikacja ICHI

International Classification of Health Interventions (ICHI) - klasyfikacja WHO wciąż rozwijana, przeznaczona do opisu i analizy dostępnych interwencji medycznych, doraźnych i regularnych, rehabilitacyjnych, profilaktyki i zdrowia publicznego.

<https://mitel.dimi.uniud.it/ichi/>



Dziękuję za uwagę