

American Psychiatric Association



KRYTERIA DIAGNOSTYCZNE ZABURZEŃ PSYCHICZNYCH

WYDANIE PIĄTE

DSM-5[®]

A large, empty rectangular frame with a thin gold border, centered on the page below the title.

Redakcja wydania polskiego

Piotr Gałęcki • Maciej Pilecki • Joanna Rymaszewska
Agata Szulc • Sławomir Sidorowicz • Jacek Wciórka

KRYTERIA DIAGNOSTYCZNE
ZABURZEŃ PSYCHICZNYCH
DSM-5®

WYDANIE 5

DSM-5®

Redakcja wydania polskiego
Piotr Gałeczki
Maciej Pilecki
Joanna Rymaszewska
Agata Szulc
Sławomir Sidorowicz
Jacek Wciórka

Tytuł oryginału: *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders DSM-5®*, fifth edition
Copyright © 2013 American Psychiatric Association

DSM® and DSM-5® are registered trademarks of the American Psychiatric Association. Use of these terms is prohibited without permission of the American Psychiatric Association.

**First Published in the United States by American Psychiatric Association Publishing, Arlington, VA.
Copyright © 2013. All rights reserved.**

Pierwsza publikacja w Stanach Zjednoczonych: American Psychiatric Association Publishing, Arlington, VA.
Copyright © 2013. Wszelkie prawa zastrzeżone.

First Published in Poland by EDRA Urban & Partner Sp. z o.o. in Polish. EDRA Urban & Partner Sp. z o.o. is the exclusive translation publisher of *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders DSM-5®*, fifth edition, Copyright © 2018 in Polish for distribution Worldwide.

Pierwsza publikacja w Polsce: EDRA Urban & Partner Sp. z o.o. w języku polskim. EDRA Urban & Partner Sp. z o.o. jest wyłącznym wydawcą tłumaczenia publikacji, wyd. 1, Copyright © 2018, na język polski do dystrybucji na terenie całego świata.

Permission for use of any material in the translated work must be authorized in writing by EDRA Urban & Partner Sp. z o.o.

Pozwolenie na wykorzystanie jakichkolwiek materiałów zawartych w tłumaczonym dziele musi być uzyskane na piśmie od wydawnictwa EDRA Urban & Partner Sp. z o.o.

The American Psychiatric Association played no role in the translation of this publication from English to the Polish language and is not responsible for any errors, omissions, or other possible defects in the translation of the publication.

Amerykańskie Towarzystwo Psychiatryczne (American Psychiatric Association) nie brało udziału w tłumaczeniu niniejszej publikacji z języka angielskiego na język polski i nie bierze odpowiedzialności za jakiegokolwiek błąd, pominięcia czy inne wady wydania polskiego.

Wszelkie prawa zastrzeżone, zwłaszcza prawo do przedruku i tłumaczenia na inne języki. Żadna część tej książki nie może być w jakiegokolwiek formie publikowana bez uprzedniej pisemnej zgody Wydawnictwa.

Ze względu na stały postęp w naukach medycznych oraz odmienne nieraz opinie na temat leczenia, jak również możliwość wystąpienia błędu, prosimy, aby w trakcie podejmowania decyzji uważnie oceniać zamieszczone w książce informacje. Pomoże to zmniejszyć ryzyko wystąpienia błędu lekarskiego.

© Copyright for the Polish edition by Edra Urban & Partner, Wrocław 2018

Redakcja naukowa wydania polskiego: prof. dr hab. Piotr Galecki, prof. dr hab. Maciej Pilecki, prof. dr hab. Joanna Rymaszewska, prof. dr hab. Agata Szulc, dr hab. n. med. Sławomir Sidorowicz, prof. nadzw., prof. dr hab. Jacek Wciórka

Tłumaczenie z języka angielskiego:

dr hab. n. med. Sławomir Sidorowicz, prof. nadzw.; Alternatywny model wymiarowy zaburzeń osobowości DSM-5:
dr hab. Jan Ciecuch, prof. UKSW, dr Tomasz Rowiński, dr Włodzimierz Strus, dr n. med. Aleksandra Wieczorek

W książce wykorzystano tłumaczenie kryteriów diagnostycznych z publikacji: *Kryteria diagnostyczne z DSM-5®*, Desk Reference, American Psychiatric Association; wydanie I polskie Edra Urban & Partner, Wrocław 2015; redakcja naukowa: prof. dr hab. Piotr Galecki, prof. dr hab. Łukasz Świącicki; tłumaczenie: lek. Piotr Sebastian Krawczyk.

Prezes Zarządu: Giorgio Albonetti

Dyrektor wydawniczy: lek. med. Edyta Błażejewska

Redaktor tekstu: Jolanta Kardela

Redaktor prowadzący: Dorota Lis-Olszewska

Opracowanie skorowidza: Anna Świdowska-Popczyk

ISBN 978-83-65835-29-1

Edra Urban & Partner

ul. Kościuszki 29, 50-011 Wrocław

tel.: 71 726 38 35

biuro@edraurban.pl, www.edraurban.pl

Łamanie i przygotowanie do druku: Marta Radlak

Druk i oprawa: ReadMe, Łódź

Spis treści

Klasyfikacja DSM-5®	xv
Przedmowa	xlix

Część I Podstawy DSM-5®

Wprowadzenie	5
Posługiwanie się podręcznikiem	21
Otrzeżenia dotyczące posługiwania się DSM-5® na potrzeby sądownictwa	29

Część II Kryteria diagnostyczne i kody

Zaburzenia neurorozwojowe	35
Zaburzenia należące do spektrum schizofrenii i inne zaburzenia psychiatryczne	105
Zaburzenia (afektywne) dwubiegunowe i inne z nimi związane	149
Zaburzenia depresyjne	189
Zaburzenia lękowe	231
Zaburzenia obsesyjno-kompulsyjne i inne z nimi związane (pokrewne)	285
Zaburzenia pourazowe i związane z czynnikiem stresowym	323
Zaburzenia dysocjacyjne	355
Zaburzenia z objawami somatycznymi i inne z nimi związane (pokrewne)	375

Zaburzenia jedzenia i odżywiania się	399
Zaburzenia wydalania	431
Zaburzenia snu i czuwania	439
Dysfunkcje seksualne	515
Dysforia płciowa (Zaburzenia tożsamości płciowej)	549
Zaburzenia niszczycielskie, kontroli impulsów i zachowania	561
Zaburzenia związane z substancjami i uzależnienia	581
Zaburzenia neuropoznawcze	713
Zaburzenia osobowości	783
Parafilie (Zaburzenia parafiliczne)	831
Inne zaburzenia psychiczne	855
Zaburzenia ruchu wywołane lekiem i inne działania niepożądane leków	859
Inne stany, które mogą być przedmiotem zainteresowania klinicznego	867

Część III

Nowe metody i modele

Metody pomiaru	887
Kontekst kulturowy	907
Alternatywny model zaburzeń osobowości DSM-5®	921
Stany wymagające dalszych badań	947

Aneks

Najważniejsze zmiany DSM-5® w porównaniu z DSM-IV	979
Słownik terminów specjalistycznych	989

Słownik kulturowych pojęć cierpienia.	1007
Wykaz rozpoznań DSM-5® i kodów (ICD-9-CM i ICD-10-CM)	1013
Numeryczny wykaz rozpoznań DSM-5® i kodów (ICD-9-CM)	1037
Numeryczny wykaz rozpoznań DSM-5® i kodów (ICD-10-CM)	1051
Doradcy i inni współpracownicy DSM-5®	1071
Skorowidz	1091

Zaburzenia neurorozwojowe

Do zaburzeń neurorozwojowych należy grupa stanów zaczynających się w okresie rozwoju, zwykle na wczesnym jego etapie, często w wieku przedszkolnym. Grupa ta charakteryzuje się rozwojem deficytów, które prowadzą do upośledzenia funkcjonowania w życiu osobistym, społecznym, szkolnym oraz zawodowym. Różny jest zakres tych deficytów – od bardzo wybiórczych ograniczeń uczenia się lub kontroli czynności wykonawczych do całościowego upośledzenia umiejętności społecznych lub inteligencji. Zaburzenia neurorozwojowe często współwystępują, np. spektrum zaburzenia autystycznego nierzadko towarzyszy niepełnosprawność intelektualna (zaburzenie rozwoju intelektualnego), a zaburzeniu z deficytem uwagi i nadaktywnością (ADHD) – specyficzne zaburzenie uczenia się. W obrazie klinicznym niektórych zaburzeń obserwuje się zarówno pewne objawy nadmiarowości, jak i deficyty oraz opóźnienia dotyczące osiągania oczekiwanych, kolejnych etapów rozwoju. Na przykład: spektrum zaburzenia autystycznego rozpoznaje się tylko pod warunkiem stwierdzenia charakterystycznych deficytów komunikacji społecznej z towarzyszącymi nadmiernie powtarzającymi się zachowaniami, ograniczeniem zainteresowań oraz przesadną potrzebą niezmienności.

Niepełnosprawność intelektualna (zaburzenie rozwoju intelektualnego) charakteryzuje się deficytami ogólnych sprawności umysłowych, takich jak wnioskowanie, rozwiązywanie problemów, planowanie, myślenie abstrakcyjne, myślenie krytyczne, uczenie się w szkole oraz uczenie się na podstawie doświadczenia. Takie deficyty powodują upośledzenie funkcji przystosowawczych, przez co osoba nie osiąga odpowiedniego poziomu samodzielności w życiu osobistym oraz zdolności do ponoszenia odpowiedzialności w życiu społecznym. Upośledzenia dotyczą co najmniej jednego aspektu życia codziennego, takich jak sprawność komunikacji, udział w życiu społecznym, uczenie się, wykonywanie pracy, a także samodzielność osobista w domu lub w środowisku społecznym.

Całościowe opóźnienie rozwojowe, jak na to wskazuje nazwa, polega na nieosiągnięciu oczekiwanych kamieni milowych w rozwoju na kilku polach funkcjonowania intelektualnego. Takie rozpoznanie stawia się w przypadkach niemożności przeprowadzenia dokładnego badania sprawności intelektualnej, np. u dzieci, które są za małe, by można było u nich zastosować standardowe testy. Niepełnosprawność intelektualna może być nabyta w okresie rozwojowym, np. w wyniku ciężkiego urazu głowy; w takim przypadku można jednak rozpoznawać także zaburzenie neuropoznawcze.

Do zaburzeń komunikacji należą: zaburzenie językowe, zaburzenie tworzenia dźwięków mowy, zaburzenie komunikacji społecznej oraz zaburzenie płynności o początku w dzieciństwie (jąkanie się). Pierwsze trzy zaburzenia charakteryzują się deficytami rozwoju i posługiwania się dotyczą odpowiednio języka, mowy i społecznej komunikacji. Zaburzenia płynności od początku w dzieciństwie manifestuje się zakłóceniami prawidłowej płynności oraz produkcji słownej, w tym powtarzaniem dźwięków i sylab, wydłużeniem dźwięków spółgłosek i samogłosek, przerywaniem słów, przerwami w mowie, wytwarzaniem słów z nadmiernym wysiłkiem. Podobnie do innych zaburzeń neurorozwojowych, zaburzenia komunikacyjne zaczynają się we wczesnym okresie życia i mogą powodować upośledzenia funkcjonowania przez całe życie.

Spektrum zaburzenia autystycznego charakteryzuje się utrwalonymi deficytami komunikacji społecznej i interakcji społecznych, które uwidaczniają się w rozmaitych sytuacjach. Mogą to być deficyty okazywania wzajemności w kontaktach społecznych, niewerbalnej komunikacji koniecznej w interakcjach społecznych oraz umiejętności tworzenia, podtrzymywania i rozumienia relacji. Do rozpoznania spektrum zaburzenia autystycznego, obok deficytów w komunikacji społecznej, muszą być obecne powtarzające się, ograniczone schematy zachowania, zainteresowania i aktywności. W miarę rozwoju objawy zmieniają się i mogą być ukryte dzięki mechanizmom kompensacyjnym. W takich przypadkach rozpoznanie głównie opiera się na danych z wywiadu, chociaż i aktualne zmiany w stanie psychicznym muszą powodować znaczące upośledzenie.

W ramach rozpoznania spektrum zaburzenia autystycznego wyodrębnia się indywidualne cechy charakterystyczne za pomocą uszczegółowień (z towarzyszącym upośledzeniem intelektualnym lub bez niego; z towarzyszącym strukturalnym upośledzeniem językowym lub bez niego; związane ze znanym stanem medycznym, czynnikiem genetycznym, czynnikiem środowiskowym lub ze stanem nabytym; związane z innym zaburzeniem neurorozwojowym, psychicznym lub z zachowaniem). Można też posłużyć się uszczegółowieniami służącymi do opisu objawów autystycznych (wiek, w którym pojawiły się pierwsze podejrzenia; z utratą lub bez utraty nabytych umiejętności; ciężkość). Takie uszczegółowienia pozwalają klinicyście dokładniej scharakteryzować indywidualne cechy rozpoznania i wzbogacić opis obrazu klinicznego u badanego pacjenta. Na przykład, niegdyś często rozpoznawane zaburzenie Aspergera zostało obecnie zastąpione rozpoznaniem spektrum zaburzenia autystycznego bez upośledzenia językowego i intelektualnego.

ADHD jest zaburzeniem neurorozwojowym, cechującym się upośledzającym poziomem nieuwagi, dezorganizacją funkcjonowania i/lub nadaktywnością oraz impulsywnością. Nieuwaga i dezorganizacja powodują brak wytrwałości podczas wykonywania zadania; osoba jakby nie słuchała, co się do niej mówi, gubi potrzebne materiały; zmiany nie odpowiadają wiekowi i poziomowi rozwoju. Z nadaktywnością i impulsywnością łączy się nadmierna ruchliwość, wiercenie się, niemożność usiedzenia na miejscu, wtrącanie się w działania innych, niezdolność odczekania na swoją kolej; nasilenie tych objawów jest niewspółmierne w stosunku do wieku i poziomu rozwoju osoby. ADHD w dzieciństwie zwykle nakłada się na zaburzenia, często zaliczanych do „zaburzeń z eksternalizacją, np. zaburzenie opozycyjno-buntownicze, zaburzenie zachowania. ADHD często utrzymuje się również w wieku dorosłym, doprowadzając do upośledzenia funkcjonowania społecznego, zawodowego i szkolnego.

Rozwojowe zaburzenia ruchowe obejmują zaburzenie koordynacji, zaburzenie ze stereotypiami ruchowymi i zaburzenia tikowe.

Rozwojowe zaburzenie koordynacji charakteryzuje się niedostatecznym nabywaniem i wykonywaniem wymagających koordynacji sprawności ruchowych. Manifestuje się niezdarnością, powolnością i niedokładnością wykonywania takich czynności ruchowych. Zmiany niekorzystnie wpływają na codzienne funkcjonowanie.

Zaburzenie ze stereotypiami ruchowymi cechują powtarzające się, z pozoru kontrolowane, a w rzeczywistości zupełnie bezsensowne czynności ruchowe, takie jak: wymachiwanie rękami, kołysanie tułowiem, uderzanie głową, gryzienie się, uderzanie się. Ruchy zakłócają funkcjonowanie społeczne, w szkole i inne działania. Jeśli dochodzi do samouszkodzenia, to można je wymienić jako uszczegółowienie rozpoznania.

Zaburzenia tikowe manifestują się tikami głosowymi i ruchowymi. Są to nagłe, szybkie, powtarzające się, nierytmiczne i stereotypowe ruchy lub wokalizacje. O szczegółowym rozpoznaniu decydują czas trwania, przypuszczalna etiologia oraz obraz kliniczny. Wyróżnia się: zaburzenie Tourette'a, uporczywe (przewlekłe) zaburzenie tikowe ruchowe lub głosowe, przemijające zaburzenie tikowe, inne określone zaburzenie tikowe i nieokreślone zaburzenie tikowe.

Podstawą rozpoznania zaburzenia Tourette'a są liczne tiki ruchowe i głosowe, występujące co najmniej od jednego roku. Ich nasilenie okresami wzrasta, a okresami maleje.

Specyficzne zaburzenie uczenia się. Zgodnie z nazwą, zaburzenie polega na określonych deficytach w dokładnym oraz efektywnym przyswajaniu i przetwarzaniu informacji. Objawy tego zaburzenia neurorozwojowego pojawiają się w pierwszych latach nauki szkolnej. Cechuje się ono uporczywymi i znacznymi trudnościami uczenia się podstawowych umiejętności szkolnych, tj. czytania, pisania i liczenia. Osiągnięcia w zakresie tych umiejętności szkolnych są znacznie niższe od tych, które uważa się za przeciętną dla danego wieku albo wyraźną poprawę tych umiejętności uzyskuje się ogromnym nakładem pracy. Specyficzne zaburzenie uczenia się zdarza się nawet u osób obdarzonych błyskotliwą inteligencją; objawy pojawiają się tylko wtedy, gdy wymagania związane z uczeniem się lub sposoby oceny (np. testy do wypełnienia w ograniczonym czasie) stwarzają takie przeszkody, z którymi nie radzą sobie ani wrodzona sprawność intelektualna, ani wypracowane strategie kompensacyjne. W każdym przypadku specyficznego zaburzenia uczenia się w ciągu całego życia może dochodzić do upośledzenia aktywności wymagającej posługiwania się wspomnianymi umiejętnościami, w tym także do spadku wydolności zawodowej.

Uszczegółowienia rozpoznania zaburzenia neurorozwojowego u danej osoby wzbogacają opis przebiegu klinicznego oraz aktualnych objawów. Poza uszczegółowieniami obrazu klinicznego, takimi jak wiek zachorowania lub ocena ciężkości, można też stosować uszczegółowienie „związane ze znanym stanem medycznym lub czynnikiem genetycznym lub czynnikiem środowiskowym”. To uszczegółowienie umożliwia klinicyście wskazanie tych czynników, które mogły odegrać rolę w etiologii bądź wpłynąć na przebieg zaburzenia. Jako przykłady można wymienić zaburzenia genetyczne, takie jak zespół kruchego chromosomu X, stwardnienie guzowate, zespół Retta; stany medyczne, m.in. padaczka; czynniki środowiskowe – w tym bardzo niską masę urodzeniową oraz ekspozycję na alkohol w okresie życia płodowego (nawet, gdy brakuje znamion zespołu alkoholowego płodu).

Zaburzenia neurorozwojowe

Niepełnosprawność intelektualna (Zaburzenie rozwoju intelektualnego)

Kryteria diagnostyczne

Niepełnosprawność intelektualna (zaburzenie rozwoju intelektualnego) jest zaburzeniem rozpoczynającym się w okresie rozwoju i obejmuje deficyty zarówno w zakresie funkcjonowania intelektualnego, jak i adaptacyjnego w obszarach dotyczących rozumienia pojęć, funkcjonowania społecznego oraz w dziedzinach praktycznych. Spełnione muszą być trzy następujące kryteria:

- A. Obecność deficytów w funkcjonowaniu intelektualnym, takich jak wnioskowanie, rozwiązywanie problemów, planowanie, myślenie abstrakcyjne, ocenianie, uczenie się oraz uczenie się na podstawie doświadczenia, musi zostać potwierdzona zarówno przez ocenę kliniczną, jak i dostosowany do pacjenta, standaryzowany test inteligencji.

- B. Występowanie deficytów w przystosowywaniu się, powodujących niepowodzenia w realizacji standardów rozwojowych i społeczno-kulturowych, co uniemożliwia zachowywanie niezależności i odpowiedzialności. Bez odpowiedniego wsparcia deficyty przystosowawcze ograniczają funkcjonowanie w jednej lub wielu spośród codziennych czynności, takich jak porozumiewanie się, uczestniczenie w życiu społecznym, samodzielne życie, w różnorodnych środowiskach, takich jak dom, szkoła, praca lub grupa społeczna.
- C. Początek deficytów intelektualnych i przystosowawczych w okresie rozwojowym.

Uwaga: Pojęcie *niepełnosprawności intelektualnej* odpowiada rozpoznaniu zaburzeń rozwoju intelektualnego w ICD-11. Choć termin *niepełnosprawność intelektualna* jest używany w niniejszym podręczniku, w tytule zamieszczono obie nazwy, by rozwiązać wątpliwości pojawiające się w zestawieniu z innymi systemami klasyfikacyjnymi. Ponadto prawo federalne w Stanach Zjednoczonych (Prawo Publiczne 111-256, Rosa's Law) nakazuje zmianę określenia *opóźnienie umysłowe* na *niepełnosprawność intelektualna* i obecnie czasopisma naukowe stosują wyłącznie to pojęcie. Z tego też powodu pojęcie *niepełnosprawności intelektualnej* jest uniwersalne dla języka medycyny, edukacji i innych sfer, a także w obszarze działań społecznych i prawnych.

Należy uwzględnić aktualne *uszczegółowienie* ciężkości (zob. tabela 1):

317 (F70) lekka

318.0 (F71) umiarkowana

318.1 (F72) znaczna

318.2 (F73) głęboka

Uszczegółowienia

Ocena poziomu ciężkości opiera się na analizie funkcjonowania przystosowawczego, a nie na wartości IQ, ponieważ na podstawie oceny funkcjonowania przystosowawczego określa się poziom wymaganego wsparcia. Poza tym, w przedziale niższych wartości IQ pomiary wartości ilorazu są mniej wiarygodne.

Cechy diagnostyczne

Zasadniczymi cechami *niepełnosprawności intelektualnej* (zaburzenia rozwoju intelektualnego) są deficyty ogólnych sprawności intelektualnych (kryterium A) oraz upośledzenie funkcji przystosowawczych w zakresie codziennych czynności, gdy się porówna z grupą równieśniczą dobraną pod względem wieku, płci i czynników społeczno-kulturowych (kryterium B). Początek przypada na okres rozwojowy (kryterium C). Rozpoznanie *niepełnosprawności intelektualnej* opiera się na ocenie klinicznej oraz badaniach inteligencji i funkcji adaptacyjnych standaryzowanymi testami.

Kryterium A obejmuje takie funkcje intelektualne, jak myślenie logiczne, rozwiązywanie problemów, planowanie, myślenie abstrakcyjne, ocenianie, uczenie się w toku nauczania i na podstawie doświadczenia oraz myślenie praktyczne. Do kluczowych elementów należą rozumienie słów, pamięć operacyjna, rozumowanie percepcyjne, rozumowanie ilościowe, myśli abstrakcyjne i poznawcza efektywność. Funkcjonowanie intelektualne mierzy się za pomocą indywidualnie stosowanych testów na inteligencję, które muszą być psychometrycznie rzetelne i wiarygodne, wszechstronne i dostosowane kulturowo. Osoby z *niepełnosprawnością intelektualną* osiągają

TABELA 1 Poziomy ciężkości niepełnosprawności i intelektualnej (zaburzenia rozwoju intelektualnego)

Poziom ciężkości	Sfera pojęciowa	Sfera społeczna	Sfera praktyczna
Łagodny	<p>W przypadku dzieci w wieku przed-szkolnym żadne różnice w sferze pojęciowej mogą nie być dostrzeżalne. U dzieci w wieku szkolnym i u dorosłych widoczne są różnice w zakresie rozwoju umiejętności szkolnych, w tym w czytaniu, pisaniu, arytmetyce, znajomości wskazań zegara lub rozpoznawaniu nominalów banknotów – niezbędne jest wsparcie w jednym lub wielu obszarach w celu spełnienia oczekiwań dla danego wieku. U dorosłych upośledzone są myślenie abstrakcyjne, funkcje wykonawcze (np. planowanie, tworzenie strategii, ustalanie priorytetów oraz elastyczność poznawcza) oraz pamięć krótkotrwała, a także skuteczne używanie umiejętności szkolnych (np. czytania, posługiwania się pieniędzmi). W porównaniu z rówieśnikami podejście do problemów i rozwiązań jest w pewnym stopniu usztywnione.</p>	<p>W porównaniu z przeciętnie rozwijającymi się rówieśnikami osoba jest niedojrzała w zakresie interakcji społecznych. Przykładowo, może istnieć trudność we właściwym interpretowaniu sygnałów, wysyłanych przez rówieśników. Komunikacja, sposób prowadzenia rozmowy oraz język są bardziej sztywne lub niedojrzałe. Obserwuje się występowanie trudności w kontrolowaniu emocji i zachowań w sposób typowy dla wieku. Trudności te są dostrzegane przez rówieśników. Dodatkowo ograniczone jest także rozumienie ryzyka występującego w relacjach społecznych. Niedojrzałe pozostają umiejętności oceny społecznej, co może zwiększać ryzyko bycia błędnie pokierowanym przez innych (łatwowierność).</p>	<p>W zakresie obsługi osobistej dana osoba może funkcjonować na poziomie właściwym dla wieku. Jednocześnie może częściej niż rówieśnicy potrzebować pomocy w wykonywaniu złożonych czynności codziennych. W przypadku osób dorosłych pomoc ta zwykle dotyczy zakupów spożywczych, transportowania rzeczy, organizacji opieki nad dziećmi i domem, przygotowania zdrowych posiłków oraz operacji bankowych i pieniężnych. Umiejętności dotyczące spędzania czasu wolnego pozostają na poziomie właściwym dla wieku, choć ocena związana z samopoczuciem oraz organizacja czynności towarzyszących rekreacji mogą wymagać wsparcia. Dorosli mogą znaleźć zatrudnienie w zawodach, które nie wymagają szczególnych umiejętności ze sfery pojęciowej. Zazwyczaj osoby dorosłe wymagają pomocy w podejmowaniu decyzji dotyczących opieki zdrowotnej oraz działań prawnych, a także w zakresie pełnej nauki zawodu. Zwykle wsparcie jest także niezbędne w zakładaniu rodziny.</p>

TABELA 1 Poziomy ciężkości niepełnosprawności i intelektualnej (zaburzenia rozwoju intelektualnego), cd.

Poziom ciężkości	Sfera pojęciowa	Sfera społeczna	Sfera praktyczna
Umiarkowany	<p>W ciągu całego okresu rozwojowego umiejętności dotyczące sfery pojęciowej są wyraźnie gorsze w porównaniu z rówieśnikami. W wieku przed-szkolnym umiejętności językowe oraz inne, typowe dla dzieci w tym wieku, rozwijają się powoli. W wieku szkolnym rozwój umiejętności czytania, pisania, liczenia i rozumienia pojęcia czasu oraz pieniądza jest powolny i rozciągnięty na cały okres edukacji szkolnej oraz jest wyraźnie ograniczony w porównaniu z rówieśnikami. U osób dorosłych umiejętności szkolne zwykle pozostają na podstawowym poziomie i z tego powodu osoby te wymagają pomocy we wszystkich czynnościach codziennych i zawodowych, wymagających wysokiego poziomu umiejętności szkolnych. Aby realizować codzienne czynności związane ze sferą pojęciową, może być niezbędne stałe wsparcie, a w niektórych przypadkach przejście przez inne osoby odpowiednie za te czynności.</p>	<p>W okresie rozwojowym widoczne są znaczące odstępstwa w zakresie zachowań społecznych i komunikacyjnych w porównaniu z rówieśnikami. Język mówiony pozostaje zwykle jedyną formą komunikacji, jednak jest on dużo mniej złożony niż ten, którym posługują się rówieśnicy. Równowaga w związkach jest wyraźnie przesunięta w stronę rodziny i przyjaciół – w ciągu życia zdarzają się udane przyjaźnie, a w przypadku osób dorosłych czasem głębsze relacje uczuciowe. Mimo to niektórzy mogą nie dostrzegać lub błędnie interpretować sygnały towarzyskie. Zdolności oceny społecznej i podejmowania decyzji są ograniczone, co zmusza opiekunów do wspomagania osób niepełnosprawnych intelektualnie w podejmowaniu decyzji życiowych. Nawiązywanie przyjaźni z prawidłowo rozwijającymi się rówieśnikami jest naznaczone ograniczeniami komunikacyjnymi i społecznymi.</p>	<p>Osoby dorosłe potrafią dbać o realizację swoich osobistych potrzeb, takich jak jedzenie, ubieranie się, wydalanie czy higiena osobista, choć opanowanie tych czynności na poziomie zapewniającym samodzielność zajmuje więcej czasu i wymaga przypomnienia. Podobnie, osoby dorosłe mogą uczestniczyć we wszelkich zajęciach związanych z prowadzeniem domu, jednak ich opanowanie wymaga zwiększonej ilości czasu i opieki, jeśli oczekiwany jest efekt, uzyskiwany zwykle przez zdrową osobę. Możliwe jest niezależne zatrudnienie na stanowisku wymagającym jedynie ograniczonych umiejętności ze sfery pojęciowej, jednak konieczne jest wsparcie ze strony współpracowników, osób nadzorujących i innych, jeśli zakłada się realizację oczekiwań społecznych, opanowanie zawilości danej posady oraz wypełnianie pobocznych obowiązków, takich jak plan pracy, premieszczanie się, korzyści zdrowotne oraz obsługa finansów.</p>

AMERICAN
PSYCHIATRIC
ASSOCIATION
PUBLISHING



www.appi.org

ISBN 978-83-65835-29-1



9 788365 835291

www.edraurban.pl