

GRAŻYNA JASTRZĘBOWSKA

Uniwersytet Opolski, Instytut Językoznawstwa

ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0002-4548-813X>

Zaburzenia neurorozwojowe. Zmiany w podejściu teoretycznym i diagnostycznym

Neurodevelopmental Disorders. Changes in the Theoretical and Diagnostic Approach

STRESZCZENIE

Na potrzeby diagnozy i terapii powstały typologie medyczne o zasięgu ogólnosiwiatowym. Do najbardziej znanych i powszechnie stosowanych zalicza się ICD (ang. International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems) – Międzynarodową Statystyczną Klasyfikację Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD oraz DSM (ang. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) – Klasyfikację Zaburzeń Psychiczych DSM, których nowe edycje stanowią przedmiot zainteresowań autorek.

W artykule wskazano światowe trendy i kierunki zmian, jakie się dokonują w obszarze terminologii i kategoryzowania zaburzeń rozwoju psychicznego (neurorozwojowych) i związanych z nimi rozwojowych zaburzeń języka (Developmental Language Disorders – DLD). Przedstawiono tu i odniesiono się do propozycji zmian, jakie WHO planuje w najnowszej, 11. edycji międzynarodowej klasyfikacji chorób i zaburzeń psychicznych ICD, która w Polsce zacznie obowiązywać od 1 stycznia 2022 roku. Podjęto też próbę ukazania, jak na przestrzeni 25 lat zmieniała się terminologia i jakie zmiany na tym polu obecnie się dokonują; jak rozwój wiedzy i świadomości społecznej wpływał na rewizję podejścia teoretycznego i nazewnictwa. Umożliwiły to szczegółowa analiza starszych i nowych edycji wzmiankowanych typologii ICD i DSM, tj.: DSM-IV (z 1994 i 2000 roku), DSM-5 (z roku 2013) oraz ICD-10 (rok wydania 1996) i ICD-11 (z 2019 roku). W tabeli zamieszczonej w końcowej części artykułu (zmodyfikowana wersja tabeli autorstwa G. Jastrzębowskiej z 1999 roku, uzupełniona o nowe propozycje zmian WHO i Amerykańskiego Stowarzyszenia Psychiatrów) zaprezentowano, jak ewoluowało podejście teoretyczne w odniesieniu do zaburzeń psychicznych i zachowania i, w konsekwencji, jak zmieniały się nazwy powstających na tym tle

zaburzeń rozwoju mowy i języka. W tabeli tej zestawiono rodzimą terminologię z aktualnie obowiązującą w ICD-10 oraz DSM-IV, DSM-5 i odniesiono ją do nazw kategorii oraz jednostek klinicznych, wyróżnionych w nowej, 11. edycji ICD. W celu porównania i właściwej oceny opisywanych zjawisk zestawienie to zostało uzupełnione o szczegółowy opis kryteriów diagnostycznych proponowanych w ICD-11 i DSM-5.

Słowa kluczowe: międzynarodowe klasyfikacje medyczne DSM, ICD, zaburzenia rozwoju psychicznego, zaburzenia neurorozwojowe, rozwojowe zaburzenia języka, zaburzenia rozwoju mowy i języka

SUMMARY

For the sake of diagnosis and therapy, there were created medical typologies of worldwide range, among which the most recognized and commonly used are ICD (International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems) and DSM (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) whose new editions are of interest to the authors.

This article points out the global trends and directions of changes that occur throughout the area of terminology and categorization of mental development disorders (neurodevelopmental) and associated with them Developmental Language Disorders (DLD). The work presents and refers to the proposals of changes, which are planned by WHO in the latest, eleventh edition of international classification of diseases and mental disorders ICD, that will be in force in Poland from the first of January 2022. There is also made an attempt to show how the terminology has been changing over the past 25 years and what changes are currently being made in this field; how the development of knowledge and social awareness impacted the revision of the theoretical approach and nomenclature. It was possible by the detailed analysis of the older and new editions of abovementioned ICD and DSM typologies, that is: DSM-IV from 1994 and 2000, DSM-5 (from 2013), ICD-10 (released in 1996) and ICD-11 (from 2019). The table placed in the final part of the article (which is a modified version of the table published by G. Jastrzębowska in 1999, supplemented with new changes proposed by WHO and the American Association of Psychiatrists) indicates how the theoretical approach has evolved in relation to mental disorders and behaviour, and as a consequence, how the names of speech and language development disorders created on this background have changed. This table compares the native terminology with the one that is currently in force in ICD-10 and DSM-IV, DSM-5, and it refers to the names of categories and clinical units distinguished in the new, eleventh edition of ICD. In order to make comparison and accurately evaluate the described phenomena, this collation has been complemented with a detailed description of diagnostic criteria proposed in ICD-11 and DSM-5.

Key words: international medical classifications DSM, ICD, mental development disorders, neurodevelopmental disorders, language development disorders, language and speech development disorders

WPROWADZENIE

Rozwój nauk medycznych sprawił, iż z czasem zmieniła się perspektywa i teoretyczne podejście do zagadnienia istoty, etiopatogenezy, a także wpływu zaburzeń psychicznych na rozwój i funkcjonowanie człowieka. Odzwierciedlają to ewoluująca terminologia i zmieniające się kierunki podziałów. Wraz ze wzro-

stem wiedzy wzrastała też świadomość społeczna na temat następstw, jakie ze sobą niosą. Prowadzone badania, a także doniesienia lekarzy, genetyków, psychologów dowiodły:

- znacznie szerszego spektrum oddziaływań zaburzeń rozwoju psychicznego na funkcjonowanie społeczne i zachowania jednostki, niż dotychczas przypuszczano,
- że objawy zaburzenia psychicznego nie dotyczą tylko psychiki, lecz mają rozleglejsze konsekwencje,
- towarzyszące im dysfunkcje i trudności dodatkowe zacierają granice między poszczególnymi jednostkami klinicznymi i utrudniają formułowanie rozpoznania,
- te same objawy zaburzeń zachowania językowego (np. pragmatyki, semantyki) obserwuje się w różnych typach zaburzeń neurorozwojowych.

Powyższe ustalenia w najnowszych edycjach ICD i DSM zaowocowały zmianami w strukturyzowaniu, interpretowaniu i nazywaniu zaburzeń rozwoju psychicznego; odejściem od tworzenia nowych jednostek nozologicznych w kierunku deskrypcji zespołów objawów z uwzględnieniem stopnia ich nasilenia i konsekwencji. Nowe, holistyczne spojrzenie na proces rozwoju i w następstwie zmiany w podejściu metodologicznym nadały im zdecydowanie charakter klasyfikacji objawowych. Przy braku pełnych danych na temat etiopatogenezy i patomechanizmu zaburzeń neurorozwojowych ów kierunek zmian znajduje teoretyczne uzasadnienie. Wzajemna zależność i przenikanie zaburzeń rozwoju psychicznego jednostki oraz trudne do przewidzenia konsekwencje dodatkowo utrudniają ocenę, diagnozę i w efekcie kategoryzowanie tych zjawisk. Związek ów manifestuje się w rozmaity sposób i w różnych aspektach życia. Znaczenie, a także siłę tego wpływu Goodman i Scott (2000) oceniają poprzez analizę dobrostanu (występowanie dyskomfortu psychicznego dziecka) i występowania zakłóceń w takich obszarach aktywności jednostki, jak:

- funkcjonowanie społeczne (życie rodzinne, osiągnięcia szkolne, relacje intra- i interpersonalne),
- sposoby spędzania wolnego czasu,
- funkcjonowanie w otoczeniu.

Podejście badawcze – uwzględniające wpływ występującego zaburzenia na dalszy rozwój jednostki, na jej funkcjonowanie społeczne, emocjonalne – to istotna zmiana jakościowa.

Dzięki stworzonej na zlecenie Światowej Organizacji Zdrowia doskonalonej od lat klasyfikacji chorób i zaburzeń zdrowotnych – ICD, obecnie rozpoznanie zaburzenia oraz postawienie diagnozy stało się łatwiejsze i bardziej ustrukturyzowane. Podjęte przez WHO starania w kierunku ujednoczenia nazewnictwa, a także opracowanie ściśle określonych standardów postępowania diagnostycznego

(procedur, kryteriów włączających oraz wykluczających z grupy czy kategorii zaburzeń) umożliwiły ocenę, klasyfikowanie zjawisk, porównywanie wyników badań i wymianę doświadczeń.

Studiując nowe propozycje WHO dotyczące przegrupowania, innego podziału chorób i problemów zdrowotnych, a także ich nazywania, widać zwrot w kierunku pogłębionego opisu zaburzeń, szczegółowej deskrypcji zespołów objawowych – różnych ich wariantów z uwzględnieniem stopnia nasilenia objawów oraz ogólnego funkcjonowania jednostki. Zmianę podejścia teoretycznego odzwierciedlają: liczba wyróżnianych w ICD-11 chorób i zaburzeń, opisowe nazwy jednostek (jak w wypadku zaburzeń ze spektrum autyzmu) oraz przeformułowane kryteria diagnostyczne. Zabiegi te mają na celu ułatwienie rozpoznania i ograniczenie liczby jednostek zaliczanych do podgrupy *zaburzenia inne, nieokreślone*.

Projektowane w ICD-11 i dokonane w DSM-5 zmiany dotyczą również terminologii, w tym odnoszącej się do zaburzeń neurorozwojowych (i zaliczanych do nich *zaburzeń komunikacji* w DSM-5, a w ICD-11 nazywanych *zaburzeniami rozwoju mowy lub języka*), o których wiadomo, że: 1) nieznaną jest ich etiologia, 2) przebieg oraz konsekwencje są zależne od kombinacji wpływów genetycznych i środowiskowych, 3) występująca dysfunkcja centralnego układu nerwowego skutkuje m.in. zaburzeniami w nabywaniu kompetencji językowej, a następnie różnymi utrwalonymi formami zaburzeń zachowania językowego utrudniającymi komunikację. Zaburzenia komunikacji stanowią więc jedno z ważniejszych kryteriów diagnostycznych zaburzeń neurorozwojowych w ICD-11, a w DSM-5 – odrębną kategorię.

Analizując zawarte w ICD-11 opisy, kryteria i wskazówki diagnostyczne dla neurorozwojowych zaburzeń języka (które przybliżono w dalszej części artykułu), wyraźnie dostrzega się dwie perspektywy oceny zjawisk: 1) przebieg rozwoju ekspresji i percepcji językowej, 2) poziom rozwoju poszczególnych aspektów mowy (artykulacja, płynność mowy) i dziedzin języka (fonologia, semantyka, pragmatyka) w odniesieniu do normy wiekowej i rozwojowej. Obie dotyczą procesu przyswajania języka i rozwijania umiejętności korzystania z nabytych kompetencji. U dzieci z DLD i czystą postacią DLD (z SLI) procesy te mogą przebiegać z opóźnieniem w czasie, w różnym tempie i rytmie, a osiągnięcia znacznie się różnić pod względem ilościowym lub/i jakościowym od osiągnięć rówieśników i różnić się od umiejętności młodszych prawidłowo rozwijających się dzieci. Opóźnienie w rozwoju mowy zostało więc w ICD-11 uznane za najważniejszy objaw neurorozwojowych zaburzeń językowych. Na podstawie ściśle określonych kryteriów ilościowo-jakościowych ocenie poddaje się tam różne przejawy opóźnienia rozwoju mowy: od ilości używanych oraz rozumianych słów, po jakość formułowanych wypowiedzi i zdolności komunikacyjnych. Analizuje się przebieg i poziom rozwoju językowego w odniesieniu do grupy wiekowej. Przy

takim podejściu stosowany przez polskich logopedów termin *opóźnienie rozwoju mowy* – ORM (*opóźniony rozwój mowy/opóźniony rozwój języka*) w znaczeniu nazwy rozpoznania staje się synonimem terminu *rozwojowe zaburzenia językowe*. I jako nazwa objawu jest on przydatny dla celów deskrypcji, lecz traci sens w wypadku diagnozy. ORM stwierdza się bowiem w większości przypadków zaburzeń rozwojowych.

Pomimo upływu lat wciąż nie określono fenotypu takich zaburzeń, jak SLI, autyzm, zespół Aspergera. Brak ustaleń odnośnie do etiopatogenezy wymusza zmianę w ich kategoryzowaniu, dlatego obecnie odchodzi się od koncepcji wyodrębniania jednostek nozologicznych, które diagnozuje się jedynie na podstawie kryteriów wykluczających, tj. dopiero po wyeliminowaniu wszystkich możliwych przyczyn poważnego opóźnienia w przyswajaniu języka i rozwijaniu sprawności komunikacyjnych (Jastrzębowska 2017, s. 545). Gdy obserwowane objawy nie upoważniają do postawienia jednoznacznej diagnozy (zaburzenie nie spełnia kryteriów żadnej z wymienionych w klasyfikacji jednostek nozologicznych), nadal zalicza się do *zaburzeń nieokreślonych*. Zmiany w podejściu diagnostycznym, odchodzenie od diagnozy wykluczającej dane zaburzenie w kierunku poszukiwania kryteriów włączających je do określonej kategorii może się sprawdzać w praktyce poradnianego orzecznictwa i planowania terapii.

Podsumowując, w artykule omówiono nowe trendy w podejściu teoretycznym i diagnostycznym do zaburzeń neurorozwojowych. Odniesiono się do zmian nazewnictwa oraz do tego, jak rodzima terminologia logopedyczna różni się od stosowanej na świecie. Zestawienie tabelaryczne, zamieszczone w końcowej części opracowania, stwarza taką możliwość – porównania nazw kategorii i jednostek nozologicznych stosowanych w Polsce i wyróżnionych w kolejnych edycjach: DSM-IV (1992), DSM-5 (2013) oraz ICD-10 (1996) i ICD-11 (2019). Przedstawione fragmenty ICD-11 (<https://icd.who.int/en/>; tłumaczenie własne autorek) pozwolą zapoznać się ze standardami, które od 1 stycznia 2022 roku zaczną obowiązywać w Polsce. Element ten ma jednak tylko charakter poglądowy, a jego celem jest przybliżenie nadchodzących zmian i prognoz diagnostycznych. Klasyfikacje, które obecnie obowiązują w Polsce, to DSM-5 oraz ICD-10. Wyłącznie na nich należy opierać się przy doborze aktualnych środków opisu oraz podczas stawiania diagnozy.

W tabeli 1 (s. 32) zawarto najważniejsze informacje na temat omawianych klasyfikacji. W odróżnieniu od ICD klasyfikacja DSM zawiera jedynie opis zaburzeń psychicznych, z kolei ICD jest zbiorem wszystkich chorób i problemów zdrowotnych, zaburzenia psychiczne zaś zajmują jeden z wielu rozdziałów.

Tabela 1. Charakterystyka międzynarodowych klasyfikacji DSM-5, ICD-10 i ICD-11

Klasyfikacja	DSM-5	ICD-10	ICD-11
Pełna nazwa	Diagnostyczna i Statystyczna Klasyfikacja Zaburzeń Psychiczych (ang. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders)	Międzynarodowa Statystyczna Klasyfikacja Chorób i Problemów Zdrowotnych (ang. International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems)	Międzynarodowa Statystyczna Klasyfikacja Chorób i Problemów Zdrowotnych (ang. International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems)
Organ wydający	Amerykańskie Towarzystwo Psychiatryczne	Światowa Organizacja Zdrowia – WHO	Światowa Organizacja Zdrowia – WHO
Data obowiązywania w Polsce	od 18.05.2013 r. – do teraz	od 01.01.1996 r. do 31.12.2021 r.	od 01.01.2022 r.
Rodzaj kodowania	numeryczny + opisowy	alfanumeryczny	alfanumeryczny

Źródło: opracowanie własne na podstawie danych zamieszczonych na stronie Światowej Organizacji Zdrowia <https://icd.who.int/en/> (WHO, 2019).

ZABURZENIA JĘZYKOWE W ŚWIETLE DIAGNOSTYCZNEJ I STATYSTYCZNEJ KLASYFIKACJI ZABURZEŃ PSYCHICZNYCH AMERYKAŃSKIEGO TOWARZYSTWA PSYCHIATRYCZNEGO DSM-IV I DSM-5

Diagnostyczna i Statystyczna Klasyfikacja Zaburzeń Psychiczych – DSM (ang. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) to klasyfikacja zaburzeń psychicznych opracowana przez Amerykańskie Towarzystwo Psychiatryczne w latach 50. ubiegłego wieku. Pierwsza edycja (DSM-I) została wydana w Waszyngtonie w 1952 roku, a kolejne II, III, IIIR, IV, IVTR i 5 w latach: 1968 (DSM-II), 1980 (DSM-III), w roku 1987 rewizja wersji trzeciej (DSM-IIIR), w 1994 roku (DSM-IV), w roku 2000 rewizja wersji czwartej (DSM-IVTR), aktualnie obowiązująca wersja DSM-5 wydana została w roku 2013.

Pięć lat po wydaniu czwartej edycji DSM, tj. w 1999 roku, w pierwszym wydaniu podręcznika akademickiego *Logopedia – pytania i odpowiedzi* pod red. T. Gałkowskiego i G. Jastrzębowskiej w tabeli 5.4 autorstwa G. Jastrzębowskiej (1999, s. 354–358) po raz pierwszy na gruncie polskiej logopedii przedstawiono terminologię używaną w klasyfikacjach medycznych ICD-10 i DSM-IV (tekst DSM-IV nie był wówczas dostępny polskim logopedom) i dokonano porównania

rodzimej terminologii, z nazwami zaburzeń mowy i języka stosowanymi na świecie (Działuk 2019).

Z uwagi na temat artykułu i cel, jakim jest ukazanie zmian w obszarze terminologii, analizie poddano ostatnie edycje DSM: DSM-IV i DSM-5 w ich części dotyczącej zaburzeń komunikacji. Prezentowany poniżej fragment czwartego wydania DSM stanowi wzajemne uzupełnienie dwóch wersji: DSM-IV (1994) i rewizji wydania czwartego DSM-IVTR (2000).

W DSM-IV, w odróżnieniu od DSM-5, zostało uwzględnionych pięć wymiarów klasyfikowania zaburzeń (nazwanych „osiami”), umożliwiających diagnozowanie choroby, przewidywanie jej przebiegu, a także planowanie postępowania terapeutycznego. Były to:

- Oś I – opisująca zaburzenia kliniczne;
- Oś II – opisująca zaburzenia osobowości i zaburzenia rozwojowe;
- Oś III – opisująca stany ogólnomedyczne;
- Oś IV – opisująca problemy psychospołeczne i środowiskowe;
- Oś V – opisująca poziom przystosowania (Wciórka 2008).

Z kolei w DSM-IV (1994) i DSM-IVTR (2000) wyróżnionych zostało aż 11 grup zaburzeń psychicznych, rozpoznawalnych na różnych etapach rozwoju człowieka (Wciórka 2008).

Nadrzędną dla zaburzeń komunikacji grupę stanowią: zaburzenia psychiczne rozpoczynające się zwykle w dzieciństwie lub w wieku młodzieńczym (*Diagnostical and Mental...*, 1994). W ich zakres wchodzi: zaburzenia fonologiczne, mieszane recepcyjno-ekspresyjne zaburzenia języka, zaburzenia ekspresji językowej oraz niespecyficzne zaburzenia komunikacji (Jastrzębowska 1999).

Przystępując do szczegółowej analizy kryteriów włączających do danej grupy i jednostki diagnostycznej w DSM-IV, wyróżniono następujące rodzaje/typy zaburzeń komunikacji:

- Zaburzenia ekspresji językowej (315.31), których objawami są wyraźnie ograniczone słownictwo, dysgramatyzmy, trudności z przypomnieniem sobie lub przywoływaniem słów (brak gotowości słownej), problemy z wypowiedzaniem zdań o długości i złożoności odpowiednich do wieku (*Diagnostical and Mental...* 1994; Jastrzębowska 1999, s. 355).
- Połączone recepcyjno-ekspresyjne zaburzenia mowy i języka (315.32), których podstawowym kryterium diagnostycznym jest to, że wyniki standaryzowanych indywidualnych pomiarów rozwoju mowy recepcyjnej i ekspresywnej są zdecydowanie niższe od wyników standaryzowanych pomiarów rozwoju niewerbalnych zdolności. Poza opóźnieniem w rozwoju mowy obejmują charakterystyczne dla zaburzeń ekspresji językowej symptomy oraz dodatkowo trudności w rozumieniu słów, zdań lub określonych typów słów, np. określenia przestrzenne (*Diagnostical and Mental...* 1994; Jastrzębowska 1999, s. 356).

- Zaburzenia fonologiczne (315.39), które przejawiają się upośledzeniem używania rozwojowo oczekiwanych dźwięków mowy odpowiednich do wieku. Zaburzenia te dotyczą błędów w produkcji fonologicznej (artykulacji), użytkowaniu dźwięku, reprezentacji lub organizacji (zamiana głosek, ich opuszczanie) (*Diagnostical and Mental...* 1994; Jastrzębowska 1999, s. 355).
- Jąkanie się (307.0) określane jest jako zakłócenia w normalnej płynności i długości wypowiedzi (nieodpowiedniej dla wieku danej osoby). Charakteryzuje się częstymi wystąpieniami jednego lub kilku objawów, takich jak: powtórzenia dźwięków i sylab, przedłużenia dźwięków, przerwy w słowach (tzw. pauzy napięte, nienapięte), słyszalne lub ciche bloki (wypełnione lub niewypełnione przerwy w mowie), omijanie słów problematycznych (podstawianie innych lub stosowanie obszernych opisów), słowa produkowane z nadmiernym napięciem mięśniowym, monosylabiczne powtórzenia całych słów (*Diagnostical and Mental...* 1994).

Wymienione zaburzenia spełniają podstawowe kryteria włączające do grupy zaburzeń psychicznych rozpoczynających się głównie w dzieciństwie lub w wieku młodzieńczym: 1) zaburzenia te powodują trudności w nauce, życiu zawodowym i kontaktach społecznych, 2) trafność kryterialna pozwala wykluczyć wzajemne powiązania z innym zaburzeniem i w pełni wykluczyć całościowe zaburzenia rozwoju, 3) jeżeli zaburzeniom rozwoju językowego towarzyszy upośledzenie umysłowe, zaburzenia sensoryczno-motoryczne bądź istnieje podejrzenie deprywacji w sferze środowiskowej, to trudności w danym obszarze (tu: zaburzenia językowe) mogą osiągnąć znacznie większe nasilenie w porównaniu z przypadkami, gdy owe dodatkowe zmienne nie występują (*Diagnostical and Mental...* 1994).

W DSM-IV wyróżniona też została jednostka: zaburzenia komunikacji inaczej nieokreślone – NOI (307.9). Obejmuje ona zaburzenia mowy, które nie spełniają powyższych kryteriów: gdy do zaburzeń komunikacji dochodzi np. w następstwie zaburzeń głosu (nienaturalnej wysokości, głośności, jakości lub tonu czy rezonansu) i nie można ich jednoznacznie zakwalifikować do żadnej z wymienionych kategorii diagnostycznych (Jastrzębowska 1999, s. 357).

Rozwijające się dyscypliny, zaliczane do neuronauk, opracowanie coraz doskonalszych technik, narzędzi diagnostycznych, a także liczne relacje z badań i doniesienia klinicystów wskazały na złożoność zaburzeń psychicznych, na ich wzajemne powiązania i szersze, niż przypuszczano konsekwencje. Aktualny stan wiedzy sprawił, że zastosowane w DSM-IV kryteria diagnostyczne stały się niewystarczające do klasyfikowania wyróżnionych w niej zjawisk, w tym zaburzeń komunikacji. Wystąpiły problemy z przyporządkowaniem obserwowanych objawów do poszczególnych jednostek chorobowych i nastąpił przełom. Znowu dostrzeżono konieczność rewizji DSM, dokonania zmian uwzględniają-

cych najnowsze osiągnięcia nauki. Doprowadziło to do wydania kolejnej edycji oznaczonej symbolem/skrótem DSM-5.

W nowej, piątej wersji DSM, oprócz rezygnacji z osiowego charakteru opisu zaburzenia dokonano kilku innych istotnych zmian. Zaburzenia komunikacji umieszczono w obszernej kategorii zaburzeń neurorozwojowych. W skład zaburzeń komunikacji wchodzi m.in. zaburzenia językowe, zaburzenia tworzenia dźwięków mowy, zaburzenia płynności o początku w dzieciństwie (jąkanie się), zaburzenia komunikacji społecznej i nieokreślone zaburzenia komunikacji (Gałecki, Świącicki 2015).

Pierwszą wyróżnioną w klasyfikacji DSM-5 podgrupą zaburzeń komunikacji są zaburzenia językowe (315.39), które charakteryzują się poważnymi trudnościami w zakresie przyswajania i używania języka w różnych formach – mówionej, pisanej, czytanej. Osoba taka wyróżnia się bardzo ograniczonym zasobem słownika, zarówno czynnego, jak i biernego. Dodatkowo wykazuje trudności w sferze gramatycznej języka oraz ma upośledzoną zdolność prowadzenia rozmowy. W zakresie porozumiewania się i uczestniczenia w interakcjach społecznych widoczna jest znaczna różnica w porównaniu z rówieśnikami. Osoby te wykazują znaczne trudności komunikacyjne w szkole i w życiu zawodowym (*Diagnostical and Mental...* 2013).

Zaburzenia tworzenia dźwięków mowy (315.39) są drugim typem zaburzeń komunikacji wymienionym w DSM-5. Charakterystyczne dla tego zaburzenia są utrzymujące się trudności w wytwarzaniu dźwięków mowy, co uniemożliwia prawidłowe komunikowanie się z otoczeniem (*Diagnostical and Mental...* 2013).

Kolejną z wymienionych jednostek diagnostycznych są zaburzenia komunikacji społecznej. Charakteryzują się one nieustannymi problemami w komunikacji werbalnej i niewerbalnej. Powodują deficyty w kontaktach towarzyskich, zaburzają zdolność komunikowania się zarówno w roli słuchacza, jak i mówcy. Osoby z taką diagnozą mają problem z dobraniem treści słownej do kontekstu wypowiedzi. Nie potrafią przestrzegać społecznie przyjętych zasad rozmowy, nie potrafią także wyciągać odpowiednich wniosków z treści i kontekstu wypowiedzi (*Diagnostical and Mental...* 2013). Podobnie jak w poprzednich wersjach klasyfikacji DSM tym, co łączy powyższe kategorie diagnostyczne, są zgłaszane przez pacjentów trudności w kontaktach społecznych, w szkole lub w życiu zawodowym. Objawy pojawiają się już we wczesnym stadium rozwoju. Dodatkowo wyklucza się inne możliwe źródła problemu.

Ostatnią jednostką wymienioną w tej grupie są nieokreślone zaburzenia komunikacji (307.9). Diagnozuje się je w przypadku, gdy objawy wyraźnie utrudniają życie pacjenta i powodują jego cierpienie w sferach funkcjonowania społecznego, zawodowego lub obu jednocześnie. Jednak zaburzenie to nie spełnia innych kryteriów diagnostycznych, a u pacjenta wyklucza się pozostałe możliwości takiego stanu zdrowia, w tym zaburzenia neurorozwojowe (*Diagnostical and Mental...* 2013).

Porównując terminologię stosowaną w DSM-IV i zmiany w obszarze nazewnictwa, jakich dokonano w nowej, piątej edycji tej klasyfikacji – w wypadku zaburzeń komunikacji nie wprowadzono w niej znaczących różnic. Jedynie zaburzenie fonologiczne przerodziło się w zaburzenie tworzenia dźwięków mowy. W zakresie kodowania jednostek chorobowych nadal obowiązują kody zaczerpnięte z klasyfikacji ICD-9. Zrezygnowano jedynie z osiowego opisu zaburzenia, używanego w DSM-IV. Wprowadzono liczne poprawki w opisie objawów, dodano nowe typy zaburzeń i usunięto niektóre kryteria (*Diagnostical and Mental...* 2013).

ZABURZENIA JĘZYKOWE W ŚWIETLE MIĘDZYNARODOWEJ STATYSTYCZNEJ KLASYFIKACJI CHORÓB I PROBLEMÓW ZDROWOTNYCH ICD-10 I ICD-11

Międzynarodowa Statystyczna Klasyfikacja Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD (ang. International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems) powstała na zlecenie Światowej Organizacji Zdrowia i prezentuje międzynarodowy system diagnozy nozologicznej.

Dziesiąta edycja owej klasyfikacji, znana pod skrótem ICD-10, obowiązuje w Polsce od 1996 roku do chwili obecnej. Aktualnie do opisu procedur medycznych stosuje się Międzynarodową Klasyfikację Procedur Medycznych ICD-9-CM, natomiast do kwalifikowania schorzeń i chorób używa się wzmiankowaną Międzynarodową Klasyfikację Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD-10. 18 czerwca 2018 roku WHO przedstawiło nową wersję Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych oznaczoną numerem jedenaście – ICD-11 (ang. International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, edition 11). Opublikowana już elektroniczna wersja tej klasyfikacji ma na celu zapoznanie diagnostów z państw członkowskich WHO z wprowadzonymi zmianami. Ostatecznie jedenasta edycja ICD będzie w Polsce obowiązywać od 1 stycznia 2022 roku. W porównaniu z ICD-10, która zawierała niecałe 14,5 tysięcy kodów oznaczających jednostki chorobowe, w ICD-11 jest ich aż 55 tysięcy (<https://icd.who.int/en/>). Nastąpiły również zmiany w systemie kodowania. Przygotowania do wprowadzenia nowej edycji obejmują konsultacje na temat nowych propozycji, w tym przegrupowania oraz innego podziału części chorób i problemów zdrowotnych. Są one zgodne z aktualnymi wynikami badań i odkryciami w dziedzinie medycyny, psychiatrii, biologii, genetyki i wielu innych (<https://www.politykazdrowotna.com/33435,who-wprowadza-nowa-klasyfikacje-chorob-icd-11>).

Ujęte w Międzynarodowej Statystycznej Klasyfikacji Chorób i Problemów Zdrowotnych ICD-10 zaburzenia mowy, które powodują zaburzenia komunikacji, zaliczane są do nadrzędnej kategorii: zaburzenia rozwoju psychicznego. W ich skład wchodzi specyficzne zaburzenia rozwoju mowy i języka, określane kodem

F80. Należą do nich takie podtypy zaburzeń, jak: specyficzne zaburzenia artykulacji (F80.0); zaburzenia ekspresji mowy (F80.1); zaburzenia rozumienia mowy (F80.2); nabyta afazja z padaczką (F80.3); inne zaburzenia rozwoju mowy i języka (F80.8) oraz inne zaburzenia rozwoju mowy i języka – nieokreślone inaczej (F80.9). Dodatkowo pod kodem F82 umieszczono specyficzne zaburzenia rozwoju funkcji motorycznych, istotne z perspektywy diagnozy logopedycznej, gdyż w większości wypadków wraz z opóźnieniem w sferze motorycznej pojawiają się trudności z mową (Jastrzębowska 2003). Z kolei wyróżnione tam mieszane specyficzne zaburzenia rozwojowe (F83) obejmują problemy ujawniające się w kilku sferach funkcjonowania jednostki. Osłabiają tym samym jej możliwości poznawcze i przyczyniają się do opóźnienia w sferze językowej. Do tej grupy zaburzeń rozwoju psychicznego zaliczono również całościowe zaburzenia rozwojowe oznaczone kodem F84, których złożoność i natężenie, ale także często niejasne kryteria różnicujące zjawiska zaliczane do tej kategorii są problematyczne wobec konieczności postawienia trafnej diagnozy (*Międzynarodowa Statystyczna...* 1998).

Nowa, jedenasta edycja klasyfikacji ICD wnosi wiele zmian, w tym również dotyczących zaburzeń istotnych z punktu widzenia logopedii. W rozdziale szóstym, zawierającym m.in. informacje na temat zaburzeń komunikacji, zastosowano następujący podział:

Zaburzenia neurorozwojowe (6A0)

- 6A00 Zaburzenia rozwoju intelektualnego;
- 6A01 Rozwojowe zaburzenia mowy lub języka;
- 6A02 Zaburzenia ze spektrum autyzmu;
- 6A03 Rozwojowe zaburzenia uczenia się;
- 6A04 Rozwojowe zaburzenia koordynacji motorycznej;
- 6A05 Zespół nadpobudliwości psychoruchowej z deficytem uwagi;
- 6A06 Stereotypowe zaburzenie ruchu;
- 6A0Y Inne określone zaburzenia neurorozwojowe;
- 6A0Z Zaburzenia neurorozwojowe, nieokreślone (<https://icd.who.int/en/>).

W grupie zaburzeń neurorozwojowych (6A0) wyróżniono nadrzędną grupę: rozwojowe zaburzenia mowy lub języka (6A01) (ang. *developmental speech or language disorders*), które charakteryzują się trudnościami w rozumieniu lub wytwarzaniu mowy, w używaniu języka w celach komunikacyjnych; trudnościami, które wykraczają poza granice normalnej odmienności, oczekiwanej dla wieku i poziomu funkcjonowania intelektualnego jednostki. Obserwowane problemy nie są związane z czynnikami społecznymi lub kulturowymi (np. regionalnymi dialektami) i nie są w pełni wyjaśnione przez nieprawidłowości anatomiczne lub neurologiczne. Przypuszczalna etiologia zaburzeń rozwojowych lub zaburzeń językowych jest złożona, a w wielu indywidualnych przypadkach jest nieznaną (<https://icd.who.int/en/>).

- Rozwojowe zaburzenie brzmienia mowy (6A01.0) (ang. *developmental speech sound disorder*; w polskiej terminologii – specyficzne zaburzenia artykulacji) charakteryzuje się trudnościami w nabywaniu kompetencji językowej, w generowaniu i percepcji mowy, które powodują błędy zarówno pod względem liczby, jak i rodzajów popełnianych błędów mowy lub ogólnej jakości produkcji mowy. Zaburzenia tego rodzaju wykraczają poza granice normalnej odmienności oczekiwanej ze względu na wiek i poziom funkcjonowania intelektualnego, co skutkuje zmniejszonym rozumieniem mowy jednostki i znacząco wpływa na jej komunikację. Trudności pojawiają się we wczesnym okresie rozwoju i nie mogą być wyjaśnione przez zmiany społeczne, kulturowe czy środowiskowe. Dodatkowo zaburzenia mowy nie są w pełni wyjaśnione przez upośledzenie słuchu lub nieprawidłowości strukturalne czy neurologiczne (<https://icd.who.int/en/>).
- Rozwojowe zaburzenie płynności mowy (6A01.1) (ang. *developmental speech fluency disorder*; w polskiej terminologii – jąkanie wczesnodziecięce) charakteryzuje się uporczywym, częstym lub wszechobecnym zaburzeniem rytmicznego przepływu mowy, który pojawia się w okresie rozwoju. Wykracza ono poza granice standardowego odchylenia oszacowanego dla danego wieku oraz poziomu funkcjonowania intelektualnego. Prowadzi do ograniczenia zrozumiałości i znacząco wpływa na komunikację. Może obejmować powtórzenia dźwięków, sylab lub słów, przedłużanie wypowiedzi, stosowanie przerw w słowach, blokowanie produkcji słownej, nadmierne używanie wtrąceń i szybkie, krótkie wybuchy mowy (<https://icd.who.int/en/>).
- Rozwojowe zaburzenie języka (6A01.2) (ang. DLD – Developmental Language Disorder; w polskiej terminologii – rozwojowe zaburzenia językowe) charakteryzuje się utrzymującymi się trudnościami w nabywaniu, zrozumieniu, produkcji lub używaniu języka (mówionego bądź pisanego). Pojawia się w okresie rozwojowym, zazwyczaj we wczesnym dzieciństwie. Powoduje znaczne ograniczenia zdolności komunikowania się jednostki. Zdolność rozumienia, produkcji czy też używania języka jest znacznie poniżej oczekiwanego poziomu, biorąc pod uwagę wiek i poziom funkcjonowania intelektualnego danej osoby. Deficyty językowe nie są uzasadnione innym zaburzeniem neurorozwojowym lub zaburzeniami czuciowymi czy danym stanem neurologicznym, w tym skutkami uszkodzenia mózgu lub infekcji (<https://icd.who.int/en/>).
- Rozwojowe zaburzenie języka z zaburzeniem języka recepcyjnego i ekspresyjnego (6A01.20) (ang. *developmental language disorder with impairment of receptive and expressive language*; w polskiej terminologii – rozwojowe zaburzenie języka – postać mieszana, recepcyjno-ekspresyjna) charakteryzuje się uporczywymi trudnościami w nabywaniu, rozumie-

niu, produkcji i używaniu języka. Pojawia się już w okresie rozwojowym, zazwyczaj we wczesnym dzieciństwie, powodując znaczne ograniczenia zdolności komunikowania się jednostki. Zdolność rozumienia języka mówionego lub pisanego (tj. języka receptywnego) jest znacznie poniżej oczekiwanego poziomu, biorąc pod uwagę wiek i poziom funkcjonowania intelektualnego danej osoby. Zaburzeniu temu towarzyszy uporczywe upośledzenie zdolności do produkcji i używania języka mówionego lub pisanego (tj. języka ekspresyjnego) (<https://icd.who.int/en/>).

- Rozwojowe zaburzenie języka z zaburzeniem głównie języka ekspresyjnego (6A01.21) (ang. *developmental language disorder with impairment of mainly expressive language*; w polskiej terminologii – rozwojowe zaburzenie języka – postać ekspresywna) charakteryzuje się uporczywymi trudnościami w nabywaniu, produkcji i używaniu języka. Pojawia się w okresie rozwojowym, zazwyczaj we wczesnym dzieciństwie, powodując znaczne ograniczenia zdolności komunikowania się jednostki. Zdolność do tworzenia i używania języka mówionego lub pisanego (tj. języka ekspresyjnego) jest znacznie poniżej oczekiwanego poziomu, biorąc pod uwagę wiek i poziom funkcjonowania intelektualnego danej osoby, jednakże zdolność rozumienia języka mówionego lub pisanego (tj. języka receptywnego) jest stosunkowo nienaruszona (<https://icd.who.int/en/>).
- Rozwojowe zaburzenie języka z zaburzeniem głównie języka pragmatycznego (6A01.22) (ang. *developmental language disorder with impairment of mainly pragmatic language*; w polskiej terminologii – rozwojowe zaburzenia języka, zaburzenia wyższego rzędu; zaburzenia semantyczne i pragmatyczne) charakteryzuje się uporczywymi i wyraźnymi trudnościami ze zrozumieniem i używaniem języka w kontekstach społecznych, na przykład trudności z wnioskowaniem, rozumieniem humoru werbalnego i rozumieniem niejednoznacznych treści. Pojawiają się one w okresie rozwojowym, zazwyczaj we wczesnym dzieciństwie, i powodują znaczne ograniczenia zdolności do komunikowania się jednostki. Pragmatyczne zdolności językowe są znacznie poniżej oczekiwanego poziomu, biorąc pod uwagę wiek i poziom funkcjonowania intelektualnego jednostki. Jednakże pozostałe komponenty języka receptywnego i ekspresyjnego są stosunkowo nienaruszone. Kategorii tej nie należy stosować, jeśli pragmatyczne upośledzenie języka może być stosowniej wyjaśnione przez zaburzenia ze spektrum autyzmu lub upośledzenia innych elementów języka receptywnego bądź ekspresyjnego (<https://icd.who.int/en/>).
- Rozwojowe zaburzenie języka, z innymi określonymi zaburzeniami językowymi (6A01.23) (ang. *developmental language disorder, with other specified language impairment*); w polskiej terminologii – inne, nieokreślone zaburzenia rozwoju językowego; charakteryzuje się utrzymujący-

mi się trudnościami w nabywaniu, zrozumieniu, produkcji lub używaniu języka (mówionego lub pisanego). Pojawia się w okresie rozwojowym i powoduje znaczne ograniczenia zdolności do komunikowania się jednostki. Ponadto wzór specyficznych deficytów w umiejętnościach językowych nie jest odpowiednio oddany przez żadną z pozostałych kategorii rozwojowych zaburzeń językowych (<https://icd.who.int/en/>).

Dodatkowo wyróżniono: inne określone rozwojowe zaburzenia mowy lub języka (6A01.Y) oraz rozwojowe zaburzenia mowy lub języka, nieokreślone (6A01.Z) (<https://icd.who.int/en/>). Te dwie kategorie odpowiadają prawdopodobnie ujętym w ICD-10 (1996) zaburzeniom rozwoju mowy i języka, nieokreślonym (F80.9).

Przedstawiona w ICD-11 (2019) terminologia zaburzeń różni się od zawartej w ICD-10 (1996). Wprowadzenie tylu istotnych zmian może skutkować powstaniem kolejnych trudności w ocenie i diagnozowaniu tych zjawisk. Przykładem nowego podejścia teoretycznego, zmian w nazewnictwie i klasyfikacji zaburzeń neurorozwojowych w ICD-11 mogą być autyzm i zespół Aspergera. W miejsce tych dwóch jednostek diagnostycznych powstała jedna główna kategoria – zaburzenia ze spektrum autyzmu, którą opisano w 7 różnych wariantach, uwzględniając poziom procesów poznawczych, głównie intelektu i języka, co ukazuje niżej przytoczony fragment klasyfikacji ICD-11:

- 6A02 Zaburzenia ze spektrum autyzmu;
- 6A02.0 Zaburzenie ze spektrum autyzmu bez upośledzenia rozwoju intelektualnego i z łagodnym upośledzeniem lub bez upośledzenia funkcjonalnego języka;
- 6A02.1 Zaburzenie ze spektrum autyzmu z upośledzeniem rozwoju intelektualnego i z łagodnym upośledzeniem lub bez upośledzenia funkcjonalnego języka;
- 6A02.2 Zaburzenie ze spektrum autyzmu bez upośledzenia rozwoju intelektualnego i z upośledzonym językiem funkcjonalnym;
- 6A02.3 Zaburzenie ze spektrum autyzmu z upośledzeniem rozwoju intelektualnego i z upośledzonym językiem funkcjonalnym;
- 6A02.4 Zaburzenie ze spektrum autyzmu bez upośledzenia rozwoju intelektualnego i z brakiem języka funkcjonalnego;
- 6A02.5 Zaburzenie ze spektrum autyzmu z upośledzeniem rozwoju intelektualnego i z brakiem języka funkcjonalnego;
- 6A02.Y Inne zaburzenia ze spektrum autyzmu;
- 6A02.Z Zaburzenie ze spektrum autyzmu, nieokreślone (<https://www.pomocautyzm.org/icd-11-autyzm>).

W tabeli 2 zestawiono nazwy różnych form zaburzeń neurorozwojowych stosowane w kolejnych edycjach ICD, DSM i w literaturze polskiej.

Tabela 2. Zmiany w obszarze nazewnictwa zaburzeń rozwoju psychicznego dokonywane w kolejnych edycjach międzynarodowych klasyfikacji medycznych DSM i ICD. Odniesienie nazw stosowanych w literaturze o zasięgu światowym do polskiej terminologii

Terminologia polska	DSM IV/TR	DSM 5	ICD-10	ICD-11
Zaburzenia rozwoju psychicznego/zaburzenia rozwojowe/zaburzenia neurorozwojowe	Zaburzenia psychiczne rozpoczynające się zwykle w dzieciństwie lub w wieku młodzieńczym	Zaburzenia neurorozwojowe	Zaburzenia rozwoju psychicznego (psychologicznego)	Zaburzenia neurorozwojowe (6A 0)
I. Specyficzne zaburzenia rozwoju mowy i języka (syn.: zaburzenia rozwoju języka; pierwotne zaburzenia rozwoju językowego)	I. Zaburzenia komunikacji	I. Zaburzenia komunikacji	I. Specyficzne zaburzenia rozwoju mowy i języka (F80)	I. Rozwojowe zaburzenia mowy lub języka (6A 01)
Specyficzne zaburzenia artykulacji (syn.: dyslalia centralna, ośrodkowa; zaburzenia fonologiczne)	Zaburzenia fonologiczne (315.39)	Zaburzenia tworzenia dźwięków mowy (315.33)	Specyficzne zaburzenia artykulacji (F80.0)	Rozwojowe zaburzenie brzmienia mowy (6A01.0) Obejmuje: – zaburzenia artykulacji
Rozwojowe zaburzenia języka	_____	Zaburzenia językowe (315.32)	_____	Rozwojowe zaburzenie języka (6A01.2)
– Rozwojowe zaburzenie języka, postać recepcyjno-ekspresyjna	Połączone recepcyjno-ekspresyjne zaburzenia mowy i języka (315.32) – (DSM-IV2TR) Mieszane zaburzenie ekspresji i rozumienia języka (315.32)	_____	– Zaburzenia rozumienia mowy (F80.2)	– Rozwojowe zaburzenie języka z zaburzeniem języka recepcyjnego i ekspresyjnego (6A01.20)

Tabela 2, cd.

– Rozwojowe zaburzenie języka – postać ekspresyjna	Zaburzenia ekspresji językowej (315.31)	_____	– Zaburzenie ekspresji mowy (F80.1)	– Rozwojowe zaburzenie języka z zaburzeniem głównie języka ekspresyjnego (6A01.21)
– Rozwojowe zaburzenie języka typ: zaburzenia wyższego rzędu; zaburzenia semantyczne i pragmatyczne	_____	Zaburzenia komunikacji społecznej (315.39)	_____	Rozwojowe zaburzenie języka z zaburzeniem głównie języka pragmatycznego (6A01.22)
Inne, nieokreślone zaburzenia rozwoju językowego	_____	_____	_____	Rozwojowe zaburzenie językowe z innymi określonymi zaburzeniami językowymi (6A01.23)
Jąkanie wczesnodziecięce	Jąkanie się (307.0)	Zaburzenia płynności o początku w dzieciństwie (jąkanie się) (315.35)	Jąkanie (zacinanie się) (F 98.5)	Rozwojowe zaburzenie płynności mowy (6A01.1)
II. Rozległe (globalne, całościowe) zaburzenia rozwojowe	II. Całościowe zaburzenia rozwojowe	II. Całościowe opóźnienie neurorozwojowe (315.8)	II. Całościowe zaburzenia rozwojowe (F84)	II. Zaburzenia neurorozwojowe (6A0)
Autyzm	Zaburzenie autystyczne (299.0)	Zaburzenia należące do spektrum autyzmu (299.00)	Autyzm dziecięcy (F84.0) Autyzm atypowy (F84.1)	Zaburzenia ze spektrum autyzmu (6A02)
Specyficzne zaburzenia w nauce czytania i pisania (dysleksja rozwojowa)	Zaburzenia uczenia się (315.2/4/9)	Specyficzne zaburzenia uczenia się (315.00/2/1)	Zaburzenia rozwoju umiejętności szkolnych (F81)	Rozwojowe zaburzenie uczenia się (6A03)

Tabela 2, cd.

III. Zaburzenia rozwoju motorycznego	III. Zaburzenia sprawności ruchowej Rozwojowe zaburzenia koordynacji (315.4)	III. Rozwojowe zaburzenie koordynacji (315.4)	III. Specyficzne zaburzenia rozwoju funkcji motorycznych (F82)	III. Rozwojowe zaburzenie koordynacji motorycznej (6A04)
IV. Złożone, sprzężone zaburzenia rozwojowe	_____	IV. Inne określone zaburzenia neurorozwojowe (315.8)	IV. Mieszane, specyficzne zaburzenia rozwojowe (F83)	_____
V. Zaburzenia w funkcjonowaniu emocjonalnym i społecznym	V. Inne zaburzenia niemowlęctwa, wieku dziecięcego i adolescencji	V. Zaburzenia lękowe	V. Zaburzenia zachowania i emocji	V. Zaburzenia związane z lękiem lub strachem
Mutyzm	Mutyzm wybiórczy (313.23)	Mutyzm wybiórczy (312.23)	Mutyzm wybiórczy (F94.0)	Mutyzm wybiórczy (6B06)
_____	_____	_____	Inne zaburzenia rozwoju mowy i języka (F80.8)	Inne określone rozwojowe zaburzenia mowy lub języka (6A01.Y)
VI. Nieokreślone zaburzenia komunikacji	VI. Zaburzenia komunikacji NOI (307.9)	VI. Nieokreślone zaburzenia komunikacji (307.9)	VI. Zaburzenia rozwoju mowy i języka, nieokreślone (F80.9)	VI. Rozwojowe zaburzenia mowy lub języka, nieokreślone (6A01.Z)

Źródło: Grażyna Jastrzębowska, Elżbieta Działuk: na podstawie danych zamieszczonych na stronie Światowej Organizacji Zdrowia <https://icd.who.int/en/> (WHO, 2019) oraz publikacji *Logopedia – pytania i odpowiedzi. Podręcznik akademicki*, red. T. Gałkowski, G. Jastrzębowska, wyd. I, 1999, s. 354–358.

Podsumowując: zależność i wzajemne przenikanie się zaburzeń rozwoju psychicznego, a w efekcie ich wielopostaciowość, potęgują trudność oceny tych zjawisk. W XXI wieku zaczęto je postrzegać holistycznie, z różnych perspektyw teoretycznych, co odzwierciedlają zmiany w nowych edycjach klasyfikacji ICD i DSM, w których wyraźnie zaznacza się trend odchodzenia od tworzenia kolejnych jednostek nozologicznych w kierunku nazw opisowych. Dokonane w nich zmiany dotyczą nie tylko nazewnictwa, lecz również standardów postępowania diagnostycznego.

BIBLIOGRAFIA

- Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition*, 1994, American Psychiatric Association, Washington.
- Kryteria Diagnostyczne w DSM-5*, 2015, Desk Reference, Wrocław.
- Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (fifth edition) – DSM-V*, 2013, American Psychiatric Association, Waszyngton.
- Banach E., Cybulski M., Krajewska-Kulać E., 2015, *Profilaktyka wad wymowy u dzieci do siódmego roku życia*, „Hygeia Public Health”, 50 (4), s. 566–571.
- Bee H., 2004, *Psychologia rozwoju człowieka*, Poznań.
- Działuk E., 2019, *Zaburzenia językowe w świetle obowiązujących klasyfikacji międzynarodowych DSM i ICD*, (nieopublikowana praca dyplomowa napisana pod kierunkiem G. Jastrzębowskiej w Podyplomowym Studium Logopedycznym UO), Opole.
- Filip A., Skoczek A., 2016, *Specyficzne zaburzenia rozwoju mowy i języka u dzieci – krótki przegląd problematyki terminologicznej, badawczej, diagnostycznej i terapeutycznej*, „Forum Logopedyczne”, 24, s. 11–31.
- Gałecki P., Świącicki Ł., 2015, *Kryteria diagnostyczne DSM-5, Desk Reference*, Wrocław.
- Grabias S., 1991, *Logopedia, jej przedmiot i stopień zaawansowania refleksji metanaukowej*, [w:] *Przedmiot logopedii*, red. S. Grabias, Lublin, s. 26–48.
- Grabias S., 1997, *Mowa i jej zaburzenia*, „Audiofonologia”, 10, s. 9–36.
- Jastrzębowska G., 1999, *Zaburzenia komunikacji językowej u dzieci w świetle kategoryzacji międzynarodowych (ICD-10 i DSM-IV)*, [w:] *Logopedia. Pytania i odpowiedzi. Podręcznik akademicki*, wyd. 1, red. T. Gałkowski, G. Jastrzębowska, Opole, s. 352–365.
- Jastrzębowska G., 2003, *Zaburzenia komunikacji językowej u dzieci w świetle kategoryzacji międzynarodowych (ICD-10 i DSM-IV)*, [w:] *Logopedia. Pytania i odpowiedzi. Podręcznik akademicki*, wyd. 2, t. 2, *Zaburzenia komunikacji językowej u dzieci i osób dorosłych*, red. T. Gałkowski, G. Jastrzębowska, Opole, s. 66–79.
- Jastrzębowska G., 2005, *Zaburzenia rozwoju mowy i języka – terminologia i kategoryzacje stosowane w krajach zachodnich*, [w:] *Podstawy neurologopedii. Podręcznik akademicki*, red. T. Gałkowski, E. Szelać, G. Jastrzębowska, Opole, s. 343–359.
- Jastrzębowska G., 2013, *Kilka refleksji o polskiej terminologii logopedycznej*, [w:] *Język – Człowiek – Społeczeństwo*, red. J. Panasiuk, T. Woźniak, Lublin, s. 377–394.
- Jastrzębowska G., 2016, *Co utrudnia opis logopedycznych zjawisk? Od głuchoniemoty, afazji, wrodzonej alalii do specyficznego zaburzenia językowego (SLI)*, „Stylistyka”, XXV, s. 543–554.
- Jastrzębowska G., 2017, *SLI – ujęcia teoretyczne, historia i kierunki badań*, [w:] *Neuropsychologia, neurologopedia i neurolingwistyka: in honorem Maria Pąchalska*, red. G. Jastrzębowska, J. Góral-Półrola, A. Kozolub, Opole.
- Kenney M.K., Kogan M.D., 2011, *Special needs children with speech and hearing difficulties: prevalence and unmet needs*, „Acad Pediatr”, 11 (2), s. 152–160.
- Kitlińska-Król M., 2011, *Opieka logopedyczna nad mową dziecka*, Dąbrowa Górnicza, s. 11–23.
- Międzynarodowa Statystyczna Klasyfikacja Chorób i Problemów Zdrowotnych. Rewizja dziesiąta*, 1998, *Klasyfikacja zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania w ICD-10. Badawcze kryteria diagnostyczne*, Kraków–Warszawa.
- Klasyfikacja zaburzeń psychicznych i zaburzeń zachowania w ICD-10. Opisy kliniczne i wskazówki diagnostyczne, ICD-10, V rozdział*, 2000, red. przekładu S. Pużyński, J. Wciórka, Kraków–Warszawa.
- Pużyński S., 2007, *Choroba psychiczna – Problemy z definicją oraz miejscem w diagnostyce i regulacjach prawnych*, „Psychiatria Polska” 2007, t. XLI, 3, s. 299–308.

- Wciórka J., 2008, *Kryteria diagnostyczne według DSM-IV-TR*, Wrocław.
- International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems. ICD-11, 2019, World Health Organization; MMS, 04/2019 – <https://icd.who.int/en/>
- WHO wprowadza nową klasyfikację chorób ICD 11. (n.d.). Retrieved from <https://www.politykazdrowotna.com/33435,who-wprowadza-nowa-klasyfikacje-chorob-icd-11>.
- World Health Organization, 2018, *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems* (11th Revision). Retrieved from <https://icd.who.int/en/>.
- Statistics on Voice, Speech, and Language* (11.04.2019). Retrieved from: <http://www.nidcd.nih.gov/health/statistics/pages/vsl.aspx>.