

376.4

Z 91



Aprobată de Senatul Universității Pedagogice de Stat "I. Creangă" 28.09.2017

Aprobată la ședința catedrei "Asistență Socială",
UPS "I. Creangă" din 13.09.2017

(recomandată instituțiilor universitare, preuniversitare,
specialiștilor serviciilor psihologice, medicale și juridice).

Coordonatori:

Silistrari Nicolae, dr. habilitat, Universitatea din Tiraspol.

Recenzent științific:

Vîrlan Maria, dr. conferențiar, UPS "I. Creangă";

DESCRIEREA CIP A CAMEREI NAȚIONALE A
CĂRȚII

Zubenschi Ecaterina

**Aspectele clasificării și incluziunii școlare a
copiilor cu tulburări intelectuale** / Ecaterina

Zubenschi; coord.: Silistrari Nicolae. – Chișinău : S. n.,
2017 (Tipogr. UPS "Ion Creangă") – Monografie didactică.

– **ISBN 978-9975-46-345-4.**

161 p. : tab. – Bibliogr.: p. 154-161 (66 tit.). – 100 ex. –

376.4

Z 91

© Zubenschi Ecaterina

© Prefață

© Coperta

CUPRINS:

INTRODUCERE.....	5
I. CONSIDERAȚII TERMINOLOGICE ÎN CERCETAREA INTELIGENȚEI.....	13
1.1. Contribuția unor autori în cercetarea, inteligenței copiilor cu tulburări intelectuale.....	13
1.2. Accepțiuni terminologice în definirea și diagnosticarea deficiențelor intelectuale	33
1.3. Terminologia tulburărilor intelectuale în clasificarea internațională ISD și DSM.....	50
II. CLASIFICAREA INTERNAȚIONALĂ A TULBURĂRILOR INTELECTUALE	69
II.1. Tulburările intelectuale la copii și adolescenți în versiunea ISD-10, DSM-IV, DSM-V.....	69
II.2. Manifestări comportamentale ale grupurilor de copii cu tulburări de conduită și emoționale	122
II.3. Teorii explicative privind etiologia tulburărilor de comportament și emoționale.....	132
II.4. Conceptul de cerințe educaționale speciale (CES), din perspectiva educației copiilor cu tulburări psihice.....	143
II.5. Problemele incluziunii școlare a copiilor cu tulburări emoționale și de comportament.....	147
BIBLIOGRAFIE.....	150

LISTA ABREVIERILOR

ADD – Attention Deficit Disorder without Hyperactivity (Deficit de Atenție fără Hiperactivitate)

ADD/H – Attention Deficit Disorder with Hyperactivity (Deficit de Atenție cu Hiperactivitate)

ADHD – Attention Deficit Hyperactivity Disorder (Hiperactivitate cu Deficit de Atenție) sau **THDA** - tulburarea hiperkinetică cu deficit de atenție (ADHD); **HKS** – sindrom hiperchinet, în germană - Aufmerksamkeits-Defizit-Hyperaktivitäts-Störung/ Hyperkinetisches Syndrom – HKS

ADHD-C – ADHD combinat

CIF - Clasificarea Internațională a Funcționării, Dizabilității și Sănătății (CIF), document elaborat de Organizația Mondială a Sănătății, Geneva, 2001

DSM - Manualul Diagnostic și Statistic al Asociației Americane de Psihiatrie

ICD - Clasificarea Statistică Internațională a Bolilor a Organizației Mondiale a Sănătății

OMS - Organizația Mondială a Sănătății

SNC – sistemul nervos central

T – Tulburare (T)

TDP - tulburările de dezvoltare pervasivă (tulburare autistă);

TOP – tulburare organică de personalitate

TPO - tulburare psihică de natură organică

UNESCO – Organizația Națiunilor Unite pentru Educație, Știință și Cultură

UNICEF – Fondul Națiunilor Unite pentru Copii

INTRODUCERE

Statistica internațională relevă, că la nivel mondial, 18% din populație au probleme psiho-emoționale, care pot evolua în maladii mintale, risc de agresivitate, delicvență, viol, crimă. 1:4 dintre oameni suferă de depresie, 70% dintre ei au gânduri suicidare. Studiile de prevalență indică între 5% și 15%. Raportul masculin:feminin este de 4:1 până la 12:1.

Cauzele apariției tulburărilor comportamentale și emoționale sunt extrem de numeroase, de variate și complexe. Ele pot fi grupate în mai multe categorii mari: - boli neorganice; - boli organice; - boli psihice ale minorilor.

În corespundere cu CIM și DSM, tulburările comportamentale și emoționale, de etiologie (organică sau neorganică), sunt clasate în categoria bolilor psihice. Tulburările comportamentale sunt forme de dezechilibru psihic, cu tulburări în sfera emoțional-volitivă, ca urmare a unei leziuni cerebrale pre- sau post-natale, a unor structuri psihice morbide de natură sociogenă (N. Bucun, 2016)[9].

Aceste tulburări sunt abateri de la normele stării de sănătate și de la normele morale, cu daune resimțite în raporturile sociale normale. Tulburările emoționale, spre deosebire de cele comportamentale nu prezintă tulburări organice, fiind învățate într-un climat familial needucogen. La nivel emoțional, acești copii manifestă neîncredere, impulsivitate, egocentrism, intoleranță, mânie, hiperemotivitate, instabilitate, iritabilitate, negativism, minciună, lipsa milei, înțelegerii, respectului, ostilitate, agresivitate. Performanțe școlare sunt foarte inegale. Circa 20% din copiii cu deficit de atenție/hiperactivitate prezintă și o formă de tulburare de învățare. 33% din copiii cu deficit de atenție/hiperactivitate prezintă și o anumită tulburare de comportament[17].

Înclinația către violență corelează cu abuzul infantil, violența familială, alcoolism și semne de psihopatologie gravă (de ex., paranoie și deficite cognitive sau deficite neurologice subtile).

Copiii cu tulburări comportamentale și emoționale asociate cu deficiențe mintale severe, în marea majoritate a statelor sunt indicați pentru educația în sistemul special de învățământ. Aceștia, reprezintă 2,5% (Germania, Israel, Rusia, republicile Baltice) 5-10% (Franța) dintr-o populație școlară, în vreme ce alte categorii de copii cu CES (indicați pentru sistemul general de învățământ) variază între 10-20% din populația școlară (SUA, Marea Britanie, Danemarca), în dependență de politicile educaționale față de problema dată.

Marea majoritate a copiilor cu tulburări comportamentale și emoționale adesea coexistă cu ADHD și cu tulburările de învățare și comunicare. Adeseori pot avea tulburări asociate: deficiențe fizice și senzoriale, reținere în dezvoltarea prihică, dizabilitate mitală, încadrându-se în categoria de copii cu CES [19].

Unul din mijloacele de normalizare este incluziunea în școala de cultură generală, un prim pas către integrarea socială. În acest scop au fost elaborate mai multe acte normative (Convenția ONU privind Drepturile Persoanelor cu Dizabilități, Convenția ONU cu privire la Drepturile Copilului, Declarația Conferinței Mondiale de la Jomtien-1990, Declarația de la Salamanca-1994, Forumul Mondial al Educației de la Dakar - 2000), care recomandă oferirea șanselor egale de educație tuturor copiilor, accesul copiilor excluși și/sau marginalizați la sistemul de educație general, ratificate, de majoritatea statelor [20].

Aprobarea de către Guvernul Republicii Moldova a Programului de Dezvoltare a Educației Incluzive în Republica Moldova pentru anii 2011 – 2020 reprezintă o asumare a responsabilității, la nivel de autoritate statală, de a asigura promovarea incluziunii educaționale pe plan național și local.

În conformitate cu Programul dat, educația incluzivă presupune o nouă orientare educativă, bazată pe cooperare, parteneriat, educație socială și pe valorizarea relațiilor interpersonale.

Educația incluzivă presupune extinderea misiunii instituției de învățământ de a satisface nevoile mării diversități de copii într-un mediu comun de învățare.

Cunoașterea dinamicii dezvoltării copiilor în diverse condiții deschide noi, soluții de creare a mijloacelor optime pentru incluziune, instruire, educație au fost oglindite în cercetările întreprinse de Bucun N., 2016[9]; Savca L., (2011),[64] Racu I., 2016[55], Racu A., Racu S., 2014[56]; Zubenschi E. [76], Binet A., Simon Th. (1908), [5], Bândilă A., Rusu C., [7], Burt, S. A., Klump K. L., Kashy D. A., Gorman-Smith D., and Neiderhiser J. M.,[10], Chiva M., Rutschmann Y.,[11], Dool E. A., 2015[18], Dupre E.,[19], Gelder M., Gath D., Mayou R., [22], Golu P., 1985[23], Gorgos C. [24], Harold I. Kaplan, Benjamin J. Sadock, 2002[25] Ionescu S., Radu V., 1973[28], Kanner L., 2011[29], Kulsar T., 1979[31], Kupfer D.J., [32], Preda V., 1992[53], Perron R., 1879 [54], Radu Gh., 1992[56], [57], Tredgold A. F., [68], Verza E., 1987[70]; Vrașmaș E., 2016 [71], Zazo R., 1979[13], Выготский Л., 1983 [69], Певзнер М. С., Лебединская К. С., 1979[50], Лебединский В. В.,[34] Рубинштейн С. И., 1970 [59], Лурия А. Р., [38], Диачков А. И. [17], Моргачёва Е.Н., 2017[39] etc.

Câmpul de acțiune al incluziunii școlare a copiilor cu tulburări comportamentale și emoționale, se bazează pe experiența științifico-practică de educație, situându-se între studierea normalului și patologicului.

Pentru a identifica necesitățile educaționale, nivelul cognitiv, posibilitățile acestor copii și a le proiecta dezvoltarea, acțiunea educației incluzive pornește de la cunoașterea individuală a fiecărui copil în parte: anamneză, diagnoză, orientarea școlară, complexul terapeutic educațional, servicii asistențiale.

Complexul terapeutic constă în administrarea unui ansamblu de intervenții pedagogice, psihologice, medicale sau sociale multidisciplinare, determinate de investigațiile clinice și de elementele de evaluare socio-psiho-pedagogice.

Astfel, necesitatea colaborării permanente și multilaterale între procesul de incluziune psihopedagogică școlară și socială, între medicină, sociologie, asistență socială, se manifestă cu pregnanță, încă din faza diagnosticului și definirii tulburării concrete.

Diversitatea categoriilor de copii cu tulburări comportamentale și emoționale, tipurilor și gradelor de aptitudini, posibilități de învățare, impune cunoașterea problemelor cu care se confruntă acești copii, în procesul de incluziune școlară, găsirea și adoptarea unor criterii riguroase, științifice de diagnostic și de intervenție multidisciplinară (a psihopedagogului, medicului, asistentului social, familiei, comunității).

Cu toate aceste orientări, în experiența pedagogică de educație a copiilor cu tulburări comportamentale și emoționale se remarcă o diversitate de probleme sociale și asistențiale nesoluționate, care distorsionează procesul de incluziune, reușita școlară, influențând negativ viitorul și soarta de mai departe a acestor copii, care decăzând din sistemul de educație aderă la diferite grupuri și structurii infracționale criminogene, devenind astfel o problemă socială majoră pentru societate.

Criteriile de diferențiere ale unui comportament normal față de un comportament deviant diferă foarte mult de la o cultură la alta, de la o epocă la alta. În literatura de specialitate, în afara termenului de "tulburare de comportament" (adoptat de Comisia de Nomenclatură a Congresului Mondial de Psihiatrie Infantilă din 1950), există numeroase alte denumiri folosite pentru a desemna aceeași realitate. Yonbrel vorbește despre "copilul rău", Wallon "copilul turbulent", Beaujean "copilul revoltat", Lafon "inadaptare juvenilă", copil cu dizabilitate, copil vulnerabil etc. (Harold I. Kaplan, Benjamin J. Sadock, 2002) [25].

A opera cu termenii doar de dragul jocului de cuvinte (ne place sau nu, un termen sau altul), înseamnă a pune în primejdie soarta copilului (Mac Milan, 1982) [25].

Situația dată, amplifică creșterea agresivității, ratei de abandon școlar, devianței, delincvenței, criminalității juvenile, ducând la o risipă a cheltuielilor statului pentru combaterea acestor fenomene, oferirea serviciilor asistențiale pentru recuperarea și întreținerea acestor persoane [19].

Sintagma ”copil cu CES”, nu poate fi abordată numai dintr-un singur punct de vedere. Este necesar să se țină seama că ea este extrem de polimorfă în ce privește caracteristicile individuale genotipice, etiologice, neurofiziologice, psihometrice și prognostice.

Tulburările emoționale sunt descrise uneori ca tulburări de internalizare; care pornesc de la ideile anterioare despre „stres”, ca retrăire lăuntrică (interiorizată), care duce la anxietate, teamă, suferință, durere în abdomen etc.

Analogic, tulburările distructive de comportament, sunt descrise similar ca tulburări de externalizare, având în vedere faptul că „stresul” poate fi, de asemenea, exprimat în exterior (exteriorizat), ducând la manifestări distructive, agresive, sau comportamente antisociale, care lezează liniștea, sănătatea și bunăstarea persoanele din jur. [53].

Marea majoritate a copiilor cu tulburări emoționale și de comportament sunt copii cu CES, indicați pentru incluziunea în sistemul general de învățământ. Succesul incluziunii școlare a copiilor cu tulburări emoționale și comportamentale în sistemul general de învățământ, constituie o directivă proritară a politicilor contemporane ale Uniunii Europene, în care se promovează respectarea drepturilor copiilor cu CES, la educație (dreptul de a învăța în acea instituție, care le va promova dezvoltarea, le va oferi posibilitatea să ducă în viitor o viață independentă), dreptul la profesie, dreptul la muncă, bunăstare socială.

Complexul de manifestări specifice tulburărilor emoționale și de comportament, apar și se dezvoltă mai frecvent în mediul școlii de masă, iar intervenția specializată multidisciplinară depinde, în oricare context, de competența și experiența de lucru a cadrelor didactice cu această categorie de elevi, de competența părinților în a-și educa odraslele.

Este evident, că tulburările emoționale și de comportament se reprezintă ca o categorie specifică, care necesită anumite necesități educative speciale pentru ameliorare și depășire.

Tot odată, serviciile sociale multidisciplinare pentru acești copii, sînt insuficient dezvoltate, comparativ cu nevoia existentă. Acest fapt, lezează drepturile și afectează sănătatea psihică, agravând și mai mult deficiențele, care se pot exterioriza prin triple tulburări suprapuse: psihice, fizice, somatogene, ceea ce-i fac mai fragili și mai vulnerabili în situațiile de excluziune școlară și socială, dependenți de familie sau și de servicii sociale asistențiale specializate.

Prin urmare, cunoașterea problemelor cu care se confruntă această categorie de copii, pentru incluziunea și educația lor în școala generală, în condițiile cerințelor educaționale de învățare, constituie un imperativ necondiționat în accesul șanselor egale la bunurile sociale, obținute prin educație, protecție și suport asistențial multidisciplinar.

Incluziunea școlară a elevilor cu tulburări emoționale și de comportament constituie un proces complex, multiaspectual, individualizat, specific fiecărui copil în parte.

Cunoașterea problemelor sociale și asistențiale cu care se confruntă aceștia și modul de acordare a serviciilor asistențiale multidisciplinare, oferite acestor elevi, sunt imperative pentru îmbunătățirea procesului de incluziune școlară a lor.

Studiile existente relevă mai mult aspectele incluziunii școlare a copiilor cu dizabilități fizice și mentale și mai puțin a celor cu tulburări comportamentale și emoționale, care la fel se încadrează

în categoria de elevi cu cerințe educaționale speciale și care constituie o categorie imensă și complexă de copii, cu tulburări și manifestări diverse.

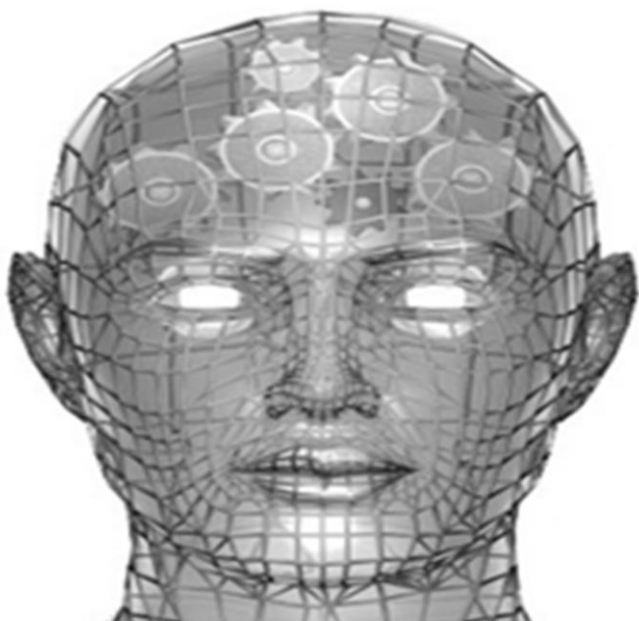
Adeseori, această categorie socială de elevi, sunt trecuți cu vederea, de a beneficia de condițiile cerințelor educaționale speciale, trebuind singuri să se confrunte cu tulburările care îi remarcă, fiind astfel privați de dreptul la sprijin și ghidare multidisciplinară, la o educație specială decentă, ceea ce le agravează și mai mult tulburările avute, sănătatea fizică și psihică, iar cu aceasta reușita școlară și socială.

Incompetența parentală în educația acestor copii, precum și veniturile insuficiente ale părinților, nu le permite acestor copii să beneficieze de o educație individualizată în cadrul școlilor private.

În același timp, elevii cu tulburări comportamentale și emoționale, decăzuți din sistemul educațional și asistențial, formează grupul de risc, candidați la nereușită, abandon școlar, consum de drog, delicvență.

Tot odată, foarte puține studii sunt, care relevă problema educației și pregătirii profesionale a copiilor cu tulburări comportamentale și emoționale, cerință indicată în politicile contemporane ale UE de incluziune școlară.

Sunt de părere, că studiul efectuat în această lucrare va contribui întrucâtva la necesitatea cunoașterii și asistenței multidisciplinare a acestor copii în aspect medical, psihopedagogic și social, îmbunătățind procesul de incluziune școlară a lor în sistemul școlar general, servind tot odată lăitmotiv pentru cadrele didactice și specialiștii asistențiali în înaintarea propunerilor de îmbunătățire a politicilor educaționale și asistențiale, ajustate la cerințele specifice ale acestei categorii numeroase de copii



AWARENESS
WELLNESS
THERAPY
BENEFITS
RISK
RESEARCH
WORRIED
GRIEF
STIGMA
RELATIONSHIPS
TRAUMA
IQ
POSTPARTUM
CRISIS
PSYCHOLOGY
SUICIDE
POST-TRAMATIC STR
PSYCHOLOGICAL
DEPRESSION
CLINICAL
HEALTH
EMOTIONS
DRUGS
ANOREXIA
OPTIMIST
BIPOLAR
STRESS
GRIEF
ANXIETY
GENETIC
PHOBIA
ATTITUDE
TREATMENT
COGNITIVE
SELF HARM

I. CONSIDERAȚII TERMINOLOGICE ÎN CERCETAREA INTELIGENȚEI.

I.1. Contribuția unor autori în cercetarea, inteligenței copiilor cu tulburări intelectuale.

Inteligența este un termen dificil de definit, și poate avea semnificații diferite pentru fiecare persoană în parte. Acest fapt a creat controverse de-a lungul istoriei, privind definirea unanimă a inteligenței și elaborarea unor metode singulare de măsurare a ei.

În forma cea mai simplă, inteligența este definită și cu sensul de abilitate mentală generală de a învăța și a aplica cunoștințele pentru a manipula mediul, capacitatea de a raționa și de a avea o gândire abstractă. Alte definiții ale inteligenței includ adaptabilitatea la mediu și la schimbările noului mediu, capacitatea de a evalua și de a judeca, capacitatea de a înțelege idei complexe, capacitatea de gândire originală și de producție, capacitatea de a învăța repede și din experiența proprie, capacitatea de a înțelege relațiile[44].

Ca dimensiune majoră a personalității, inteligența a reținut atenția omului din cele mai vechi timpuri. Platon, Aristotel, Toma d'Aquino, Descartes, Blaise Pascal, Adam Smith, Immanuel Kant, Charles Darwin, Hobbes, Gall, Claparède, Koehler, Bergson, Wallon și mulți alți reprezentativi ai științei și culturii universale au manifestat interes și au formulat teorii, modele interpretative și definiții în cercetarea inteligenței.

Primul care a realizat o abordare sistematică a inteligenței, a fost englezul **Sir Francis Galton** (1822-1911), savant polimat: inventator, geograf, explorator tropical, meteorolog, antropolog, eugenist, proto-genetician, psihometrician și statistician, fondator al psihologiei diferențiale, psihometriei și statisticii. Studiind un număr mare de personalități, ce aparțineau unor categorii socio-profesionale diverse, el a considerat inteligența ca fiind de natură ereditară,

deosebiriile dintre omul de geniu și omul de rând (normal, obișnuit) nefiind de natură (de calitate), ci doar de grad. Cu cât înzestrarea este mai proeminentă, cu atât numărul persoanelor care reprezintă aceste grade de înzestrare este mai mic. Mai mult chiar, autorul credea că oamenii de geniu sunt superiori persoanelor normale nu numai în privința inteligenței, ci și a însușirilor lor fizice.

În anul 1874 a realizat primul test standardizat de măsurare a inteligenței. El a presupus că inteligența unei persoane depinde în mare măsură de rasă, ereditate, dimensiunea craniului, conformația mușchilor etc., fiind influențată determinativ de educația, ocupația și statutul părinților, în dezvoltarea nivelului de inteligență la copil. Galton a fost primul, care a deschis calea în studiul sistematizat al inteligenței, propunând un instrument de evaluare riguroasă a acesteia[21].

Trei decenii mai târziu, psihologul francez, doctor în medicină și drept, **Alfred Binet** (1857-1911), fondator al primului laborator experimental de psihologie din Franța, la cererea Comisiei de Instrucție Publică de a găsi modalități de selecție și triere a copiilor cu arierații mintale, pentru a fi educați în învățământul specializat, observă lipsa unui consens privind **diferitele grade de arieratie** și caracterul subiectiv al evaluărilor psihiatrice. A. Binet elaborează un set de probe psihometrice pentru a cerceta la ce vârstă acestea sunt rezolvate de către copiii normali. Ca rezultat, elaborează și publică primul său test de inteligență bazat pe abilități lingvistice.

Împreună cu psihologul francez **Théodore Simon** (1873-1961), Binet construiește (1905) primul instrument psihodiagnostic practic „Scala metrică de inteligență” pentru măsurarea „proceselor superioare”, ale inteligenței, datele fiind cuantificabile. Modalitatea de examinare conținea sarcini asemănătoare celor întâlnite în viața reală a copiilor, fiind alcătuite din 30 de itemi, rezultatele cărora erau raportate la un coeficient de vârstă mentală comparate cu vârsta psihologică a subiectului investigat.

Probele testului (revizuite în anii 1908, 1911) puteau fi aplicate copiilor, cu probleme de învățare și de dezvoltare mentală (cu vârsta între 3-15 ani) [5].

I.1.Tabelul 1. Scala de inteligență Stanford-Binet, ediția a IV-a. Scorul standard al vârstei - Standard Age Score (SAS)		
Scor IQ	Calificativ	Administrarea Scalei de inteligență Stanford-Binet, ediția a IV-a ca și versiunile anterioare, au un caracter adaptativ, bazate pe abilitatea estimată a examenatului (în baza subtestului Vocabular). Binet a considerat că inteligența nu este o entitate fixă, ea poate fi mărită prin învățare.
IQ peste 132	Excepțional	
IQ =121-131	Superior	
IQ = 111-120	Peste medie	
IQ = 90-110	Media	
IQ = 80-89	Sub medie	
IQ = 70-79	Marginal	
IQ sub 69	Arierăți mental	

Psihologul și filosoful german **William Lewis Stern** (1871-1938), definește intelectul, ca fiind o capacitate generală de adaptare la noile condiții de trai. W. Stern elaborează o versiune a scalei de inteligență Binet-Simon, publicată (1912) în cartea sa “Metode Psihologice de testare a inteligenței”, în care lansează pentru prima dată conceptul și termenul coeficient de inteligență IQ (Intelligenzquotient), prezentat prin raportul dintre vârsta mentală și vârsta cronologică. Apare formula care s-a răspândit în toată lumea:

$$IQ = \frac{VM}{VC} \times 100, \text{ unde } VM = \text{vârsta mentală}; VC = \text{vârsta cronologică}$$

Psihologul american **Lewis Madison Terman** (1877 – 1956), de la Universitatea Stanford, traduce scala dezvoltării mentale a lui Binet - Simon", analog al testului modern IQ), **pentru diagnosticarea copiilor cu arierăție mentală** și în urma unor revizuirii îmbunătățite, apare în 1908 prima versiune a „Scalei de Inteligență Stanford-Binet”. În 1916, L. Terman, este primul, care, în calitate de indicator în testarea inteligenței, introduce criteriile noi în testare, conceptul de normă statistică a inteligenței, propunând pentru coeficientul de inteligență abrevierea IQ și înmulțirea cu 100 a acestuia pentru evitarea exprimării zecimale[11].

Norma a devenit criteriul, prin care a fost posibilă compararea și evaluarea indicatorilor individuali de testare, și interpretarea psihologică a acestora. Scala de Inteligență Stanford-Binet” era destinată copiilor cu vârstele cuprinse între 2,5 – 18 ani. Scala era alcătuită din sarcini diferite după graficul de dificultate, grupate în funcție de criteriile de vârstă. Pentru fiecare vârstă, indicatorul tipic de îndeplinire a sarcinilor, a fost luată performanța medie de 100, iar măsura statistică a dispersiei, abaterea valorilor individuale de la această medie (o) a fost de 16. Toate scorurile individuale ale testelor care se încadrau în intervalul respectiv $x \pm a$, între limitele cifrelor 84-116, erau considerate normale, în corespundere cu vârsta. Dacă scorul rezultatelor îndeplinite la test, depășeau norma de 116, copilul era considerat cu o inteligență dotată, iar dacă rezultatele erau sub 84 – deficient mintal.

Lewis Terman și alți psihologi americani au considerat că inteligența este o entitate fixă și ar trebui să fie măsurată parțial pentru a diferenția copiii cu inteligență scăzută (care urmau să fie instituționalizați în instituții speciale sau poate sterilizați), față de copiii cu inteligență normală, capabili de a obține performanțe în sistemul educațional general[13] .

I.1. Tabelul 2. Distribuția scorurilor Q.I. realizate de eșantionul folosit pentru standardizare, aplicat copiilor cuprinși cu vârstele între 1-18 ani, după autorii Lewis Terman și Maud Merrill .		
IQ Coeficient intelectual	Evaluare	Procentaj
IQ peste 180	Inteligență de geniu	
QI = 170-179	Inteligență aproape de geniu	
IQ=160-169	Inteligență excepțională	0,03
IQ=150-159	Inteligență superioară	0,2
IQ=140-149	Inteligență înaltă	1,1
IQ=130-139		3,1
IQ=120-129	Inteligență peste medie	8,2
IQ = 110-119	Inteligență medie	18,1
IQ=100-109	Inteligență normală	23,5

IQ=84-99		Inteligență aproape de normă	23,0
IQ=75-84	RDP	Inteligență sub normă	14,5
IQ=70-75	RDP	Inteligență de limită	5,6
IQ=60-69 (dullness)		Inteligență mărginită	2,0
IQ=52-59 (bordeline deficiencie)		Deficiență ușoară	0,4
IQ=40-52		Arierație mentală	0,2
IQ=30-39			0,03
IQ=21-29			0,02
IQ sub 20			0,01
Sursa: Andrian Luca. Psihodiagnoza aptitudinilor și Inteligenței. p. 161 http://www.academia.edu/6727374/78997390-Adrian-Luca-Psihodiagnoza-Aptitudinilor			

Testele au fost administrate nu numai copiilor, ci și respondenților infractori. Rezultatele testelor au demonstrat că jumătate dintre infractori aveau "mintea slabă".

În concluzie s-a presupus, că inteligența scăzută contribuie în mod direct la formarea comportamentului infracțional.

Lewis Terman, Taylor C. W., Howard Gardner, considerau supradotarea o trăsătură cu totul relativă, care nu depinde nici de perioada istorică și nici de situația culturală sau socio-economică. Ei menționau, că supradotații ca și acei cu un IQ sub medie, trebuie considerați ca fiind persoane cu nevoi speciale, tocmai pentru că sunt speciali. Pentru Terman (1925), esența inteligenței, a supradotării se găsește în gândirea logică și în judecată.

Charles Frédéric Kuhlmann (1803 – 1881) extinde versiunea: ”Scala de Inteligență Stanford-Binet” de la vârsta de 3 ani la cea de 3 luni (Scala Kuhlmann-Binet).

David Wechsler (1896-1981), psihiatru, psiholog și diagnostician, faimosul autor al testelor omonime, completează bateria de teste Stanford-Binet (concentrată pe abilitățile verbale) și dezvoltă măsurarea intelectului non-verbal. D. Wechsler definește inteligența ca pe o capacitate globală a individului de a acționa în vederea atingerii unui anumit scop, de a gândi rațional, de a face față

circumstanțelor vieții și de a se adapta eficient mediului în care trăiește[73].

Scala de inteligență Wechsler pentru adulți (Wechsler Adult Intelligence Scale - WAIS) a fost dezvoltată pentru prima dată în 1939 și a fost numită Wechsler-Bellevue Intelligence Test. Din acest test, în 1949, a fost extrasă scala de inteligență Wechsler pentru copii (Wechsler Intelligence Scale for Children - WISC), iar în 1967 scala de inteligență Wechsler pentru copiii preșcolari și de vârstă școlară mică (Wechsler Preschool and Primary Scale of Intelligence - WPPSI).

Scala de inteligență Wechsler-Bellevue urmărea atingerea mai multor obiective, cum ar fi: - testarea subiecților normali; - **testarea subiecților cu tulburări psihice (mentale)**, în plan lingvistic și senzo-motor; - **testarea tulburărilor clinice**; - **testarea tulburărilor de învățare**. Întâi se aplicau toate subtestele verbale și, apoi, în ordinea menționată, toate subtestele de performanță, alcătuind două scale.

I.1. Tabelul 3. Scala Wechsler de inteligență pentru copii, includea:	
a) 6 subteste verbale: 1. Informații; 2. Înțelegerea; 3. Aritmetică; 4. Similitudini; 5. Vocabular; 6. Memorarea cifrelor.	1. Scala verbală cu un IQ coeficient de inteligență verbală (Q.I.V.), derivat din suma scorurilor la toate cele 6 subteste. Valoarea corelației pentru copii (WISC-R), pentru preșcolari și școlarii mici - 78
b) 5 subteste de performanță: 1. Completarea imaginii 2. Aranjarea imaginii 3. Cuburi 4. Asamblarea obiectului 5. Codul	2. Scala de performanță cu un IQ coeficient de inteligență pentru performanță (Q.I.P.), derivat din suma scorurilor la toate cele 5 subteste de performanță. Valoarea corelației – 73 și 71
3. Scala globală , coeficientul de inteligență pentru întreaga scală (Q.I. Global), derivat din suma scorurilor la toate cele 11 subteste. Valoarea corelației – 83 și 80. Toți acești coeficienți au o medie = 100 și o deviație standard (SD) = 15.	

Metoda Wechsler, cu variantele ei, deși a fost supusă mai multor revizuiți, rămâne a fi cea mai actuală și populară metodă de testare IQ din Statele Unite.

I.1. Tabelul 4. Descrierea calitativă ale scorurilor la IQ WAIS-III		
Scorul IQ	Clasificare	Procentaj
130 și peste +	Excepțional	2,6
120 – 129	Superior	6,9
110 – 119	Medie înaltă	16,6
90 – 109	Medie	49,1
80 - 89	Sub medie	16,1
70 – 79	Intelect de limită	6,4
69 și sub	Arierație mentală	2,3

În 1940, David Weschsler scoate în evidență elementele intelectului și elementele non-intelectului (din care mai târziu, fiind studiate, se desprinde conceptul de inteligență emoțională – EQ Emotional Quotient sau Emotional Intelligence (EI), ambii termeni făcând referire la același lucru – gradul de inteligență emoțională sau de maturitate emoțională), sugerând ideia că existența componentelor afective ale inteligenței, determină un comportament inteligent și pot fi esențiale în atingerea succesului în viață. El menționează, că dacă observațiile realizate de el sunt corecte, aceasta ar însemna incapacitatea în a măsura inteligența integral până când testele nu vor include și măsurarea factorilor non-intelectuali. D. Wechsler (1949) a remarcat semnificația trăsăturilor specifice ale inteligenței în funcție de vârstă. El menționa, că la vârstă tânără, capacitatea prioritară o constituie abilitatea de a însuși și de a dobândi noi cunoștințe. La vârsta adultă principală este capacitatea de a folosi în mod adecvat experiența de viață.

Psihiatrul englez, A. F. Tredgold (1870-1952), menționa, că în diagnosticarea deficiențelor mintale, criteriul social este principal. Scopul diagnosticării este de a evalua nivelul de capacitate al persoanei de a se adapta la mediul înconjurător și de a menține o existență independentă. El compară diferite grupe de copii cu tulburări psihice, observând diferențele dintre insuficiențe mentale a

acestor copii. Ca rezultat, el deosebește două grupuri de copii cu insuficiență mintală ușoară, de natură exogenă și endogenă. Astfel, introduce dihotomia **debilitate endogenă și debilitate exogenă**. Tredgold, s-a impus prin activitatea sa, prin faptul, că: – **primul a atras atenția asupra elevilor cu stări similare** de întârzieri mintale, încercând să-i deosebească de grupurile de copii cu debilitate mintală reală; – **a identificat cauzele întârzierilor mentale și a diferitor grade de debilitate**, și în corespundere cu datele disponibile, a încercat să determine epidemiologia acestor stări; – **a comparat, diferențiat, caracterizat diferite grupuri de copii cu tulburări mentale** (întârziati, mărginiți, proști, înapoiți mintal), variantele adiacente acestor grupuri și semnificațiile terminologice atribuite lor; – **a determinat principalele direcții de lucru** cu acești copii, propunând recomandări și perspective posibile[68].

Tot odată, concepția lui Tredgold este nedesăvârșită. Considerarea criteriului social, ca unic criteriu de comperență mentală, în diagnosticarea deficiențelor mentale, nu este justificată științific, deoarece persoanele cu nevroze, psihopatii etc., vor ”decade” și ei în grupul celor deficienți mintal. Standardele de adaptare socială sunt controversate și diferă de la o țară la alta, în perioade diferite de timp. La fel, există diferențe în definirea întârzierilor și a debilităților mentale, pe baza evaluărilor sociale (A. Clark, 1965).

Charles Edward Spearman (1863-1945), psiholog englez, autor al numeroaselor metode statistice, fondatorul teoriei bifactoriale a inteligenței și analizei factoriale. Susținând caracterul complex, multidimensional al inteligenței, el a descoperit că rezultatele testelor cognitive oglindesc un factor comun general, pe care l-a numit ”factorul g” (mental energy), factor general, determinant în atingerea succesului oricărei activității intelectuale. El susținea că pe lângă factorul g, pentru fiecare activitate, ar exista și un ”factor specific s”, diferiți de la o sarcină la alta, în funcție de condițiile concrete ale activității (artistice, științifice, sportive).

Testul	Factorii				
	G	S ₁	S ₂	S ₃	S ₄
1	X	X			
2	X		X		
3	X			X	
4	X				X

Corelația dintre două funcții este cu atât mai mare cu cât are mai multă saturație în factorul "g", în timp ce factorul s diminuează corelațiile. Este bine cunoscut coeficientul de corelare a rangului Spearman. El susținea că abilitatea educativă și abilitatea reproductivă sunt componente distincte ale factorului "g". Deși teoretic noțiunea de inteligență este negată de Spearman (deoarece nu ar avea o semnificație strict definită), în realitate măsurarea lui "g" se face tot prin teste de inteligență (scara Binet-Simon, testele „hocephot” ș.a.), adică "g" redefiniște inteligența[60].

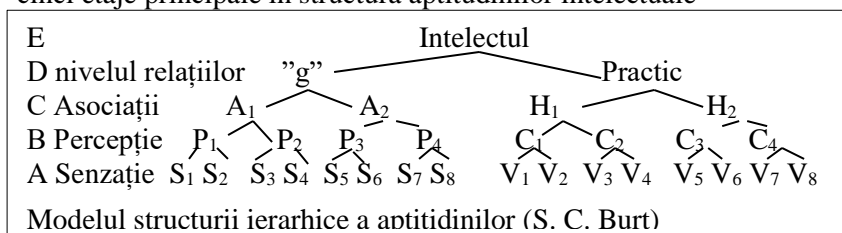
Primul care rupe cu concepția spearmaniană și pune bazele analizei multifactoriale (în 1928) a fost psihologul american **George Alexander Kelly** (1905-1967). El reproșează lui Spearman omiterea din cercetări a variabilelor vârstă, educație și factorul verbal, precum și insuficiențe ale metodei folosite.

Louis Leon Thurstone (1887 – 1955), psiholog american, pionerul psihometriei, autorul teoriei multifactoriale și analizei, factoriale. În 1938, **L. L. Thurstone**, publică testul său "Primary Mental Abilities Test". El confirmă și dezvoltă teoria lui Spearman, identificând șapte factori (numiți abilități mentale primare) ca fiind elemente de bază ale inteligenței:

I.1. Tabelul 5. Factorii teoriei multifactoriale a lui Thurstone	
1) Înțelegerea verbală	abilitatea de a înțelege semnificația cuvintelor
2) Fluența verbală	abilitatea de a găsi rapid cuvintele în rezolvarea sau gândirea cuvintelor care rimează
3) Aptitudinea numerică	abilitatea de a lucra cu numere, de a efectua calcule
4) Aptitudini	abilitatea de a vizualiza raporturile formă-spațiu, de

spațiale	a recunoaște aceleași figuri, din diferite unghiuri
5) Rapiditatea perceptuală	abilitatea de a surprinde rapid detaliile, de a sesiza asemănările și deosebirile dintre imagini
Memoria	abilitatea de a reproduce stimulii verbali, cum ar fi perechi de cuvinte sau fraze
7) Raționament inductiv și deductiv	abilitatea de a găsi o regulă generală în baza modelelor prezentate pentru determinarea modului în care este construit un șir de numere, după ce au fost prezentate doar o parte a acestui șir

În cadrul sistemului ierarhic propriu, **S. C. Burt** stabilește cinci etaje principale în structura aptitudinilor intelectuale



- Nivelul "A" corespunzător proceselor senzoriale simple.
- Nivelul "B" corespunzător proceselor perceptiv și motrice.
- Nivelul "C" cuprinde procesele asociative (memoria, asociațiile productive, imaginația reproductivă, aptitudinile verbale și aritmetice), precum și aptitudinile practice, care conțin factorii spațial și mecanic.
- Nivelul "D" cuprinde procesul de gândire, împreună cu relevarea implicită sau explicită a relațiilor și combinațiilor (judecăților) estetice.
- Nivelul "E" cuprinde funcțiile receptiv și executive, rapiditatea funcțiilor mentale și atenția.

J. Piaget (1896-1980), psiholog, biolog, logician și filozof elvețian, cunoscut în domeniul epistemologiei și psihologiei dezvoltării. A recunoscut corelația dintre dezvoltarea mentală și dezvoltarea inteligenței. Piaget elaborează o teorie originală asupra genezei și mecanismelor inteligenței. Conceptul de structură cognoscibilă stă la baza teoriei sale. Structurile cognoscibile sunt

modele fizice sau mentale de acțiuni care subliniază acte specifice de inteligență și corespund unor stadii ale dezvoltării copilului. Inteligența se construiește treptat prin interiorizarea acțiunilor practice și transformarea acestora în operații. Un rol important în această privință revine limbajului. Conform teoriei genetice a lui Piaget, există patru stadii de dezvoltare a inteligenței în ontogeneză: senzo-motor, preoperațional, al operațiilor concrete, și al operațiilor formale. În stadiul senzo-motor (0-2 ani), inteligența ia forma acțiunilor motore. În perioada preoperațională (3-7 ani), inteligența este intuitivă. În stadiul operațiilor concrete (8-11 ani), structura cognoscibilă este logică, dar depinde de referințe concrete. În stadiul operațiilor formale (12-15 ani), gândirea implică noțiuni abstracte, inteligență logică[51].

De reținut, că operațiile nu sunt niciodată izolate, ci organizate în sisteme, adică, în structuri de clase și relații. În dezvoltarea inteligenței pot să apară decalaje, adică stagnări și „reveniri”, provocate atât de conținutul obiectului, cât și de particularitățile de vârstă ale copilului. În esența ei, inteligența nu este o structură izolabilă, ci mai degrabă o formă de echilibru spre care tind toate structurile acomodatoare și asimilatoare dintre organism și mediu.

Lev Semionovici Vygotsky (1896-1934), psiholog rus, cunoscut în psihologie pentru teoriile: - zona proximei dezvoltări în procesul învățării și teoria socio-culturală. Zona proximei dezvoltări reprezintă: „distanța dintre nivelul de dezvoltare acțională, așa cum este determinat prin rezolvarea independentă de probleme și nivelul dezvoltării potențiale, așa cum este determinat prin rezolvarea de probleme, sub îndrumarea adultului sau în colaborare cu semenii mai capabili”. Învățarea se realizează prin modele și în context social. Ea acoperă „distanța” dintre ceea ce este cineva și ceea ce va deveni sub medierea socialului. Gândirea este o consecință a învățării, legată de limbaj, căci cu sprijinul cunoștințelor, indivizii construiesc din punct de vedere social înțelegerea lor[69].

Lev Vîgotski diferențiază nivelul dezvoltării actuale a gândirii copilului de dezvoltarea sa potențială (necesară și posibilă). **Dezvoltarea actuală** a gândirii copilului îi permite să rezolve în mod independent problemele. **Dezvoltarea potențială** a gândirii copilului îi permite să rezolve problemele date ca sarcini numai cu sprijinul altora, deci prin colaborare. **Între cele două „dezvoltări” (actuală și potențială) se conturează activitățile de învățare, iar spațiul se numește zona proximei dezvoltări.** Psihologul rus **i se atribuie conceptul de „constructivism social”,** în sensul că elevul își construiește învățarea în colaborare cu ceilalți. Înainte de a se dezvolta gândirea copilului, are loc învățarea: „învățarea rațională construită se situează în fruntea dezvoltării și o trage după sine”, altfel spus „procesele dezvoltării merg în urma proceselor învățării, care creează zona proximei dezvoltări”. După el, psihicul uman nu acționează doar ca o suită de reflexe și de conduite de adaptare, ci presupune o interacțiune cu mediul, prin intermediul limbajului, grație căruia omul se transformă. Fiecare individ (copil) își construiește în mod individual propriile cunoștințe, „umplând” distanța dintre nivelul performanței independente și cel al performanței asistate de grup sau profesor.

Teoria socio-culturală: L.Vygotsky sugerează, de asemenea, că dezvoltarea umană rezulta dintr-o interacțiune dinamică între indivizi și societate. Prin această interacțiune, copiii învață treptat și în mod continuu de la părinți și profesori. Acest studiu, poate varia de la o cultură la alta. Teoria lui Vygotsky accentuează natura dinamică a acestei interacțiuni. Nu doar societatea are un impact asupra oamenilor ci și oamenii influențează asupra societății.

Edgar A. Doll (1889), psiholog american, preocupat de ideea integrării copiilor deficienți mintal în societate, elaborează Scala de maturitate socială Vineland (The Vineland Social Maturity Scale (1935), pentru identificarea relației dintre deficiența mintală și competența socială[18].

Scorurile obținute la test, erau prezentate prin coeficientul SQ (Social Quotient). Ca rezultat, E. Doll (1941), evidențiază șase criterii caracteristice deficienței mintale: 1. incompetența socială; 2. nedezvoltarea intelectuală; 3. întârzierea dezvoltării generale, ceea ce duce la stoparea dezvoltării mentale; 4. stabilitatea stării; 5) originea constituțională a înapoierii; **6. incurabilitatea stării de subdezvoltare mintală.** El era de părerea, că nici un diagnostic mental nu este complet, dacă nu începe cu o estimare solidă a competenței sociale pentru un prognostic sau tratament.

E. Doll, împreună cu psihologul american D. S. Porteus, au demonstrat că atât coeficientul intelectual, cât și stabilirea gradului de competențe sociale formează repere importante în diagnosticarea deficienței mintale. În Legislația americană "Educația pentru toți copiii cu handicap", Actul din 1975 (acum IDEE) prevede utilizarea scalei Vineland, pentru:

- confirmarea și stabilirea nivelului dizabilității mintale;
- diagnosticarea autismului;
- evaluările IDEA în școli;
- planificarea programelor și conținuturilor pentru copiii cu CES;
- măsurarea progresului / schimbarea în timp, pentru formarea bazei de date referitor la copiii cu dizabilități mentale, senzoriale, motore, cu HDHD, cu Autism Research (NDAR), copiii dotați etc.

Actualmente, cele mai utilizate în America, Franța, România, sunt: scala de maturitate socială Vineland, cu numeroasele ei variante, elaborate de către E. Doll, scala Progress Assessment Chart of Social Development – PAC elaborată de către C. H. Gunzburg, în scopul îmbunătățirii pronosticului și tehnicilor de educație utilizate în terapia deficienților mintali (folosită în școlile speciale); scala de dezvoltare psiho-socială DPS, elaborată de R. Zazzo și Marie-Claude Hurtig[18].

John Carlyle Raven (1902 – 1970), psiholog englez a elaborat Matricile Progressive Raven (RPM).

Testul inițial Matrici Progressive Standard (SPM) a fost publicat pentru prima dată în 1938, iar în 1947 apare Matricile Progressive

Color (CPM), **formă care permite o mai bună evaluare a copiilor, a vârstnicilor și a persoanelor cu dizabilități intelectuale.**

Testul a suferit mai multe revizii în 1941, 1947, 1956, 1962. În 1988 Matriciile Progressive Standard (SPM) sau clasic (SPM-C), includeau itemi cu un grad de dificultate mai ridicat, într-o versiune îmbunătățită, Matricile Progressive Standard Plus (SPM+).

Testele au trecut prin revizii succesive pe diverse grupe de vârstă și pe diverse populații, ultima fiind realizată în 2000-2005-2007 (Polonia, Germania, Marea Britanie, SUA, Rusia, Australia, Ungaria, România, Moldova etc). Termenul de Matrici Progressive Raven (RPM) se referă la întreaga familie de teste Raven.

I.1. Tabelul 6. Gradele nivelului abilităților intelectuale în corespondere cu Matricile Progressive Raven

IQ	nivelul dezvoltării intelectuale
IQ 140 > peste	excepțional
IQ = 121-140	inteligentă de nivel superior
IQ = 111-120	inteligentă peste nivel mediu
IQ = 91-110	nivel mediu
IQ = 81-90	sub mediu
IQ = 71-80	nivel scăzut de inteligență
IQ = 51-70	înapoere mintală ușoară
IQ = 21-50	înapoiere mintală medie
IQ = 0-20	înapoiere mintală profundă

Testele au fost construite pentru a evalua două componente ale factorului g, menționat de Spearman, **abilitatea eductivă și abilitatea reproductivă, și pentru a identifica originile genetice ale deficitelor mentale și influențele mediului asupra acestora.**

Abilitatea eductivă, dezvoltată pe capacitatea de a: - discerne semnificația de confuzie; - crea modele noi; - percepe și identifica relații care nu sunt vizibile imediat; - genera noi concepte (în mare măsură nonverbale), facilitând astfel gestionarea problemelor complexe care implică mai multe variabile dependente în mod mutual. Toate aceste abilități sunt necesare copiilor pentru dobândirea și aplicarea cunoștințelor și managerilor în procesele

decizionale. **Abilitatea reproductivă** - capacitatea de recunoaștere și reproducere a unui material (preponderent verbal) care reprezintă concepte explicite, verbalizabile ale unei culturi.

Robert Sternberg (1949) psiholog și psihometrician american, credea că inteligența este reprezentată printr-un comportament adaptiv orientat spre scop la noile condiții, dictate de circumstanțele vieții. În opinia lui Sternberg, testele obișnuite de QI sunt înguste, prea centrate pe predicția succesului școlar deoarece, ele se focalizează numai pe capacitățile cognitive și de rezolvare de probleme, constituind doar a treia parte din aspectele importante ale inteligenței. În cartea sa “Dincolo de QI” (1984), Sternberg, propune o teorie triarhică asupra inteligenței, valid, nu numai în raport cu teoria psihologică, ci și cu viața. El a sugerat că există trei aspecte distincte ale inteligenței, fiecare combinându-se cu celelalte două pentru a produce comportamentul inteligent.

Inteligența contextuală este dată de abilitatea individului de a se adapta la mediul său sau la cultură; “deșteptul străzii” este cel care știe ce are de făcut într-o situație dată, de multe ori ostilă, căci învață să supraviețuiască și să se descurce în cultura și mediul său. O decizie sau o acțiune pot fi considerate comportament inteligent într-o cultură, dar nu în alta (a renunța, de exemplu, la bunurile pământești și a trăi o viață sfântă din mila altora, poate fi foarte “inteligent” în societățile asiatice tradiționale, dar nu în cele ale culturii occidentale). Acest tip de inteligență se leagă în mod fundamental cu motivația (motivele sunt influențate sociocultural), dar și cu capacitatea de a valoriza contextul de viață, ambele teaurizate în memoria culturală și individuală[27].

Inteligența empirică, numită și inteligența experimentală marchează și mai strâns legătura inteligenței cu memoria procedurală, de lungă durată și episodică, căci ea indică modul cum propriile experiențe trecute afectează și fundamentează comportamentul actual. Inteligența empirică/experiențială este

abilitatea de a face din ceva nou învățat, rutină. A învăța din greșelile proprii, de a nu face de două ori aceeași greșeală.

Inteligența categorială, numită și componențială, este cea care îi definește pe copiii “deștepți școlar” sau “deștepți la carte”, este cea măsurată preponderent de testele de IQ, focalizate pe rezolvarea cognitivă de probleme. Încă din 1977 Sternberg a identificat trei tipuri de mecanisme cognitive: metacomponentele, legate de aspectele generale precum planificarea și luarea deciziilor; componentele de performanță, care sunt deprinderile pentru fiecare sarcină în parte; componentele de acumulare a cunoștințelor, adică deprinderile de învățare sau de înțelegere a informațiilor noi. Acestea din urmă marchează cel mai strâns legătura cu memoria de lucru și cu cea de lungă durată. Alegerea itemilor testelor de inteligență se face în legătură cu aceste trei tipuri de componente, deși aceștia nu au de-a face cu inteligența contextuală și acoperă doar vag inteligența empirică. În “**Inteligența aplicată**” (1986) Sternberg a încercat elaborarea unui program de antrenament bazat pe teoria triarhică, pentru a ajuta individul să-și întărească oricare din aceste trei forme de inteligență. În fond este un punct de vedere constructiv despre inteligență, care valorifică și psihologia simțului comun (căci inteligența nu este ceva înnăscut, ce ai ori nu ai, deci pentru zone importante ale ei putem să ne dezvoltăm prin învățare și experiență acumulată și depozitată în memorie). Robert Sternberg menționează că **aceste tipuri de inteligență aproape că lipsesc la copiii deficienți mintali**, fiind dificil de format, din cauza deficitului mental. (Dworetzky, I. P., Davis, N. J., 1989, p. 256) [39].

Karl Theodor Jaspers (1883-1969), filosof, psihiatru și psiholog german, (1913) a subliniat importanța acumulării bagajului de cunoștințe, considerându-le ca premise ale dezvoltării inteligenței.

În structura inteligenței, se disting **abilitățile înnăscute moștenite de la părinți și abilitățile dobândite** în procesul socializării, în funcție de gradul de asociere a educației primite la cultura societății. K. Jaspers acorda o mare importanță experienței

generale de viață, cunoștințelor obținute și manifestate în procesul de satisfacere a intereselor spontan apărute și activității profesionale, considerându-le criterii mai exacte în aprecierea inteligenței decât nivelul de educație primit. Importante în structura inteligenței sunt abilitățile cognitive, capacitatea de a gândi rațional, a dobândi independent cunoștințe necesare, abilitatea de adaptare.

Howard Earl Gardner (1943), specialist american în domeniul psihologiei clinice și neuropsihologiei, autorul teoriei inteligențelor multiple, similară cu teoria factorială. Gardner introduce noțiunea de inteligență multiplă, susținând că nu există doar un singur tip de inteligență, ci, se pare, cel puțin șapte tipuri distincte de inteligență: 1) inteligență lingvistică; 2) inteligență logico-matematică; 3) inteligență spațială; 4) inteligență muzicală; 5) inteligență corporal-kinestezică; 6) inteligență interpersonală; 7) inteligență intrapersonală. Primele trei tipuri sunt componente obișnuite ale inteligenței și sunt măsurate de testele standard de inteligență. Ultimele patru tipuri de inteligență par a fi de domeniul aptitudinilor speciale și se dezvoltă într-o măsură mai mare sau mai mică în funcție de zestrea ereditară, de mediul educațional promovat de mediul cultural. Inteligențele multiple a lui Gardner sunt aplicate mai ales, în măsurarea abilităților privind predicția performanțelor profesionale viitoare ale individului[55].

Hans Jürgen Eysenck (1916-1997), întreaga activitate a sa, a dedicat-o studierii problemei inegalității abilităților intelectuale ale diferiților oameni, efectuând cercetări asupra factorilor care afectează nivelul inteligenței (rasă, vârstă, ereditate). Psihologul H. Eysenck distinge trei aspecte fundamentale ale inteligenței: intelectul ca fenomen biologic; intelectul ca fenomen socio-cultural; intelectul ca indicator psihometric. În conceptul de inteligență biologică (A), include particularitățile funcționării structurilor creierului, responsabile de caracteristicile individuale ale activității cognitive, legați cu factorii genetici. Inteligența socială (B), include inteligența biologică (A) și coeficientul inteligenței

«intelligence quotient» (IQ), care este mai vast, decât inteligența (A), și îl include în sine. În conformitate cu acest model, conceptul de inteligență biologică este fundamental.

I.1. Tabelul 7. Gradele nivelului intelectual după Eysenck	
IQ	Nivelul dezvoltării intelectuale
IQ peste 200	geniu
IQ = 130 - 200	nivel excepțional
IQ = 120 - 129	nivel înalt de inteligență
IQ = 110 - 119	nivel de inteligență normală
IQ = 90 - 109	nivel mediu de inteligență
IQ = 80-89	nivel scăzut de inteligență
IQ = 70-79	nivel de limită
IQ până la 69	deficiență mentală
Sursa: https://brainapps.ru/blog/2015/08/iq-test-a	

Testul lui Eysenck este unul din cele mai faimoase teste pentru măsurarea abilităților intelectuale, IQ.

În cercetarea inteligenței, s-au remarcat psihologii contemporani N. Bucun, L. Savca, I. Racu, V. Maximciuc, V. Olărescu, C. Păunescu, E. Verza, Gh. Radu, B. Ananiev, S. Rubinshtein, P. Galperin, N. Menchinskaya, Z. Kalmykova, K. Gurevich, etc., care consideră cercetarea naturii inteligenței, ca pe o problemă psihologică și pedagogică, conceptul de "învățare" fiind folosit ca indicator al dezvoltării mentale, axat pe capacitatea de a învăța, de a primi ajutorul dozat, de a generaliza, de a transfera cunoștințele dobândite, acționând prompt în situații necunoscute etc.

Actualmente, pentru măsurarea cantitativă a dezvoltării intelectului, se utilizează indicatorul coeficientului de inteligență «intelligence quotient» (IQ): coeficientul dezvoltării intelectuale (mentale). Se determină prin formula: vârsta intelectuală (mentală), determinată prin testare, este împărțită la vârsta cronologică (de pașaport) și înmulțită cu 100. Definierea IQ este o încercare de a cuantifica nivelul cantitativ al abilităților mentale.

Valoarea IQ aproximativă de 100, a fost aleasă de către psihologi, ca **valoare medie** pentru **populație**.

Standardizarea punctajului 70, ca un punctaj minim față de valoarea medie – 100, a dus la o reducere a numărului de persoane estimate ca fiind "arierați mintali", clasificarea legală a cărora poate fi găsită și acum în secțiunea I din Legea Sănătății Mentale (1983) din Anglia și Scoția.

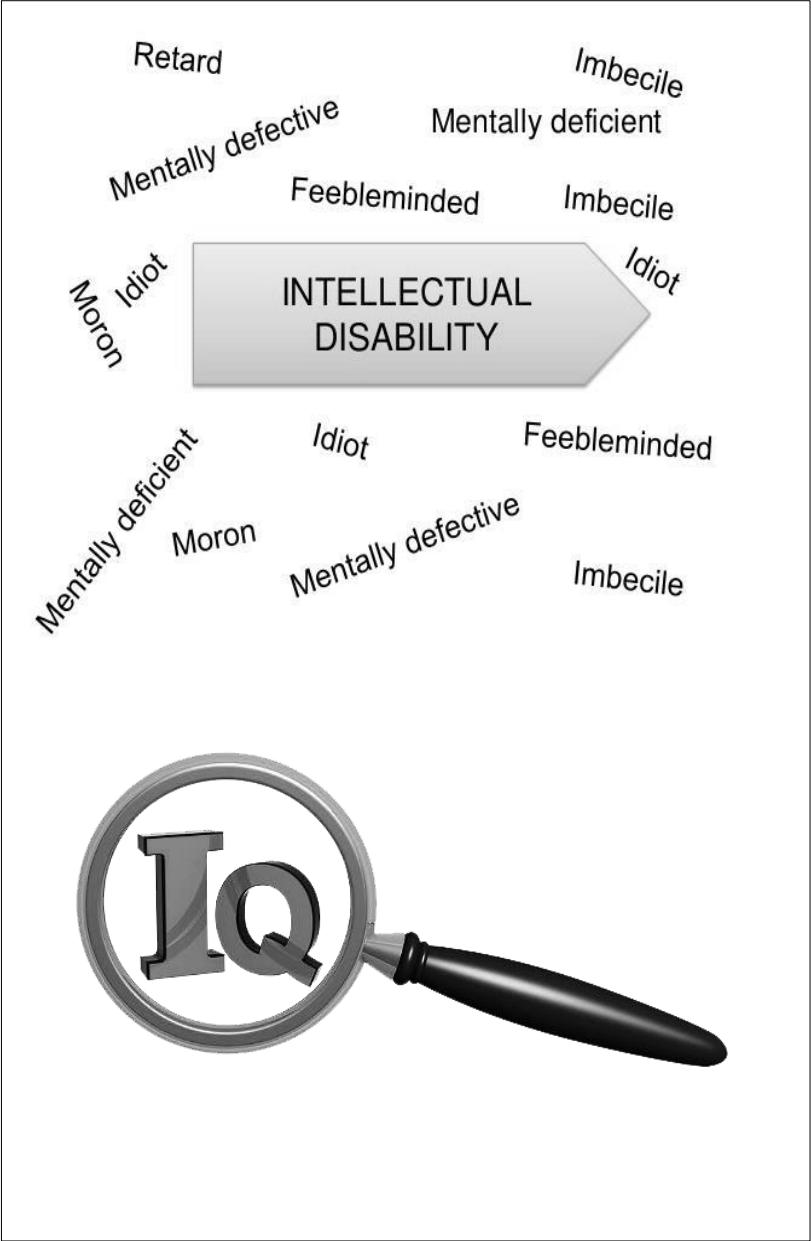
Hrischi și Hindelang, efectuând o revizuire a numărului de cercetari în care se compara delicvenții cu nondelicvenții, au descoperit, că media de inteligență a delicvenților juvenili era de cca. 92 de puncte (8 sub medie) și acest fapt nu varia semnificativ în funcție de rasă sau clasă socială. Hrischi și Hindelang au fost de părere că IQ la majoritatea copiilor delicvenți nu este în întregime legat de ereditate, fiind posibil influențat de factorii de mediu. Se menționa, că în grupurile delicvente predomină numărul copiilor cu tulburări psihice și cu un IQ sub 69. Acest fapt, incită educarea valorilor morale cetățenești, îndeosebi a copiilor respectivi.

Până în prezent, pentru a determina IQ, la copiii cu tulburări psihice, se folosesc testele de inteligență Stanford-Binet, Wechsler, Eysenck, Raven, scalele Vineland și altele.

Nivelul dezvoltării mentale depinde de factorii ereditari, de factorii de mediu și de factorii sociali. Tulburările intelectuale sau dereglările activității intelectuale pot apărea în cazul diferitor boli psihice (mentale), lezări ale creierului și anomaliilor de dezvoltare.

Termenului "tulburare mentală" i s-a dat o definiție legală în "Actul de Sănătate Mentală" din 1983. Tulburarea mentală este clasificată în patru categorii: maladie (boala) mintală; stoparea sau dezvoltarea incompletă a minții; tulburarea psihopată și alte tulburări sau invalidități ale minții. Tulburările psihice, pot fi definite ca tulburări a capacității de a forma concepte, judecăți, concluzii adecvate realității (V. V. Kovalev, 1979) [39].

Din cele expuse, putem concluziona, că efortul oamenilor de știință în studierea inteligenței a contribuit la dezvoltarea unui spectru larg de semnificații și etichetări terminologice aplicate în evaluarea tulburărilor psihice (mentale).



I.2. Accepțiuni terminologice în definirea și diagnosticarea deficiențelor intelectuale.

Din varietatea testelor aplicate, se poate deduce, că coeficientul intelectual (QI) sub 70 reprezintă o abatere, adică o anormalitate, în raport cu acei la care QI inteligenței mintale este în normă.

Conceptului de **normalitate** i se atribuie o semnificație generală ce ia în considerare întreaga dezvoltare psihofizică a persoanei, și una particulară care circumscrie o trăsătură sau un grup de însușiri (fizice, senzoriale, caracteriale, intelectuale etc.). Sunt considerate ca fiind normale acele persoane care au o dezvoltare intelectuală medie și manifestă capacități de adaptare echilibrată la condițiile mediului înconjurător.

Anormalitatea are un conținut larg, și se referă la toți indivizii cu tulburări psihice (mentale, fizice, senzoriale, cognitive, emoționale, comportamentale etc.).

În rezultatul cercetărilor științifice ale savanților, preocupați de măsurarea inteligenței, îndeosebi a copiilor cu inteligență scăzută, au fost lansați o varietate de termeni asupra uneia și aceeași categorii de copii cu un IQ sub 90: arierații mentale, oligofrenii, deficiențe, debilități, întâzieri mentale, retard mintal etc., încarcând vocabularul circulator, cu o consultanță dificilă asupra procesului de diagnosticare, etichetare, triere, educație, asistență socială etc.

Amenție (lat. a, „fără”, mens, „minte, judecată, conștiință, fire”, absența inteligenței). Termen introdus de **Theodor Meynert** în 1890 și dezvoltat conceptual de către **A. F Tredgold**[68].

Arierat din fr. arriéré, înapoiat mintal, care este insuficient dezvoltat din punct de vedere psihic. DLRM,1958, DEX: 1998, 2005, 2009, MDA, 2010; Arierat adj., s. (MED.) înapoiat, întârziat, oligofren. (Persoană ~.) sursa: Sinonime (2002).

Arierație mentală, termen introdus de **Seguin** în anul 1846, se referă la formele grave ale deficienței, delimitându-se de

cele ușoare. Arierație mintală sau înapoiere mintală, în sens larg, se referă la întreaga varietate de forme de nedezvoltare a gândirii; în sens restrâns, ia în considerare doar formele grave, delimitându-se de categoria întârzierilor mentale (întârziere mintală liminară, ușoară, intelect liminar), numite în literatura specială și cu termenul de pseudodebilitate mintală. Arierația mintală se detașează de termenul **“debilitate mintală”**, considerată ca o **formă particulară a arierației mintale**, de “encefalopatie infantilă”, ca o formă clinică etiologică a arierației. Arierația mintală se caracterizează prin:

- deficit global, din care cel mai marcant este insuficiența proceselor superioare ale gândirii, fiind definit ca “infirmitate de gândire”; - deficitul este în general congenital;

- infirmitatea mintală antrenează o dezvoltare psihică mai mult sau mai puțin lentă, ce se plafonează la un anumit nivel ce nu poate fi depășit; - este asociată îndeosebi cu anormalii senzoro-motrice și cu tulburări caracteriale.

Oligofrenie, termen sinonim deficiențelor mintale, introdus de **E. Kraepelin** prin care se marchează o dezvoltare incompletă și deficitară a tuturor funcțiilor psihice.

Oligofrenie, din fr.: OLIGO - „reducere, scădere; mic, restrâns, redus”. ◇ gr. oligos „puțin, mic” ~FRENIE (v. -frenie), s. f., stare patologică caracterizată prin **rămânerea în urmă a dezvoltării facultăților psihice**, însoțită uneori de tulburări ale dezvoltării fizice și de leziuni ale sistemului nervos central, ca urmare a unor suferințe cerebrale, survenite în perioada intrauterină, în cursul nașterii sau în perioada copilăriei. sursa: DEX 1998, 2002, 2005 2009.

Oligofrenie s.f. (Med.) Stare patologică a omului, caracterizată prin **dezvoltarea incompletă și întârziată a facultăților psihice; debilitate mintală**. [Gen. -iei. / < fr. oligophrénie, cf. gr. oligos – puțin, phren – minte]. sursa: DN (1986).

Oligofrenia, concept dezvoltat și de către M. С. Певзнер, А. Р. Лурия, Г. Е. Сухарева; К. С. Лебединская, termen îndeosebi de folosit, actualmente, în Rusia, în țările sovietice și postsovietice[50].

Oligofrenia desemnează **insuficiență mintală determinată de leziuni ale sistemului nervos (SN) în perioada prenatală sau după, înainte ca anumite funcții psihice să fi constituit.** În acest sens, oligofrenia este identificată cu arierația mentală, prezentând dizontogenii timpurii, tulburări de formare și dezvoltare a creierului și a structurii lui în perioada prenatală și în perioada vârstei fragede a copilăriei, în primul rând în cortexul frontal al creierului. Cele mai grave nivele ale oligofreniei se întâlnesc la copiii, dezvoltarea cărora a fost lezată în perioada prenatală. Cu cât boala lezează mai devreme creierul copilului, cu atât mai grele sunt consecințele acestei lezări (Г. Е. Сухарева) [50].

Oligofrenia predomină la copiii oligofreni, deficiența mintală a cărora a avut loc în rezultatul lezării organice a creierului, în perioada prenatală și postnatală, până la vârsta de 2-3 ani. Unii autori caracterizează oligofrenia ca deficiență mintală ireversibilă, caracterizată prin: - **deficiență globală** (psihomotrică, intelectuală, afectivă, volițională); - evoluție staționară sau stări de regresie determinate de unele procese organice; - ritm lent de dezvoltare; - incapacitate de a stabili legăturile necesare, de a înțelege sarcinile, activitatea pe care o depune și o execută, în general, în mod mecanic; - reflexele condiționate se formează cu dificultate, ca urmare a procesului de inducție negativă care împiedică, în mod special, formarea legăturilor complexe la nivelul celui de-al doilea sistem de semnalizare, inducție negativă ce reprezintă baza fiziologică a insuficienței intelectuale; - desfășoară activități rudimentare la nivelul jocului și acestea în mod limitat, ca urmare a faptului că nu se poate încadra într-un joc colectiv pentru că nu înțelege în mod clar și deplin rolul jocului, situația de joc.

Oligofrenia desemnează formele de nedezvoltare sau de stagnare în dezvoltare a cogniției. Oligofreniile sunt definite „stări de nedezvoltare psihică sau de dezvoltare psihică incompletă, care au ca trăsătură principală afectarea proceselor intelectuale, a gândirii

(îndeosebi a abstractizării și generalizării), cât și a celorlalte funcții psihice (afectivitate, caracter, personalitate)" (C. Gorgos, 1989, s.v.).

Oligofrenia este deseori identificată cu conceptul "demență".

Demență – „slab de minte” /alienație mintală, nebunie. Demența reprezintă o **amenție dobândită**, apărută **într-o perioadă mai târzie a vârstei**, întâlnită foarte rar - dereglare a normalității intelectuale anterioare (Jean-Étienne Dominique Esquirol).

Demența este o epuizare a activității mentale cu degradare intelectuală, o scădere a activității volitive, o sărăcie emoțională, o reducere de interese, nivelare a caracteristicilor personale cauzate de leziunile organice ale creierului (V. V. Kovaliov).

Oligofrenia, spre deosebire de demență, este **o manifestare a dizonogeniei timpurii a creierului** cu subdezvoltarea predominantă a structurilor cerebrale care formează mai târziu și, în primul rând, a cortexului frontal al creierului (G.E. Sukhareva, M.S. Pevzner, K.S. Lebedinskaya, E M. Mastjukova și alții).

În cazul **demenței**, afectarea creierului copilului **are loc de la vârsta de 5-7 ani** în sus (schizofrenie infantilă). Demența poate apărea în rezultatul lezării organice a creierului. De regulă, **demența este ireversibilă, cu progresări ale bolii**. Demența senilă apare într-o perioadă mai târzie, care progresează odată cu vârsta.

În mod obișnuit, **subnormalitatea** este sinonimă deficienței și se apreciază, că definește cu mai multă exactitate pierderea sau deficitul unor funcții ori chiar a unui organ ce defavorizează desfășurarea activității.

La copiii oligofreni, **deficiențele mintale sunt constante, activitatea proceselor de cunoaștere sunt foarte scăzute**. Rămânrea în urmă, de la “normă” este constantă, sfera cognitivă de cunoaștere este constant primitivă, cu manifestări emoționale și comportamentale explozive, agresive sau apatice, inerte, insuficient chibzuite, lipsite de responsabilitate, dereglând procesul de comunicare, relație, adaptare, integrare.

Deficiența se referă la afecțiunea fizică sau organică ce determină o stare critică în plan psihologic.

În dicționarele limbii române, cuvântul "deficiență" are o semnificație generală, cu sensul de: "lipsă", "pierdere", "defect".

Deficiență din fr. *déficiences*, lat. *deficientia*: scădere; Lipsă în integritatea anatomică și funcțională a unui organ; absența a anumitor facultăți fizice sau psihice, deficit. sursa: DEX 1998, 2002, 2009; ... deficit, defect MDA2 (2010); ... deficiență, defect psihic sau fizic. sursa: DN (1986); MDN (2000); ... deficiență s. cusur, defect, imperfecțiune, insuficiență, lacună, lipsă, meteahnă, neajuns, scădere, slăbiciune, viciu, (livr.) carénță, beteșug, nedesăvârșire, răutate, etc. (Olt., Munt. și Mold.).

În terminologia OMS (1980), termenul „deficiență” are sens identic cu orice pierdere sau anormalitate a structurii, sau a funcționării psihologice, fiziologice sau anatomice.

În terminologia UNESCO, 1983 (Terminologie de l'education spéciale. Geneva, Ibedata., citată în cartea autorului Gherguț A. „Psihopedagogia persoanelor cu cerințe speciale. Strategii de educație integrată”, Iași, Polirom, 2001), prin „...deficiență se înțelege pierderea de substanță, anomalie, perturbare cu caracter definitiv sau temporar a unei structuri fiziologice, anatomice sau psihologice și desemnează o stare patologică, funcțională, stabilă sau de lungă durată, ireversibilă sub acțiunea terapeutică și care afectează capacitatea de muncă, dereglând procesul de adaptare și de integrare în mediul școlar, la locul de muncă sau în comunitate din care face parte persoana în cauză”.

În psihiatria copilului și adolescentului, se remarcă că, **una dintre cele mai frecvente tulburări este nedezvoltarea psihică generală**. În ultimii ani există o tendință constantă de creștere a numărului de copii cu tulburări mentale. Frecvența deficiențelor mentale în populația de copii și adolescenți este de 0,5 - 3% și, **cu cât mai pronunțată este tulburarea, cu atât mai devreme se constată**.

Frecvența depistării crește dramatic, odată cu începutul școlarizării, atingând apogeul frecvenței către vârsta de 10-13 ani. Deficiența mentală ereditară se întâlnește mai frecvent la băieți (de 1,5-2 ori) decât la fete.

Deficiența mintală este o stare cauzată de factorii endogeni (ereditari) patogeni sau și de factorii exogeni, (de mediul familial, social-cultural) interveniți în perioada peri, în timpul sau după naștere, până la formarea definitivă a structurii creierului și a maturizării psihice, ducând la o lipsă pronunțată de inteligență, ceea ce face dificilă sau imposibilă funcționarea socială adecvată a individului.

Deficiența mentală, - semnifică – reducerea semnificativă a capacităților psihice care determină o serie de dereglări ale reacțiilor și mecanismelor de adaptare a individului la condițiile în permanentă schimbare ale mediului înconjurător și la standardele de convețuire socială într-un mediu cultural, fapt ce plasează individul într-o situație de incapacitate și inferioritate, exprimată printr-o stare de handicap în raport cu ceilalți membri ai societății din care face parte.

R. Perron observă că J. E. D. Esquirol caracterizează noțiunea deficienței mintale prin două aspecte fundamentale: **originea esențială** a deficitului intelectual și **irecuperabilitatea**[54].

Deficiența mintală, în sens medical, semnifică lipsa de integritate anatomică și funcțională a unui organ; absența unor facultăți psihice sau fizice.

A. Busemann, A.P. Лурия; М. С. Певзнер; Г. Б. Сухарева; К. С. Лебединская susțin că dacă deficiența mintală s-a dezvoltat în perioada intrauterină prenatală sau din această perioadă până la trei ani de viață a copilului după naștere, atunci, în acest caz avem de a face cu arierația mintală, sinonim oligofreniei, incapacitate mintală, înapoiere mintală).

După Gh. Radu (2000, pp. 17-18), „**deficiența mintală** se referă la fenomenul lezării organice și/sau al afectării funcționale a sistemului nervos central (SNC), cu consecințe negative asupra

procesului maturizării mintale, al dezvoltării sub diferite aspecte la individul în cauză[57].

Termenul ”deficiență”, adesea sinonim cu sensul ”defect”, are numeroase utilizări cu referire fie la psihic, fie la fizic.

În literatura psihologică, termenul ”deficiență” mai frecvent este raportat la ”deficiența mintală” și ”debilitate mintală”. În medicină termenul este definit ca lipsă a integrității anatomice sau funcționale a unui organ.

Debilitate din fr. *débilité*, lat. *debilitas*, -atis. debilități, s. f. faptul de a fi debil; stare de slăbiciune a organismului, însoțită de scăderea rezistenței la eforturi fizice, psihice și îmbolnăviri, din cauza subnutriției, bolilor cronice etc. ◇ Debilitate mintală = dezvoltare insuficientă a inteligenței, caracterizată prin tulburări de judecată, de perspicacitate, dificultăți de adaptare. DEX, 1998, 2009; ... **Stare de înapoiere mintală, mai puțin gravă decât idiotia sau imbecilitatea, în care individul nu poate depăși nivelul de cunoștințe al primelor patru clase elementare** (MDA2, 2010); ... ◇ Debilitatea (D) congenitală = stare a nou-născutului constând în adaptarea dificilă la viața extrauterină. D. mintală = dezvoltare insuficientă a inteligenței, caracterizată mai ales prin tulburări de judecată, de perspicacitate, dificultăți de adaptare la situații noi, nivelul intelectual atințe vârsta de 7-9 ani a unui copil cu inteligență normală, niveluri inferioare acestui prag caracterizează idiotia și imbecilitatea sursa: DE (1993-2009).

Psihiatrul englez, A. F. Tredgold a avut un rol deosebit în studierea stărilor inteligenței mintale de limită. El a clasificat și a descris debilitățile mentale pe care le-a diferențiat de întârzierile mentale temporare (RDP – rețineri în dezvoltarea psihică): tulburări de dezvoltare, de învățare, tulburări nesemnificative ale sistemului senzorial, tulburări de limbaj și comunicare, tulburări nervoase, ca rezultat al supraexprimării mentale, bolilor somatice etc. Această descriere a intrat ulterior, în clasificarea tradițională. El a recomandat respectarea unui regim protector în lucrul cu acești copii.

I.2. Tabelul 8. Clasificarea debilității, în concepția autorilor:



A. L. Benton introduce în clasificare, **debilitate tipică (ereditară) și debilitate atipică**. Debilitatea tipică se caracterizează prin predominarea factorilor ereditari sau a unor stări cerebrale câștigate și agravate prin deficitele funcțiilor senzoriale, motrice, afective sau de mediu sociocultural familial. **Debilitatea atipică** este echivalentă cu debilitatea aparentă, consecință a unor tulburări instrumentale.

Claude Kohler clasifică **deficiența intelectuală (termen introdus de către Cl. Kohler și A. Busemann)** în două grupe:

1. deficiență intelectuală primară, care cuprinde deficienții intelectuali simpli; deficiență intelectuală asociată cu malformații, deficiența mintală a maladiilor degenerative;

2. **deficiența intelectuală secundară** care cuprinde cazurile determinate de: leziuni prenatale (infecții, intoxicații, traumatisme); leziuni perinatale (traumatisme obstetricale, anoxie, incompatibilități sanguine); leziuni postnatale organice (infecții, intoxicații, traumatisme craniene); psihice (carență afectivă maternă, staționare prelungită în instituții medicale (în primii 3 ani de viață), lipsurile materiale.

C. Gorgos include în influența factorilor exogeni (**extrinsic**) negative mediul sau **situația socioculturală a individului**: sărăcie, privare maternă, discriminare rasială, traiul într-o zonă geografică nefavorabilă etc. [24]

Termenul **”debilitate mintală”** nu are aceeași valoare în toate țările. După opinia psihiatrului francez, **Ernest Ferdinand Pierre Louis Dupré** (1862-1921) debilitatea mintală înglobează toate formele de arieație mintală, adică tripticul: idiotie, imbecilitate, debilitate mintală, (1890). În aceeași accepție se utilizează și termenul de “**moron**” (SUA), referindu-se la individul cu un coeficient de inteligență de 50-70, care poate să-și câștige existența numai în condiții protejate, fără a-și asuma responsabilitatea conduitei sale, să ajungă la o autonomie personală, incapabil de competiție cu cei normali.

La noi în țară, sensul termenului ”debilitatea mintală”, sinonim cu ”înapoierea mentală” s-a suprapus sensului ”întârziere mentală” legeră, adică diferențierea dintre potențialul intelectual al

copiilor cu un IQ 70-85 s-a egalat cu acei care au un IQ 50-69, ceea ce a dus la confundarea debilității mentale reale (ca deficit intelectual stabil) cu pseudodebilitatea (întârzierea mentală, reală) ușor reversibilă, în condițiile cerințelor speciale ale școlii generale.

Debilitatea mintală este definită diferit: unii o definesc pe baza deficitului intelectual (deficit de bază), alții prin deficitul psihosocial care poate sau nu să fie implicat în deficitul de bază, iar alții consideră că deficitul de bază și organizarea psihologică a debilului sunt consecința unei dezordini relaționale precoce.

Termenul ”pseudodebilitate” mentală semnifică un deficit aparent și reversibil al inteligenței, ce apare la subiecți cu potențial intelectual intact, adică cu dexterități normale, sesizabile atât la probele de performanță cât și la cele de raționament verbal. Pseudodebilitatea mintală camuflată dă iluzia unei persoane cu cunoștințe relativ normale, dar cu adaptare socială deficitară, aidoma deficientului mintal.

A. Rey (1938)[39], menționează că simptomatologia pseudodebilității mintale și a deficienței mintale este identică, dar etiologia lor este diferită. Pseudodebilitatea se manifestă printr-o:

- dezvoltare generală lentă;
- întârziere (ușoară) în asimilarea volumului de informații, cunoștințe, caracteristică delasării pedagogice sau și sociale;
- printr-un nucleu de tulburări de limbaj (dislalie, balbism, disgrafie), de calcul aritmetic, care influențează reușita școlară. Complexul de simptome este însoțit și de o constelație eterogenă formată din: pierderea motivației de învățare ca o consecință a eșecurilor; reacții de învățare nesigure și stereotipe; emotivitate exagerată, deficit de atenție, comportamente deficitare, încăpăținare, inhibiție până la mutism, timiditate, lipsă de afectivitate, atitudine defensivă sau de agresivitate.

Cercetările actuale, subliniază rolul exclusiv al factorilor psihogeni exogeni, de natură ambietal – educativă și al factorilor

social-culturali (mediul familial și școlar patogen). Pseudodebilitatea, nefiind înlăturată la timp, poate căpăta un caracter stabil.

Termenul ”înapoiat”, semnifică mintea insuficient dezvoltată; arierat. DEX: 1998, 2002, 2009. adj. 1. v. nedezvoltat. 2. v. primitiv. 3. v. retrograd. 4. v. arierat. sursa: Sinonime, 2002, NODEX, 2002.

Termenul ”înapoiere mintală” este folosit mai ales în psihopatologia franceză și rusă (până în anii 1994 și în Moldova), în diferențierea deficiențelor mintali, cu o inteligență IQ sub 70. Termenul înapoiere mintală, folosit în mod curent de O.M.S. este echivalent arierațiilor mentale.

La unii autori, termenul de înapoiere mintală este redat cu sensul de întârziere mintală, ceea ce nu corespunde întocmai. Arierația mintală, cu sensul de înapoiere mintală gravă, n-ar trebui să fie utilizat cu sensul de întârziere mintală, deoarece conținutul acestui termen semnifică cu totul alt sens. (Harold I. Kaplan, Benjamin J. Sadock, Clinical Psychiatry from Synopsis of Psychiatry, vol I-II. Moscova, Medicina, 2002, 523 p.).

M.G. Bliumina (2002, 2009) menționează că „înapoierea mintală” aparține maladiilor dezvoltării dizontologice. Corespunzător acestui fapt, ea **apare ca rezultat al factorilor endogeni** (geneticii) având un caracter ereditar, cauzat de genele minore nefavorabile inteligenței sau cauzate de genele majore mutante cu transmisie mendeliană, precum și cele produse de anomaliile cromozomiale **sau ca rezultat al factorilor exogeni**, având un caracter dobândit, afectând creierul copilului, **începând cu perioada intrauterină progenetică și încheindu-se cu perioada postnatală până la vârsta de trei ani**”. Termenul ”înapoiere mintală” exprimă o deficiență mintală ireversibilă. Persoana înapoiată mental nu atinge vârsta normalității mentale a semenilor cu intelect normal.

Insuficiență mentală, termen introdus de O.M.S. (1954) pentru a îngloba deficiențele intelectuale, de afectivitate și de morală. Raportul OMS precizează că pentru stabilirea gradului

insuficienței mentale se recurge la calificativele “ușor”, ”mediu”, ”grav”. Acești termeni au avantajul de a fi descriptivi, fără a avea o conotație etiologică sau prognostică, mărginindu-se la caracterizarea funcționalității mintale a subiectului la momentul considerat. Insuficiența mintală, ca și înapoierea mentală este echivalent arierațiilor mentale, adică celor stabile (O.S.M.).

Termenul ”întârziere”, este sinonim termenului ”retardat” DEX: 1939. Întârziat ~tă (~ți, ~te), despre persoane sau despre facultățile lor mintale: care nu s-au dezvoltat, nu a evoluat, nu a progresat normal. sursa: DLRLC (1955-1957); a întârzia, a se dezvoltă mai încet decât ar trebui. /v. a întârzia; a veni sau a ajunge (undeva) cu întârziere față de timpul stabilit sau se manifestă mai târziu decât timpul fixat; DEX: 1982, 2002, 2009; a rămâne undeva mai mult decât trebuie; a zăbovi; a se reține. /în + târziu sursa: NODEX, 2002.

Termenul ”întârziere” semnifică o stare mentală reversibilă, caracteristică pseudodebilității mentale, ceea ce nu este posibil în cazul deficiențelor mentale moderate, severe și profunde. Întârzierile mentale pot fi recuperate în condițiile școlii generale obișnuite (Д. Н. Исаев. Умственная отсталость у детей и подростков. Руководство. — СПб: Речь, 2003. — 397 p.).

Retard din fr. retarder, a întârzia, a rămâne în urmă retardatio – încetinire DEX: 1986, 2000, 2002, 2009. Retardare, termen introdus de către biologul german Ernst Heinrich Philipp August Haeckel în 1866: Retardare (MED) Formarea mai târzie a organului (organismului sau a facultăților) și dezvoltarea încetinită, mai lentă a lui la generațiile ulterioare, în comparație cu strămoșii.

Termenul "retard mental" este folosit deosebit de frecvent în ultimele decenii. A avut tendința de se suprapune peste termenii ”arierație”, ”oligofrenie”, ”deficiență”, debilitate”, ”înapoiere mintală”, înglobând în sine și semnificațiile terminologice ”pseudodebilitate mintală”, ”întârziere mintală” etc.

În ICD-10, retardul mental este definit ca „o stare de întârziere, insuficientă sau incompletă de dezvoltare psihică (mentală), care se caracterizează, prin tulburarea capacității, manifestată în perioada de formare și maturizare, asigurând nivelul cognitiv general al inteligenței, comunicării, motricității, inteligenței emoționale și abilități sociale. Ca rezultat, în clasificarea internațională a manualului DSM-IV (2004), termenul "retard mental" a înlocuit termenul "oligofrenie", devenindu-i sinonim.

Acest fapt, s-a produs, deoarece exista o opinie, că termenul "oligofrenie", precum și termenii care indică gradele oligofreniei: "debilitate", "imbecilitate", "idiotie" au o semnificație negativă pentru publicul larg al societății.

Conceptul de retard mintal este destul de general, incluzând dereglări mentale constante puțin reversibile sau ireversibile, adică diferite forme clinice ale nedezvoltării psihice și tulburării ale comportamentului adaptiv, ceea ce a făcut imposibilă diagnosticarea clară, tratamentul psihoterapeutic, educația recuperativă, pregătirea profesională și prognosticul integrării sociale a persoanelor cu tulburări mentale.

Nici înlocuirea termenului "deficiență" cu termenul "handicap mintal", nu a produs o claritate așteptată în semnificațiile tulburărilor. Handicapul fără a exclude destructurările tulburărilor, accentuează consecințele, dificultățile de adaptare la mediu și ia în considerare și stările critice ce apar prin educație deficitară, condițiile de mediu ce defavorizează evoluția normală, perturbările funcționale sau destructurarea lor, inadapările, obișnuințele și comportamentele neadaptative, retardurile și privațiunea temporară de o funcție etc.

Termenul „handicap”, derivat dintr-o deficiență sau incapacitate, **se referă la dezavantajul social**, la pierderea sau limitarea șanselor unei persoane de a lua parte la viața comunității, la un nivel echivalent cu ceilalți membri ai societății (în funcție de criteriile de vârstă, sex, cultură, mediu social considerate normale (OMS, 1980).

Termenii “handicap”, “retard/întârziere”, citați în diferite lucrări, raporturi de specialitate, mai mult pentru auditoriul larg al societății și nu pentru limbajul specific al specialiștilor din domeniile respective, nu pot servi drept bază, pentru construirea și realizarea modelului recuperatoriu, mai cu seamă, în cazul educației copiilor cu tulburări psihice, deoarece procesul educațional psiho-pedagogic incită criteriile performanțiale și cunoștințe speciale în domeniile vizate. Termenul “handicap”, servește ca termen “umbrelă”, semnificând mai mult aspectul social al diferitor tulburări, fără de a explica cauzalitatea acestor stări, la baza cărora stă etiologia și manifestările clinice, adică explicația medicală[Kulcsar, 31].

Accesul publicului larg la manualele DSM și CIF a condiționat ”încărcarea politică” în jonglarea manipulativă a termenilor utilizați, ducând la diverse contradicții de diagnostic, tratament, educație, prezumție juridică în domeniile de specialitate. Majoritatea termenilor care provoacă o anumită confuzie sunt utilizați în sensul lor obișnuit, din vorbirea curentă. De exemplu, în contextele cotidiene, termenii afectare, dizabilitate și handicap sunt adesea utilizați alternativ, deși versiunea din 1980 a ICDH conține definiții clare și precise pentru fiecare dintre aceștia[Kaplan, 30].

Pentru a îmbunătăți procesul de intervenție psihoterapeutică și psihopedagogică corețională, în scopul socializării, integrării, îmbunătățirii calității vieții persoanelor cu dizabilități, au fost elaborate și criticate diferite modele de abordare teoretică.

Modelul medical pune în evidență bolnavul și boala acestuia, care urmează a fi tratată la timp în condiții obișnuite sau de ambulator. Bolnavul, trebuie să fie tratat și adaptat la lumea în care trăiește, iar dacă adaptarea nu poate fi făcută, acesta trebuie supravegheat/ținut acasă sau în instituții specializate, unde să-i fie satisfăcute unele nevoi. Accentul este pus pe dependență sau atitudini de tutelare (Paglierani, 2002). Personalitatea bolnavului și procesele psihice joacă un rol important în starea de sănătate și boală.

Modelul biologic scoate în evidență rolul ”zestrei ereditare”, a factorilor endogeni și exogeni perinatali și postnatali în apariția diferitor tulburări. Rolul conduitelor sanogene și diferențele interindividuale privind personalitatea și procesele psihice sunt tot mai frecvent incluse în modelele bio-medicale (Engel, 1977, 1980) acceptate de specialiștii în științele medicale.

Modelul psihosomatic a luat naștere prin confluența a două concepte vehiculate în lumea medicală occidentală: psihogeneza și abordarea holistă. Rezultanta de bază a fost apariția în peisajul medical a bolii psihosomatice—boala care își are etiologia în factorii psihologici. În acord cu gândirea științifică din ultimii ani, o serie de îmbolnăviri sunt susceptibile a fi, cel puțin parțial, psihosomatice (Feld și Ruegg, 2005).

Modelul psihosomatic accentuează (deși prin dovezi empirice) componenta psihică în etiologia bolilor, ignorând factori etiologici patogeni sau traumatici, atât de bine descriși de științele medicale din prezent. Putem conchide, că termenul „deficiență” pune în cunoaștere aspectul biologic-medical, semnificând și: etiologia clinică a deficienței, lipsă de integritate anatomică și funcțională a unui organ / absență a unor facultăți fizice sau psihice.

Aplicarea **modelului biologic și medical** este necesară în cunoașterea etiologiei clinice a cauzelor, factorilor, manifestării deficienței, fără de care nu este posibilă asistența medicală multidisciplinară, terapia medicamentoasă, în susținerea sănătății fizice și psihice a persoanei deficiente, în educația, profesionalizarea, integrarea acestora în societate, în îmbunătățirea calității vieții lor.

Modelul social, ocolește modelele biologic și medical, nu-și propune să înlăture deficiența, handicapul/ dizabilitatea, pe care le tratează ca pe o problemă socială, creată de societate (mediul social în care s-a dezvoltat individul respectiv), influențând determinativ integrarea completă a individului în societate. Handicapul/ dizabilitatea nu este un atribut al unui individ, ci un complex de condiții create de mediul social, o problemă de atitudine și de

ideologie, care implică o schimbare socială, ceea ce – în termeni politici – devine o problemă de drepturi ale omului. Pentru acest model, dizabilitatea este o problemă politică. A ne conduce doar de modelul social în explicarea tulburărilor psihice, nu este suficient, deoarece, acesta, nu explică aspectele naturii biologice ale tulburării (Kaplan, 2002).

Modelul psihologic se ocupă în special de ”persoana” purtătoare a unei boli, dezvoltându-i capacitatea de a găsi sensuri lucrurilor, de a înțelege semnificația solicitărilor la care individul este supus, capacitatea de control și decizie, prin intermediul simțului intern al coerenței, ca mod unic de înțelegere a evenimentelor de viață și de restructurare a sistemului pentru redobândirea homeostaziei. Rolul intervenției psihoterapeutice este acela de a ajuta persoana să-și redobândească starea de coerență internă și reintegrarea în mediu la parametri optimi de calitate a vieții.

Modelul psihopedagogic se centrează pe înlăturarea/compensarea maximă a consecințelor generate de limitele dizabilității, folosind selectiv metodologii, tehnologii, mijloace psihopedagogice individualizate interactive cu conținut corecțional, contribuind astfel la formarea educațională, dobândirea unor cunoștințe necesare, deprinderi utilitare de muncă, pentru socializarea persoanelor cu dizabilități, în calitate de membri ai societății, cu drepturi egale de integrare în societate.

Modelul bio-psiho-social plasează sănătatea și boala pe un continuum, la unul din poli aflându-se moartea, iar la celălalt calitatea vieții. Fenomenele socioculturale cu potențial patogen au o influență definitorie pentru tabloul patologiei contemporane. Modelul pretinde a îmbunătăți calitatea vieții oricărei persoane, indiferent de circumstanțele vieții biologice și sociale. Fiecare din modele prezentate, luate aparte, nu reușesc să realizeze promovarea șanselor egale de incluziune și integrare în societate a persoanelor cu diverse dizabilități. Numai o combinație chibzuită a acestor modele poate da rezultate.



MENTAL RETARDATION

INTELLECTUAL DIZABILITY

I.3. Terminologia tulburărilor intelectuale, în clasificarea internațională ISD și DSM.

DSM și ISD a încercat de-a lungul timpului să realizeze o sinteză complexă asupra diagnosticării și a tuturor perspectivelor sănătății din punct de vedere a modelelor teoretice lansate.

Clasificarea Statistică Internațională a Bolilor (ICD), a Organizației Mondiale a Sănătății și Manualul Diagnostic și Statistic (DSM) al Asociației Americane de Psihiatrie. Manualele de diagnostic și statistic al tulburărilor psihice au cunoscut mai multe revizuri:

I.3. Tabelul 9. Description of the editions of the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders			
Edition	Publication date	Number of pages	Number of diagnoses
DSM-I	1952:	132	128
DSM-II	1968:	119	193
DSM-III	1980:	494	228
DSM-III-R	1987:	567	253
DSM-IV	1994:	886	383
DSM-IV-TR	2000:	943	383
DSM-5	2013:	947	541

În procesul îmbunătățirii conținuturilor acestor instrumente de diagnostic, au fost utilizați diferiți termeni în clasificarea aceluiași categorii cu un IQ sub 70. Ca argument, pot servi exemplele prezentate în continuare.

I.3. Tabelul 10. Description of the editions of the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
DSM-I , Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 1952: Sursa: http://www.turkpsikiyatri.org/arsiv/dsm1952.pdf
Asociația Psihiatrică Americană (APA) , a elaborat prima ediție a Manualului de diagnostic și statistică a tulburărilor mentale, DSM-I.

În manual, deficiența mentală este redată în felul următor:
***** Deficiență mintală.** ”În cadrul acestor categorii vor fi clasate cazurile care prezintă în primul rând un defect al inteligenței, intervenit după naștere, fără boală cerebrală organică sau cunoscută în perioada prenatală. Acest grup va include numai acele cazuri cunoscute anterior ca deficiențe mentale familiale sau "idiopatiche". **Gradul deficienței mintale** va fi specificat ușor, moderat și sever pentru un I.Q. recent determinat, indicându-se diagnosticul cu numele testului utilizat. **Deficiența ușoară**, indică un IQ 70 – 85, referindu-se la cea funcțională, (la afectarea vocațional profesională); **Deficiența mintală moderată** este utilizată pentru insuficiența mentală funcțională, care **necesită instruire și ghidare specială**, specifică pentru un I.Q. de aproximativ 50-70. **Deficiența mintală severă** se referă la deficiența mintală funcțională, cuprinsă **sub un Q.I. de 50**, care **necesită îngrijiri specializate complexe în cadrul instituțiilor specializate izolate, private de liberatate, ca formă de îngrijire și de protecție totală**. Gradul deficienței mintale se apreciază nu numai după indicatorii psihologici și psihometrici, ci și după rezultatele cercetărilor obținute, privind dterminantele factorilor culturali, fizici, emoționali și a impactului eficacității școlare, profesionale și sociale. Diagnosticul poate fi modificat în dependență de caz, când pe lângă deficiențele mintale există și reacții psihotice, nevrotice sau comportamentale semnificative”.

Termeni în limba: engleză	franceză	română	rusă
DSM-I, 1952 Mental Deficiency	Déficienc e mentale	Deficiență mintală	Умственная отсталость
DSM-II, 1968:	119, pages	193, tumber of diagnoses	

În manualul DSM-II, la acea oră erau listate doar tulburările mintale. Glosarul britanic al tulburărilor mintale a încercat să rectifice acea “listare” fără mare succes, deoarece nu exista deocamdată nici un fel de congruență privind simptomele și comportamentele, nu se știa în ce tip de categorie diagnostică se încadrau, existând diferențe transculturale de gândire psihiatrică și încadrare nosologică a marilor scoli de psihiatrie (germană, engleză, franceză, americană).

DSM-III, 1980 Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (Third Edition), The American Psychiatric Association 1980: <http://www.258162.net/dsm-iii-pdf.html>

DSM-III, a lărgit semnificativ numărul tulburărilor incluse în nosologia sa, denumind anumite simptome (de exemplu – fobia, din cadrul “nevrozelor” a fost inclusă în tulburările anxioase.

Criteriile diagnostice erau specificate cu mare precizie.

A adoptat pentru prima dată sistemul multiaxial de diagnostic.

În corespondere cu cerințele politicilor sociale, deficiențele mintale au fost redenumite în retard.

***Retardarea psihică (codul din a cincea cifră:

1 = cu alte simptome de comportament [care necesită atenție sau tratament și care nu fac parte dintr-o altă tulburare];

0 - fără alte simptome de comportament.).

IQ Nivel: 317.0(x) Mild (ușor) mental retardation, 50-70

318.0(x) Moderate (moderat) mental retardation, 35-49

318.1(x) Severe (sever) mental retardation, 20-34

318.2(x) Profound (profund) mental retardation, Below (sub) 20

319.0(x) Unspecified mental retardation (retard mintal nespecificat/ de etiologie necunoscută).

Termeni utilizați în limba:

engleză	franceză	română	rusă
DSM-III, 1980 Mental retardation	Retard mintal	Retard mintal	Умственная отсталость

Spre deosebire de DSM-1 și DSM-2, care n-au întreprins eforturi de a elabora o schemă a clasificării bolilor psihice,

DSM-3 a fost prima clasificare oficială prin care s-a stabilit modul de validare a bolilor psihice, primele criterii de diagnostic pentru entitățile clinice valabile;

Au fost introduse importante inovații metodologice, criterii de diagnostic explicite, sistemul multiaxial, ca o aderare la modelul biopsihosocial și o descriere clinică neutrală cu privire la etiologia tulburării respective.

DSM-3 a constituit o revoluție în clasificarea bolilor mentale.

Această nosologie a reprezentat prima schimbare de paradigmă (a doua schimbare de paradigmă se consideră a o face DSM-5), spre o clasificare bazată pe simptome și criterii, care reflectă nu numai acumularea cunoștințelor științifice, ci și creșterea medicalizării bolilor psihice, fiecare din ele fiind pasibile de a raspunde la un tratament specific, la o asistență multidisciplinară a beneficiarilor.

DSM-4, 1994 nu a produs modificări radicale față de DSM-3. DSM-4 s-a constituit în patru componente: clasificare diagnostică, sistem de codificare, seturi de criterii diagnostice și text descriptiv pentru fiecare categorie de prim ordin. Diagnosticul se bazează pe culegerea de simptome și potrivirea lor cu o categorie diagnostică, pe existența de criterii de includere și excludere și pe conformitatea cu descrierea narativă furnizată de manual.

DSM-IV-TR, 2000:	943 pages	383, tumber of diagnoses
-------------------------	-----------	--------------------------

Diagnostic and statistical manual of mental disorders fourth, edition DSM-IVTM. Această revizie a textului încorporează **informații științifice extrase din literatura de specialitate** pe perioada dintre cele două publicări. Dezvoltarea elementelor din DSM-IV-TR includea elemente asociate, prevalență, cultură, vârstă, sex, evoluție și pattern familial al tulburării mentale. Tulburările mentale sunt privite în DSM-IV^{TV} ca sindroame clinice semnificative sau patternuri (tipare) asociate cu stres sau disabilitați sau cu risc crescut de a provoca moartea, durerea, disabilitați sau pierdere a libertății. Acest sindrom urma să fie diferențiate în dependență de producerea unui anumit eveniment patogen. Ex- reacția de doliu la moartea unei persoane iubite, comportamentul, disfuncțiile psihologice, biologice și simptomatice rezultate dintr-o astfel de situație fiind considerate ca o manifestare normală a individului . Comportamentele și conflictele deviate ale individului și a societății nu sunt, a priori, considerate dovada unei tulburări mentale.

Sursa: <https://justines2010blog.files.wordpress.com/2011/03/dsm-iv.pdf>

- 317 F70.9 Mild Mental Retardation:**
IQ level **50-55** to approximately **70**
 - 318.0 F71.9 Moderate Mental Retardation:**
IQ level **35-40 to 50-55**
 - 318.1 F72.9 Severe Mental Retardation:**
IQ level **20-25 to 35-40**
 - 318.2 F73.9 Profound Mental Retardation:**
IQ level below **20 or 25**
 - 319 F79.9 Mental Retardation, Severity Unspecified:**
when there is strong presumption of Mental Retardation but the person's intelligence is untestable by standard tests
- * **319** Retard mintal nespecificat.

Nu este indicată o prezumție puternică, clară în diagnosticarea retardului mintal reversibil față de cel ireversibil, inteligența mintală nu poate fi evaluată cu ajutorul testelor standartizate.

Termeni utilizați în limba:

engleză	franceză	română	rusă
DSM-IV-TR, 2000: Mental retardation	Retard mintal	Retard mintal	Умственная отсталость

Versiunea revizuită DSM-4, respectiv DSM-4-TR (2000), s-a născut din necesitatea actualizării versiunii de bază (DSM-IV) și încorporarea datelor acumulate între timp, corectarea unor inadvertente (nepotriviri) ale versiunii inițiate și din dorința de a se alinia mai bine la versiunea CIB-9-CM, care a fost între timp adoptată de guvernul Statelor Unite. În timpul procesului de revizuire, termenul "handicap" a fost abandonat, folosindu-se cel de "dizabilitate", ca termen generic pentru toate cele trei niveluri – corp, individ și societate. Promovarea diagnosticului pe bază de simptome a făcut ca culegerea de date necesare diagnosticului să fie făcută numai într-un singur registru, cel fenomenologic (culegerea datelor observabile) ceea ce a descurajat clinicienii pentru culegerea și analizarea altor date disponibile (care să conducă la evidențierea mecanismelor ce generează și susțin tulburările psihice), ceea ce a condus la posibilitatea multiplicării entităților clinice și la alinierea lor la concepte politice, precum “politically correctness”, și la o nepotrivire cu standardele juridice, pentru că manualul nu permite o delimitare fără echivoc a ceea ce se înțelege prin “tulburare”, “defect” sau “dizabilitate”.(p.7)

DSM-5, 2013: Diagnostic and statistical manual of mental disorders fifth edition DSM-5, 2013, și-a propus să schimbe “paradigma” clasificării prin rescrierea vechii taxonomii psihiatrice, nevoia schimbării fundamentale a paradigmei diagnostice neo-kraepelinene și chiar a definiției tulburării mentale, încărcată de conotații sociopolitice și biomedicale (Kupfer DJ, First MB, Regier DA (Eds) (2002): A Research Agenda for DSM-V, Washington, DC: American Psychiatric Association, 2002).

Printe multiplele schimbări prevazute a fi în DSM-5, pot fi menționate: - recategorizarea tulburărilor de învățare prin includerea unei singure categorii pentru autism și înlocuirea termenului de

retard mental cu cel de dizabilitate intelectuală; - adăugarea unei noi entități la tulburările copilului și adolescentului: tulburarea de dereglare a irascibilității cu disforie (“temper dysregulation with dysphoria”) pentru copii care prezintă explozii de mânie și irascibilitate persistentă; - furnizarea unei noi modalități de evaluare a riscului de suicide.

Sursa: <http://www.docscrowbanks.com/pdf/dsm-v-online-free-pdf>

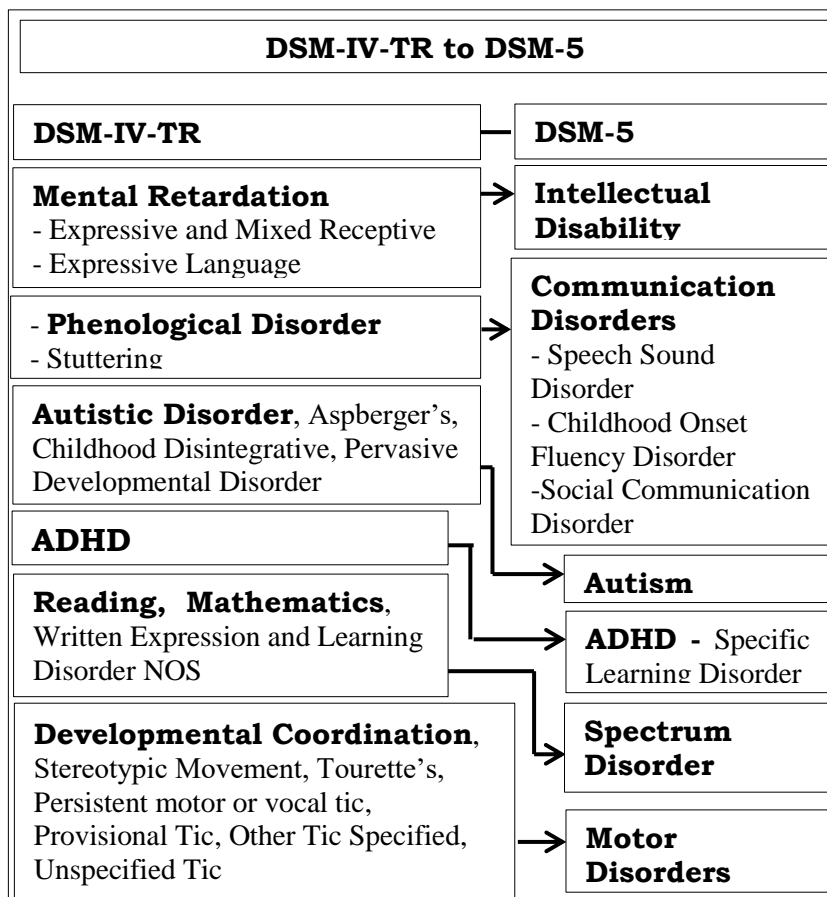
DSM-5, 2013	ICD-9 -CM	ICD- 10-CM	Categoriile/ % of ID population		Capacitate funcțională
					100-80%
Intellectual Disability (intellectual Development al Disorder)	317	F70	Mild	85	79-51%
	318.0	F71	Moderate	10	50-39%
	318.1	F72	Severe	5	30-11%
	318.2	F73	Profund	1	5-0%
	319	F79			

Dizabilitatea reflectă o relație dialectică dintre diversitatea acestor modele: biomedical, psihopedagogic și social. De precizat că acestea trebuie văzute în contextul valorilor de fond care definesc civilizația de tip modern și anume: mentalitatea materialistă, psihoza performanței, hedonismul contemporan (Băban, 2000).

Dizabilitate prin semnificație este sinonim deficienței (indicând o lipsă sau un defect fizic sau și psihic ireversibil), fiind un termen generic pentru afectări/deficiențe, limitări de activitate și restricții de participare în interacțiunea individ – mediu.

Termenul „dizabilitate” – „insuficiență”, ca și termenul „handicap” are o semnificație interpretativă foarte vastă, înglobând în sine incapacități fizice, psihofizice (și de inteligență), incapacități în stările de afectivitate și conduită morală; „...inabilitate sau limitare în desfășurarea activităților și rolurilor sociale așteptate de la individ în cadrul unui anumit mediu fizic și social. Spre deosebire de termenul handicap, dizabilitatea confirmă existența unei deficiențe invariabile. Din exemplele menționate, privind terminologia utilizată, referitoare la tulburările intelectuale, observăm, că în diferite

perioade de timp, Manualele de Diagnostic și Statistică DSM, au folosit diferiți termeni (deficiență, retard, dizabilitate) pentru diagnosticarea copiilor cu un IQ sub 70, atenționând tot odată, că fiecare țară își alege acea terminologie care ar reda mai veridic tulburarea respectivă, în semnificația limbajului național din arealul geografic dat. Cele mai semnificative schimbări, întreprinse în DSM-V, pot fi prezentate schematic, astfel:



În prezent, în țările occidentale (SUA, Anglia, Germania etc.), există tendința de a înlocui termenul ”oligofrenie”.

În acest sens, se propun alți termeni de clasificare și etichetare: ”înapoiere psihică”, ”reținere în dezvoltarea psihică”, ”insuficiență psihică”, ”subnormalitate psihică”, ”deficit intelectual”, ”copii înapoiți” etc. Se întreprind încercări de a separa și diversifica gradele severe și profunde ale oligofreniei (imbecilitate, idioție) de cele ușoare (Шипицына Л. М., 2005, p.17, [77]).

QI - coeficientul de inteligență (intelligence quotient) QI pentru deficiența veritabilă, are forme, cuprinse în intervalul QI = 0 – 65. Terminologia utilizată și clasificarea după coeficientul de inteligență este extrem de variată, atât la limita inferioară, cât și la cea superioară, fapt ce denotă inconsistența acestui sistem de evaluare și totodată un avertisment de a nu cădea sub influența cifrelor, a scorului numeric, ca rezultat al aplicării diferitelor teste.

Actualmente, în evaluarea funcțiilor mentale se utilizează ICD-10 (Classification of Mental and Behavioural Disorders) pentru codificarea tulburărilor psihiatrice, DSM-IV (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) și scala GAFS (Global Assessment of Functioning Scale/EGF), pentru evaluarea clinică și funcțională, utilizată în scopul creșterii obiectivității funcționale. *Scala GAFS (GAF), de Evaluare Globală a Funcționării, este o versiune modificată a Scalei de Evaluare Globală (GAS), apărută în 1994 în DSM-III-R. Funcția totală a Axei V din cadrul DSM-IV este evaluată cu scala GAF, scorul EGA, foarte utilă, când progresul clinic al persoanei trebuie evaluat în termeni globali, folosind o singură măsură.

Scala GAF, evaluarea globală ia în considerație numai funcționalitatea psihologică, ocupațional-profesională și socială ca un continuum ipotetic dinspre sănătatea mentală spre boala mentală.

Evaluarea persoanei se face cu punctajul de la 0 până la 100.

I.3. Tabelul 11. Clasificarea deficiențelor mintale, conform criteriilor de diagnostic DSM-IV-TR, examinării psihologice, paraclinice, EEG și neuroimagingice (CT), precum și a investigației sociale.
--

Corelația între "scala GAFS" și deficiența funcțională				
Criterii terminologice	Diagnostic funcțional	Grad de severitate		QI Coeficient intelectual
Reținere / întârziere în dezvoltarea psihică (RDP)	Fără deficiență psihică funcțională	Intelect de limită/ pseudodebilitate/ debilitate falsă		IQ 70-85 Ating vârsta mentală normală
	Scor GAFS -SEGFS 90-81	Incapacitate adaptivă 0-19%	Nu determină grad de invaliditate	Capacitate de muncă normală
Dizabilitate mentală ușoară Recuperabili, educabili în sisteme speciale de învățământ	Deficiență psihică ușoară	Oligofrenie, gradul I, debilitate mintală		QI 50-69
	Scor GAFS -SEGFS 80-61	Incapacitate adaptivă 20-49%	nu determină grad de invaliditate	Capacitate de muncă – păstrată
	Ating vârsta mintală de 9-12 ani			
Dizabilitate mentală ușoară semirecuperabili, în sisteme speciale de învățământ	Deficiență psihică medie	Oligofrenie grad II, imbecilitate cu tulburări de comportament		QI – 35-49
	Scor GAFS - SEGFS 60-41	Incapacitate adaptivă 50-69%	grad de invaliditate - III	Capacitate de muncă pierdută, cel puțin jumătate, gradul III
	Ating vârsta mintală de 6-9 ani			
Dizabilitate mentală moderată / severă (parțial recuperabili)	Deficiență psihică accentuată	Oligofrenie grad II, imbecilitate		QI 20-34
	Scor GAFS - SEGFS 40-21	Incapacitate adaptivă 70-89%	grad de invaliditate - II	Capacitate de muncă total pierdută, gradul II
	Ating vârsta mintală de 3-6 ani			
Dizabilitate mentală profundă (irecuperabili)	Deficiență psihică gravă	oligofrenie grad III, idiotie		QI sub 20
	Scor GAFS - SEGFS 20-1	Incapacitate adaptivă 90-100%	grad, invaliditate I	Capacitate de autodeservire total pierdută, grad I
	Vârsta mintală sub 3 ani			

*Termenul de "oligofrenie" este înlocuit cu termenul "deficiență mintală"
 *Termenul "retard mental" este înlocuit cu termenul "dizabilitate").
 Sursa: LexNavigator(TM) - Copyright Hotarire 155 23-Feb-2011
 Monitorul Oficial 224 31-Mar-2011 se aplica de la: 31-Mar-2011 – Text
 prelucrat de UltraTech Grou © UltraTech Group p. 232

În scopul creșterii obiectivității diagnosticului funcțional, se recomandă utilizarea GAFS (Global Assessment of Functioning Scale). Scala GAFS este validată internațional.

I.3. Tabelul 12. Scala globală de evaluare a funcționalității sociale (GAFS)

100-91	- se referă la o persoană cu activitate superioară într-o gamă largă de activități, care reușește să țină sub control problemele vieții, fiind apreciat de ceilalți pentru calități deosebite; - niciun simptom psihopatologic.
90-81	- simptome absente sau minime (emotivitate, anxietate ușoară în cazul unui eveniment); - funcționare bună în toate zonele de activitate; - este interesat și implicat într-o gamă largă de activități; - este eficient social, în general satisfăcut de viață; - nu are mai mult decât problemele și grijile zilnice curente (dispoziție sau indispoziție ocazională sau de scurtă durată...).
80-71	- dacă sunt prezente simptome psihopatologice, ele sunt tranzitorii și sunt reacții comprehensibile la stresori psihosociali (de exemplu, dificultăți de concentrare după un conflict cu familia); - nu mai mult decât tulburări discrete în funcționarea socială, ocupațională sau școlară (de exemplu, rămâne pentru scurt timp în urmă cu temele);
70-61	- simptome ușoare (de exemplu, dispoziție depresivă sau insomnie ușoară); - unele dificultăți în funcționarea socială, ocupațională sau școlară (de exemplu, chiul ocazional sau furturi din casă), dar funcționarea generală este relativ bună; - există câteva relații interpersonale semnificative.
60-51	- simptome moderate (de exemplu, apăsare afectivă, vorbire circumstanțială, ocazional atacuri de panică); - dificultate moderată în funcționarea socială,

	<p> ocupațională sau școlară (de exemplu, prieteni puțini, conflicte cu colegii, salariații).</p>
50-41	<ul style="list-style-type: none"> - simptome serioase (ideație suicidară, ritualuri obsesionale severe, furt frecvent din magazin); - tulburări severe în funcționarea socială, ocupațională sau școlară (singurătate, lipsă de prieteni, incapacitate de a crea relații, de a-și păstra slujba).
40-31	<ul style="list-style-type: none"> - tulburări în testarea realității sau în comunicare (în unele momente, vorbirea este ilogică, obscură, irelevantă); - tulburări majore în unele domenii, printre care: judecată, gândire, dispoziție, muncă sau școală, relații din familie (de exemplu, persoana depresivă care își evită prietenii, își neglijează familia, este incapabil de muncă, manifestă agresivitate, înregistrează eșecuri școlare).
30-21	<ul style="list-style-type: none"> - comportament influențat considerabil de delir sau halucinații; - tulburare severă în comunicare sau judecată (de exemplu, uneori incoerent, acționează evident neconcordanț cu situația); - tentative suicidare; - incapacitate de a funcționa în majoritatea domeniilor: social, ocupațional sau familial (de exemplu, stă în pat toată ziua, nu are serviciu, nu are prieteni).
20-11	<ul style="list-style-type: none"> - există pericol de a face rău altora sau sieși (de exemplu, tentative suicidare); - frecvent violent, agresivitate sau excitaie maniacală; - nu reușește să mențină o minimă igienă personală; - tulburare grosieră în comunicare (de exemplu, incoerență cvasipermanentă).
10-1	<p>Se referă la o persoană care se află într-un pericol persistent sau dezvoltă o inabilitate persistentă de a-și menține igiena personală sau dezvoltă comportament suicidal. Se află în pericol persistent de a face rău, vătămări, răniri grave altora sau sieși (de exemplu, violență recurentă); - acte homicidare; - expectație mare de moarte;</p>
<p>Sursa: LexNavigator(TM) - Copyright Hotarire 155 23-Feb-2011 Guvernul Monitorul Oficial 224 31-Mar-2011 se aplica de la: 31-Mar-2011 - Text prelucrat de UltraTech Grou © UltraTech Group p. 217</p>	

- * fără deficiență funcțională (incapacitatea adaptativă 0 - 19%) - exprimă limitele largi ale normalului;
- * deficiență ușoară (incapacitatea adaptativă 20 - 49%) - afectează nesemnificativ activitățile cotidiene și profesionale; pot apărea contraindicații privind activitatea profesională/ recomandări privind schimbarea locului de muncă; capacitatea de muncă este păstrată;
- * deficiență medie (incapacitatea adaptativă 50 - 69%) - limitează capacitatea adaptativă la mediul profesional în privința programului sau a locului de muncă; capacitatea de muncă este redusă cu cel puțin jumătate față de standard;
- * deficiență accentuată (incapacitatea adaptativă 70 - 90%) - împiedică desfășurarea unei activități profesionale în sistemul organizat de muncă; capacitatea de muncă este pierdută în totalitate;
- * deficiență gravă (incapacitatea adaptativă 90 - 100%) - pierde, pe lângă capacitatea de muncă, și pe cea de autoservire. În prezent, cele mai recunoscute și recomandate teste, în determinarea IQ, sunt:

I.3. Tabelul 13. Variabilitatea coeficientului de inteligență (QI) în funcție de proba administrată și de autor.

Codificarea medicală, UNESCO, 1983:

Deficiență mintală:	Binet-Stanford	Wechsler	Matricile Progressive Raven	
ușoară	QI= 52-66	QI =55-69	Inteligență, nivel scăzut	71-80
moderată	QI= 36-50	QI =40-54	înapoiere mintală ușoară	51-70
severă	QI= 20-35	QI =25-39	înapoiere mintală medie	21-50
profundă	QI sub 19	QI sub 24	înapoiere mint. profundă	0-20

Codificarea clinico-psihometrică americană, adoptată de OMS:

Binet-Stanford, Cattel		D. Wechsler	
debilitate legeră	QI=68-80	inteligență de limită	QI= 69-80
debilitate medie	QI=52-67	deficiență mentală legeră	QI= 55-68
debilitate profundă	QI=36-51	deficiență mentală moderată	QI= 40-54
debilitate severă	QI=20-35	deficiență mentală severă	QI= 25-39
arierație profundă	QI sub 19	arierație profundă	QI sub 24

OMS-10 nu ia în considerație particularitățile calitative variate și multiaspectuale ale structurii defectului și nu poate fi considerată ca fiind cea mai adecvată pentru corecția și recuperarea psihologică a copiilor și adolescenților cu tulburări psihice.

Codificarea mixtă medico-educațional-socială, acceptată de OMS

se axează pe criteriile: adaptabilitate la nivel socio-profesional, capacitatea de a dobândi o autonomie personală, profesională, socială, capacitatea de autoprotecție și de profit educațional în urma școlarizării specializate și aplicării unei terapii adecvate și de plasament adecvat (plasament familial, cămin-spital, cămin-școală, cămin atelier, școală specială, școală profesională, producție), în condiții normale de muncă.

Clasificarea ia în considerare trei dimensiuni ale deficienței mintale: aspectul medical, aspectul funcțional, aspectul social, corelate cu indicatori de dezvoltare (coeficientul intelectual, vârsta mintală, vârsta socială). Coeficientul intelectual (IQ) n-ar trebui să fie de bază, ci doar o parte componentă a diagnosticării complexe medicale psiho-pedagogice și a corecției multidisciplinare. A ne conduce doar de rezultatele unui simplu indicator IQ obținut din testele aplicate, în diagnosticarea deficiențelor mintale, este insuficient, dacă nu se iau în considerare toți factorii intervenți în geneza tulburării, capacitățile și posibilitățile recuperatorii ale copilului, precum și condițiile mediului familial, școlar, social-economic și cultural.

Deficiență mintală, nivel:	IQ =	Capacitate educativă	vârsta	
			mintală	socială
debilitate ușoară	65-70	educabili	12 ani	14 ani
debilitate moderată	50-64	educabili	10 ani	14 ani
debilitate pronunțată	40-50	semieducabili	9 ani	14 ani
imbecilitate legeră	30-39	parțial recuperabili	5 ani	14 ani
imbecilitate, severă	20-29	irecurabili	3 ani	14 ani
idiotie, profundă	<19	irecurabili	< 2 ani	14 ani

* Scala GAFS-SEGFS: **deficiență ușoară** sau debilitatea mintală ușoară - (incapacitatea adaptativă 20-49%) - afectează nesemnificativ activitățile cotidiene și profesionale; pot apărea contraindicații privind activitatea profesională/recomandări privind schimbarea locului de muncă; capacitatea de muncă este păstrată.

Copiii cu această formă de debilitate mintală, sunt depistați, de obicei, abia în procesul învățării lor în școala generală primară, când se constată că nu fac față curriculumului școlar. Din păcate, diagnosticul precoce nu este întotdeauna posibil. În cazul în care beneficiază de un sistem educațional special potrivit, de o educație psihocorecțională eficientă, de o pregătire profesională

corespunzătoare capacităților intelectuale, de o angajare în câmpul muncii, conformă abilităților profesionale dobândite, marea majoritate a copiilor acestui grup, reușesc către vârsta de 15-20 să se adapteze la condițiile mediului social, încât cu greu pot fi deosebiți de semenii lor normali.

Acest lucru se întâmplă doar în cazurile în care copilul trăiește într-un mediu protejat educațional, psihologic și social. Dacă situația vieții se schimbă și copilului sau tânărului îi sunt înaintate cerințe care nu corespund capacităților intelectuale de care dispun, are loc dezadaptarea. Astfel, de copii și adolescenți, alcătuiesc aproximativ 70-75% din numărul total al deficienților cu debilitate mintală, și soarta vieții lor evoluează în mod diferit. A-l învăța pe un copil deficient mintal este foarte greu, dar și mai greu este să-l dezveți, să-i trezești interesul de carte, când acest interes a fost pierdut! (Шипицына Л. М, 2005, p.9)

În medii educaționale protejate, copiii cu aceasta forma de debilitate sunt educabili, făcând față exigențelor școlare, în limita cunoștințelor școlii primare obișnuite (atingând **vârsta mintală de 10 ani**), **în clase speciale ale școlii generale sau sisteme speciale de învățământ, cu o durată de 8-10 ani de instruire. Își pot continua studiile în școli profesionale speciale, dobândind profesii simple: îngrijitor de animale, prelucrarea pământului, cizmărie, lemnărie, cusătorie, olărit, menagerie casnică etc.**, putând ajunge buni executanți în profesii cu operații simple, accentuat repetitive.

Debilul mintal se caracterizează printr-o dezvoltare intelectuală insuficientă, incapacitate de a-și asuma total responsabilitatea faptelor sale, întrucât este incapabil să prevadă implicațiile (consecințele) acțiunilor sale. Trăsături definatorii pentru debilitate sunt: inadaptare socială, lipsa de discernământ (distanțiere între bine și rău), naivitate, labilitate influentă, sunt influențabili (ușor de angrenat în grupuri delincvente, în acte ilegale), deficit de atenție, lipsa (sau diminuarea) motivației de a avea grijă de propria persoană. Lipsă de activism, motivație deficitară în rezolvarea

sarcinilor, superficialitate în emiterea judecăților de valoare, incapacitate în înțelegerea valorilor morale, în diferențierea dintre bine și rău, reprezentări sărace și lipsa de detalii, infantilism afectiv, incapacitate în crearea relațiilor, instabilitate relațională. Gândirea inertă (operațiile gândirii afectate), concretă, memoria mecanică, de scurtă durată, deficiențe serioase în memorizarea logică a informațiilor și a sesizării cauzalității fenomenelor, dificultăți în rezolvarea de probleme (acestea neputând fi rezolvate pe căi originale, noi). Totuși, debilii mintal ajung să însușească deprinderile de scris-citit, de calcul aritmetic (la stadiul operațiilor concrete), de operare elementară în plan mintal, fără însă să atingă nivelul gândirii formale. Ei pot achiziționa unele cunoștințe în activitate și în viața socială, atingând autonomie socială dar, pe ansamblu, nivelul dezvoltării psihice și al adaptării lor rămâne limitat. La sfârșitul dezvoltării sale, debilul mintal nu depășește mecanismele de gândire și modurile operaționale ale unui copil de 9 ani. Vârsta sa mintală se situează între 7-8 ani și 9-10 ani. În lipsa unei educații eficiente, debilii mintal pot fi ușor recrutați în grupuri delincvente. Debilii mintal sunt greu de depistat, întrucât la prima vedere, pot avea un comportament docil, pot manifesta o memorie mecanică și o fluentă verbală satisfăcătoare, pot trece neobservați, printr-un comportament timid. Debilii mintali veritabili (cu debilitate reală), adeseori sunt confundați cu ”pseudodebilii” (întârziatii mintal (RDP – reținere în dezvoltarea psihică), care au o întârziere mintală liminară, de ordin funcțional, cauzată de sărăcie, subnutriție sau mediu social cultural (întârzierea fiind în achiziționarea informațiilor, posibil de depășit).

* Scala GAFS-SEGFS: **deficiență medie** (incapacitatea adaptativă 50 - 69%) - limitează capacitatea adaptativă la mediul profesional în privința programului sau a locului de muncă; capacitatea de muncă este redusă cu cel puțin jumătate față de standard. **Nivelul mintal nu depășește 5 - 7 ani la vârsta adultă.** Depistarea copiilor cu această formă de deficiență mintală se face ușor, întrucât ei învață să vorbească foarte greu, stabilesc cu

dificultate relații sociale, sunt dependenți de o persoană din anturaj, au anumite anormalități fizice care afectează coordonarea mișcărilor sau comportamentul.

* Scala GAFS-SEGFS: **deficiență accentuată** (incapacitatea adaptativă 70 - 90%) - împiedică desfășurarea unei activități profesionale în sistemul organizat de muncă; Capacitatea de muncă este pierdută în totalitate. Deficiența medie **nu depășește nivelul intelectual de 3 - 5 ani**. Un astfel de copil învață să vorbească la un nivel foarte simplu, are defecte fizice și este foarte dependent de prezența celor din jurul său.

* Scala GAFS-SEGFS: **deficiență gravă**, cea mai dramatică formă de deficiență mintală. Deficientul grav nu este în stare să învețe nici cele mai simple mișcări (incapacitatea adaptativă e de 90 - 100%), necesitând o supraveghere și o îngrijire permanentă din partea celorlalți. Capacitatea de muncă și cea de autoservire este pierdută totalmente. Prin urmare, înapoierea mintală nu reprezintă o întârziere mentală simplă, ușoară, care datorită intervenției psihopedagogice corecționale, atinge normalitatea. Pentru a atinge autonomia socială, **copiii cu deficiență mintală, au nevoie de condiții speciale de educație, în sisteme specializate, pentru a dobândi unele deprinderi de muncă.**

Problemele tulburărilor psihice (mentale) vizează în egală măsură specialiștii din domeniile psihiatriei, pedagogiei, psihologiei, dreptului, asistenței sociale, în a căror competență profesională se află problema respectivă. Folosirea corectă a terminologiei în diagnosticare are o importanță deosebită, pentru a nu le confunda cu alte terminologii, care au cu totul alte semnificații, caracteristice altor categorii de copii cu tulburări psihice. Prin înlocuirea termenului "retard mental" cu termenul "dizabilitate mintală", (în DSM-5 față de DSM-IV), se încearcă relieverea mai exactă în denumirea, diferențierea, diagnosticarea și tratarea tulburărilor mentale.

Iată de ce este foarte important, în diagnosticarea unei anumite deficiențe sau tulburări, să se utilizeze codurile CIF,

prezentate în Clasificarea internațională a funcționării, dizabilității și sănătății. Codurile CIF presupun utilizarea a unul sau mai mulți calificatori care denotă, de exemplu, dimensiunea nivelului de sănătate sau severitatea problemei în cauză. Calificatorii se codifică prin una, două sau mai multe cifre puse după un punct.

Conform interpretării OMS, codurile incomplete semnifică absența unei probleme – xxx.00. În funcție de domeniul de clasificare relevant (unde, xxx reprezintă cifra de domeniu de nivel 2):

I.3. Tabelul 14. Interpretarea problemelor în contextul codurilor CIF		
xxx.0	NU SUNT probleme (lipsă, absentă, neglijabilă)	0-4%
xxx.1	Problemă UȘOARĂ (scăzută, redusă...)	5-24%
xxx.2	Problemă MODERATĂ (medie, temperată...)	25-49%
xxx.3	Problemă SEVERĂ (gravă, ridicată, extremă...)	50-95%
xxx.4	Problemă COMPLETĂ (generalizată, completă)	96-100%
xxx.8	nu se specifică	
xxx.9	nu se aplică	
Sursa: p.227, Clasificarea internațională a funcționării, dizabilității și sănătății (CIF)/OMS Geneva – Organizația Mondială a Sănătății – București: Editura MarLink, 2004, p. 302. http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/42407/5/9241545429_rum.pdf		

Blocurile F80-F89 (tulburări ale dezvoltării psihologice) și F90-F98 (tulburări de comportament și emoționale cu debut de obicei în copilărie sau adolescență) se referă doar la acele tulburări care sunt specifice copilăriei și adolescenței. Un număr de tulburări plasate în alte secțiuni pot apărea la orice vârstă și trebuie să fie folosite și pentru copii și adolescenți dacă este cazul. Exemple sunt tulburările instinctului alimentar (F50), tulburările somnului (F51) și tulburările de identitate a genului (F64). Unele tipuri de fobie care apar la copii prezintă probleme speciale de clasificare, după cum s-a precizat în descrierea de la F93.1 (tulburări de anxietate fobică în copilărie). p.215. Totuși, este nevoie de multă claritate și precizie în

definirea diferitelor concepte, care să permită selectarea termenilor adecvați, pentru fiecare concept, într-un mod lipsit de ambiguitate.

Dincolo de o înțelegere comună a conceptelor, este esențial să se ajungă și la un acord în folosirea termenilor, care ar reflecta în mod optim conținutul diagnostic respectiv fiecărei limbi în parte. Într-o limbă pot exista mai multe alternative, deci va trebui ales termenul cel mai bun, din punct de vedere al acurateței, acceptabilității și utilității generale a acestuia. Se speră că utilitatea CIF va merge permanent mână în mână cu claritatea. Cu toate că s-au efectuat diferite încercări de a înlocui termenii arierație, înapoiere, deficiență, invaliditate mintală, cu alți termeni (de dragul publicului larg), actualmente există tendința de a depăși peste conceptele politice contraversate (“politically correctness”), nepotrivite cu standardele juridice, în terminologia tulburărilor mentale, raportată la capacitatea de exercițiu, recunoașterea invalidității mentale, inclusiv și la politicile educaționale și sociale de incluziune și integrare.

În cazul copiilor cu dizabilitate intelectuală, sub QI de 69, școala de cultură generală, nu le poate oferi un mediu educațional dezvoltativ, cu o pregătire preprofesională adecvată posibilităților și necesităților reale, promovându-le dezvoltarea deprinderilor de muncă, abilităților cognitive, comunicative și sociale, făcându-i utili societății, nu doar consumatori ai serviciilor sociale.

Termeni în care imprecizia este evidentă și cuprind o gamă prea variată de manifestări ce nu sunt sugerate de un conținut precis, utilizați sporadic în unele lucrări, prezentați cu o poziție de sinonimie (retardați, înapoiți, întârziați, dificili sau cu dificultăți, neadaptați sau inadaptați, etc., prezenți în conceptul de handicap sau alături de conceptului de tulburare, dizabilitate), au un impact negativ asupra soartei viitoare a copilului, făcându-l dependenți de familie, incapabil de a se integra în piața muncii. Confuziile terminologice conduc la imprecizii în organizarea sistemelor și proceselor de învățământ pentru categoriile de copii cu CES, în selectarea modelelor de educație, în elaborarea programelor și conținuturilor de învățământ,

în proiectarea tehnologiilor corecțional-recuperatorii, în pregătirea profesională pentru încadrarea în muncă.



Tulburări diagnosticate inițial în copilărie sau adolescență.

Cifru	Codul	MENTAL RETARDATION (39) INTELLECTUAL DISABILITY
319 (_)	F70	Mild Intellectual Disability (33) Dizabilitate intelectuală ușoară IQ=50-69; Atinge vârsta mentală de până la 9-12 ani
319 (_)	F71	Moderate Intellectual Disability (33) Dizabilitate intelectuală moderată IQ=35-49; Atinge vârsta mentală până la 6-9 ani
319 (_)	F72	Severe Intellectual Disability (33) Dizabilitate intelectuală severă IQ=20-34; Atinge vârsta mentală de până la 3-6 ani
319 (_)	F73	Profound Intellectual Disability (33) Dizabilitate intelectuală profundă IQ < 20; Atinge vârsta mentală de până la 3 ani
319 (_)	F79	Unspecified Intellectual Disability (Intellectual Developmental Disorder) (41) Dizabilitate intelectuală nespecificată (tulburare de dezvoltare intelectuală).

Sursa: Levels of MR according to the DSM-IV-TR versus the AAMR. <http://pedsinreview.aappublications.org/content/27/6/204>

II. CLASIFICAREA INTERNAȚIONALĂ A TULBURĂRILOR INTELECTUALE.

2.1. Tulburările intelectuale la copii și adolescenți, prezentate în versiunea ISD-10, DSM-10, DSM-V.

În prezent, se folosesc două categorii de bază privind clasificarea bolilor: Clasificarea Statistică Internațională a Bolilor (ICD), a Organizației Mondiale a Sănătății și Manualul Diagnostic și Statistic (DSM) al Asociației Americane de Psihiatrie. Versiunile (ICD-10 și DSM-IV) au ajuns la clasificări foarte similare. În ICD-10 există versiunea clinică, cu prezentarea descrierii clinice și recomandări, pentru diagnosticul fiecărei tulburări, clar definite, criteriile de diagnostic, deseori sunt identice cu cele din DSM-IV.

Denumirile de diagnostic sunt grupate în axe, constituind un ajutor valoros în activitatea clinică și de cercetare. În versiunea schemelor multiaxiale din ISD-10 și DSM-10, fiecare din axe, semnifică un aspect foarte important al faptului: ce reprezintă copilul (vezi tabelul I.2.).

II.1.Tabelul 15. Scheme multiaxiale ISD-10 și DSM-IV-10		
Axa ICD-10	Axa DSM-IV	Conținutul rezumativ al axelor, privind clasificarea tulburărilor (T)
1	I	Axa I include toate categoriile diagnostice, sindroame clinice psihiatrice, cu excepția tulburărilor de personalitate și a retardului mental. Exemple: -T afective; - T anxioase; - T somatoforme; - T disociative; - Schizofrenia; - T de consum; - T identității sexuale (parafiliile)
2	I	Tulburările comportamentale și emoționale.
3	II	Axa II – include tulburările de personalitate (Gluster A, B, C), dizabilitatea (retardul)

		mental (ușor, mediu, sever), și tulburările de dezvoltare, apărute în copilărie și adolescență.
4	III	Axa III – descrie condițiile medicale generale, bolile somatice: cauze somatice, fizice evidente și identificabile în determinismul și recunoașterea unei tulburări mintale. Printre condițiile cele mai uzuale: - T infecțioase sau parazitare; - Neoplasme (ex. T cerebrale); - T neurologice; - T endocrinologice; - Anomalii congenitale; - Autoleziuni și intoxicații.
5	IV	Axa IV - problemele psihosociale și de mediu: - Probleme cu grupul de suport primar (deces, abuz, separare); - Mediu social (deces sau pierdere, discriminare, singurătate); Probleme: - educaționale; - ocupaționale (șomaj, nesiguranță); - economice (sărăcie); - de acces la îngrijiri de sănătate; - de interacțiune cu serviciile legale (arest, victimizare); - altele
6	V	Axa V – evaluarea globală a activității – GAF, scorul EGA. Adaptarea funcțională, cum ar fi invaliditate socială gravă
Sursa: Taylor E., Rutter M. (2002) Classification: conceptual issues and substantive findings. // Rutter M., Taylor E. (eds) Child and Adolescent Psychiatry, 4th edition. Oxford: Blackwell Science, p. 3-17.// http://www.youthinmind.info/Russia/Ch2.pdf		

Cinci axe DSM-IV fac aceeași muncă ca și cele șase axe ale ICD-10, deoarece DSM-IV permite aplicarea componentelor diagnostice din axa I, care acoperă și tulburările psihice și tulburările specifice de dezvoltare. Marea diferență între cele două sisteme de clasificare a tulburărilor mentale constă în aceea că ICD utilizează descrierea simptomelor esențiale oferind o „hartă” sau „ghid global” al tulburării psihice respective (Graham, 1999), în timp ce DSM oferă criteriile operaționale care trebuie îndeplinite pentru formularea diagnosticului.

Clasificarea Statistică Internațională a Bolilor (ICD), a Organizației Mondiale a Sănătății și Manualul Diagnostic și Statistic (DSM) al Asociației Americane de Psihiatrie. Versiunile (ICD-10 și DSM-IV), prezintă tulburările psihice, **în codul unic "F"**, stratificat în felul următor:

F0 Tulburari psihice organice, inclusiv tulburările simptomatice

F1 Tulburări psihice și de comportament datorite utilizării substanțelor psihoactive

F2 Schizofrenie, tulburări schizotipale și delirante

F3 Tulburări ale dispoziției [afective]

F4 Tulburări nevrotice, de stress și somatoforme

F5 Sindroame comportamentale asociate perturbărilor fiziologice și factorilor fizici

F6 Tulburări de personalitate și de comportament la adulți

F7 Dizabilitate intelectuală

F8 Tulburări de dezvoltare psihologică (psihică)

F9 Tulburări comportamentale și emoționale cu debut de obicei în copilărie și adolescență

F99 Tulburare mentală nespecificată

* Categoriile cu asterisc de la acest capitol sunt urmatoarele:

F00* Demența în boala Alzheimer

F02* Demența în alte boli clasificate altundeva

Include: tulburări ale dezvoltării psihologice

Exclude: simptomele, semnele și determinările anormale clinice și de laborator, neclasificate altundeva (R00-R99).

Dizabilitatea mentală (F70-79), tulburările de dezvoltare psihologică (F80-F89) și tulburările comportamentale și emoționale cu debut de obicei în copilărie și adolescență (F90-F98), formează o categorie extinsă de grupuri de tulburări, apărute la copii și adolescenți în diferite perioade de dezvoltare ontogenetică.

Tulburările emoționale sunt descrise uneori ca tulburări de internalizare; care pornesc de la ideile anterioare despre „stres“, ca

retrăire lăuntrică (interiorizată), care duce la anxietate, teamă, suferință, durere în abdomen etc. Analogic, tulburările distructive de comportament, sunt descrise similar ca tulburări de externalizare, având în vedere faptul că „stresul“ poate fi, de asemenea, manifestat în exterior (exteriorizat), ducând la manifestări distructive, agresive, sau comportamente antisociale, care lezează persoanele din jur.

Tulburarea de dezvoltare – reprezintă un grup divers, caracterizat prin întârzieri și anomalii ale dezvoltării funcțiilor, care are loc în mod normal, într-o consecutivitate previzibilă, în rezultatul maturizării biologice[13].

II.1. Tabelul 16. Trei categorii principale de diagnostic a grupurilor de tulburări (T)

Tulburări emoționale	Tulburări comporta mentale distructive	Tulburări ale dezvoltării
T de anxietate Fobiile Depresia T obsesiv – compulsivă Unele somatizări	T comportamentale T opoziționale Hiperactivitate	T de dezvoltare specifice privind vorbirea și limbajul; T autiste; T specifice de dezvoltare privind abilitățile școlare; Enuresis, encopresis

Sursa: Taylor E., Rutter M. (2002) Classification: conceptual issues and substantive findings. In: Rutter M., Taylor E. (eds) Child and Adolescent Psychiatry, 4th edition. Oxford: Blackwell Science, pp. 3-17.// <http://www.youthinmind.info/Russia/Ch2.pdf>

Linia care separă cele trei grupuri principale de tulburări, nu este întotdeauna clară. De exemplu, hiperactivitatea, este inclusă în tulburările comportamentale și emoționale distructive, deși această tulburare ar putea fi considerată și o tulburare de atenție și de reglare a activității. În mod similar, depresia, este inclusă în tulburările de dispoziție, necâtând la faptul, că simptomul principal conducător, la copii și adolescenți, în marea majoritate a cazurilor, este iritabilitatea – simptom emoțional distructiv caracteristic tulburărilor comportamentale. În cazul tulburărilor emoționale, acolo unde este posibil, se utilizează diagnoza specifică persoanelor adulte, cum ar fi distimia sau tulburarea de anxietate generalizată.

Tulburările de dezvoltare, comportamentale și emoționale rămân a fi specifice copilăriei. Sănătatea psihică a copilului nu se limitează la aceste trei grupuri principale de tulburări. Există tulburări care nu se încadrează în categoria acestor trei grupuri de tulburări, cum ar fi schizofrenia precoce, anorexia nevrotică, tulburarea de atașament, sindromul Tourette etc.

Necătând la faptul, că actualmente codificarea, se face conform taxinomieii ICD-10 și diferențele față de DSM - IV sunt neesențiale, am încercat, în continuare, să prezentăm tulburările psihice cu debut în copilărie și adolescență, în corespundere cu versiunea DSM-V, deși această versiune, în țara noastră, urmează să intre în vigoare în viitorul apropiat. Despre schimbările introduse în acest clasificator am menționat anterior (vezi schema de la p. 56)

Studierea listei bolilor și a codurilor respective, referitoare la tulburările psihice cu debut în copilărie și adolescență, expuse în ISD-10, DSM-10 și DSM-V, și a izvoarelor de specialitate ne-a permis să sistematizăm schematic aceste tulburări într-un tabel, pentru o mai eficientă prezentare [67, 68, 73].

II.1. Tabelul 17. Disorders Usually First Diagnosed In Infancy, Childhood, or Adolescence (37) Tulburări, de obicei, diagnosticate inițial în copilărie sau adolescență (37), codificate pe axa II.		
Cifru	Codul	MENTAL RETARDATION (39) INTELLECTUAL DISABILITY (Developmental Disorder) (33) Note: These are coded on Axis II.
319 (_ _)	F70	Mild Intellectual Disability (33) Dizabilitate intelectuală ușoară IQ=50-69; Atinge vârsta mentală de până la 9-12 ani
319 (_ _)	F71	Moderate Intellectual Disability (33) Dizabilitate intelectuală moderată IQ=35-49; Atinge vârsta mentală de până la 6-9 ani
319 (_ _)	F72	Severe Intellectual Disability (33) Dizabilitate intelectuală severă IQ=20-34; Atinge vârsta mentală de până la 3-6 ani
319	F73	Profound Intellectual Disability (33)

(_ _)		Dizabilitate intelectuală profundă IQ până la 20; Atinge vârsta mentală de până la 3 ani
319 (_ _)	F79	Unspecified Intellectual Disability (Intellectual Developmental Disorder) (41) Dizabilitate intelectuală nespecificată (tulburare de dezvoltare intelectuală). Această categorie este rezervată copiilor cu vârsta de peste 5 ani, când evaluarea gradului de dizabilitate intelectuală (tulburare de dezvoltare intelectuală), prin intermediul procedurilor locale, disponibile este dificilă sau imposibilă, datorită tulburărilor senzoriale (de vâz, de auz) sau tulburărilor fizice locomotore; sau prezența unor tulburări severe de comportament sau a unei tulburări mentale co-apărută. Această categorie ar trebui utilizată numai în situații excepționale, necesitând reevaluări după o anumită perioadă de timp.
315.8	F88	Global Developmental Delay (41)
<p>Întârziere globală de dezvoltare. Agnozie a dezvoltării. Acest diagnostic este rezervat copiilor sub vârsta de 5 ani, când nivelul severității clinice a tulburării nu poate fi evaluat în mod credibil în timpul copilăriei precoce. Diagnosticul se pune atunci când individul nu îndeplinește obiectivele de dezvoltare preconizate în mai multe domenii ale funcționării intelectuale. Se aplică copiilor care nu pot fi supuși evaluărilor intelectuale sistematice, fiind prea tineri pentru a participa la teste standardizate. Această categorie incită evaluări repetate după o perioadă de timp.</p> <p>Pentru a determina gradul tulburărilor de comportament asociate cu dizabilitățile intelectuale, poate fi utilizat, al patrulea semn: F7x.0 Tulburări de comportament lipsesc sau sunt minime; F7x.1 Tulburări semnificative de comportament, necesită atenție sau terapie; F7x.8 Alte tulburări de comportament F7x.9 Informații referitoare la tulburările de comportament nu există. În majoritatea țărilor occidentale, se recomandă utilizarea Scalei de Maturitate Socială, Vineland. În țările în care această scală nu este recunoscută, ca fiind validă, se folosesc versiuni asemănătoare sau scale echivalente.</p>		

Communication Disorders (41)

Tulburările de comunicare includ deficiențe de pronunțare, deficite în limbaj, vorbire și comunicare. **Vorbirea** este producția expresivă de sunete și include articulația, fluența, vocea și calitatea de rezonanță individuală a individului. **Limbajul** include forma, funcția și utilizarea unui sistem convențional de simboluri (adică, cuvinte vorbite, limbajul semnelor, cuvinte scrise, imagini) într-o manieră guvernată de reguli de comunicare. **Comunicarea** include orice comportament verbal sau nonverbal (intenționat sau neintenționat), care influențează comportamentul, ideile sau atitudinile unui alt individ. În procesul evaluării abilităților de vorbire, limbaj și de comunicare trebuie să se țină cont de contextul cultural și lingvistic al individului evaluat, în special în cazul persoanelor care cresc în medii bilingve. Testele standartizate, instrumentele și procedurile de evaluare a limbajului, capacităților intelectuale și nonverbale ale acestor indivizi, trebuie să fie relevante pentru grupul cultural și lingvistic din care fac parte, (adică testele dezvoltate și standardizate pentru un grup, nu prevăd norme corespunzătoare pentru un alt grup diferit). În categoria tulburărilor de comunicare, care urmează a fi diagnosticată, se înscriu tulburările de limbaj, de vorbire (de articulație, pronunțarea sunetelor, vocea, fluența (bâlbâiala), tulburări sociale (pragmatice) de comunicare și alte tulburări de comunicare specificate și nespecificate.

F80-F89 Tulburările incluse în acest bloc au în comun: a) **debut invariabil** în perioada primei copilării sau copilăriei; b) **deficiență mentală sau întârziere** în dezvoltarea și maturizarea funcțiilor biologice ale sistemului nervos central; c) o **evoluție stabilă** fără remisiuni și recăderi. În cele mai multe cazuri, funcțiile afectate includ limbajul, abilitățile vizual-spațiale și coordonarea motrică. **Deficiența sau întârzierea este prezentă** din momentul în care a putut fi depistată cu siguranță, scăzând lent sau progresiv, pe măsură ce copilul înaintază în varstă, lăsând deseori deficite în viața adultă.

LANGUAGE DISORDER

315.39 (F80.9) Language Disorder (42). Criterii:

A. dificultăți persistente în achiziționarea și utilizarea limbajului în sintagme modale (adică, vorbirea dialogată, limbajul gesturilor,

vorbirea scrisă, etc.) din cauza unor deficiențe în vorbirea impresivă (de înțelegere a vorbirii adresate) și în vorbirea expresivă (de reproducere), manifestate prin:

1. Vocabular redus (de cunoaștere și utilizare a cuvintelor).
2. Propoziții alogice, cu structuri gramaticale incorecte de alcătuire a lor, care nu corespund regulilor gramaticale și morfologice.
3. Deficiențe în discurs (e posibilă abilitatea de a folosi vocabularul și de a conecta propozițiile pentru a explica sau descrie un subiect sau o serie de evenimente sau pentru a purta o conversație).

B. Abilitățile lingvistice, sunt substanțial și cantitativ sub nivelul așteptat pentru vârsta cronologică și mentală respectivă, ceea ce duce la limitări funcționale în eficacitatea comunicării, participarea socială, reușita școlară, sau în activitatea profesională individuală sau colectivă, sau în orice altă combinație.

C. Debutul simptomelor apar în perioada de dezvoltare timpurie.

D. Dificultățile nu țin de tulburările de auz, de văz sau a disfuncției motore sau a altor afecțiuni medicale sau neurologice și nici nu se explică mai bine prin dizabilitățile intelectuale (tulburări de dezvoltare intelectuală) sau prin întârzierile globale de dezvoltare.

Prognosticul nu este favorabil, deoarece această categorie de tulburări sunt stabile, de durată, greu se tratează și duc la tulburări ale citit-scrisului. Posibil că această categorie de tulburări să aibă un istoric social provenit din familie, părinți cu tulburări de limbaj. Întârzierea dezvoltării limbajului este caracteristica adeseori, prezentei dizabilității intelectuale. Diagnosticul definitiv se pune doar atunci când copilul este capabil să îndeplinească evaluările standartizate. Nu se pune un diagnostic separat, dacă deficitul lingvistic depășesc în mod clar, limitele dezvoltării intelectuale.

315.39 (F80.0) Speech Sound Disorder (44)

Tulburare specifică de articulație a vorbirii (tulburare specifică a vorbirii fonologice). Debutul simptomelor apar în perioada de dezvoltare timpurie. Dificultate persistentă de articulare a vorbirii fonologice, care împiedică transmiterea mesajelor și comunicarea verbală. Tulburarea afectează modul eficient de comunicare și de participare socială în lucrul în echipă, reușita școlară. Dificultățile nu se datorează tulburărilor congenitale sau dobândite, cum ar fi paralizia cerebrală, rinolalia, surditatea sau

pierderea auzului, leziunii cerebrale traumatice sau altor afecțiuni medicale sau neurologice. A. Abilitățile articulatorii (fonologice), determinate prin testele standartizate, sunt mai jos cu 2 abateri standard de la vârsta așteptată a copilului.

B. Abilitățile articulatorii (fonologice) se află cu cel puțin o abatere standard mai jos, sub coeficientul intelectual nonverbal de dezvoltare, identificat de testele standard.

C. Vorbirea expresivă și înțelegerea ei, determinate de testul standardizat, se află în limitele a două abateri standard mai jos, pentru vârsta normală a copilului.

D. Nu există tulburări neurologice, senzoriale sau fizice, care ar influența direct producția sonoră a vorbirii, nu există nici tulburări generale de dezvoltare (F84-).

Tulburare de dezvoltare: - fonologică - privind articularea vorbirii

Distalie; Tulburare funcțională de articulare a vorbirii; Lalopatie.

Exclude: deficiența de articulare a vorbirii (datorită):

- afaziei NOS (R47.0);
- pierderii auzului (H90-H91);
- apraxiei (R48.2);
- dizabilității intelectuale (F70-F79)
- cu tulburarea de dezvoltare a limbajului:
- expresiv (F80.1); - receptiv (F80.2).

E. Criteriul de excepție, este cel mai frecvent utilizat. **IQ** coeficientul nonverbal de dezvoltare intelectuală, conform testului standartizat, indicat individual, este **sub nivelul de 70 (IQ<70)**.

315.31 (F80.1) Expressive Language Disorder (55)

Tulburare a vorbirii expresive Pot exista sau nu anomalii în articulare. Disfazia sau afazia de dezvoltare, tipul expresiv

A. abilitățile vorbirii expresive, determinate de testul standartizat, sunt sub două abateri standard mai jos, de nivelul de vârstă a copilului. B. abilitățile vorbirii expresive se află cu cel puțin o abatere standard mai jos, sub coeficientul intelectual IQ nonverbal de dezvoltare, determinate prin testele standard.

C. vorbirea receptivă, determinată prin testele standartizate, se află în limita a două abateri standard, față de nivelul de vârstă așteptat al copilului. D. folosirea și înțelegerea vorbirii nonverbale și a funcțiilor imaginative ale vorbirii, se află în limita normei.

E. Nu există tulburări neurologice, senzoriale sau fizice, care ar influența direct vorbirea dialogată, nu există nici tulburări generale

de dezvoltare (F84-).

Exclude: afazia dobândită cu epilepsie [Landau-Kleffner] (F80.3); disfazia sau afazia de dezvoltare, tipul receptiv (F80.2); disfazia sau afazia NOS (R47.0); mutismul electiv (F94.0); dizabilitatea intelectuală (F70-F79); tulburarea profunda de dezvoltare (F84.-).

F. criteriul de excepție, este cel mai frecvent utilizat. **IQ** Coeficientul nonverbal de dezvoltare, intelectuală, conform testului standartizat, indicat individual, este **sub nivelul de 70 (IQ<70)**.

315.31 (F80.2) Mixed Receptive-Expressive Language Disorder (58) **Tulburare mixtă de limbaj receptiv-expresiv.** (Deficiență auditivă congenitală. Dezvoltare: - disfazia, afazia, tipul receptiv (de) - afazia Wernicke (de) Surditate verbală. Notă: Această tulburare este numită și o tulburare mixtă a vorbirii expresiv-impresive.

A. Înțelegerea vorbirii, determinată prin testele standardizate, sunt cu două abateri standard mai jos, pentru vârsta așteptată a copilului.

B. abilitățile vorbirii receptive, se află cu cel puțin o abatere standard mai jos, a coeficientului intelectual IQ nonverbal de dezvoltare, evaluat prin testele standardizate. C. nu există tulburări neurologice, senzoriale sau fizice, care ar influența direct vorbirea receptivă, nu există nici tulburări generale de dezvoltare (F84-).

Exclude: afazia dobândită cu epilepsie [Landau-Kleffner] (F80.3); autismul (F84.0-F84.1); disfazia și afazia: - tipul expresiv (F80.1); - NOS (R47.0); mutismul electiv (F94.0); întârzierea de limbaj datorită surdității (H90-H91); dizabilitatea intelectuală (F70-F79).

D. criteriul de excepție, este cel mai frecvent utilizat. Coeficientul intelectual **IQ** de dezvoltare, conform testului individual standartizat, indicat, este **sub nivelul de 70 (IQ<70)**.

315.35 (F80.81). Childhood-Onset Fluency Disorder (Stuttering) (45). Note: Later-onset cases are diagnosed as 307.0 (F98.5) adult-onset fluency disorder.

Tulburare de fluentă cu debut în copilărie (bâlbâială).

Notă: Cazurile cu debut mai târziu sunt diagnosticate ca tulburări de fluentă cu debut în copilărie - 307.0 (F98.5), descrisă în DSM-IV)

Balbăiala [gângăveala], denumită științific balbism, este o

tulburare de vorbire în care este afectată cursivitatea exprimării și vorbirea în ansamblu. Copilul bâlbâit repetă, prelungește sau blochează anumite sunete: 1. Repetari de sunet și silabe.

2. Prelungiri sonore ale consoanelor, vocalelor.

3. Cuvinte sparte (de exemplu, pauze într-un cuvânt).

4. Blocarea sonoră sau silențioasă (pauze pline sau nefolosite în vorbire). 5. Cuvinte produse cu exces de tensiune fizică.

6. Înlocuiri de cuvinte pentru a evita cuvintele problematice).

7. Repetări monosilabice întregi (de exemplu, "I-I-I-l văd").

Copilul pronunță cuvinte întrerupte, rostite cu exces de tensiune fizică, altfel spus se forțează să-l producă. În afară de perturbarea fluenței vorbirii, copilul pezintă adesea și crisparea feței, clipitul rapid, grimase, gesturi ale mâinilor, transpirație, ticuri, smuncirea capului, înroșirea feței, tremurarea buzelor sau a maxilarului, jenă, pauze mari înainte de a vorbi. B. Perturbarea provoacă anxietate în vorbire, comunicare, performanța academică, limitări în participarea socială, ocupațională, sau în orice altă ocupație.

C. În 90% dintre cazuri, bâlbâiala la copii apare în jurul vârstei de 3-5 ani, când copiii știu deja să vorbească. Este foarte important să n-o confundăm cu acea repetare a silabelor specifică începutului vorbirii.

Debutul simptomelor se află în perioada de dezvoltare timpurie.

Unii copii, din dorința de a spune cât mai multe și cât mai bine, „îmbulzesc” sunetele și se întâmplă să repete anumite silabe, dar asta nu înseamnă că sunt bâlbâiți.

Băieții sunt mai expuși decât fetele. În rândul preșcolarilor, frecvența este de 1,28%, în timp ce la elevii cu vârste cuprinse între 15-18 ani este de 0,36%. Există și o diferențiere pe sexe, frecvența bâlbâielii la băieți față de fete fiind de 3:1, dar și în funcție de locul nașterii. Specialiștii spun că numărul celor care suferă de balbism este mai mare în mediul urban decât în cel rural și descrește dinspre țările occidentale spre cele orientale (Franța – 5%, Germania – 2%, Rusia – 1%). Micuții care încep să se bâlbâie înainte de vârsta de 3,5 ani au șanse mai mari de vindecare și că în cazul în care prezența tulburării durează mai mult de 1-2 ani, riscul cronicizării este exponențial.

(Notă: Cazurile cu debut târziu sunt diagnosticate ca tulburare de fluentă a debutului, [F98.5], cifru 307.0.)

D. Tulburarea nu poate fi atribuită unui deficit de vorbire-motor sau senzorial, disfuncție neurologică asociată (de exemplu, accident vascular cerebral, tumoare, traumă) sau altă afecțiune medicală și nici nu poate fi explicată printr-o altă tulburare mentală.

Bâlbâiala poate fi diagnosticată ca tulburare, numai în cazul în care ea este într-atât de evidentă, încât afectează ritmul și fluența vorbirii. Excludere: ticurile (F95), bolborosirea (F98.6)

Durata de tratare a bâlbâielii nu mai puțin de trei luni. Bâlbâiala se tratează cu greu, îndeosebi la copiii cu deficiențe mentale.

(F98.6) Tumultus sermonis (gângăveală, bolboroseală, batarism) Bolborosirea [limbaj precipitat] ±perturbarea fluenței vorbirii, predomină un ritm precipitat, alert în desfășurarea vorbirii, întrerupt de monotonie de repetarea unor sunete și cuvinte care afectează ideea normală. Se exclude: bâlbâiala (F98.5) ticurile (F95.-)

315.39 (F80.89) Social (Pragmatic) Communication Disorder (47) Disfuncție de comunicare socială (pragmatică).

A. Dificultăți persistente, stabile, în vorbirea nonverbală și verbală, caracterizată prin: 1. Deficite în comunicarea dialogată, în crearea și stabilirea relațiilor sociale, (cum ar fi salutul, împărtășirea senzațiilor, sentimentelor, informațiilor) necesare unui context social adecvat. 2. Degradarea capacității de a schimba tema și modul de comunicare, în corespundere cu cerințele ascultătorului și cu anturajul social (de exemplu vorbirea în sala de clasă sau vorbirea amicală dintre prieteni). 3. Dificultăți în respectarea regulilor necesare întreținerii unei conversații, povestiri, discurs, în reformularea conversației, în cazul în care este înțeleasă greșit și în folosirea limbajului nonverbal, pentru a reglementa interacțiunea.

4. Înțelegerea dificultăților nu este explicită (pentru a face deducții), a folosi semnificații ambigue în vorbire (comparații, metafore etc.) în dependență de contextul de comunicare și interpretare.

B. Deficitele conduc la limitări funcționale în comunicarea eficientă, participarea socială, în crearea și menținerea relațiilor sociale, în reușita școlară, ocupațională și socială. C. Debutul simptomelor apar în perioada de dezvoltare timpurie, devenind evidente, când necesitățile în comunicarea socială depășesc capacitățile limitate.

D. Simptomele acestei tulburări nu pot fi atribuite unei altei afecțiuni

medicale sau neurologice, sau a unor abilități gramaticale scăzute și nici nu pot fi explicate prin tulburări ale spectrului autistic, dizabilități intelectuale (tulburări de dezvoltare intelectuală), sau întârzierii globale a dezvoltării sau a unei alte tulburări mentale.

307.9 (F80.9) Unspecified Communication Disorder (49)

Tulburare de comunicare nespecificată (tulburare de dezvoltare a vorbirii și limbajului, nespecificată). Este necesar să se evite maximal, pe cât de posibil, folosirea acestei rubrici, care ar trebui să fie utilizată numai în cazul tulburărilor nespecificate (neprecizate), caracterizate prin tulburări evidente ale dezvoltării vorbirii, care nu se datorează dizabilității mentale, sau neurologice, senzoriale sau fizice, care ar afecta, influențând direct funcția de vorbire și care nici nu îndeplinesc criteriile complete pentru tulburarea de comunicare sau pentru oricare altă tulburare de dezvoltare.

(F84) AUTISM SPECTRUM DISORDER (50)

Grup de tulburări caracterizate prin anomalii calitative de interacțiuni sociale reciproce și de tipare de comunicare și prin totalitatea intereselor și activităților repetitive, stereotipe, restrictive. Aceste anomalii profunde reprezintă o trăsătură caracteristică de manifestare a individului în toate situațiile. **Se folosește un cod adițional** pentru a identifica orice afecțiune medicală **asociată cu dizabilitatea intelectuală**.

299.00 (F84.0) Autism Spectrum Disorder (50)

Autism infantil (psihoză infantile). Tip caracteristic de dezvoltare anormală în toate cele trei zone ale psihopatologiei: interacțiunea socială reciprocă, comunicarea și comportamentul repetitiv, stereotipic, restrictiv.

Tulburare autistică infantilă: - autism; - psihoză schizofrenică;

Sindromul Kanner; + tulburări de somn și alimentație.

Specificați dacă: tulburarea este asociată cu o afecțiune medicală sau cu o tulburare genetică cunoscută sau cu factori de mediu; Asociată cu o altă tulburare de dezvoltare, psihică sau comportamentală.

Specificați severitatea actuală pentru Criteriul A și Criteriul B: - solicitarea unui suport de sprijin foarte substanțial; - solicitarea de asistență multidisciplinară. Specificați dacă: tulburarea este asociată cu o dizabilitate intelectuală; Asociată sau nu cu tulburări de limbaj. Asociată cu sindrom psihomotor al schizofreniei - catatonie (utilizați

codul suplimentar 293.89 [F06.1])

A. Dezvoltarea anormală **se manifestă înainte de vârsta de trei ani**, manifestată în cel puțin una din următoarele sfere: 1) lipsa vorbirii receptivă și expresive, folosită în comunicarea socială;

2) dezvoltarea atașamentelor sociale selective în interacțiunea socială; 3) joc funcțional sau simbolic;

B. Ar trebui să existe cel puțin 6 simptome de la 1), 2) și 3), cu cel puțin două din lista 1) și cu cel puțin una din listele 2) și 3):

1) Tulburări calitative ale interacțiunii sociale reciproce se manifestă în cel puțin una din următoarele domenii:

a) **incapacitatea de a folosi și controla în mod adecvat vorbirea nonverbală** (privirea, expresia mimica, gesturile și pozițiile corpului) în interacțiunea socială;

b) incapacitatea (în concordanță cu vârsta psihică și contrar posibilităților disponibile) de a stabili și păstra relații cu colegii, care ar include interese comune, activități și emoții;

b) absența reciprocității în relațiile socio-emoționale, reacții deviate față de emoțiile altor oameni, intoleranță în relații și comportamente, în funcție de situația socială sau și integrarea insuficientă socială, emoțională și comunicativă.

r) absența unei căutări spontane de împărtășire a bucuriei, intereselor comune sau a realizărilor obținute cu alte persoane (de exemplu, copilul nu arată altor persoane obiectele ce-l interesează și nu le atrage atenția asupra lor);

2) Anomaliile profunde în comunicare se manifestă în cel puțin una, din următoarele domenii:

a) **întârzierea sau absența completă a vorbirii dialogate**, care nu este însoțită de o încercare de a compensa această lipsă prin vorbirea nonverbală (de gesticulație și mimică: gesturi, expresii faciale, poziții ale corpului etc.). Această absență este adeseori precedată de lipsa gănguriturii în perioada de bebeluș);

b) o relativă incapacitate de a începe sau de a menține o conversație (la orice nivel de dezvoltare a vorbirii), care necesită reciprocitate comunicativă cu o altă persoană; c) discurs repetitiv și stereotipizat și (sau) folosirea idiosincronică (predispoziție de a reacționa într-un anumit fel față de cineva sau față de unele cuvinte, expresii, situații, alimente, medicamente).

c) absența jocurilor spontane, imitative sau de rol (la o vârstă mai

fragedă), diferitelor jocuri spontane de rol.

3) comportament limitat, repetativ, stereotipic, interese și activități stereotipice, manifestate în cel puțin una din următoarele domenii:

a) interese stereotipice și mărginite, anormale după orientare, conținut, intensitate sau interese mărginite după natura lor și nu după conținut sau orientare;

b) atașament extern agățător, obositor în unele acțiuni sau ritualuri specifice, nefuncționale;

c) manierism motor stereotipic și repetitiv, cu aplatazări, fluturări din degete, mâini sau cu răsucirea degetelor, mâinilor sau cu mișcări mai complexe ale întregului corp;

d) atenție sporită față de unele părți ale obiectelor sau față de elemente nefuncționale ale jucăriilor (la zgomot, vibrații sau miros, sau la senzațiile de atingere a suprafeței obiectelor).

C. Tabloul clinic nu poate fi explicat prin alte tipuri de tulburări generale de dezvoltare: tulburare specifică a dezvoltării vorbirii receptive (F80.2) cu tulburări secundare socio-emoționale; (F94.1), tulburări reactive de atașament copilăresc (F94.2), **dizabilitate intelectuală (F70-F72)**, asociată cu unele afecțiuni emoționale și de conduită, schizofrenie (F20) cu un debut și sindrom neobișnuit de timpuriu, sindromul Rett (F84.2).

Exclude: psihopatia autistica (F84.5)

299.00 (F 84.1) Autistic atypical Autism atipic (psihoza infantilă atipică; **dizabilitate intelectuală cu trăsături autistice**). Pentru a identifica dizabilitatea intelectuală se aplică un cod adițional (F70-F79). **Autismul atipic reprezintă un tip de dezvoltare anormală profundă**, care diferă de autismul infantil, fie prin vârsta debutului, fie prin eșecul de a îndeplini toate cele trei seturi de criterii de diagnostic. **Această subcategorie, ar trebui să fie folosită atunci, când există o dezvoltare anormală, care este prezentă numai după vârsta de trei ani, și o lipsă a anormalităților, care pot fi demonstrate în mod suficient, în una sau două, din cele trei domenii ale psihopatologiei, cerute pentru diagnosticul de autism (interacțiuni sociale reciproce, comunicare, și comportament repetitiv, stereotipic, restrictiv) în ciuda anormalităților caracteristice în alt(e) domeniu(i).** **Autismul atipic apare de cele mai multe ori la indivizi cu dizabilități intelectuale profunde și la indivizi cu o tulburare specifică severă de**

limbaj receptiv.

A. Dezvoltare anormală sau deteriorată, apărută la copii după vârsta de 3 ani (criteriile autismului, cu excepția vârstei de manifestare).

B. Tulburări evidente ale interacțiunii sociale sau tulburări grave de comunicare sau comportamente, interese și activități mărginite, repetitive și stereotipizate (criteriile autismului, deși numărul de zone în care se constată tulburarea, este minim menținut, dar nu e numai decât). C. Criteriile de diagnosticare pentru autism (F84.0) nu sunt îndeplinite. Autismul poate fi atipic atât după vârsta de debut (F84.10), cât și după fenomenologie. (F84.11); aceste două tipuri sunt diferențiate în funcție de semnul al cincilea identificat. Sindroamele care sunt atipice, în ambele cazuri, trebuie să fie codificate F84.12. Psihoza infantilă atipică. Dizabilitate intelectuală cu trăsături autistice.

299.80 (F84.2) Rett's Disorder (71) Sindromul Rett

Afecțiune, până acum descoperită numai la fete. Pierderea parțială sau completă a vorbirii, abilităților locomotorii, folosirii mâinilor, concomitent cu încetinirea creșterii capului. De obicei apare la vârste de 7 - 24 de luni. Dezvoltarea socială și de joc sunt stopate. A. Perioadele pre și perinatală, fără patologie, circumferința capului normală la naștere, dezvoltarea psihomotorie în primele 5 luni, decurge fără patologii evidente;

B. Între 5 luni și 4 ani, se depistează o reținere în creșterea capului. La vârsta dintre 5 luni și 2,5 ani, se depistează pierderea abilităților dobândite în manevrarea mișcării mâinilor. Concomitent au loc disfuncții în abilitățile de comunicare, interelații sociale, cu apariția unei coordonări defectuoase, mers sau și mișcări instabile ale trunchiului; Ataxia trunchiului și apraxia încep să se dezvolte la vârsta de patru ani, mișcările coreoatetozice au loc în mod frecvent. C. Dezvoltarea tulburărilor profunde în vorbirea expresivă și receptivă, cu retard psihomotor evident;

D. **Mișcări stereotipice ale mâinilor** (cum ar fi strângerea sau desfacerea degetelor, mâinilor) de rând cu pierderea abilității de a gestiona mișcările mâinii. Pierderea mișcărilor voluntare ale mâinilor, stereotipii de frângere a mâinilor, și hiperventilația. Interesul social tinde să fie menținut.

Dizabilitate intelectuală severă, invariabilă.

299.10 (F84.3) Childhood Disintegrative Disorder (73)

Altă tulburare dezintegrativă din copilărie

(**Demența infantilă**; Psihoza dezintegrativă; **Sindromul Heller**; Psihoza simbiotică). F84.3:

A. **Sindromul Heller** se definește printr-o perioadă de dezvoltare complet normală (până la sau peste 2 ani), înainte de debutul tulburării, urmată de o **pierdere definitivă a abilităților anterior dobândite**, în mai multe zone ale dezvoltării în decurs de câteva luni.

B. Pierderea distinctă a abilităților dobândite anterior, la momentul apariției tulburării. În mod tipic, tulburarea este însoțită de o pierdere generală a interesului față de mediul înconjurător, prin **manierisme motorii repetitive stereotipice și prin anormalități de tip autist**, în interacțiunea socială și de comunicare. În unele cazuri tulburarea se datorează unei encefalopatii asociate, dar diagnosticul ar trebui să fie pus după trăsăturile comportamentale.

Pentru a pune diagnosticul acestei tulburări, este necesar de a constata, din punct de vedere clinic, **prezența unei pierderi semnificative a competențelor** (și nu doar o simplă incapacitate de a le folosi în anumite situații), **în cel puțin două, dintre următoarele domenii**: 1) vorbirea expresivă sau și receptivă; 2) activitatea de joc; 3) abilitățile sociale sau comportamentul adaptiv; 4) abilitățile motore; 5) controlul funcției intestinale sau a vezicii urinare;

B. Funcționare socială anormal evidentă, în cel puțin două din următoarele domenii: 1) tulburări evidente ale interacțiunii sociale (în funcție de tipul specific pentru autism); 2) tulburări evidente de comunicare (de tip specific autismului); 3) comportament, interese și activism mărginit, repetitiv, stereotipic, inclusiv manierism motor stereotipic; 4) pierderea generală a interesului față de obiecte, și situații, în ansamblu. C. Tulburarea nu poate fi explicată, ca una din alte forme de tulburare generală de dezvoltare; afazia dobândită cu epilepsie (F80.3); mutism electiv (F94.0); schizofrenie (F20-) sau sindromul Rett (F84.2). Pentru a identifica orice afecțiune neurologică asociată se cere a folosi un cod adițional.

299.80 (F84.5) Asperger's Disorder (75)

Sindromul Asperger. O tulburare cu o validitate nosologică nesigură, caracterizată prin același tip de anomalii profunde, tipice

pentru autism, interese și activități repetitive, stereotipe, **asociate deseori cu o neîdemânare marcată** în interacțiunile sociale restrictive. **Diferă de autism** prin faptul, că **nu există o întârziere generală, retardare în limbaj și în dezvoltarea cognitivă.**

Există tendința ca anomaliile să persiste în adolescența și viața adultă. Episoadele psihotice se produc ocazional la începutul vieții adulte. **Psihopatie autistică**; Tulburare schizoidă a copilăriei.

Sindromul Asperger, diagnosticul se pune în baza următoarelor constatări:

A. Absența unei întârzieri generale, clinic relevante a vorbirii expresive sau receptive, sau a dezvoltării cognitive.

Pentru a se pune diagnosticul, se cere să se constate, dacă:

- limbajul vorbit al copilului, este deja dobândit, între vârstele de 2-3 ani, cu folosirea conștientă a unor cuvinte sau fraze; - deprinderile de autodeservire, comportamentul adaptiv și curiozitatea față de obiectele și fenomenele din jur, să fie în limita dezvoltării intelectuale normale. Este posibil să existe o întârziere a funcțiilor motore, o oarecare stângăcie în mișcări, comportamente (nu atât de necesară pentru diagnostic). Aptitudini obișnuite, specific izolate sunt frecvente, asociate adeseori cu activități anormale, dar care nu sunt necesare pentru diagnosticare.

B. Tulburări profunde ale interacțiunii sociale (criterii pentru autism).

C. Se depistează comportamente, activități și interese intense neobișnuit de mărginite, repetitive, stereotipice (criterii pentru autism), deși există mai puține manevrisme motore sau o atenție sporită față de anumite părți ale obiectelor sau elementelor nefuncționale ale procesului (materialului) de joc.

D. Tulburarea nu poate fi apreciată, ca o altă formă de tulburare generală de dezvoltare, schizofrenie simplă (F20.6), tulburare schizotipală F21), tulburare reactivă față de anturaj în copilărie (F94.1), tulburări privind dezinhibiția față de anturaj în copilărie (F94.2), tulburare de personalitate anancastrică (F605) sau tulburare obsesiv-compulsivă (F42.-).

299.80 (F84.9). Tulburare pervasivă (profundă) de dezvoltare, nespecificată. Aceasta este o rubrică reziduală de diagnostic, care ar trebui utilizată pentru tulburări, care corespund

unei descrieri generale a tulburărilor generale de dezvoltare, dar în care incoerența datelor sau lipsa informațiilor adecvate, presupun că criteriile de diagnosticare nu pot îndeplini nici un criteriu dintre celelalte rubrici indicate în blocul F84.

TULBURĂRI COMPORTAMENTALE ȘI EMOȚIONALE, CU DEBUT DE OBICEI ÎN COPILĂRIE ȘI ADOLESCENȚĂ (F90-F98)

314.xx (F90) TULBURARE HIPERKINETICĂ

Notă: Diagnosticul afecțiunii hiperkinetice necesită prezența clară a diferitor grade de neatenție, hiperreactivitate și anxietate, care au o caracteristică comună. Se manifestă în situații diferite, fiind observate direct. Sunt stabile în timp, dar nu se datorează altor tulburări, cum ar fi autismul sau tulburările afective.

G1. Neatenție. Cel puțin 6 simptome de neatenție, persistă în timp, de cel puțin 6 luni, astfel încât indică o adaptabilitate insuficientă, care nu este în concordanță cu nivelul de dezvoltare al copilului:

- 1) adeseori se remarcă incapacitatea de a monitoriza îndeaproape detaliile sau greșelile comise în însușirea programei școlare, în muncă sau în alte activități;
- 2) adeseori nu este capabil să mențină atenția în realizarea sarcinilor, activităților de joc;
- 3) adeseori se observă faptul, că copilul nu este atent la ce i se spune;
- 4) adeseori copilul nu este capabil să urmeze instrucțiuni sau să finalizeze sarcinile școlare, îndatoririle zilnice la locul de muncă (nu din cauza comportamentului opozițional sau a incapacității de a înțelege instrucțiunile);
- 5) adeseori organizarea sarcinilor și a activităților este dereglată;
- 6) de multe ori evită sau nu-i plac sarcinile, cum ar fi teme, care necesită un efort mental constant;
- 7) de multe ori pierde lucrurile necesare pentru a îndeplini anumite sarcini sau activități, cum ar fi jucăriile, rechizitele școlare, manuale, unelte sau alte lucruri;
- 8) adesea este distrat (absent) de stimulii externi;
- 9) de multe ori este uituc în cursul activităților zilnice.

G2. Hiperactivitatea. Cel puțin trei simptome de hiperactivitate, din cele enumerate, în continuare, trebuie să persiste, timp de cel puțin 6 luni, într-un grad de severitate, care ar indica o inadaptilitate, care nu este în concordanță cu nivelul de dezvoltare

al copilului: 1) este agitat, neastâmpărat, fâțâit, mișcă din brațe, picioare, flutură din mâini, frânge degetele etc;

2) se plimbă, iese din clasă, își părăsește locul de muncă, în situații în care se cere să se stea locului;

3) adeseori se cațără sau aleargă, în momente nepotrivite (la adolescenți și tineri, aceasta poate fi explicată prin anxietate);

4) adeseori este inadecvat de zgomotos în jocuri sau întâmpină dificultăți în petrecerea liniștită a timpului liber;

5) se descoperă o persistență stabilă a activității motorii excesive, care nu este afectată semnificativ de situația și cerințele sociale.

G3. Impulsivitatea. În decurs de cel puțin 6 luni, persistă unul dintre următoarele simptome de impulsivitate, evidente într-o așa măsură încât să indice o adaptabilitate slabă, incompatibilă cu nivelul de dezvoltare al copilului:

1) adesea, răspunde înainte ca întrebarea adresată să se sfârșească;

2) de multe ori este incapabil să stea și să aștepte rândul său în activitățile de lucru, joc sau în situații de grup;

3) adesea vorbește mult, fără rost, întrerupe sau intervine abuziv (în conversațiile și activitățile adulților sau în jocurile semenilor), fără a respecta o oarecare limită socială;

G4. Tulburarea începe nu mai târziu de vârsta de 7 ani;

G5. Caracterul general al tulburării. Aceste criterii n-ar trebui să fie sporadice, singulare. De exemplu, o combinație de neatenție și hiperactivitate, ar trebui să fie observată în oricare situație: acasă, la școală, în locuri publice, instituții medicale. (Pentru a fi pus diagnosticul respectiv, nu sunt suficiente doar informațiile parvenite dintr-o singură sursă (de la părinți). Sunt necesare informații din mai multe surse, precum și constatările obținute din observațiile efectuate într-o perioadă mai îndelungată de timp.

G6. Simptomele de la G1-G3 provoacă tulburări clinice semnificative de distress sau distorsionează funcționarea, educațională, ocupațională sau socială.

G7. Tulburarea respectivă nu îndeplinește criteriile pentru tulburările generale de dezvoltare (F84-), episodul maniacal (F30.-), episodul depresiv (F32.-) sau tulburările de anxietate (F41-).

Remarcă: Mulți psihiatri renumiți evidențiază, de asemeni, unele stări de limită (pre-prag) cu referire la tulburarea hiperkinetică.

Copiii care îndeplinesc toate criteriile, în afară de criteriul

hiperactivității și impulsivității, corespund deficitului de atenție; Dimpotrivă, în absența unor criterii de tulburare a atenției, dar în prezența altor criterii, reprezintă o tulburare a activității.

În mod similar, în identificarea criteriilor necesare, numai în situații sporadice (numai acasă sau numai în clasă), putem vorbi despre tulburări specifice la domiciliu sau la școală.

Aceste stări nu sunt deocamdată incluse în clasamentul de bază, deoarece sunt insuficient de validate (sunt empirice), datorită și faptului că mulți copii cu tulburări de graniță (de limită), prezintă și alte sindroame (cum ar fi tulburarea opozițională, F91.3), care ar trebui să fie codificată în rubricile corespunzătoare.

Exclude: tulburari de anxietate (F41.-)

tulburari de dispozitie [afective] (F30-F39)

tulburari de dezvoltare profunde (F84.-); schizofrenia (F20.-)

314.xx F90 ATTENTION-DEFICIT/HYPERACTIVITY DISORDER (59). Deficit de atenție cu tulburări disruptive de comportament.

314.01 (F90.2) Combined presentation

314.01 (F90.0) Combined Type Tip mixt (combinat)

Predominantly Hyperactive-Impulsive Type. **Perturbare a activității și atenției. Tip hiperactiv-impulsiv. Deficit de atenție:** - tulburare cu hiperactivitate; - tulburare de hiperactivitate; - sindrom cu hiperactivitate. Deficit de atenție: - tulburare cu hiperactivitate; - sindrom cu hiperactivitate (THDA sau ADHD hiperchinetică cu deficit de atenție: - Tulburare cu hiperactivitate; - sindrom cu hiperactivitate). **ADHD este o tulburare comportamentală și emoțională** a copilului, care se manifestă prin deficit de atenție și dificultăți în desfășurarea unei sarcini. Copiii cu hiperactivitate, deficit de atenție și impulsivitate, sunt cu sau fără dizabilitate intelectuală, cu sau fără tulburări de conduită. Grup de tulburări caracterizate prin debut timpuriu (în primii cinci ani de viață), activitate dezorganizată, neregulată, excesivă, absența perseverenței în activitățile care necesită implicare cognitivă, tendința de a trece de la o activitate la alta, fără a termina nici una. Pot fi asociate multe alte anomalii. Copiii hiperkinetici sunt deseori imprudenți, impulsivi, predispuși la accidente, nedisciplinați, încalcă nechibzuit regulile. Relațiile lor cu adulții sunt deseori

neinhibate social, lipsind prudența și rezerva normală. Sunt nesimpatizați de ceilalți copii și pot deveni izolați. Deficiența funcțiilor cognitive este obișnuită. Întârzierile specifice în dezvoltarea motorie și a limbajului sunt frecvent disproporționate. Complicațiile secundare includ comportamentul disocial și stima de sine scăzută.

Trebuie să fie identificate criteriile generale caracteristice tulburării hiperchinetice (F90) și nu criteriile tulburării de conduită (F91-).

Exclude: tulburarea hiperkinetică asociată cu tulburarea de conduită (F90.1).

314.00 (F90.0) Predominantly inattentive presentation Deficit de atenție. Predominant.

314.01 (F90.1) Predominantly hyperactive/impulsive presentation. Specify if: In partial remission. Specify current severity: Mild, Moderate, Severe. Tulburare de conduită hiperkinetică. **Tulburare hiperkinetică asociată cu tulburarea de conduită.**

314.00 (F98.8) Predominantly InattentiveType
Alte tulburari comportamentale și emoționale specificate, cu debut de obicei, în copilărie și adolescență.
 Tulburare de deficit de atenție fără hiperactivitate.
 Manifestări: - masturbare excesivă; - scobitul în nas; - mușcarea unghiilor; - sugerea policelului, degetelor.

314.01 (F90.8) Other Specified Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder (65)

Alte tulburări de atenție specificate / hiperactivitate (65). Această categorie se referă tulburărilor în care predomină simptomele caracteristice tulburării de atenție / hiperactivitate, provocând tulburări clinice semnificative în domeniile sociale, ocupaționale, profesionale sau în alte domenii importante de funcționare, dar care nu corespund pe deplin unor criterii caracteristice pentru tulburarea de atenție/hiperactivitate sau oricărei tulburări din clasa de diagnostic a tulburărilor (F90.0-F90.9). Cealaltă categorie de tulburare de atenție / hiperactivitate specificată este utilizată în situațiile în care clinicianul alege motivul specific pentru a-l prezenta, menționând că tulburarea respectivă nu îndeplinește criteriile caracteristice necesare pentru tulburarea de

atenție / hiperactivitate sau oricare altă tulburare de dezvoltare. Acest lucru se realizează prin înregistrarea "altor tulburări de atenție specificate / hiperactivitate" urmate de motivul specific (de exemplu, "cu simptome insuficiente de insuficiență").

F84.4 Tulburare hiperactivă asociată cu dizabilitate intelectuală și mișcări stereotipice. O tulburare rău definită cu o validitate nosologică nesigură. Categoria este desemnată pentru a include un grup de copii cu **dizabilitate intelectuală severă (IQ sub 34)**, care au probleme majore de hiperactivitate și de atenție, precum și comportamente stereotipe. Pot manifesta reacții severe (uneori cu retard psihomotor) atunci când li se dau stimulente. Hiperactivitatea tinde să fie înlocuită în adolescență de hipoactivitate (un tipar care nu este de obicei la copiii hiperkinetici cu inteligență normală). Deseori acest sindrom este asociat și cu o varietate de întârzieri de dezvoltare, specifice, sau globale. Nu se cunoaște în ce măsură tiparul comportamental este o funcție a IQ-ului scăzut sau a vătămării cerebrale organice.

A. Hiperactivitățile motorii severe, se manifestă în cel puțin două din următoarele probleme de hiperactivitate și deficit de atenție:

- 1) neastâmpăr motor continuu, manifestat prin alergări, sărituri și alte mișcări ale întregului corp;
- 2) dificultăți evidente în menținerea unei poziții de șezut. Copilul nu stă locului nici câteva secunde, cu excepția cazului când este ocupat în activități stereotipe (a se vedea Criteriul B).
- 3) hiperactivitate, vădit excesivă, în situațiile în care se așteaptă o imobilizare relativă;
- 4) Schimbări de activități foarte rapide, încât un tip de activitate durează cel mult un minut (activitățile preferate pot dura mai mult timp, dar acestea nu exclud criteriul dat).

B. Conduitele și activitățile repetate, stereotipice, se manifestă în cel puțin una din următoarele caracteristici:

- 1) manierele motorii repetitive pot include mișcări complexe ale întregului corp sau mișcări parțiale, cum ar fi bătutul din palme;
- 2) activități excesiv repetate, non-funcționale, constante după formă, (joc cu un singur obiect: apă curentă de la robinet) sau activism ritualic (de unul singur sau cu includerea în joc a altor persoane);
- 3) automutilare periodică.

B. Absența unei tulburări sociale autiste, adică la copil trebuie să se depisteze cel puțin trei însușiri dintre următoarele: 1) controlul privirii, expresiei faciale și a pozei, pentru a regula interacțiunea socială, este aplicat în mod adecvat, în corespundere cu vârsta de dezvoltare; 2) inițierea și păstrarea relațiilor cu colegii, după interese și activități comune, corespunde vârstei cronologice și intelectuale; 3) copilul, cel puțin uneori se apropie de alte persoane pentru mângâiere și compasiune; 4) capacitatea de a împărtăși uneori bucuria pe care o are față de alte persoane. Alte forme de tulburare socială, de exemplu, dezinhibiția în relația cu străinii, nu contrazic acest diagnostic.

C. Tulburarea nu corespunde criteriilor caracteristice autismului: autism infantil (F84.0), autism atipic (F84.1), altă tulburare de dezintegrare a copilăriei (F84.3) sau tulburări hiperkinetice (F90-).

314.01 (F90.9) Unspecified Attention-Deficit/ Hyperactivity Disorder (66) Tulburare hiperkinetică, nespecificată, cu deficit de atenție. Reacție hiperkinetică a copilăriei sau adolescenței; Sindrom hiperkinetic. Această rubrică riziduală nu este recomandată. Ar trebui utilizată doar în cazurile când nu este posibilă diferențierea între F90 și F90.1, când sunt îndeplinite criteriile generale F90.-.

SPECIFIC LEARNING DISORDER (66) _____. (____.)

Tulburări specifice de învățare (tulburări specifice de dezvoltare privind abilitățile școlare). Tulburări în care tiparele normale ale dobândirii abilităților sunt perturbate din stadiile timpurii ale dezvoltării. Tulburările apar în prezența unor niveluri normale de funcționare intelectuală (**scor IQ de cel puțin 70 ± 5**).

Cifrul 315. _ _ reprezintă o întârziere (un retard) și nu o dizabilitate intelectuală. Dacă, totuși, este prezentă o dizabilitate intelectuală, poate exista o tulburare de învățare specifică. Urmează a fi diagnosticată numai atunci când dificultățile de învățare le depășesc pe cele asociate cu dizabilitatea intelectuală.

315.00 (F81.0) Reading Disorder (48)

315.00 (F81.0) With impairment in reading {specify if with word reading accuracy, reading rate or fluency, reading comprehension}

Tulburări specifice de citire (citirea inversată; - dislexia de dezvoltare; - retardare specifică privind citirea).

Pentru a identifica tulburările specifice de citire, este necesar de a specifica nivelul de claritate în citirea cuvintelor, rată de lectură fluentă, înțelegerea celor citite); A. Prezența oricărui semn, dintre care: A.1. indicatorul corectitudinii citirii și al citirii comprehensive, se află de două ori sub nivelul erorilor standard, față de vârsta generală și intelectuală a copilului (cu dezvoltare normală). Abilitățile de citire și coeficientul dezvoltării intelectuale se determină după un test individual desemnat, care ține cont de condițiile culturale și de sistemul educațional;

A.2. datele anamnezei indică dificultăți grave de citire sau indicatori textuali care îndeplinesc criteriul A (1) pentru o vârstă mai fragedă, plus la aceasta, indicatorii ortografici textuali se află cu două erori sub nivelul așteptărilor standard pentru vârsta cronologică și vârsta intelectuală (IQ) corespunzătoare copilului cu inteligență normală;

B. tulburările descrise în criteriul A, împiedică substanțial procesului de învățare și activităților zilnice curente, unde sunt necesare abilitățile de citire;

C. această tulburare nu este o consecință directă a unei deficiențe de văz, de auz sau a unei tulburării de dezvoltare;

D. experiența școlară corespunde nivelului mediu așteptat, adică nu sunt evidente inadecvări în asimilarea materialului);

E. criteriul de excepție este cel mai frecvent utilizat. **IQ coeficientul intelectual de dezvoltare, conform testului standartizat, indicat individual, este sub nivelul de 70 (IQ<70).**

Sunt posibile criteriile suplimentare de includere. În unele scopuri de cercetare, cercetătorii ar putea dori să clarifice prezența în anamneză a unor tulburări de vorbire, pronunție a sunetelor, de coordonare motorie, de atenție, de procesare a informațiilor vizuale, sau tulburări ale modulației controlate a activității, prezente la vârsta preșcolară.

Notă: Criteriile enumerate n-ar trebui să includă întârzierea generală a citirii, ale căror criterii diagnostice, ar fi aceleași cu tulburările specifice de citire, cu excepția criteriului A1, care ar indica abilități de citire de două ori mai jos, de nivelul erorilor standard, față de vârsta cronologică și intelectuală așteptată a copilului (cu dezvoltare normală), fără a lua în considerare nivelul IQ și criteriul A2, unde același lucru se referă la citirea scrisă, ortografică.

Validarea diferențelor dintre aceste două tipuri de tulburări ale citirii, nu este incontestabilă, dar se presupune că o tulburare specifică de

citire, are o legătură mult mai specifică cu întârzierea vorbirii, frecvent apărută mai ales la băieți (în timp ce întârzierea generală a citirii este asociată cu o gamă mai largă de tulburări de dezvoltare).

Există și alte abordări de cercetare în diferențierea tulburărilor de citire, bazate pe analiza tipurilor de greșeli de citire textuală și ortografică. În procesul diagnosticării, se evaluează:

Modul și acuratețea citirii cuvintelor;

Respectarea semnelor de punctuație în procesul citirii;

Înțelegerea sensului celor citite; Reproducerea conținutului;

Volumul citit într-o unitate de timp, fluența.

Notă: Dislexia este un termen alternativ, folosit pentru a marca dificultățile de învățare, caracterizate prin probleme în recunoașterea cuvintelor, decodificării și semnificației lor, abilități insuficiente de ortografie. Dacă se folosește dislexia pentru a specifica acest tipar de dificultăți, este important să se precizeze, de asemenea, orice dificultăți suplimentare prezente, cum ar fi dificultățile de înțelegere a sensului citit sau probleme de raționament matematic.

Excluză: alexia NOS (R48.0); dificultățile de citire secundare;

dislexia NOS (R48.0); tulburărilor emoționale (F93.-).

315.2 (F81.81) Witli impairment in written expression:

Spelling accuracy; Grammar and punctuation accuracy;

Clarity or organization of written expression

Deteriorare convențională în exprimarea scrisă:

Exactitatea redării semnelor ortografice;

Gramatica, exactitatea și acuratețea semnelor de punctuație;

Claritatea sau organizarea expresivă a scrierii;

Tulburari specifice de rostire și ortografie. Dizabilitate specifică de rostire (fără tulburarea de citire). Este afectată abilitatea de rostire, de scriere corectă și ortografică a cuvintelor.

A. indicatorul, conform testului ortografic standartizat, se află cu cel puțin două erori sub nivelul vârstei cronologice și inteligenței generale presupuse. B. indicatorii de citire corectă și de înțelegere ale celor citite, precum și indicatorii abilităților aritmetice, se află în limitele normei (± 2 abateri standard de la medie). C. lipsa unor indici anamnestic, care ar indica prezența dificultăților semnificative de citire. D. asimilarea materiei școlare se află în limita diapazonului mediu așteptat (adică învățarea decurge relativ

adecvat). E. dificultățile citirii și scrierii ortografice sunt observate încă de la începutul primelor etape de instruire.

F. tulburările descrise în criteriile A, împiedică în mod semnificativ învățării și activității zilnice curente, când sunt necesare abilități de citire textuală și ortografică. **Exclude:** agrafia NOS (R48.8); dificultăți de rostire și ortografie: - asociate cu tulburarea de citire (F81.0); - datorate predării necorespunzătoare (Z55.8)

G. criteriul de excepție, este cel mai frecvent utilizat. **IQ** coeficientul intelectual de dezvoltare, conform testului standardizat, indicat individual, este **sub nivelul de 70 (IQ<70)**.

315.1 (F81.2) With impairment in mathematics: Number sense; Memorization of arithmetic facts; Accurate or fluent calculation; Accurate math reasoning **Tulburare privind abilitățile aritmetice, insuficiență în matematică:** Sensul numerelor; Memorizarea faptelor aritmetice; Calcul precis sau fluent; Rațiunea matematică exactă. Implică o deficiență specifică în abilitățile aritmetice care nu se explică numai pe baza dizabilității intelectuale generale sau școlarizării necorespunzătoare. Deficitul privește stăpânirea abilităților de bază privind mai degrabă calcularea adunării, scăderii, înmulțirii și împărțirii decât abilitățile matematice mai abstracte de algebră, trigonometrie, geometrie sau de calcul infinit zimal. **Exclude:**

Acalculia NOS (R48.8) **dificultățile aritmetice:** - asociate cu o tulburare de citire sau rostire și ortografie (F81.3);
- datorate predării necorespunzătoare (Z55.8)

Discalculia – reprezintă deficiențe în calculul matematic:

Notă: Discalculia este un termen alternativ, folosit pentru a marca și specifica tiparul dificultăților matematice, caracterizate prin probleme în prelucrarea informațiilor numerice, în învățarea faptelor aritmetice și efectuarea operațiilor de calculare exactă, fluentă. Dacă discalculia s-a adevărit, este necesar de a preciza orice alte dificultăți adiacente, în raționamentul matematic, în precizarea și înțelegerea raționamentului cuvintelor cu sens matematic.

Specificați severitatea curentă:

Mliid (ușor): Dificultăți ușoare de învățare a unor abilități la una-două discipline. În cazul în care, le sunt oferite servicii specializate multidisciplinare, individualizate, pe întreaga perioadă de învățare în

școala specială sau în ateliere speciale de muncă, ar putea obține unele abilități de învățare și deprinderi de muncă, îndeosebi în anii timpurii de învățare specializată în școală.

Moderată: dificultăți de învățare, marcate la una sau mai multe discipline școlare, astfel încât **este puțin probabil, ca individul să poată învăța și însuși**, conținutul materiei, **fără de suportul specializat multidiscplinar, oferit pe întreaga perioadă de învățământ școlar** în școala **specială** sau la locul de muncă, pentru a finaliza cu exactitate sarcinile înaintate.

Severe: dificultăți severe în procesul de învățare la toate disciplinele școlare, astfel încât este puțin probabil ca individul să însușească (să învețe independent), fără de o asistență sistematică specializată și individualizată pe întreaga durată de **învățământ școlar special**. Chiar și cu suportul serviciilor asistențiale multidisciplinare în sistemul special de învățământ sau la domiciliu sau la locul de muncă, nu este posibil, ca individul să poată finaliza eficient toate activitățile care i se înaintază.

A. Indicatorul pentru testul aritmetic standardizat se află cu cel puțin 2 erori standard sub nivelul așteptat, pentru vârsta cronologică și vârsta intelectuală de dezvoltare normală a copilului.

B. Indicatorii citirii corecte și de înțelegere a conținutului citit, precum și indicatorii de citire a scrisului ortografic, se află în limita normalității (+2 abateri de la media standard).

C. nu există indici anamnestic, care ar indica prezența dificultăților semnificative de citire textuală sau ortografică.

D. asimilarea materialului școlar se află în limita diapazonului mediu așteptat (adică învățarea decurge relativ adecvat).

E. dificultățile aritmetice, se observă încă din perioada timpurie de învățare aritmetică. F. Tulburările descrise în criteriul A, împiedică în mod substanțial învățarea sau activitățile zilnice curente, atunci când sunt necesare competențe aritmetice. Dezvoltare: - acalculia (de)

- tulburarea de dezvoltare aritmetică; - sindromul Gerstmann

G. criteriul de excepție, este cel mai frecvent utilizat. **IQ** coeficientul intelectual de dezvoltare, conform testului standartizat, indicat individual, este **sub nivelul de 70 (IQ<70)**.

(F81.3) Tulburare mixtă de abilității școlare (abilitățile aritmetice și cele de rostire, citire și ortografie sunt dereglate

substanțial). Această categorie de tulburări este greu identificabilă, insuficient definită și conceptualizată (dar necesară), categorie reziduală, în care atât abilitățile aritmetice, de citire, pronunție și ortografie sunt substanțial dereglate, dar în care **tulburarea nu poate fi explicată, doar printr-o deficiență mentală generală sau printr-o școlarizare necorespunzătoare**. Această rubrică ar trebui să fie folosită pentru tulburările care întrunesc criteriile pentru F81.2 sau pentru F81.0, sau pentru F81.1. **Exclude:** - tulburarea de abilități aritmetice (F81.2); - tulburarea de citire (F81.0) - tulburarea de rostire și ortografie (F81.1).

215.9 (F81.9) Learning Disorder NOS (53)

Tulburare de învățare (tulburare de dezvoltare a abilităților școlare) **nespecificată**. Incapacitate de dobândire a cunoștințelor NOS; Este necesar să se evite, pe cât de posibil, folosirea acestei rubrici, care ar trebui să fie utilizată numai în cazul tulburărilor nespecificate (neprecizate), în care există o gravă tulburare de învățare, care **nu este cauzată doar de dizabilitatea intelectuală, acuitate vizuală redusă sau de o predare inadecvată** a materiei de studiu, într-un sistem educațional necorespunzător.

MOTOR DISORDERS (74)

315.4 (F82) Developmental Coordination Disorder (74) Tulburare de dezvoltare specifică a funcției motorii

(Sindromul copilului împiedicat. - tulburarea coordonării;

- dispraxia). **Exclude:** anomaliile de mers și motilitate

(R26.-); lipsa de coordonare: - NOS (R27.-);

- anomalia secundară dizabilității intelectuale (**F70-F79**).

A. Achiziționarea și executarea abilităților motorii coordonate, este substanțial mai scăzută decât posibilitățile așteptate, în corespundere cu vârsta cronologică a individului și oportunitatea de învățare și de aplicare a cunoștințelor și abilităților dobândite.

Dificultățile motore pot fi observate în procesul mersului, căderii, stâlcirii, lovirii de obiecte, aruncării sau de prindere a obiectelor, folosirii foarfecilor, instrumentelor, tacâmurilor, scrierii, participării în exerciții sportive etc. Indicatorul, de coordonare a funcției motore, conform testului standartizat, se află cel puțin cu două erori sub nivelul așteptat al vârstei cronologice a copilului.

B. Tulburarea descrisă în criteriul A, împiedică substanțial învățarea

și activitatea zilnică curentă. Deficuitățile motore înrăutățesc procesul de autodeservire, autoîngrijire, de productivitate, de reușită școlară, odihnă, activități de joc, de muncă etc.

C. Debutul simptomelor începe în perioada de dezvoltare timpurie.

D. Deficitele deprinderilor motorii nu pot fi explicate mai bine, prin dizabilități intelectuale sau tulburări vizuale și nici nu pot fi atribuite unei afecțiuni de dezvoltare care afectează mișcarea (de exemplu, paralizie cerebrală, distrofie musculară, tulburare degenerativă). Criteriul de excepție, este cel mai frecvent utilizat. **IQ** coeficientul intelectual de dezvoltare, conform testului standartizat, indicat individual, se află **sub nivelul de 70 (IQ<70)**.

307.3 (F98.4) Stereotypic Movement Disorder (77)

Specify if: With Self-Injurious Behavior **Tulburare de mișcări stereotipe**. Mișcările voluntare, repetitive, stereotipe, nefuncționale, aparente, fără de scop, deseori ritmice, care nu fac parte din nici o afecțiune psihiatrică recunoscută. Acest tip de mișcări stereotipe pot fi: - **fără de automutilări – F98.40** (legănarea corpului, capului, smulsul de păr și folie de pe cap, răsucirea părului, ciocănitul și pocnitul din degete, tremuraturul sau datul din mâini, palmuirea palmelor); - **cu automutilări – F98.41** (lovirea repetată a capului de perete, palmuirea feței, introducerea degetului în ochi, mușcarea mâinilor, buzelor și a altor părți ale corpului). Toate tulburările de mișcări stereotipe se **produc cel mai frecvent în asociere cu dizabilitatea intelectuală (F70-F79)**. În asemenea cazuri se pun ambele diagnoze, coduri de boală. Debutul începe în perioada de dezvoltare timpurie. Comportamentul motor repetitiv nu poate fi atribuit efectelor fiziologice ale unei substanțe sau stării neurologice și nu este mai bine explicat printr-o altă tulburare de dezvoltare sau mentală (de exemplu, trichotilomania, tulburarea obsesiv-compulsivă). **Specificați dacă:** Tulburarea decurge fără comportament auto-vătămător. Sau, tulburarea este asociată cu autovătămăre (provocând o traumă, prejudiciu) sau este cauzată de un factor genetic cunoscut sau de o stare medicală, sau de un factor de mediu (de exemplu, sindromul Lesch-Nyhan, **dizabilitate intelectuală** [invaliditate intelectuală], expunere intrauterină la alcool). Dacă băgatul degetelor în ochi se manifestă la un copil cu deficiențe de vedere, este necesar de a se codifica ambele tulburări.

Se exclud: tulburările (R25.-), (G20-G25) mușcatul unghiilor (F98.8), scobitul în nas (F98.8) stereotipiile (F00-F95), sugerea degetelor (F98.8) ticurile (F95.-) tricotilomania (F63.3). Tulburare de deprindere/ stereotipie. **Notă de codificare:** Utilizați cod suplimentar pentru a identifica afecțiunea medicală sau genetică asociată sau tulburarea neurologică dezvoltată. Specificați severitatea curentă: **Ușoară:** Simptomele pot fi ușor suprimate prin stimulare senzorială sau distragere a atenției. **Moderat:** Simptomele incită măsuri explicite de protecție și modificări comportamentale. **Severe:** Sunt necesare monitorizări continue și măsuri de protecție pentru a preveni vătămările grave.

TIC DISORDERS

307.23 (F95.2) Tourette's Disorder (81)

Tulburarea Tourette. Tulburare de ticuri multiple motorii combinate cu ticuri vocale [Gilles de la Tourette] O forma de tulburare de ticuri în care sunt, sau au fost, ticuri motore multiple și unul sau mai multe ticuri vocale, cu toate că nu este nevoie ca acestea să se producă simultan. Tulburarea apare până la vârsta de 18 ani, se agravează, în perioada adolescenței și tinde să persiste în perioada vieții adulte. Ticurile vocale sunt zilnice, deseori multiple cu vocalizări repetitive explozive, ”gârgâit” de gât, mormăit, cu expresii sau cuvinte obscene, care durează mai mult de un an, și în care n-ar trebui să existe remisiuni, care ar dura mai mult de două luni. **Etiologie:** - **determinism ereditar, care dereglează procesele din creier;** - factorii de risc cauzali: encefalita epidemică, febra reumatismală. **Manifestări clinice:** - ticuri polimofe motorii; - ticuri verbale complexe: țipete, coprolalie, copropraxie, ecolalie silabe și sunete, articulări asemănătoare cu lătratul; - ticurile se repetă zilnic, de câțva ori/zi, timp de un an cu perioada asimptomatică < 3 luni; - T obsesive și compulsii: obsesii cu caracter ritual, acte impulsive de atingere a organelor genitale ale altor persoane; - emotivitate excesivă, impulsivitate, agresivitate, instabilitate; - T de atenție, anxietate tulburări de personalitate. Perturbarea nu poate fi atribuită efectelor fiziologice ale consumului unei substanțe (de exemplu, cocaină) sau altei afecțiuni medicale (de exemplu, boala Huntington, encefalita postvirală).

307.22 (F95.1) Persistent (Chronic) Motor or Vocal Tic

Disorder (81) Specify if: With motor tics only. With vocal tics only
Tulburare cronică de ticuri motore sau vocalisme.

Corespund criteriilor principale ale T caracteristice ticurilor, dar se manifestă prin ticuri motore sau vocalisme singulare sau multiple.

Ticuri cronice motorii sau vocale, simple sau complexe.

- periodicitate zilnică, mai mult de un an;
- intervale scurte asimptomatice;

A. Intrunește criteriile generale pentru o tulburare de tic, în care există ticuri motorii sau vocale (dar nu ambele), care pot fi multiple, în decurs de o zi, pe o perioadă minimă, de cel puțin de un an de zile.

B. Lipsa remisiunilor în decursul anului dat, cu o durată mai mare de două luni. C. În anamneză nu este sindromul Tourette și tulburarea nu este un rezultat al stării somatice sau o consecință a efectelor secundare ale terapiei medicamentoase.

D. Tulburarea apare până la vârsta de 18 ani.

- este afectată activitatea socială și ocupațională;
- Tratament: psihoterapie comportamentală.

307.21 (F95.0) Provisional Tic Disorder (81)

Specify if: Single Episode/Recurrent. **Tulburare de ticuri provizorii (tranzitorii).** Ticuri motorii și / sau vocale multiple. Ticurile au fost prezente timp, de mai puțin de un an de la debutul primului tic.

Ticurile iau de obicei forma clipitului din ochi, grimaselor faciale sau a mișcărilor bruște (tremor) ale capului. T severe ale funcționalității sociale, activității ocupaționale. Frecvența 5-24% dintre școlari prezintă episoade de ticuri tranzitorii. A. Ticuri provizorii simple apar în decursul întregii zile; Sau ticuri complexe, și cu manifestări motore sau/și verbale, apărute odată în zi sau multiplu repetate în decursul a toată ziua. • durata >2 săptămâni, până la 12 luni.

B Etiologie, pot fi: - ticuri tranzitorii psihogene – se pot produce spontan - ticuri organice – **pot evolua** spre sindrom Tourette.

• prognostic: - evoluție severă pentru copiii cu antecedente familiale de ticuri motorii, ticuri verbale. C. În anamneză nu este sindromul Tourette și tulburarea nu este o consecință a stării somatice sau ca rezultat al efectelor secundare ale terapiei medicamentoase. D. Tulburarea apare până la vârsta de 18 ani.

E. Perturbarea nu poate fi atribuită efectelor fiziologice ale unei substanțe (de exemplu, cocaină) sau altei afecțiuni medicale (de

exemplu, boala Huntington, encefalita postvirală).

307.20 (F95.8), Other Specified Tic Disorder (85)

Alte tulburări de ticuri specificate.

Această categorie se referă la tulburările în care predomină simptomele caracteristice tulburărilor de dezvoltare, care cauzează afectări sociale, ocupaționale sau alte domenii importante de activitate, dar care nu îndeplinesc complet criteriile pentru oricare dintre tulburările de dezvoltare. Această categorie de tulburări, este utilizată în situațiile în care clinicianul ia decizia să identifice motivul specific concret care nu îndeplinește criteriile pentru oricare altă tulburare psihică de dezvoltare a sistemului nervos. Aceasta se face prin înregistrarea unei alte tulburări psihice de dezvoltare a sistemului nervos (cum ar fi lezarea sistemului nervos central, în perioada prenatală, sub acțiunea consumului de alcool al părinților). Tulburarea psihică distructivă în perioada prenatală, sub acțiunea alcoolismului părinților este caracterizată de o serie de dizabilități intelectuale de dezvoltare, asociate cu alte tulburări, de diferite grade de severitate

307.20 (F95.9) Urispecified Tic Disorder (85)

Tulburare de ticuri, nespecificată.

În această categorie predomină simptomele caracteristice tulburării de ticuri, care provoacă discomfort sau afectări clinice semnificative în domeniile sociale, ocupaționale sau în alte domenii de activitate importante, dar care nu îndeplinesc criteriile complete, pentru o tulburare de tic sau pentru oricare dintre afecțiunile tulburărilor neurologice de dezvoltare. Tulburarea de ticuri, nespecificată, este o categorie reziduală nedorită, nerecomendată, pentru tulburările care îndeplinesc criteriile generale, caracteristice tulburărilor de ticuri, dar nu se pot stabili în subrubrica specifică, pentru caracteristicile prezente tulburării date, care nu îndeplinesc criteriile din F95.0 – tulburare de tic tranzitor; F95.1 tulburare de tic motor sau vocal cronic, F95.2. Tulburare de ticuri multiple motorii combinate cu ticuri vocale [Gilles de la Tourette].

OFTER NEURODEVELOPMENTAL DISORDERS (86)

ALTE TULBURĂRI DE DEZVOLTARE

315.8 (F88) Other Specified Neurodevelopmental Disorder (86) Alte tulburari de dezvoltare psihologică

Agnozie a dezvoltării. Această categorie se aplică afecțiunilor în care predomină simptomele caracteristice unei tulburări neurologice de dezvoltare, cauzând afectări în relațiile sociale, ocupaționale și în alte domenii importante de activitate. Cealaltă tulburare neurologică de dezvoltare, specificată, este cea mai frecventă. Diagnosticarea se face prin înregistrarea unei alte tulburări neurologice de dezvoltare a sistemului nervos, specificată de o cauză specifică concretă (cum ar fi lezarea sistemului nervos central, în perioada prenatală, sub acțiunea consumului de alcool al părinților).

315.9 (F89) Unspecified Neurodevelopmental Disorder (86) Other Neurodevelopmental Disorders

Tulburare de dezvoltare, nespecificată, categorie în care predomină simptomele caracteristice dezvoltării tulburărilor neurologice, care afectează relațiile sociale, ocupaționale sau alte domenii importante de activitate. Această categorie nu îndeplinește complet criteriile pentru oricare altă tulburare din clasa de diagnostic a tulburărilor neurologice de dezvoltare. Această categorie de tulburări nespecificate, este folosită în cazul în care, clinicianul nu indică cauza tulburării, nu precizează motivul pentru care criteriile nu sunt îndeplinite pentru o anumită tulburare neurologică de dezvoltare în care nu există informații suficiente pentru un diagnostic mai specific (de ex. mobilizarea în situații neprevăzute, de urgență).

ANXIETY DISORDERS OTHER DISORDERS OF INFANCY, CHILDHOOD, OR ADOLESCENCE

Alte tulburări cu debut specific în copilărie sau în adolescență

309.21 (F93.0) Separation Anxiety Disorder

Specify if: Early Onset (specificați dacă e cu debut precoce).

F93.0 Tulburare de anxietate a separării de copilărie.

Apare până la vârsta de 6 ani. Frica de separare constituie centrul anxietății: frici de a nu fi lăsat să rămână de unul singur. Se diferențiază de anxietatea de separare normală, când are un anumit grad (severitate) care este neobișnuit de frecvent (incluzând o persistență anormală sub perioada de vârsta obișnuită), și când este asociată cu probleme semnificative în funcționarea socială.

Ar trebui să fie diagnosticată atunci când frica de separare constituie centrul anxietății și când asemenea anxietate apare mai întâi în primii ani ai copilăriei. **Exclude:** tulburările de dispoziție [afective] (F30-

F39) tulburări nevrotice (F40-F48) tulburarea de anxietate fobică a copilăriei (F93.1) tulburarea de anxietate socială a copilăriei (F93.2).

A. Această tulburare se caracterizează prin cel puțin trei însușiri, dintre care:

1) nepotrivire cu realitatea, preocuparea constantă cu privire la posibila rătăcire, răpire sau apariția posibilelor neplăceri la persoana de care se simte atașat (de exemplu, teama că va fi părăsit și persoana dată nu se va mai întoarce) sau îngrijorări constante, că această persoană ar putea deceda;

2) necorespondere cu situația reală, îngrijorare permanentă, că un oarecare eveniment îl va despărți de persoana de care este atașat (de exemplu, se va rătăci, va fi răpit sau plasat în spital, sau va fi ucis etc). 3) Copilul fără "poftă" se duce la școală sau refuză să se ducă, din cauza fricii de a nu se despărți de persoana de care este atașat, sau din dorința de a rămâne acasă (față de alte cauze, predomină teama de școală, de a se confrunta la școală cu incidente neplăcute);

4) dificultățile de separare, pe timp de noapte, se exteriorizează la copil, prin unul din următoarele manifestări: a) Copilul, fără tragere de inimă, se duce la culcare sau refuză să se ducă, acceptând, doar condiția, ca persoana de care este atașat, să fie alături.

b) noaptea, adeseori se scoală din pat, pentru a se asigura, că persoana de care este atașat, nu l-a părăsit sau că doarme alături.

c) nedorință constantă sau refuzul de a dormi de unul singur sau în alt loc, în afară de casă;

5) frica constantă inadecvată, de a rămâne în singurătate în casă, încăpere, fără de persoana principală de care se simte atașat.

6) coșmaruri repetate, conținutul cărora este asociat cu separarea;

7 când copilul se desparte (se separă) de persoana de care este atașat, apar simptome fizice repetate (dureri abdominale, de cap, greață, sau vomă), când se duce la grădiniță, școală, odihnă, în tabără etc.

8) În cazul unei eventuale sau a unei îndelungate despărțiri (separări) de persoana îndrăgită, la copil se dezvoltă un distress puternic, înainte sau în momentul despărțirii sau imediat după aceasta (manifestată prin anxietate, plâns, furie, nefericire, frici, apatie sau autism).

B. Absența criteriilor generale pentru tulburările de anxietate din vârsta copilăriei, sau pentru alte tulburări emoționale ale copilăriei (F93.80). C. Apare până la vârsta de 6 ani;

D. Tulburarea nu apare ca o parte a unei dereglări mai vaste a emoțiilor, comportamentului sau a tulburării de personalitate, sau a unei tulburări generale de dezvoltare, tulburare psihotică sau de utilizare a substanței. E. Durata nu mai puțin de 4 săptămâni.

F93.1 T de anxietate fobică a copilăriei. Fobii infantile.

Cauze: frică față de animale, insecte, înălțime (sunt preluate prin învățare). Manifestări clinice: - stare emoțională situațională declanșată de factorul cauzal; - frică irațională, disproporțională față de obiecte și situații, pierde controlul voinței și declanșează reacții de apărare (evitarea factorului cauzal și securizarea).

Alte stări de frică ce apar în copilărie dar nu sunt o parte normală a dezvoltării psihosociale (de ex. agorafobia) ar trebui să fie codificate la categoria corespunzătoare de la secțiunea F40-F48.

Excluce: tulburarea de anxietate generalizată (F41.1)

Fobii obsesionale. Cauze: - fobii de microbi cu ritualuri de spălare exagerată; - fobii de maladii (SIDA, cancer) cu apelări frecvente la medic, efectuarea unor investigații repetate, inutile; - anxietate socială: frică de persoane străine, de evenimente sociale noi, cu riscuri de compromitere, umilință și disconfort pentru copil. Manifestări clinice ale: - copilului mic: refuz violent cu țipete, crize de mânie, fugă, înțepenire; - copilului mare: rușine, timiditate excesivă.

Anxietatea de separație. □ **angoasa sugarului:** - se dezvoltă de la vârsta de 8-10 luni și este o fobie fiziologică, care durează până la 3ani; - semne de frică (neliniște, plâns, țipăt) față de persoanele necunoscute. □ **cauze:** grija exagerată a mamei față de copil, supraprotecția copilului, nașterea unui frate, plecarea temporară a mamei sau despărțirea copilului de familie (frecventarea instituțiilor preșcolare, preuniversitare).

□ **manifestări clinice:** - insistența copilului de a fi permanent în preajma părinților, de a dormi împreună, refuzul de a pleca din ambianța familială; - frica de riscuri de a nu nimeri părinții în accidente, de a nu deceda; - fobii de întuneric, coșmaruri cu subiecte de separare de familie.

Fobia școlară (problematika școlară). □ **cauze:** - eșecuri școlare, incidente cu profesorul, colegii de școală, de a nu contamina boli; - personalitate disarmonică, greu adaptabilă, conflicte interioare, fire

fricoasă; - sindromul stresat, caracteristic părinților stresați de posibilele pericole, care i se vor întâmpla acestui copil (naștere prematură, manevre obstetricale, procedee operatorii, patologii perinatale).

□ **manifestări clinice:** - dimineața, frică irațională majoră de a se duce la școală; - semne clinice asociate: dureri abdominale, crampe musculare, tremurături, cefalee, vărsături. Sindroamele psihosomatice involuează dacă copilul nu pleacă la școală din motive de boală și pot reveni în alte zile înainte de a se duce la lecții, fapt sugestiv pentru stresul școlar. - fobia școlară în clasele primare este considerată o formă a anxietății de separație dominată de acuze de dureri abdominale; - fobia adolescentului se produce pe fondal de imaturitate emoțională, poate fi o reacție de orgoliu, o manifestare a unei depresii psihice sau poate marca debutul unei schizofrenii; - evoluție: în 25% cazuri fobiile școlare pot evolua recurent și cronic, cu o rezistență terapeutică, repercusiuni negative asupra frecvenței și însușitei școlare.

Tulburări obsesive-compulsive. □ cauze: - determinism genetic pentru 50% cazuri personalitate obsesională: perfecționism educațional, surmenaj fizic și neuro-psihic, situații stresante frecvente. □ **manifestări clinice:** - perfecționism excesiv – nevoia de a verifica lecțiile, caligrafia, de a face ordine perfectă, de a aranja în ordine și simetrie obiectele din anturajul casnic, școlar, efectuarea curățeniei excesive: - stare de nesiguranță, indecizie, vinovăție; - idei și fobii obsesive, obsesii de contrast; - comportament insultabil față de părinți, Dumnezeu, impulsivități agresive, înfricoșătoare; - ritualuri de atingere; - exprimarea unor formule de apărare; - obsesii de impunere a unor întrebări și răspunsuri părinților. □ diagnostic diferențial; - decompensări de personalitate obsesională; - sindromul obsesiv în stările depresive; - obsesiile din cadrul schizofreniei. □ tratament: medicamentos complex: remedii antidepressive, sedative; - psihoterapie expresivă, de dezvăluire, analitică; - consultul familiei pentru organizarea condițiilor psihoemoționale optime și excluderea factorilor de risc și declanșatori.

312.23 (F94.0) Selective Mutism (195)

Mutism electiv sau selectiv. Caracterizat printr-o selectivitate emoțională în vorbire, încât copilul demonstrează o capacitate de

limbaj în unele situații, dar nu reușește să vorbească în alte situații (definite). T este asociată cu trăsături marcate de personalitate implicând anxietate, izolare, sensibilitate sau rezistență socială.

A. Vorbirea expresivă și impresivă sunt determinate printr-un test standardizat, indicat individual, în limita unei abateri duble standard, față de norma corespunzătoare vârstei copilului.

B. Identificarea unei incapacități permanente de a vorbi în situații sociale specifice, în care, copilul ar trebui să vorbească (la lecții), în ciuda faptului că în alte situații el este capabil să vorbească.

C. mutismul selectiv poate dura mai mult de 4 săptămâni

D. Nu există o tulburare generală de dezvoltare (F84-).

G. Tulburarea nu se datorează unei lipse de cunoștințe necesare pentru vorbirea dialogată, în situația socială în care se relevă o incapacitate de a vorbi. Mutism selectiv. **Exclude:** T de dezvoltare profundă (F84.-) schizofrenia (F20.-) T de dezvoltare specifice privind vorbirea și limbajul (F80.-). Mutismul tranzitoriu ca parte a anxietății de separare la copiii tineri (F93.0).

300.23 (F40.10) Social Anxiety Disorder (Social Phobia) Tulburare de anxietate socială. (Fobia socială).

A. Frica sau anxietatea marcată de una sau mai multe situații sociale, în care individul este expus unei posibile examinări de către alții. Exemplele includ interacțiuni sociale (conversație, întâlniri cu persoane necunoscute, prezentarea discursurilor, în fața celorlalți), observații privind (felul de a comunica, de a lua masa, de a se odihni, a bea etc.). **Notă:** În cazul copiilor, anxietatea trebuie să apară în relațiile dintre copii, de la egal la egal, nu numai în timpul interacțiunilor cu adulții.

B. Individul are frica că nu va acționa cum trebuie, că nu va face față lucrurilor sau că ar prezenta simptome de anxietate care vor fi evaluate negativ (vor fi umilitoare sau jenante: din care cauză va fi respins sau ofensat). C. Situațiile sociale aproape întotdeauna provoacă teamă sau anxietate.

Notă: La copii, frica sau anxietatea pot fi exprimate prin plâns, tânguiri, isterie, "îngheț", "agățări", "încleștări" sau prin refuzul de a comunica.

D. Situațiile sociale sunt evitate, suferite de o anxietate cu frici intense. E. Frica sau anxietatea nu este proporțională cu amenințarea

reală, reprezentată de situația socială și contextul socio-cultural.

F. Frica, anxietatea sau evitarea este persistentă, durează mai mult de șase luni.

G. Frica, anxietatea sau evitarea provoacă tulburări sau deficiențe clinice semnificative, în domeniile sociale, ocupaționale importante.

H. Frica, anxietatea sau evitarea nu pot fi atribuite efectelor fiziologice de consum a unei substanțe (medicament) sau de o altă condiție medicală.

I. Frica, anxietatea sau evitarea nu se explică nici prin simptomele unei alte tulburări psihice, cum ar fi tulburarea de panică, tulburarea distrofică a corpului sau tulburarea spectrului de autism.

J. Dacă este prezentă o altă afecțiune (de exemplu, boala Parkinson, obezitatea sau desfigurarea ca rezultat al rănilor, vagabondajului), frica, anxietatea sau evitarea nu are legătură cu tulburarea dată. Specificați dacă frica se limitează doar la o conversație sau la un discurs, prezentare publică.

300.22 (F40.00) Agoraphobia

300.22 (F93.2), în cazul copiilor. Tulburare de anxietate socială în copilărie sau adolescență.

Tulburare de anxietate socială a copilăriei. Tulburarea se caracterizează printr-o prudență exagerată față de străini, teamă, anxietate socială, în situații sociale noi, ciudate sau amenințătoare.

Această categorie de tulburări ar trebui folosită, numai acolo unde asemenea spaima apar în primii ani, sunt neobișnuite în gradare însoțite de probleme în relațiile sociale.

Agorafobia [15] reprezintă frica de spații deschise, anxietatea în aglomerații, în locuri din care nu poate ieși cu ușurință (autobuz, tren, supermarket, din mijlocul unui rând dintr-o sală de spectacole etc.). În aceste situații, copilul este cuprins de o teamă intensă însoțită de simptome somatice (palpitații, amețeli), se gândește cu groază la posibilitatea de a leșina. Pe măsură ce agorafobia progresează, pacienții evită tot mai multe situații, iar în cazurile severe ajung să se izoleze în casă. Simptomele scad în intensitate dacă pacientul este însoțit de o persoană apropiată; Uneori prezența unui alt copil sau a unui câine poate fi de ajutor.

Fobiile sociale. Persoana cu această fobie devine foarte anxioasă în situațiile în care se simte observat, criticat (la petreceri,

restaurante, seminare, ședințe, situații nevoite să vorbească în public sau să facă unele acțiuni, chiar minore). Persoana încearcă să evite aceste situații, iar dacă nu reușește se retrage într-un loc neobservat, participă cât mai puțin posibil la conversații. Fobia socială debutează, de obicei, la sfârșitul adolescenței, când tinerii își extind contactele sociale și sunt deosebit de interesați de impresia pe care o fac altora.

Fobii specifice (izolate) [23] sînt fobiile care se manifestă în situații specifice cum ar fi: înălțimile (de la etajul unui bloc, podul unui râu), spațiile închise, cabinet stomatologic, la vederea sîngelui, leziunilor, furtunii, anumitor animale nepericuloase (păianjeni). Aceste fobii debutează în copilărie și dacă nu sunt tratate se pot menține toată viața. Majoritatea T fobice sunt mai frecvente la femei. Tratamentul psihologic comportamental și cognitiv.

300.02 (F41.1) Generalized Anxiety Disorder

Tulburare de anxietate generalizată

A. Anxietate și îngrijorare excesivă (la ce ar putea să se întâmple), la o serie de evenimente sau activități (de muncă, performanța școlară. Durează nu mai puțin de 6 luni.

B. Persoana nu este în stare să controleze îngrijorarea.

C. Anxietatea și îngrijorarea sunt asociate cu trei (sau mai multe) din cele șase simptome (care persistă în ultimele 6 luni);

Notă: pentru copii este de ajuns doar un singur element, dintre care:

1. neliniște, agitație de apăsare peste măsură.

2. Oboseală ușoară constantă.

3. Concentrație agravată sau o stare a unei minți "goale";

4. Iritabilitate. 5. Tensiunea musculară.

6. Tulburări de somn (stare de veghe în timpul adormirii și somnului, somn neliniștit, nesatisfăcător).

D. Îngrijorarea și neliniștea permanentă sau simptomele fizice, provoacă tulburări clinice semnificative și înrăutățire în activitățile sociale, profesionale sau în alte domenii importante de funcționare.

E. Tulburarea nu poate fi atribuită efectelor fiziologice de consum a unei substanțe (abuz de medicament) sau în alte stări medicale (hipertiroidism).

F. Tulburarea nu este explicată nici de o altă tulburare psihică (îngrijorare sau atac de panică, aprecierea negativă în tulburarea de anxietate socială [fobie socială], contaminarea sau în alte idei

obsesive în tulburarea obsesiv-compulsivă, anxietatea de atașament, tulburarea de stres posttraumatică, anorexia nervoasă cu creșterea în greutate, tulburări fizice, în cazul simptoamelor somatice, senzații de disconfort privind aspectul fizic exterior al corpului, care prezintă afecțiuni gravă în tulburările de anxietate sau în cazul caracteristic delirului în schizofrenie sau în tulburarea delirantă).

TRAUMA – AND STRESSOR-RELATED DISORDERS

(265) **F94 T de funcționare socială, debut specific în copilărie și adolescență.** Un grup de tulburări heterogene care au în comun anormalități de funcționare socială începând din perioada de dezvoltare, (contrar T de dezvoltare profundă). Nu sunt caracterizate de o incapacitate socială, constituțională aparentă sau de un deficit care cuprinde toate zonele de funcționare. Un rol crucial îl joacă distorsiunile/privațiunile serioase din mediu.

313 (F94.1) Reactive Attachment Disorder (265)

Specify if: Persistent. Specify current severity: Severe

213.89 (F94.x) Reactive Attachment Disorder of Infancy or Early Childhood (116). 1. Inhibited Type. 2. Disinhibited Type

Tulburare reactivă de atașament, cu debut în copilărie.

Apare până la vârsta de cinci ani. Se caracterizează prin anormalități persistente în tiparul de relații sociale cu perturbări emoționale și reactive față de schimbările din circumstanțele mediului înconjurător. Reacțiile sociale sunt foarte contradictorii sau ambivalente în diferite situații sociale (pot exista diferențe în relațiile cu diferite persoane). Interacțiune socială slabă cu grupuri de copii de aceeași vârstă, tristețe și, în unele cazuri, creștere insuficientă.

Tulburările emoționale, se manifestă prin lipsa de răspuns emoțional la suferința altora, prin reacții agresive la distresul personal sau al altor oameni, prin hipervigilență, creștere înfricoșătoare a nivelului de veghe. Se pot identifica unele abilități de reciprocitate manifestate în relațiile cu adulții. Nu îndeplinesc criteriile pentru tulburările dezvoltării generale. Sindromul apare, probabil, din cauza neglijării părintești a copilului, abuzului sau a desconsiderării.

Exclude: sindromul Asperger (F84.5) T privind dezinhibiția față de anturaj în copilărie (F94.2) sindroamele privind maltratarea (T74.-) variații normale în modelul de atașament selectiv, abuzul sexual sau fizic în copilărie (Z61.4-Z61.6).

313.89 (F94.2) Disinhibited Social Engagement Disorder (268) Specify if: Persistent; Specify current severity: Severe. **Tulburarea privind dezinhibiția față de anturaj în copilărie (Psihopatie prin lipsa de afecțiune, Sindrom instituțional).** T privind dezinhibiția față de anturaj cu debut în copilărie, apare în primii 5 ani de viață, cu tendință de lungă durată: comportament difuz, cu focalizare neselectivă față de anturaj, comportament prietenos, care caută atenția celor din jur, fără discriminare. Interacțiuni slabe cu grupuri de copii de aceeași vârstă; în dependență de circumstanțe. Tulburarea comportamentală sau emoțională poate fi asociată. Psihopatie prin lipsa de afecțiune. Sindrom instituțional. **Exclude:** tulburarea reactivă față de anturaj în copilărie (F94.1); sindromul Asperger (F84.5); spitalizarea la copii (F43.2); tulburările hiperkinetice (F90.-).

Blocul F98. Alte tulburări emoționale și de comportament cu debut survenit de obicei în copilărie și adolescență. Grup heterogen de tulburări, care pot prezenta sindroame bine definite sau simptome complexe, care necesită includere din cauza frecvenței lor și asocierii cu probleme psihosociale, și pentru că ele nu pot fi incorporate în alte sindroame. Se caracterizează prin incontinență urinară involuntară, ziua sau noaptea, ca rezultat al lipsei controlului funcției vezicii urinare, datorită oricărei tulburări neurologice, atac de epilepsie sau anomalii structurale ale căilor urinare.

Exclude: tulburările de somn datorate cauzelor emoționale (F51.-); - spasmele hohotului de plâns (R06.8); tulburarea identității sexului în copilărie (F64.2); sindromul Kleine-Levin (G47.8); tulburarea obsesiv-compulsivă (F42.-)

FEEDING AND EATING DISORDERS (329)

FEEDING AND EATING DISORDERS OF INFANCY OR EARLY CHILDHOOD

Tulburări de hrană și alimentație în familie în timpul copilăriei

307.52 (___) F98.-x) Pica (329) - consumul substanțelor necomestibile în perioada vârstei de sugar și a copilăriei mici.

Pica sugarului și a copilului, mai frecvent răspândită la copiii cu dizabilități intelectuale. Dacă dizabilitatea mentală (F70-F79) este prezentă, în această tulburare, atunci dizabilitatea mentală este codificată ca diagnostic principal.

Pica sugarului. Tulburare de alimentație, cu manifestări variate, specifice sugarului și primei copilării. Se manifestă prin refuzul de a mânca și printr-un nivel exagerat de alintare, nefiind de natură organică. Ca formă de ripostă, copilul poate vomita, mesteca agitat biberonul, guma. Poate fi sau nu asociată rumația (regurgitarea repetată fără greață sau boala gastro-intestinală).

Tulburări psihotoxice digestive – stare psihosomatică indusă de perturbarea relației între mamă și copil, capricii excesive ale copilului în prezența unei hrane adecvate, manifestată prin sindroame digestive în absența unei boli organice. Colici idiopatice ale sugarului. □ **debut – perioada neonatală tardivă (>8-10 zile de la naștere)**; □ cauze – supra alimentarea copilului de o mamă anxioasă, care încearcă să liniștească copilul cu lapte; □ manifestări clinice – crize de plâns, țipete, neliniște accentuată, balonare abdominală după o alimentație bună. Copiii care mănâncă bine, sunt paratrofici.

Sindromul de vomă a sugarului. Cauze – frică de alimentație sau refuzul copilului de a înghiți. Alimentația este administrată de o mamă grăbită, ititată sau indiferentă. - manifestări clinice – vărsături periodice în timpul alimentației, în formă de protest a unei relații tensionate cu mama. - tratament – redresarea relației mamă-copil, respectarea apetitului copilului, răbdarea și înțelepciunea mamei.

Anorexia sugarului. □ debut – semestrul II al sugarului; □ cauze – diversificarea alimentației sugarului în condiții relaționale tensionate în familie cu copilul; - cauzele anorexiei cu eșec sever de creștere: T de atașament, refuz alimentar patologic, malnutriția protein-calorică, subalimentarea copilului de o mama neștiutoare sau iritabilă.

Manifestări clinice: - refuzul de a se alimenta în volum nutrițional adecvat cu alimente corespunzătoare vârstei copilului; - în anorexii severe: insomnie, treziri frecvente, plâns spasmatic cu apnee, fobii față de procesul de alimentare, colici abdominale, tulburări nutriționale (deficit ponderal, anemie), nanism psihogen, retard psihomotor, anxietate. **Tratament:** - psihoterapia relației mamă-copil, optimizarea regimului alimentar.

A. Incapacitatea constantă de a mânca în mod adecvat, mestecarea constantă a gumei de mestecat sau regurgitarea alimentelor.

B. Lipsa creșterii în greutate sau scăderea în greutate, sau descoperirea unei probleme semnificative de sănătate **într-o perioadă de cel puțin o 1-3 luni** (ținând cont de frecvența tranzitorie

a tulburărilor de alimentație.

C. Debutul tulburării începe înainte de vârsta de șase ani.

Absența unui sindrom care să îndeplinească criteriile ICD-10, pentru orice altă tulburare psihică (**cu excepția dizabilității mentale F70-F79**). D. Absența unei boli organice, care ar putea explica incapacitatea de a mânca.

Pica copilului. Atracția nestăpânită de a consuma produse nealimentare (pământ, tencuială, cretă sau pietre calcaroase, vopsea, etc.). Acest simptom poate fi o parte a unei tulburări psihice mai profunde (cum ar fi autismul). T poate manifesta și un comportament psihopatologic relativ izolat. T este cel mai obișnuit **întâlnită la copiii cu dizabilități intelectuale.**

A. Consumul permanent sau recurent al substanțelor necomestibile cu o frecvență nu mai rar de 2 ori pe săptămână.

B. Durata nu mai puțin de 1 – 3 luni.

C. Absența oricărei altei tulburări mentale care îndeplinește criteriile din rubricile ICD-10 (cu excepția **dizabilității mentale, F70-F79**). D. Vârsta cronologică și mentală nu mai puțin de 2 ani.

E. Caracterul alimentării, nu este o parte componentă a obiceiurilor culturale. **Criterii:** A. Consumul persistent al substanțelor non-nutritive, nealimentare pe o perioadă de cel puțin o lună.

B. Consumul de substanțe non-nutritive, nealimentare este inadecvat pentru nivelul de dezvoltare al individului. C. Comportamentul alimentar nu face parte dintr-o practică culturală sau socială. D. Dacă comportamentul alimentar apare în contextul unei alte tulburări mentale (de exemplu, T intelectuală, T de spectru autist, schizofrenie, sau e cauzată de o stare medicală), este suficient de severă pentru a justifica o atenție clinică suplimentară.

Notă de codificare: Codul ICD-9-CM pentru pica este 307.52 și este folosit pentru copii sau adolescenți. Codurile ICD-10-CM pentru pica la copii sunt (F98.3) și la adulți (F50.8). **Specificați dacă:** În remisiune: după care criterii complete pentru pica au fost îndeplinite anterior sau dacă criteriile nu au fost îndeplinite pentru o perioadă susținută de timp. **Se exclude:** anorexia nervoasă și alte dereglări ale modului de a mânca (F50.-) alimentația; dificultăți în hrănirea copilului (R63.3), problemele nou-născutului (P92), (F98.3).

307.52 (F98.3) Feeding Disorder of Infancy or Early

Childhood (98) Tulburări de alimentație cu debut în copilărie și adolescență.

Anorexia nervoasă a adolescenței. Etiopatogenie: - sunt afectate adolescentele din țările cu tradiții pentru silueta suplă (Franța, Marea Britanie). - incidente neplăcute (ironia) din familie pot induce crize de afirmare a personalității prin controlul asupra greutateii; - rivalitatea în frătrie; - protest față de maturizarea sexuală – refuză feminitatea, acceptă ascetizarea, intelectualizarea; - boala manechinilor, exerciții fizice sportive cu intensitate înaltă; - consumul abuziv al purgativelor, diureticilor. Manifestări clinice: - reducerea rației alimentare, regim dietetic hipocaloric; - deficit ponderal >15% din greutatea obișnuită; - dereglări trofice – piele uscată palid cianotică, emaciare sâni se aplatizează, perturbări ale ciclului menstrual - stări euforice – plină de viață, cu planuri de performanță; - stări depresive generate de insatisfacția de fizicul personal; - tipul psihologic – persoane disciplinate, responsabile, conformiste, cu probleme în afirmarea socială, în exprimarea agresivității, complexate; - tulburări comorbide – depresie majoră, neuroză obsesivă, isterie. **Evoluție:** - durata > 6 luni – evoluție favorabilă cu reversibilitate fără consecințe. - evoluție cronică (> 1 an) – riscuri majore de boli somatice cronice; - indicele de mortalitate – 10%. **Tratament:** - tratament medicamentos – psihiatric (antidepresive, anxiolitice) și somatic - psihoterapie individuală, terapie familială.

Criterii: A. Începutul tulburării apare până la vârsta de 6 ani;

B. Incapacitate constantă de a mânca sau de vomă a mâncării;

C. Lipsa luării în greutate sau pierderea din greutate sau existența unei probleme semnificative, persistente cel puțin timp de o lună de zile (în cazul dereglărilor provizorii de alimentație, se socot dacă acestea au loc timp de 3 luni de zile); D. Absența sindromului, care ar corespunde altor criterii psihice, indicate în ICD-10 (**în afară de dizabilitățile intelectuale F70-F79**). E. Absența bolilor organice, care ar explica incapacitatea de a se alimenta.

Bulimia: Cauze: – tulburări neuropsihice induse de stres. Manifestări clinice: - ingerarea compulsivă a unui volum alimentar impresionant; - instalarea sentimentului de vinovăție, care impulsionează pentru provocarea vărsăturilor; - distensie

abdominală; - dezechilibru electrolitic, hidric (din cauza vomelor), paretezii, contracții musculare, slăbiciuni; - tipul psihologic – stimă de sine scăzută, dominată de opiniile altora. Sunt perfecționiști, preferă singurătatea, sunt conflictuali, pretențioși, nesatisfăcuți, agresivi (bulimia reduce tensionarea și agresivitatea); - stări morbide asociate – carie dentară, paradontoză, hiperparatiroidie.
Tratament – antidepresive, psihoterapie.

307.53 (F98.21) Rumination Disorder (332)

Ruminația (rumegare). O tulburare de alimentație (absența unei boli organice), cu manifestări variate, care sunt de obicei, specifice primei copilării. Se manifestă prin refuzul hranei și capricii excesive în prezența unei hrane adecvate, oferită de persoane competente în îngrijiri. Poate fi sau nu asociată ruminația (regurgitarea repetată fără greață sau boală gastro-intestinală). **Cauze:** - neglijarea afectivă a copilului, mame reci, distante; - manifestări clinice – alimentele regurgitate în cavitatea bucală sunt mestecate și înghițite din nou de copil; - debut – sugarul > 6 luni, copil mic; - tratament – relații armonioase cu copilul. **Criterii:**

A. Regurgitarea repetată a produselor alimentare pe o perioadă de cel puțin o lună. Alimentele regurgitate pot fi re-mestecate, re-înghițite sau scuipate. B. Regurgitarea repetată nu poate fi atribuită unei stări gastrointestinale sau altor afecțiuni asociate (de exemplu reflux gastroesofagian, stenoză pilorică).

C. Perturbarea alimentației nu apare exclusiv pe parcursul anorexiei nervoase, bulimia nervoasă, tulburarea alimentară de tip binge sau tulburarea inerentă / restrictivă a alimentelor. D. Dacă simptomele apar în contextul unei alte tulburări psihice (de exemplu, dizabilități intelectuale sau tulburări neurologice de dezvoltare), acestea sunt suficient de severe pentru a justifica o atenție clinică suplimentară. Specificați dacă: În remisie: după ce au fost îndeplinite criteriile complete pentru tulburarea de rumegare, în ce măsură criteriile n-au fost îndeplinite pentru o perioadă susținută de timp.

ELIMITATION DISORDERS (355)

307.6 (F98.0) Enuresis (355). *Specify* whether: Nocturnal only. Diurnal only. Nocturnal and diurnal. (Not Due to a General Medical Condition) (108) *Specify* type: Nocturnal Only/DiurnalOnly/Nocturnal and Diurnal. **F98.0 Enuresis de natură neorganică.**

Vârsta cronologică și mentală a copilului nu mai mare de 5 ani. Micțiuni nocturne sau de zi, involuntare sau urinare intenționată în pat sau haine, cu o frecvență nu mai rară de 2 ori în lună, pentru copiii în vârstă de până la 7 ani și nu mai rar de 1 o dată în lună la copiii de 7 ani și mai mari. Enurezisul poate fi o consecință a crizelor epileptice sau a tulburărilor neurologice și nu un rezultat al deficienței anatomice a căilor urinare, a pierderii controlului asupra vezicii urinare sau a altor stări nonpsihiatrice. **Se poate asocia cu unele tulburări emoționale și de comportament.** Diagnosticul se pune când starea de enurezis durează deja nu mai puțin de 3 luni.

Enurezis primar (70%). - cauze – determinism ereditar familial, predomină la băieți (2:1). - vezică urinară neurogenă, iritabilă, capacitate de volum mică (influențe parasimpatice); - anomalii psihogene secundare – **tulburări psihiatrice (25%)**, fobii nocturne, **inteligență scăzută**, educație sfincteriană redusă, imaturitatea bioritmului somn-veghe cu predominarea somnului profund, dificultăți de trezire.

Enuresis funcțional de origine neorganică. Enuresis psihogen; Incontinență urinară de origine neorganică. 20% de copii ce au dobândit control sfincterian, inclusiv enurezis nocturn. Cauze: – stări psihoreactive după stresuri personale, familiale, în neuroze, depresie, anxietate; - familii numeroase cu nivel socio-economic scăzut, igienă precară; - tulburări neuropsihice asociate – ticuri verbale, tulburări de somn; - debutul enurezisului cu 1-3 episoade pe lună cu creșterea frecvenței de până la 5-7 ori pe săptămână, în timp de 6-10 luni.

Enurezis secundar organic (5-7%). **Cauze** – malformații și infecții urinare, diabet, crize epileptice generalizate cu emisie involuntară de urină, leziuni medulare; - debut precoce, fără controlul micțiunilor, în anomalii nefrourinare (reflux vezico-renal, stenoze și valve ale uretrei); - în infecții nefrourinare – disurie, febră, leucociturie.

Tratament medicamentos. Educația controlului sfincterian, formarea reflexelor condiționate, terapie motivațională, reducerea lichidului vezical nocturn, psihoterapie măsuri igienico-dietetice.

F98.01 enurezis numai în timpul zilei;

F98.02 enurezis nocturn și în timpul zilei

307.7 (F98.1) Encopresis (357). Specify whether: With constipation and overflow incontinence. Without constipation and

overflow incontinențe. (..) Other Specified Elimination Disorder (359) Fără constipație și incontinență de eliminare

Encoprezis de natură neorganică (Encopresie funcțională, Incontinența de fecale neorganică, Encopresie psihogenă), la copilul > 4 ani. Frecvența – 1,3% copii până la vârsta de 10 ani. Emisie de fecale (defecație) repetate involuntare sau intenționat al maselor fecale de obicei de consistență normală sau aproape normală, în perioada după trezire, sau în decursul zilei în locuri publice neadecvate acestui scop (pe podea, în garderobă, scaun, masă, veselă etc., ca urmare a pierderii controlului dobândit sau în ciuda controlului fiziologic normal asupra intestinelor. Encoprezisul are loc cel puțin odată în lună, în timp de nu mai puțin de 6 luni. Tulburarea poate fi asociată cu o tulburare emoțională (F93.-) sau de comportament (F91.-)

Encoprezis primar. - cauze – neglijarea copilului, educație severă în familie cu apariția fobiilor, educație sfincteriană insuficientă, **dizabilitate intelectuală**; - manifestări clinice: lipsa deprinderilor de control al eliminării fecalilor.

Encoprezis secundar – apare după stabilirea controlului sfincterian; Cauze: stresuri acute grave (abuz emoțional, fizic); - manifestări asociate – comportament agresiv-demonstrativ, crize de furie, irascibilitate, stări de anxietate, depresie. Tratament: medicamentos, educația controlului sfincterian, excluderea stresurilor, psihoterapie. Incontinență de fecale de origine neorganică; Encoprezis de natură psihogenă.

Vârsta cronologică și mentală de cel puțin de 4 ani.

DISRUPTIVE, IMPULSE-CONTROL, AND CONDUCT DISORDERS (461). Blocul **F.91 Conduct Disorder**

Tulburări de conduită (comportament), caracterizate printr-un tipar de comportamente de durată (șase luni sau mai mult), persistent și repetitiv al conduitei disociale, agresive sau provocatoare. Acești copii sunt violenți, tirani, cruzi față de oamenii din jur, animale, mult mai răi decât răutățile copilărești obișnuite. Starea de revoltă a adolescenților, trăsăturile tulburării de conduită pot fi de asemenea simptomatice pentru alte afecțiuni psihiatrice, în care caz se indică diagnosticul de bază.

Diagnosticul se bazează pe exemple de comportamente, care

includ nivele excesive de luptă, distrugere gravă a proprietății, incendiere, furt, neascultare, minciuni repetate, chiul de la școală, fuga de acasă, crize de mânie neobișnuit de frecvente și de grave. Oricare din aceste exemple de comportamente, dacă se depistează, sunt suficiente pentru punerea diagnosticului dat. Actele disociale izolate nu sunt suficiente pentru punerea diagnozei.

Exclude: tulburările de dispoziție [afective] (F30-F39) T de dezvoltare profunde (F84.-) schizofrenia (F20.-) când sunt asociate cu: - T emoționale (F92.-) - T hiperkinetice (F90.1).

313.81 (F91.3) Oppositional Defiant Disorder (462)

Specify current severity: Mild, Moderate, Severe

F91.3 Tulburare de provocare opozițională. Tulburare de conduită, specifică copiilor tineri, apare în jurul vârstei de 10 ani. Comportament opozant-negativist, persistent negativist, neascultător, nesupus, ostil, sfidător, provocator, dezorganizat, săcâitor, fără de acte de delicvență sau forme extreme de comportament agresiv sau disocial, care să încalce legea sau drepturile celorlalți. Copiii cu această T sunt mereu furioși, au resentimente și sunt deseori săcâiți de alții, care le reproșează greșelile. Toleranța la frustrare este redusă, iar pierderea cumpătului este rapidă, în afara limitelor normale pentru un copil de aceeași vârstă în același context socio-cultural. **În mod tipic sfidarea este provocatoare, copiii inițiind confruntări, manifestă grosolăniile excesive, lipsă de cooperare și rezistență la autoritate. T necesită să fie întrunite toate criteriile de la F91.-;** Numai comportamentul răutăcios sau neascultător nu este suficient pentru punerea diagnosticului. Se cere prudență înainte de a pune diagnosticul, îndeosebi în cazul adolescenților. T trebuie să prezinte comportamente, agresive sau disociale semnificative, care să depășească provocarea, neascultarea sau perturbarea. Criterii:

A. Trebuie să fie determinate criteriile generale, caracteristice tulburărilor de comportament (F91). B. Trebuie să fie identificate patru și mai multe simptome din cele enumerate în criteriile G1 pentru F91, nu mai mult de 2 simptome din 9-23 de puncte;

C. Simptomele din criteriul B, duc la o adaptabilitate foarte scăzută și nu sunt în concordanță cu nivelul de dezvoltare. D. Trebuie să fie înregistrate cel puțin patru simptome, timp de cel puțin 6 luni

312.81 (F91.1) Childhood-onset type. Tulburare de conduită

nesocializată cu debut în copilărie, înainte de vârsta de 10 ani (**tipul agresiv solitar**). Comportament sfidător, conflictual, negativist sau dezorganizat în relațiile cu alți copii, nerrespectuos față de ceilalți. Acești copii, **solitari în actele lor, nu sunt iubiți**, acceptați de semenii lor. Ei sunt rejețați și pot comite acte de cruzime față de oameni, animale, distrugere de bunuri, jafuri, tâlhării, nerrespectarea autorității. Rar se alătură grupurilor de semeni infracționale. T întrunește toate criteriile de la F91. în afară fără de comportamentul opozițional, provocator, perturbator) cu anomalii semnificative profunde în relațiile cu alți copii. T de comportament, tipul agresiv solitar; T agresivă nesocializată.

312.82 (F91.2) Adolescent-onset type. Tulburare de conduită socializată cu debut în adolescență. Se manifestă printr-un **comportament antisocial agresiv aproape permanent**. Copiii cu acest tip de tulburare sunt de regulă, **bine integrați într-un grup infracțional (bandă)**. Relațiile cu adulții, cu autoritățile nu sunt bune, dar pot avea totuși conexiuni cu alte persoane. Față de T precedentă, în F91.2 **comportamentele indezirabile se manifestă în familie și în afara ei, iar adolescenții se afiliază grupurilor infracționale**. Acești adolescenți nu prezintă nici un simptom caracteristic tulburării de comportament, înainte de vârsta de 10 ani. Adolescenții cu acest tip de tulburare, au un comportament agresiv sau disocial (întrunesc toate criteriile de la F91, în afară de comportamentul opozițional, provocator, perturbator). T de conduită, tip grup; **Delicvența de grup; Delicte comise în bandă; Furt în compania altora; Chiul de la școală.**

312.89 (F91.9) Unspecified onset. Specify if: With limited prosocial emotions Specify current severity: Mild, Moderate, Severe

313.81 (F91.9) Disruptive Behavior Disorder NOS (94) Tulburare disruptivă de comportament (conduită), nespecificată cu debut în copilărie

313.9 (F98.9) Disorder of Infancy, Childhood, or Adolescence NOS (121) F98.9 Tulburări nespecificate de comportament și emoționale cu debut de obicei în copilărie și adolescență.

(A) copilăriei: - tulburare comportamentală NOS - tulburare de conduită. Debutul nespecificat: **Criteriile pentru diagnosticul tulburărilor comportamentale sunt disponibile, dar nu există**

suficiente informații disponibile pentru a determina dacă debutul primului simptom a fost înainte sau după vârsta de 10 ani. Indicați, dacă tulburarea este asociată cu tulburări organice, tulburări emoționale, cauzate de mediul social; Indicați gradele de severitate: ușor, moderat, accentuat, sever, profund.

312.89 (F91.8) Other Specified Disruptive, Impulse-Control, and Conduct Disorder (479)

312.8 F91.8 DSM-IV - Conduct Disorder (85) Specify type: Childhood-Onset Type / Adolescent-Onset Type.

Alte tulburări de conduită. Tip specificat: cu debut în copilărie sau în adolescență. Această categorie se referă tulburărilor în care predomină simptomele caracteristice unei tulburări disruptive de control al impulsurilor și conduitelor, cu tulburări clinice semnificative în domeniul sociale, ocupaționale importante, dar care nu îndeplinesc îndeajuns criteriile pentru oricare tulburare din clasa de diagnosticare disruptivă, tulburare de control al impulsurilor și de conduită. Categoria disruptivă specificată, tulburări de control al impulsurilor și de conduită, este utilizată în situațiile în care clinicianul decide să comunice cauza specifică a tulburării, care nu îndeplinește criteriile pentru orice tulburare specifică din categoria respectivă de tulburări de conduită. În acest caz, se înregistrează alte impulsuri distructive de control și conduită, urmate de un motiv specific (explozii comportamentale recurente de o frecvență insuficientă).

312.9 (F91.9) Unspecified Disruptive, Impulse-Control, and Conduct Disorder (480)

În DSM-10 - F91.0 Tulburări de conduită limitată la contextul familial. Implică comportament disocial, agresiv, opozițional, provocator, perturbator), în care comportamentul anormal este complet sau aproape complet limitat la domiciliu și la interacțiunile cu membrii familiei sau cu cei din gospodăria respectivă sau din cadrul imediat al locuinței. Copilul **poate sustrage bunuri din casă:** bani, lucruri de valoare ale familiei. Acest comportament poate fi însoțit de **distrugerea deliberată a unor lucruri ce aparțin unui membru al familiei:** distrugerea jucăriilor, obiectelor personale de valoare, tăierea hainelor. T necesită întrunirea tuturor criteriilor de la F91.- Pentru un diagnostic, nu sunt

suficiente numai relațiile grav perturbate dintre parinte-copil.

Notă: Pentru definirea diferitor tipuri de afecțiuni, specialiștii folosesc termenul „tulburare”, termen descris în ISD-10 și în DSM, unde tulburarea reprezintă: “un set de simptome sau comportamente recunosibile clinic, asociate în majoritatea cazurilor, cu disconfort sau interferență în funcționarea persoanei”. Sintagma ”tulburare”, definește categoria care cuprinde toate tipurile de tulburări psihice.

Sursa: DSM-IVTM, Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Fourth edition. Published by the American Psychiatric Association Washington, DC. p. 14 – 830; DSM-V, DIAGNOSTIC AND STATISTICAL MANUAL OF MENTAL DISORDERS FIFTH EDITION DSM-5TM, 2013, p. 970.

Tulburările psihice, adeseori se prezintă prin anumite simptome și sindroame, caracteristice unei anumite tulburări.

II.1. Tabelul 18. Semne, simptome, sindroame ale tulburărilor psihice:

Semn - în limbajul clinic se referă la trăiri obiective observate de clinician (ex: tahicardia, hiperactivitate motorie).

Simptom - în limbajul clinic se referă la acuzele subiective exprimate de un pacient (ex: relatează ”ieșirea inimii din piept”, gândurile îi zboară aiurea, se simte speriat, inhibat, blocat, etc).

Sindrom - grup de semne și simptome ce apar concomitent și constituie o condiție, care poate fi recunoscută (ex: tulburare afectivă bipolară, TOC, schizofrenia).

Semnele și simptomele pot fi psihice sau fizice. Creșterea frecvenței cardiace – tahicardia este un semn somatic (fizic) pe când senzația persoanei că își pierde mințile este unul psihic. Cunoștințele legate de limbajul semnelor și simptomelor facilitează comunicarea între persoanele implicate în sistemul sanitar și ajută în stabilirea unui plan therapeutic. Cauza unui simptom sau a unui semn este fie de natură pur fizică, fie pur psihică, fie o combinație a celor două.

Semnele clasice ale mâniei: - expansivitate; - iritabilitate; - fuga de idei; - idei de grandoare; - distractibilitate.

Semne sau simptome comune ilustrative: - anxietate; - idei delirante; - halucinații; - iluzii; - euforia; - amnesia; - ideea obsesivă; - compulsia; - fobia; - depresia.

Semne sau simptome particulare ilustrative: - coprolalia; - micropsia; - tricotilomania; - cleptomania; - Déjà vu; - flexibilitate ceroasă.

Patologia psihiatrică	
Neurozele (T neurotice)	Psihozele (T psihotice)
Stări reactive: - psihotice; - nevrotice	Psihopatii (T de personalitate)
Sursa: Romila Aurel. Psihiatrie, ediția a II-a revizuită. Editat de Asociația Psihiatrilor Liberi din România, București, 2004. P.640	

Avantajul utilizării acestor instrumente constă în posibilitatea comparării diagnosticelor puse de clinicieni, posibilitatea efectuării cercetării științifice comparabile (prin utilizarea acelorași criterii de diagnostic). Nu este cazul a decide, ce fel de tulburare are copilul – tulburare de comportament sau tulburari specifice de dezvoltare privind abilitățile școlare, dacă, le are pe ambele, fiecare din aceste tulburări se codifică respectiv.

Nu este necesar să se decidă, dacă tulburarea este cauzată de una sau mai multe probleme, fie de epilepsie sau din cauza educației incorecte din familie sau a instituționalizării – aceasta se codifică, indiferent dacă par sau nu a fi cauze (astfel, se fixează datele pentru o eventuală cercetare statistică).

Din informația studiată și expusă în tabelul I.3, se constată, că aria tulburărilor emoționale și de comportament este destul de vastă și variată, incluzând tulburări neorganice, dobândite prin educație în familie, precum și tulburări organice, accentuate de factorii nefavorabili ai mediului.



II.2. Manifestări comportamentale ale grupurilor de copii cu tulburări de conduită și emoționale.

În continuare, încercăm să descriem, prin ce se caracterizează și se manifestă cele mai frecvente tulburări emoționale și de comportament, caracteristice copiilor cu CES, marea majoritate a cărora sunt indicați pentru școala general (cu excepția celor care au și dizabilitate intelectuală).

Tulburarea hiperkinetică cu deficit de atenție (THDA - tulburarea hiperkinetică cu deficit de atenție sau ADHD - în engleză: Attention Deficit Hyperactivity Disorder; ADD - Attention Deficit Disorder; în germană - Aufmerksamkeits-Defizit-Hyperaktivitäts-Störung - HKS; Aufmerksamkeitsstörung - ADS; Hyperkinetisches Syndrom - HKS). **ADHD** este o tulburare comportamentală și emoțională manifestată prin deficit de atenție și dificultăți în desfășurarea unei sarcini. **Copiii cu hiperactivitate, deficit de atenție și impulsivitate** cu sau fără întârziere mintală, cu sau fără tulburări de conduită, erau denumiți la sfârșitul secolului al XIX-lea "idioți nebuni", boala "nebuliei impulsive", "inhibiție imperfectă" (T Horley, 1984). Termenii de hiperkinezie - hiperactivitate se suprapun fiind aproape sinonime cu simptomele: exces de activitate, lipsă de odihnă, nervozitate, alergare, cățărare, trâncăneală. Termenul de Afectare Cerebrală Minimă (Minimal Brain Damage) își are originea în observația, că afectarea provocată de infecții, hipoxie, traume (-peri și postnatale) determină deficitul de atenție și hiperactivitate. Termenul "damage", a fost înlocuit cu cel de „disfuncție”, ajungându-se ulterior la terminologia disfuncție

cerebrala minima (Minimal brain Disfunction). Traducerea în limba română îmbracă diferite aspecte: Tulburarea hiperactivitate/deficit de atenție; Tulburarea deficitului de atenție cu hiperactivitate; Tulburare hiperactivă cu sau fără inatenție[9].

Tulburări hiperchinetice. Copiii hiperkinetici sunt emoțional imprudenți, impulsivi, predispuși la accidente, nedisciplinați, nechibzuți, nesupuși, încalcă regulile ordinii publice. Sunt nesimpatizați de ceilalți copii, devenind izolați. Prezintă deficiențe cognitive, întâzieri specifice în dezvoltarea motoră, limbajului, comportament disocial, stima de sine scăzută, reușită școlară slabă, probleme cu familia și profesorii.

Tulburarea hiperkinetică cu deficit de atenție, ADHD este o tulburare psihiatrică, de neuro-dezvoltare. Afectează mai ales copiii. Se manifestă prin imposibilitatea copilului de a se concentra asupra unui anumit subiect sau acțiuni. Evaluarea comportamentală a adulților cu ADHD se realizează cu ajutorul Scalei WURS (Wender Utah Rating Scale) alcătuită din 25 de întrebări (itemi) despre problemele din copilărie frecvent întâlnite în această afecțiune. Scala evaluează prezența și severitatea simptomelor la vârsta copilăriei. Simptomele de bază ale ADHD includ niveluri diferite de neatenție, hiperactivitate și impulsivitate, în perioada preșcolară, școlară și gimnazială. ADHD debutează în copilăria fragedă (20%), în adolescență (25%), poate persista și la vârsta adultă (60%). 30% dintre cei care suferă de ADHD, în asocieră cu tulburările de comportament, devin delincvenți, dezvoltând tulburări antisociale de personalitate[12].

Cercetările au demonstrat că ADHD se transmite genetic, de la părinți la copii. Predispoziție pentru apariția ADHD sunt și factorii de mediu (psihosociali) - contextul biopsihosocial. Dacă acești copii au întârziere minală, părinți șomeri, cu comportamente asociale, ajung să comită infracțiuni. Interacțiunea parinte-copil este considerată factor favorizant. Studiul de psihopatologie, realizat în cadrul Direcției Generale a Penitenciarelor din România a relevat că

85% dintre deținuți suferă de ADHD. Tulburările de dispoziție (depresie majoră), sunt întâlnite la copiii cu ADHD, cu tulburare de conduită [62].

16 - 31% dintre adulții cu ADHD au o tulburare depresivă majoră comorbidă concomitentă, 45%, de-a lungul vieții[63].

II.2. Tabelul 19. Criterii de diagnostic DSM-IV-TR pentru T hiperchinetice, deficit de atenție ADHD/hiperactivitate

Conform DSM-IV-TR [9] există trei modele de comportament care indică prezența ADHD: I. tipul predominant hiperactiv-impulsiv (H/I la care nu este prezentă în mod evident neatenția), în care sunt prezente cel puțin 6 din cele 9 simptome pe scala de „Hiperactivitate/Impulsivitate” și mai puțin de 6 simptome din ”Neatenție” pentru o perioadă de cel puțin 6 luni; II. tipul predominant neatent (denumit uneori T de deficit atențional – ADD sau ADHD) și III. tipul combinat (CT - în care se manifestă cele două subtipuri anterioare), (vezi tabelul de mai jos).

I. Tipul predominant hiperactiv-impulsiv (H/I – HIPERACTIVITATE la care nu este prezentă în mod evident neatenția), frecvent:	II. Tipul predominant neatent (denumit T deficit de atenție – ADD sau ADHD), frecvent:
--	--

(1) șase (sau mai multe) din simptomele următoare de hiperactivitate-impulsivitate au persistat timp de cel puțin 6 luni, într-un grad nepotrivit cu nivelul de dezvoltare.

Pentru Hiperactivitate: 1. își mișcă mâinile și picioarele, este neastămpărat, se frământă pe scaun; 2. se ridică de pe scaun atunci când trebuie să rămână așezat; 3. aleargă sau se cațără exesiv în locuri nepermise și la timp nepotrivit; 4. are dificultăți să se joace, să-și ocupe timpul liber, fără să facă zgomot, în activitățile în care se cere liniștite.

Pentru impulsivitate:

(5) este „gata de plecare“, acționează ca și cum „ar avea motor“; (6) vorbește

(2) în care sunt prezente șase din cele nouă simptome pe scala de ”Neatenție” și mai puțin de 6 simptome din H/I pe o perioadă de cel puțin 6 luni: (1) nu dă atenție amănuntelor sau face greșeli din neglijență în timpul activităților școlare sau în alt tip de activitate; (2) are probleme în menținerea atenției la activitatea școlară sau la joacă; (3) pare să nu asculte când i se vorbește în mod direct; (4) nu

<p>exesiv; (7) ”aruncă” răspunsuri înainte ca întrebarea să fie terminată; (8) are dificultăți să-și aștepte rândul; (9) întrerupe, intervine în discuții sau în jocul altora.</p> <p>B. Unele dintre simptomele hiperactiv–impulsive, care au produs afectarea au fost prezente dinaintea vârstei de 7 ani.</p> <p>C. Sunt prezente anumite afectări datorate simptomelor în două sau mai multe domenii (de ex., la școală (sau la lucru) și acasă).</p> <p>D. Trebuie să existe dovezi clare despre afectări semnificative clinic a funcționării sociale, academice sau ocupaționale. E. Simptomele nu trebuie să survină numai în cursul unei tulburări pervazive a dezvoltării, a schizofreniei sau al unei alte tulburări psihotice și trebuie să nu poată fi explicate mai bine de o altă tulburare mintală (de ex., tulburare a dispoziției, tulburare anxioasă, tulburare disociativă sau o tulburare de personalitate).</p>	<p>urmează instrucțiunile, sau eșuează în activitatea școlară sau domestică sau în orice alt loc de muncă (acest fapt nu se datorează comportamentului opozițional sau incapacității de a înțelege indicațiile); (5) are probleme în organizarea activităților; (6) evită sau îi displace activitățile cu efort mental, pe o perioadă lungă de timp (activitate școlară, teme de acasă); (7) pierde obiectele necesare de care are nevoie la teme sau în activități (pixuri, cărți, creioane, unelte, jucării); (8) este ușor de distras; (i) este ”uituc” în activități zilnice.</p>
--	---

Mannuza și colaboratorii (1998), într-un studiu longitudinal pe 10 ani, efectuat asupra unor copii cu ADHD, a stabilit că în stadiul de adult, aceștia prezentau tulburări de personalitate de tip antisocial (12%), consum de substanțe (12%)[63].

Alți autori arată că 1/2 din copiii cu diagnostic ADHD continua ca adult să aibă probleme psihice: tulburări anxioase, depresive, schizofrenie (Elman, 1998; Greene, 1997) [12].

Tulburările comportamentale și emoționale.

DSM IV și DSM-V clasifică tulburările de comportament în tulburări care încep: la începutul copilăriei (sub 10 ani) și la începutul adolescenței (de la 10 ani în sus) caracterizate prin

comportamente persistente, ostile, deviant, fără comportamente agresive sau antisociale.

ICD-10 divide tulburările de comportament în tulburări de conduită ale socializării, tulburări de conduită ale nesocializării, tulburări de conduită limitate la contextul familial.

II.2. Tabelul 20. Criterii de diagnostic DSM-IV-TR pentru tulburarea de comportament

A. Patern comportamental repetitiv și persistent în care sunt violate drepturile bazale ale altora, norme sau reguli societale majore, manifestate prin prezența a trei (sau mai multe), din următoarele criterii, în ultimele 12 luni, în cel puțin un criteriu prezent în ultimele 6 luni:

Agresivitate față de oameni și animale:

- (1) hărțuiește (bullies – persecută/intimidează pe cei mai slabi), amenință sau intimidează;
- (2) adeseori inițiază încăierări fizice; (3) a folosit un obiect care poate produce leziuni serioase altora (bătă, cărămidă, sticlă spartă, cuțit, armă de foc);
- (4) a fost crud, din punct de vedere fizic, față de oameni; (5) a fost crud, fizic, față de animale;
- (6) a furat în prezența victimei (de ex., tâlhărie, zmulgerea genții, extorcare, jaf armat);
- (7) a forțat pe cineva să întrețină sex.

Distrugere a proprietății: (8) s-a angajat deliberat în incendiere, cu intenția de a produce distrugerii serioase;

(9) a distrus deliberat proprietatea altora (cu excepția de a da foc).

Înșelătorie sau furt calificat: (10) a spart casa, clădirea ori mașina altcuiva;

(11) adesea minte, înșeală, escrochează ca să obțină favoruri, bunuri sau să evite obligații;

(12) a furat lucruri de valoare, fără să confrunte victima (furt din magazine fără spargere, falsuri /uz de fals).

Violări grave ale unor reguli: (13) adesea, în pofida interdicțiilor parentale, pleacă/fuge noaptea de acasă, cu începere dinaintea vârstei de 13 ani; (14) a plecat [fugit] de acasă, peste noapte, o dată sau de mai multe ori, fără permisiunea părinților sau a tutorilor, lipsind o perioadă îndelungată);

(15) adesea chiulește de la școală, cu începere dinaintea vârstei de 13 ani.

B. Perturbarea comportamentală cauzează alterări clinic semnificative ale funcționării sociale, academice sau ocupaționale.

C. Dacă are vârsta de 18 ani sau peste, nu îndeplinește criteriile de tulburare antisocială a personalității.

Sseveritatea tulburării se delimitează în trei grade:

Ușoară: tulburarea de conduită, care cauzează celor din jur, numai un rău minor.

Moderată: numărul problemelor generate de tulburarea de conduită și efectul acestora asupra celorlalți sunt între intensitatea „severă” și „ușoară”.

Severă: prezența în exes a comportamentelor disociale, care cauzează celor din jur un rău considerabil. Tulburările de comportament sunt forme de dezechilibru psihic, cu tulburări în sfera emoțional-volitivă, ca urmare a unei leziuni cerebrale pre- sau post-natale, a unor structuri psihice morbide de natură sociogenă (I. Străchinaru, 1994).

II.2. Tabelul 21. Comportamente caracteristice elevilor cu tulburări (T) comportamentale și emoționale

Elevii cu T comporta mentale și emoționa le, diagnosticate	Elevi cu T comportamentale și emoționale nediagnosticate
<ul style="list-style-type: none">- percep lumea și anturajul doar în raport cu ei înșiși.- por merge „până în pânzele albe” pentru a evita ceva neplăcut.- dau dovadă de comportamente autodistructive.- manipulează pe cei din jur, pentru a-și atinge scopurile.- întâmpină dificultăți	<ul style="list-style-type: none">- nu sunt interesați de școală și de activitatea școlară;- se plâng mereu de probleme de sănătate; - îi evită pe cei din jur;- deseori se poartă urât; - se pun în poară cu adulții; - se comportă necorespunzător grupului lor de vârstă;- dau dovadă de lipsă de emoții sau de emoții nepotrivite ori intense; - nu manifestă interes sau grijă față de ceilalți;- repetă mișcări inutile; - sunt deseori anxioși;- sunt obsedați de probleme aparent minore;

<p>în luarea deciziilor personale.</p> <ul style="list-style-type: none"> - nu-și înțeleg propriile probleme. - deseori aleg soluții pe termen scurt, în defavoarea soluțiilor pe termen lung. - necesită gratificare imediată, în cazul frustrării sau stării de nefericire. 	<ul style="list-style-type: none"> - insistă asupra perfecțiunii; - nu-și fac temele; - au deprinderi subdezvoltate de sănătate și autoîntreținere; - nu au relații prea bune cu colegii; - se află deseori în centrul problemelor, deși dau impresia că nu au nici o legătură; - chiulesc frecvent; - colegii se plâng, comentând negativ în adresa lor; - își dau prea mare importanță sau deloc; - sunt vizați de plângeri și de comentarii negative.
<p>Elevi cu comportament agresiv</p>	<p>Elevi cu comportament inhibat</p>
<ul style="list-style-type: none"> - se ceartă; - nu se pot controla; - întrerup; - devin frustrați foarte ușor; - au accese de mânie; - înjură; - provoacă conflicte; - fură; - se iau de alți elevi; - se iau la bătaie; - îi tachinează și îi provoacă pe ceilalți; - deseori sabotează orele; - se angajează în lupte pentru putere. 	<ul style="list-style-type: none"> - sunt liniștiți în clasă și timizi față de ceilalți copii; - preferă să fie lăsați în pace; - deseori absentează; - par speriați; - par nefericiți; - nu au energie; - sunt extrem de anxioși; - își provoacă leziuni; - deseori nu se pot concentra; - manifestă comportamente obsesive și impulsive; - fac remarci prin care se subapreciază; - poate avea manifestări suicidale.
<p>Elevi predominant neatenteți, ADHD</p>	<p>Elevi impulsivi și hiperactivi, tip combinat ADHD</p>
<ul style="list-style-type: none"> - deseori parcă visează în plină zi sau privesc în gol; - deseori nu știu ce au de făcut; - par apatici și nemotivați; - par să se miște încetinit; 	<ul style="list-style-type: none"> - deseori sunt neastâmpărați și se fătăie; - se poartă imatur; - deseori se ridică de la locul lor; - manifestă activitate fizică excesivă; - sunt îngâmfați și săcâitori și nu se joacă bine cu ceilalți; - nu poate lucra sau nu se poate juca în liniște; - vorbesc prea mult; -

<ul style="list-style-type: none"> - comit multe greșeli de neatendenție; - sunt rezervați în a se implica în orice sarcină, care necesită devotament; - sunt timizi, politicoși și docili; - încearcă să stabilească legături cu elevii, dar puțini reacționează. 	<ul style="list-style-type: none"> permanent întrerup interlocutorul; - deseori își uită sau își pierde temele; - exclamă răspunsurile înainte de terminarea întrebării adresate; - le este greu să-și aștepte rândul; - se comportă grosolan; - sunt neascultători și nereținuți; - nu reușesc să perceapă semnalele sociale; - se laudă; - au frecvent izbucniri emoționale; - au abilități slabe de organizare; - văd evenimentele în alb și negru; - nu au o imagine adecvată a propriei persoane.
--	---

Aceste tulburări sunt abateri de la normele stării de sănătate și de la normele morale, cu daune resimțite în raporturile sociale normale. În literatura de specialitate, în afara termenului "tulburare de comportament" (adoptat de Comisia de Nomenclatură a Congresului Mondial de Psihiatrie Infantilă din 1950), există numeroase alte denumiri folosite pentru a desemna aceeași realitate. Yonbrel vorbește despre "copilul rău", Wallon "copilul turbulent", Beaujean "copilul revoltat", Lafon "inadaptare juvenilă" etc. (R. Râșcanu, 1994)[36]. În România, R. Râșcanu, în 1980 a introdus termenul de "sindrom comportamental" sau "comportamentism". Multe dintre tulburările de comportament apar la vârsta mică, în copilărie, când structura personalității este fragilă, ușor de influențat negativ de către alții [25].

La vârsta școlarității mici îmbracă forme de comportamente antisociale sau disociale, indezirabile pentru societate, de încălcare a normelor sociale în mod repetat și ostentativ. În adolescență, își dezvoltă anumite trăsături de personalitate specifice, față de cele ale individului cu un comportament normal: lipsa autocontrolului, afectivității, valorilor morale, a oricărei restricții, oricărei exigențe sociale, agresivitate, iritabilitate, tendințe necontrolate și necenzurate, lipsa stăpânirii de sine, [19].

Studiile de prevalență indică între 5% și 15%. Raportul masculin : feminin este de 4:1 până la 12:1.

Cauzele apariției tulburărilor de comportament sunt extrem de numeroase, de variate și de complexe. Ele pot fi grupate în mai multe categorii mari: - boli organice și neorganice; - boli psihice ale minorilor; - cauze genetice; - particularități ale mediului înconjurător; - particularități de personalitate.

La nivel emoțional, copiii cu tulburări de comportament manifestă neîncredere, egocentrism, intoleranță, mânie, negativism, minciună, lipsa milei, înțelegerii, respectului, ostilitate, agresivitate. Pot apărea și tulburări de cunoaștere, perturbări defensive de apărare, centrate pe găsirea unor scuze sau a unor mijloace de a scăpa de o acuzație sau dintr-o situație neplăcută, de a găsi un vinovat ("șap ispășitor") pentru explicarea actelor sale, fie găsirea unui aliat puternic (care sa-l sprijine în acțiunile sale). Tentativele de reeducare, sunt interpretate ca atac direct la securitatea interioară. Imaginea de sine a tinerilor cu tulburări de comportament este inadecvată și săracă în conținutul ei, imaturizare psiho-afectivă, fragilitate psiho-emoțională și volițională.

Performanțe școlare sunt foarte inegale. Se caracterizează prin dificultăți ale atenției, memoriei, hipermotivitate, instabilitate, impulsivitate, iritabilitate, elemente paroxistice la nivelul global al personalității. Tulburarea de comportament se asociază cu instabilitatea familială, incluzând victimizarea prin abuz fizic sau sexual.

Înclinația către violență corelează cu abuzul infantil, violența familială, alcoolismul și semnele de psihopatologie gravă (de ex., paranoie și deficite cognitive sau deficite neurologice subtile)[34].

Tulburarea de comportament coexistă adesea cu ADHD și cu tulburările de învățare și comunicare. Ideeația sau actele suicidare, abuzul de alcool și droguri corelează cu tulburarea de conduită. Acești școlari devin adevărate probleme pentru părinții lor și pentru educatori, care au tendința de a-i trata prin măsuri drastice. Ca

urmare, manifestările comportamentale negative se accentuează, însușind exemple "rele";

- *la pubertate*, incidența și gravitatea tulburărilor de comportament cresc, relațiile devenind tot mai tensionante și conflictuale. La vârsta de 17-25 de ani, tulburările de comportament prezintă dispersii psihice. Elevii cu tulburări de comportament se tratează mai greu și sunt mai greu de controlat decât cei afectați de tulburări emoționale [16].

Anxietatea este o emoție fundamentală, întâlnită la copiii și adulții din toate culturile. În numeroase situații de viață, încă de la vârste fragede. Prin anxietate se înțelege o stare accentuată de neliniște, în care se așteaptă să se întâmple ceva rău sau persistă sentimentul lipsei de siguranță. Tulburările de anxietate sunt problemele de sănătate mentală la nivel global. Prevalența tulburărilor de anxietate de-a lungul vieții este de 30%.

Anxietatea afectează 20% din copii și adolescenți într-un anumit moment al vieții. Anxietatea în rândul adulților are numeroase tulburări comorbide (dependență de substanțe, depresie sau tentative de suicid). Evoluția tulburărilor de anxietate este cronică, pe termen lung, cu risc crescut pentru boli somatice și cu alte probleme de sănătate mentală (depresie, abuz de alcool, substanțe), rată crescută de dizabilitate, eșec academic, șomaj sau performanță scăzută la locul de muncă. Anxietatea nu este în sine o problemă mentală, nu este o emoție rea, disfuncțională, este o emoție naturală, pentru supraviețuire [54].

Teorii integrative (moderne). Frica și anxietatea se învață în familie. Majoritatea copiilor cu anxietate au un părinte anxios. Pentru a reduce starea de anxietate, copilul sau adolescentul recurge la comportamente de evitare (retragere sau reasigurare) care conferă o stare de siguranță pe moment. Pe termen lung, anxietatea devine mai intensă, prin fiecare evitare. Emoțiile centrale sunt: teama, frica, neliniștea (emoții primare), când nu există un motiv sau o amenințare reală. Stare de alarmă falsă, combinată de frică și îngrijorare, implică

vulnerabilitatea biologică și psihologică și contextele specifice de viață[42].

2.3. Teorii explicative privind etiologia tulburărilor de comportament și emoționale.

Apariția și manifestarea tulburărilor emoționale au fost descrise prin diverse teorii formulate încă din perioada filosofiei antice. Numărul exesiv de mare al teoriilor existente face imposibilă prezentarea aparte a lor. În funcție de importanța și rolul atribuit fiecărui element al ansamblului procesual emoțional, s-au conturat cinci categorii de teorii ale emoțiilor: teorii intelectualiste, teorii fiziologice periferice, teorii fiziologice centrale, teorii cognitiv-fiziologice și teorii cognitive.

II.3. Tabelul 22. Categorii de teorii explicative în etiologia emoțiilor

Teoria intelectualistă, elaborată de **Herbart și Nahlowski** la sfârșitul secolului XIX.. Conform acesteia, *emoțiile sunt rezultatul direct al asociațiilor dintre reprezentări* (în conținutul noțiunii de reprezentare se pune un accent deosebit pe tendințe de acțiune specifice acestora). Astfel, se considera că *acordul, concordanța între reprezentări este cauza emoțiilor pozitive*, în timp ce *emoțiile negative au la bază conflictul reprezentărilor*. Starea afectivă se considera că ia naștere din conștientizarea modului particular de asociere a reprezentărilor, iar modificările organice erau privite ca elemente secundare în raport cu aceasta. Concepția intelectualistă era unilaterală și simplistă reducând emoția la actul de cunoaștere. Teoria intelectualistă a subliniat rolul important al medierii cognitive în procesele afective (Radu, Ion, 1991, p. 249).

Teoriile fiziologice periferice atribuie un rol cardinal în dinamica emoțională a elementelor viscerale, modificărilor fiziologice și manifestărilor comportamentale. Ideea i-a aparținut filosofului american **William James** care renunță la succesiunea clasică a determinismului emoțional (stimul → percepția stimulului → emoție → expresii emoționale), propunând o nouă versiune: stimul → percepția stimulului → expresii emoționale → emoție.

Conform opiniei lui William James, sursa primară a emoțiilor noastre este dată de modificările fiziologice ce se declanșează automat în confruntarea cu stimuli cu potențial emoțional.

Simpla conștientizare a acestor reacții organice duce la starea afectivă (nu plâng pentru că sunt trist, ci dimpotrivă, sunt trist pentru că plâng sau similar, sunt vesel pentru că râd, mi-e frică pentru că inima îmi bate mai repede, transpir și fug). În acest proces, elementul primar este evenimentul neurovegetativ, trăirea afectivă fiind considerate secundară; aceasta are doar rolul de a dubla la nivelul conștiinței reacțiile viscerele, prin înregistrarea senzațiilor intero- și proprioceptive. Lucrând independent, aproximativ în aceeași perioadă, fiziologul danez Lange ajunge la concluzii similare (pentru acesta, modificările fiziologice se rezumă la reacțiile vasomotorii, însă mecanismul de producere a emoțiilor este același).

Teoria celor doi a fost numită periferică deoarece reduce conținutul vieții emoționale la simple senzații organice, marginale psihicului uman, **și fiziologică** întrucât modificărilor fiziologice li se atribuie cel mai important rol în determinismul stării afective conștiente. Explicația de mai sus a fost infirmată de date observaționale și de studii științifice. Un prim contraargument este faptul că manifestări organice similare apar în emoții diferite: și în situația în care ”mă atacă un urs în pădure” (exemplul favorit prin care James își argumenta teza), dar și atunci când fac jogging liniștit într-un parc, corpul meu are aproximativ aceleași manifestări (puls și tensiune arterial crescute, transpirație, respirație accelerată); și totuși în primul caz sunt speriat de moarte iar în al doilea sunt relaxat și mă simt bine. Mai mult, experimentele făcute pe animale, în care creierul a fost separat de viscere au arătat că reacțiile emoționale nu dispar așa cum ar fi fost de așteptat. Inducerea artificială a unor modificări fiziologice (de exemplu prin injectarea de adrenalină) nu produce o emoție specifică. Cazurile clinice infirmă de asemenea postulatele modelului: bolnavii de parkinson, a căror mimică este profund afectată, au o viață emoțională nuanțată (Radu, 1991). În consecință, relația expresiei emoționale – stare afectivă nu este una directă cum o consideră autorii teoriilor fiziologice periferice, ci mediată de alți factori. Manifestările somatice au totuși un rol important în dinamica emoțională, chiar dacă nu pot fi considerate cauze primare ale acesteia. Declanșarea unei trăiri afective induce

modificări fiziologice; conștientizarea acestora de către subiect poate duce la amplificarea stării afective, devenind o cauză a amplificării emoției deja declanșate.

Teoriile fiziologice centrale comută atenția de la elementele de ordin periferic, vegetative la cele ale sistemului nervos central. Cea mai cunoscută dintre acestea este **teoria** lui **Cannon și Bard**, formulată de primul și dezvoltată de al doilea. În urma unor experimente efectuate pe animale, Cannon concluzionează rolul esențial al talamusului în producerea emoțiilor (de unde și denumirea de **teoria talamică a emoțiilor**). Informația emoțională receptată, ajunge la nivelul talamusului, care realizează simultan descărcări în două direcții: descendent (inducând manifestările somatice specifice) și ascendent (către cortex, unde stimulul este prelucrat detaliat, rezultând calitatea trăirii afective). La rândul său, scoarța cerebrală poate excita sau inhiba talamusul, reglând astfel reacțiile vegetative. Emoțiile se produc așadar la interfața dintre cortex și talamus (elemente ale sistemului nervos central), modificările somatice fiind secundare; ele însoțesc starea afectivă, dar nu au statut de cauză față de acestea. Studiile au arătat că în acest proces participă și alte formațiuni cerebrale, subcorticale, reunite sub denumirea de sistem limbic. Atributul de „central” al acestei categorii de teorii rezidă din faptul că atât dimensiunea subiectivă cât și manifestările vegetative și comportamentale sunt puse pe seama activității sistemului nervos central, aspect confirmat și de cercetările ulterioare. Studiile efectuate pe animale nu au permis însă și studierea factorului cognitiv, a modului particular de interpretare a stimulilor emoționali, ceea ce limitează extrapolarea concluziilor la nivel uman.

Teoriile cognitiv-fiziologice depășesc neajunsul de mai sus, întrucât se bazează pe datele unor experimente cu subiecți umani, în care sunt manipulați doi factori: elementul fiziologic și cel cognitiv. Asumția centrală este că emoția ia naștere prin interpretarea cognitivă a modificărilor organice (emoțiile sunt post-cognitive). În același timp se considera că activarea fiziologică este nespecifică, comună unei palete largi de emoții. Experimentul realizat de **Schachter și Singer** în 1962 (vezi figura 1) ilustrează teza asumată. În pofida succesului inițial, teoria cognitiv-fiziologică întâmpină și o serie de inconsistențe cu datele empirice.

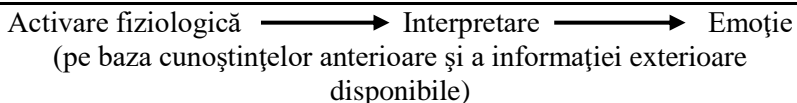


Figura 1. Ideea centrală a modelului cognitiv-fiziologic

Astfel, studii ulterioare (Reisenzein, 1983, apud Power & Dalgleish, 1998) au arătat că, deși o activare fiziologică neexplicată, în anumite condiții poate fi influențată de factori sociali, aceasta nu are însă amploarea presupusă de cei doi autori. Obiecții au apărut și la adresa celeilalte asumptii. Ekman (1992), contrazice ideea unui fond fiziologic unic, evidențiind diferențe notabile în activarea fiziologică proprie diferitelor stări emoționale. Pe de altă parte, teoria limitează însuși rolul interpretării cognitive, elementul său central, atribuindu-i un rol minor, de simplă etichetare a stării fiziologice, aceasta având un rol central și extrem de complex în generarea emoției.

Teoriile cognitive detaliază rolul și specificitatea procesărilor informaționale subsidiare emoțiilor, ca mecanisme mediatore între situația declanșatoare și starea afectivă rezultată. Una din cele mai cunoscute teorii este cea formulată de **Richard Lazarus**. Cea mai cunoscută versiune a acestei teorii este prezentată în 1991, în lucrarea „Emotion and Adaptation”, Numită teoria cognitiv – motivațional relațională a emoțiilor (eng. „cognitive – motivational – relational theory”). Înainte de abordarea emoțiilor, Lazarus a fost preocupat de problematica stresului și a modalităților de adaptare la stres. **El introduce conceptul de coping** (derivat etimologic din verbul to cope = a face față la), esențial în explicarea emoțiilor, care desemnează „orice mecanism de prevenție și adaptare la stres, orice tranzacție între subiect și mediu în vederea reducerii intensității stresului” (Miclea Mircea, 1997, p. 5). **Lazarus și Folkman** (1984) disting între copingul emotional (prin care subiectul încearcă să găsească modalități de conviețuire cu factorul stresor, fără a-l modifica: să nu-i acorde atenție, să-l uite, să evadeze din situație, să caute compania altora, să consume alcool etc) și copingul focalizat pe problemă (intervine în situațiile apreciate ca fiind modificabile, și se încearcă înlăturarea cauzei generatoare a distresului prin stabilirea unui plan de acțiune, antrenament sistematic, intervenție în vederea rezolvării problemei etc.). Modelul propus poate fi abordat la două nivele complementare de analiză. La nivel micro, autorul explică

formarea emoțiilor prin intermediul unor filtre succesive, a unor evaluări a stimulilor afectogeni după diferite criterii, în funcție de care ajungându-se la o stare afectivă sau alta.

Evaluările (eng. Appraisals) sunt la rândul lor de două tipuri (primare și secundare), în funcție de focalizarea preponderentă asupra caracteristicilor stimulului și implicațiile lor asupra subiectului și respectiv asupra resurselor de adaptare ale persoanei. Procesul este unul circular, permițând reluarea analizei anterioare prin prisma datelor ulterioare (reappraisal). Componentele evaluării primare, în ordinea în care intervin, sunt următoarele (Lazarus, 1991): **1. Relevanța motivațională** analizează impactul stimulului asupra subiectului, dacă acesta afectează sau nu în vreun fel scopurile/planurile subiectului. Dacă evenimentul e relevant, atunci e posibilă orice emoție. **2. Congruența motivațională** se referă la măsura în care evenimentul facilitează sau dimpotrivă împiedică planurile individului (dezirabil/indezirabil). Dacă evenimentul e congruent cu scopurile individului, atunci orice emoție pozitivă e posibilă; incongruența duce la emoții negative. **3. Modul de implicare a Eului** vizează măsura în care un eveniment are implicații asupra stimei de sine, valorilor morale, convingerilor subiectului, etc. **Evaluarea secundară conține:**

1. Responsabilitatea se referă la ce sau cine este vinovat (în caz de incongruență motivațională), respectiv responsabil pentru o situație pozitivă (în caz de congruență motivațională).

2. Potențialul de coping orientat spre problemă reflectă posibilitățile de acțiune asupra situației, a o conserva, modifica în acord cu propriile dorințe.

3. Potențialul de coping emoțional desemnează ansamblul modalităților de ajustare psihologică la situație, prin modificarea propriilor dorințe, convingeri, interpretări, etc.

4. Expectanțele de viitor se referă la credința în posibilitatea ca situația să se modifice / rămână în acord cu propriile dorințe în viitor.

Se impun câteva observații:

- unele emoții ale noastre sunt reacții la evenimente previzibile (azi am un examen important) în timp ce altele apar inopinat. Chiar dacă nu ne propunem clar dimineața, când plecăm spre serviciu, să ajungem în siguranță la destinație, să nu ne jignească nimeni pe stradă sau să nu primim vreo veste proastă, acestea sunt

niște dorințe implicite ale noastre, pe care, chiar dacă nu ni le asumăm conștient și voluntar ca deziderate ale zilei, ele există, sunt subînțelese; prin urmare, atât scopurile explicit formulate cât și cele implicite au potențial emoțional;

- evaluările emoționale se pot desfășura atât la nivel conștient cât și inconștient; de cele mai multe ori suntem conștienți doar de rezultatul acestora (starea afectivă), nu și de conținutul ori succesiunea lor specifică (Smith și Kirby, 2001);

- unele componente ale evaluării (mai ales a celei primare) sunt considerate commune mai multor emoții; astfel relevanța motivațională e comună tuturor emoțiilor, incongruența motivațională apare în toate emoțiile negative, etc. Pentru a ilustra modul în care aceste dimensiuni ale evaluării se succed în determinarea unei anumite stări emoționale, tabelul 1.7.1. prezintă elementele specifice furiei.

II.3. Tabelul 24. Elemente ale evaluării furiei (după Lazarus, 1991)

Evaluarea primară: 1. Dacă evenimentul e relevant din punct de vedere motivațional, atunci orice emoție e posibilă, inclusiv furia; dacă nu vor apărea alte emoții.

2. Dacă evenimentul e incongruent cu planurile subiectului, pot apărea doar emoții negative, inclusiv furia.

3. Dacă evenimentul reprezintă o amenințare la adresa stimei de sine personale ori sociale a individului, atunci sfera emoțiilor posibile se restrânge la furie, anxietate și mândrie.

Evaluarea secundară: 1. Dacă există un învinuit, considerat responsabil pentru situația neplăcută, dar care putea fi evitată de către subiect, atunci emoția resimțită a lui este furia. Dacă e învinuit altcineva, furia e orientată spre exterior, în timp ce furia pe sine e asociată blamului propriu.

2. Dacă subiectul dispune de resurse de coping orientate spre problemă, și apreciază situația ca fiind modificabilă, furia e mai probabilă. 3. Dacă expectanțele de viitor sunt favorabile în cazul unei eventuale confruntări, acestea favorizează apariția furiei.

Al doilea nivel de analiză, este unul global (macro) și introduce un nou concept: temele centrale (eng. core relational themes). Acestea sunt sinteze ale rezultatelor evaluărilor primare și secundare specifice în diferite categorii de situații, expresia condensată a

acestora, elementele cheie ale paternului de evaluare corespunzător unei stări emoționale. Fiecărei emoții îi corespunde o temă centrală specifică (vezi tabelul de mai jos).

II.3. Tabelul 25. Unele emoții și teme centrale corespunzătoare

Emoția	Tema centrală
Furia	Ofensă la adresa propriei persoane
Anxietatea	A fi într-o situație de amenințare ambiguă, neclară
Frica	Confruntarea cu un stimul concret, identificabil, ce depășește resursele subiectului
Vina	Încălcarea unor norme morale
Rușinea	Compromis în raport cu un Ego ideal
Tristețea	Pierdere iremediabilă
Invidia	A dori ceva ce aparține altuia
Gelozia	Existența unui „al treilea”, ce reprezintă o amenințare pentru iubirea persoanei, sau e blamabil pentru destrămarea acesteia
Fericirea	Progres semnificativ în atingerea unui scop
Mândria	Aprobare din partea celorlalți pentru o performanță proprie sau a grupului din care face parte.
Eliberarea	O condiție incongruentă scopurilor personale a fost înlăturată /modificată favorabil
Speranța	Frică de ceva rău dublată de expectanța a ceva mai bun
Iubirea	Atașament pentru o persoană, de obicei (dar nu obligatoriu) împărtășit
Compasia	Sensibilitate față de suferința altuia, dorința de a-l ajuta.

Modelul lui Lazarus asupra emoțiilor este, fără îndoială, una din cele mai importante contribuții în acest domeniu. Două sunt argumentele care îl susțin: 1: consistența logică, elementele evaluării decurgând limpede unul din altul, constituind un flux al evaluării, o componentă bazându-se pe rezultatul anterioarei; 2. datele empirice, arată capacitatea explicativă superioară altor modele (Smith, Hayes, Lazarus și Pope, 1991). Pentru o comparație între teoria lui Lazarus și teoria atribuirii a lui Weiner). Dintre reproșurile care i se aduc, cel mai important este faptul că modelul nu consideră existența unor așa-zise emoții bazale, care s-ar afla la originea unora

mai complexe. Teoria cognitiv-motivational relațională nu conceptualizează ordonarea emoțiilor în funcție de gradul lor de importanță în generarea unor emoții mai complexe, ci ca elemente distincte, care pot avea la bază același pattern de evaluare. Un alt neajuns este ignorarea totală a dimensiunii fiziologice a proceselor afective, aspect omniprezent și deosebit de important în dinamica emoțională.

*** Teoriile menționate mai sus reprezintă modele explicativ-interpretative ale emoțiilor, **o ilustrare a modului în care a evoluat gândirea științifică** și nu o perspectivă exhaustivă menită a epuiza subiectul. Nu putem explica adecvat toate emoțiile pe baza aceluiași mecanism. Studiile neurofiziologice arată că circuitele cerebrale sunt diferite (LeDoux, 1996). De aceea, teoriile generale asupra proceselor afective sunt desuete și nelucrative. Majoritatea concepțiilor contemporane, în care se analizează fiecare emoție în parte și nu la modul global, se încadrează în categoria teoriilor cognitiv-fiziologice, specificând atât particularitățile de prelucrare informațională cât și reverberațiile organice specifice. O asemenea abordare trece dincolo de explicație, permițând dezvoltarea unor strategii de intervenție. Cunoscând modul de manifestare, vom putea acționa în vederea modificării consecințelor afective prin intervenții la nivel cognitiv, comportamental și biologic.

Ipotezele etiopatogenetice ale tulburărilor emoționale au fost îmbogățite și cu teorii cronobiologice.

Teoria „desincronizării”, elaborată de Halberg (1968) susține că una sau mai multe funcții fiziologice dobândesc o periodicitate circadiană diferită și că există un raport de faze normale între funcțiile organismului („desincronizare internă”), precum și între acestea și oscilațiile ambientale (desincronizare externă). Studiul eritabilității tulburărilor emoționale se bazează actualmente pe anumite teorii bio-psiho-sociale și pe observații, care-i sporesc gradul de fiabilitate.

Conceptul psihologic de vulnerabilitate endogenă este suplu, intervenind în tulburările emoționale afective ca o „cotă-partă”; cu cât aceasta este mai mare, cu atât vulnerabilitatea circumstanțială și evenimentele stresante joacă un rol mai mic și

invers, cu cât „cota-parte” este mai mică, cu atât psihotraumele au un impact mai mare. Vulnerabilitatea unei persoane la tulburări (boli, decompensări) psihice, se constituie, de-a lungul biografiei, prin cumularea și conjuncția unor factori somatici, genetici, bio-psiho-sociali și cultural-spirituali (determinism non-liniar). Vulnerabilitatea oscilează de-a lungul timpului, datorită unor condiționări extrinseci (cumulare de stresori și epuizare, reducerea rețelei de suport social) și intrinseci (oscilația bio-psiho-ritmurilor, crize ale ciclurilor vieții), astfel încât există perioade cu vulnerabilitate crescută sau scăzută (non-vulnerabilitate).

O persoană vulnerabilă ajunge la o stare de tulburare patologică somatică și/sau psihică, în urma intervenției unor factori circumstanțiali - situaționali: aceștia pot fi factori: - favorizanți; - determinanți; - declanșatori. Factorii situaționali-conjuncturali joacă un rol important și în întreținerea unei stări malade, a defectului și a handicapului, precum și în apariția a noi episoade.

Doctrina vulnerabilitate-stress, avansată inițial sub această formă de către Zubin (1977), s-a dezvoltat în paralel cu concepția americană a diagnosticului pe axe în etichetarea episodului; diagnosticul de stare psihopatologică e codificat pe axa I, iar cel de personalitate (trăsături constante, rigide ale caracterului – „traits”- pe axa II. Multiple studii semantice au arătat că există o legătură relativ frecventă între axa I și axa II (Zuckermann, 1998), astfel încât în multe cazuri se poate considera că tulburarea personalității exprimă fixarea /oprirea temporară la nivelul structurii psihice a procesului de vulnerabilitate. Pe lângă trăsăturile specific fiecărui tip de personalitate particular-patologică ce o caracterizează, prin stilul specific de relaționare interpersonal-socială, prin comportament și expresivitate în general, în cele mai multe cazuri se poate identifica și un ansamblu de caracteristici, ce indică vulnerabilitatea subiectului, înțeleasă ca nedezvoltare matur armonioasă.

Vulnerabilitatea poate fi considerată o rezultată din cumularea factorilor genetici, a influențelor din perioada intrauterină

perinatală, precum și a factorilor organici, toxici și psihosociali postnatali, și în special a celor ce acționează în primii ani de viață, putând vorbi astfel de o vulnerabilitate directă (legată direct de subiect) și una socială, (dobândită), în contextul socio-familial. Cu cât încărcătura predispoziției familiale este mai mare, cu atât e mai mare și riscul apariției și evoluției mai grave a tulburării, iar influența vulnerabilității devine mai evidentă și mai complexă dacă se iau în considerație în cadrul istoriei familiale, atât cazurile de tulburări comportamentale și emoționale, tulburărilor de personalitate, cât și cele din spectrul tulburării respective.

Vulnerabilitatea persoanei își are originea în tulburarea relației timpurii mamă-copil, care cauzează o fixație în stadiul oral al dezvoltării. Emoțiile influențează manifestarea comportamentelor. Există mai multe teorii care încearcă să explice etiologia tulburărilor de comportament. Dintre cele mai importante teorii, fac parte:

Teorii psihosociale (1950-1960). Inițial Leo Kanner a considerat drept cauză a tulburărilor de comportament că ar fi înăscută - deficit înăscut al contactului afectiv (Lăzărescu, 1994). Bruno Bettelheim consideră că originea acestor tulburări se găsește în atitudinile materne și în reacția copilului care trăiește o amenințare permanentă. Părinți reci emoțional, detașați, obsesionali, care și-au crescut copiii într-o atmosferă rigidă, fără căldură afectivă. Mame negative, bârfitoare, ostile sau care nu-și doreau copilul. Ca rezultat, are loc traumarea afectivă, "înghețarea emoțională a copiilor". Autorul a comparat viața acestor copii cu cea a prizonierilor[12].

II.3. Tabelul 26. Teorii explicative privind cauzele tulburărilor emoționale și de comportament
--

Teoria minții (Theory of mind), teorie psihologică, postulează ipoteza conform căreia persoanele cu T comportamentale sunt aproape incapabile de a se decentra, detașa de propria ființă și de a atribui altor persoane emoții, sentimente, dorințe, opinii diferite de cele proprii.
--

Teoriile biologice. Există studii care aduc argumente că tulburările de comportament infantile, prezintă un sindrom cauzat de
--

multiple condiții ce afectează SNC.

Argumente în acest sens sunt: asocierea cu deficiența mentală de diverse grade, cu epilepsia cât și existența fenilcetonuriei și a rubeolei congenitale. Anomaliile biologice ce însoțesc, aceste tulburări rămân necunoscute.

Teoriile genetice. Studiile familiale și pe gemeni au arătat că există posibilitatea existenței unor factorii genetici care să influențeze apariția tulburărilor comportamentale. Rata înaltă a concordanței pentru tulburări la gemenii monoziгоți, rata semnificativă crescută a tulburărilor la frați și agregarea familială stabilește importanța factorilor genetici în etiologia tulburărilor se comportament.

Studii cromozomiale și genetice. Au fost descrise asociera tulburărilor de comportament și emoționale cu sindromul X – fragil (1964); cu Fenil – cetonuria. În 1991 **Gillberg** și colaboratorii au discutat că o posibilă etiologie ar fi trisomiile.

Teorii neuroanatomice. Cercetarile neuroanatomice moderne, argumentează afectarea unor arii cerebrale care ar duce la tulburări de comportament, lezarea: - mezocortexului: lobii frontali, temporali și neostriatul; - cerebelul și structurile diencefalice conexe, implicate în sistemele de procesare senzorială ale atenției.

Teorii imunologice. S-a constatat, că unele mame au anticorpi împotriva antigenelor de pe leucocitele propriilor copii. Este posibil un atac direct al anticorpilor materni împotriva țesutului fetal cu afectare SNC , care ar duce la apariția tulburărilor comportamentale.

Studiile recente ale lui Патнер Ф.Л., Rutter, Meyer, Ackerman, au remarcat[54]:

1. O origine și nivel socio-cultural variabil, repartizat mai degrabă spre cele două extreme: foarte defavorizat și nivel superior;
2. Suprareprezentarea situațiilor dificile (divorț, cuplu incomplet);
3. Frecvență ridicată a depresiei materne în timpul sarcinii și post – partum.
4. Atmosferă și organizare familială adesea confuze, roluri parentale puțin diferențiate, limitele generațiilor slab precizate;
5. Situații de dramă, dezastrul parental;

6. Modele particulare de comunicare intrafamilială (familii de schizofreni).

2.4. Conceptul de cerințe educaționale speciale (CES), din perspectiva educației copiilor cu tulburări psihice.

Cerințe educative speciale (CES), a fost lansat în anul 1978, în Marea Britanie, noțiunea fiind preluată de Spania, Portugalia, de alte țări, precum și de UNESCO. Sfera de cuprindere a conceptului, este mult mai amplă decât grupul de copii cu diverse dizabilități. Din anul 1995 conceptul CES este utilizat în Moldova prin Legea învățământului din 1995.

Noțiunea de CES desemnează necesitățile educaționale complementare obiectivelor generale ale educației școlare, necesități care solicită o școlarizare adaptată particularităților individuale și/sau caracteristice unei dizabilități ori tulburări de învățare, precum și o intervenție specifică, prin reabilitare/recuperare corespunzătoare. CES exprimă o necesitate evidentă de a se acorda anumitor copii o atenție și o asistență educațională suplimentară, fără de care nu se poate vorbi efectiv de egalizarea șanselor, de acces și participare școlară și socială. Sintagma CES este mai relevantă în plan psihopedagogic decât cea de deficiență, incapacitate/dizabilitate sau handicap. CES desemnează un "continuum" al problemelor speciale în educație, de la dizabilitățile grave și profunde la dificultățile/tulburările ușoare de învățare. Conceptul de CES corespunde unei abordări care: - postulează ideea că fiecare copil este unic; - identifică faptul că orice copil poate învăța; - valorizează unicitatea tipului de învățare determinată de particularitățile individuale; - cultivă diversitatea copiilor ca un mijloc de învățare, care sprijină și întărește învățarea dacă este folosită adecvat (prin curriculum). CES incită realizarea necesităților educaționale suplimentare, complementare obiectivelor generale ale educației, adaptate particularităților individuale, caracteristice unei

anumite deficiențe sau tulburări, dificultăți de învățare; CES solicită și o asistență complexă (medicală, socială, educațională...), bazată pe realizarea concomitentă și complexă a modelelor: medical, biologic, psihopedagogic, socio-cultural. Cerințele educative speciale derivă din dizabilități, deficiențe, boli sau din depriveri socio-culturale, fiind preluate din sistemul special de învățământ, actualmente extinse și asupra sistemului general de învățământ[27].

Registrul CES, în accepția UNESCO cuprinde: - întârziere/retard, - deficiență/dizabilitate mintală, - deficiențe senzoriale (de văz, de auz) - deficiențe fizice/motorii; - dificultăți severe de învățare /dizabilități de învățare; - tulburări emoționale și de comportament; - tulburări (dezordini) de limbaj (UNESCO, 1995) [24]

Dizabilitatea (incapacitatea) (engl. disability, fr. incapacite) este termen generic pentru afectări, limitări ale activității și restricții de participare (conform CIF), întâlnite la orice populație din lume. Cauzele dizabilităților sunt considerate deficiențele (fizice, senzoriale sau intelectuale), condițiile de sănătate (boli mintale neuropsihice) și factorii de mediu. Din punct de vedere statistic, copiii cu dizabilități (intelectuale, fizice, vizuale și auditive) reprezintă 5-10% dintr-o populație școlară, în vreme ce copiii cu CES sunt mult mai numeroși variind în unele țări (SUA, Danemarca, Anglia) între 10 și 20% din populația școlară. În unele țări (SUA, Spania etc) conceptul de CES se referă și la copiii supradotați[1].

În Republica Moldova, Legea învățământului din 1995 și amendamentele ei ulterioare, utilizează conceptul de CES, alternativ și/sau echivalent cu cele de deficiență și handicap (la fel ca în România). În diverse contexte, CES apare și cu notația prescurtată (aproape sinonimă) de „cerințe/nevoi speciale“. Această expresie are o semnificație mai amplă, cuprinzând pe lângă deficiențe sau tulburări și problemele educaționale puse de copiii care cresc în anumite medii defavorizate, copiii delincvenți, copiii străzii, copiii care aparțin unor grupuri etnice minoritare, copiii bolnavi de SIDA etc. (vezi ”Clasificări statistice internaționale a bolilor de sănătate”,

Revizia a X-a, modificări australiene (CIM-10AM), ediția a treia) [67].

În această accepție, ne apropiem de semnificația, mai largă, a termenului „copii în situație de risc“ sau „copii în dificultate“, a cărui registru de cuprindere este și mai amplu. Nu este posibilă o definiție foarte precisă a cerințelor/nevoilor speciale, datorită varietății și diversității acestora. Începând cu anul 2000 a fost introdusă în legislația și practica națională a protecției copilului conceptul de „copii cu nevoi speciale“, într-un sens restrâns - echivalent celui de copii cu handicap, îndeosebi a celor cu deficiențe mintale.

UNESCO și țările membre ale Uniunii Europene acordă în ultimii ani noțiunii de CES o semnificație mai largă decât cea legată de necesitățile speciale de educație ale copiilor cu deficiențe ori cu tulburări de învățare - în formula „educația cerințelor speciale“ (ECS - engl. „special needs education“), sintagmă introdusă de UNESCO (1995). Se referă în mod general la adaptarea și completarea educației pentru anumiți copii, în vederea egalizării șanselor de participare și integrare școlară. Diferența este dată mai degrabă de accentul care se pune (pe educație și pe școală și nu pe copii). Rațiunea acestei nuanțări terminologice aspiră să înlocuiască atât educația specială cât și CES: dacă anumiți copii au cerințe/nevoi speciale, acestea pot fi satisfăcute și în medii de învățare obișnuite, incluzive - nu numai în medii școlare separate - în vreme ce educația specială sugerează o abordare „specială” și deci segregativă, doar a unor copii.

În prezent, ambele concepte (CES și ECS) circulă în paralel, sunt greu definibile, producând neclarități, cu atât mai mult, că unii autori, în scopuri umaniste (de a nu traumatiza) au echivalat termenul de întârziere (retard) cu termenul deficiență, cauzând confuzii mult mai grave.

În Convenția ONU privind Drepturile Persoanelor cu Dizabilități, art.1 conform căruia: ”Persoanele cu dizabilități includ acele persoane **care au deficiențe** fizice, mentale, intelectuale sau senzoriale **de durată**, deficiențe **care**, în interacțiune cu diverse

bariere, **pot îngrădi participarea deplină și eficientă a persoanelor în societate, în condiții de egalitate cu ceilalți.**” (Convenția ONU, adoptată de Adunarea Generală a ONU la 13 decembrie, 2006).

În literatura de specialitate din Republica Moldova și din România, diferențierea între deficiență-dizabilitate-handicap nu se face în mod riguros, deși sensul acestor concepte nu sunt identice. Aceste definiții incorecte au consecințe diagnostice, statistice, politico-financiare, educaționale etc., asupra soartei viitoare a copilului, deși reflectă tendințe progresiste. Ele exprimă o necesitate evidentă de a se acorda anumitor copii, mai vulnerabili, o atenție și o asistență educațională suplimentară, pentru egalizarea șanselor, **lipsită însă, de o evaluare practico-științifică riguroasă**, care ar identifica explicit recuperarea corecțională adecvată a categoriilor de copii cu tulburări psihice în mediile sistemului general și special de învățământ, medii în care acești copii, n-ar devenii în viitor consumatori și dependenți de servicii sociale, ci s-ar dezvolta maximal, căpătând deprinderi necesare de muncă pentru integrarea reușită în mediul muncii. Utilitatea definirii terminologiei utilizate, actualmente în țara noastră, este necesară pentru a stabili un limbaj comun specific incluziunii, propus de către practicieni, în context științific, care lucrează nemijlocit cu aceste categorii de copii și nu doar de către teoreticieni academici, rupți de realitatea practică.

Mac Milan (1982), în publicațiile sale remarcă, că prezența diferitor contraverse ale specialiștilor cu privire la ce este deficiența mintală și întârzierea mintală, nu sunt simple exerciții de semantică, de a satisface sau nu specialiștii care lucrează nemijlocit cu aceste categorii de copii. O diferență aparent neglijabilă între două definiții poate marca hotărâtor soarta unui copil, în sens negativ privind integrarea în câmpul muncii, independența și bunăstarea vieții sociale[7].

E. Vrășmaș, 1998, menționa, CES derivă din boli sau deprivări de ordin socio-cultural. În categoriile de copii cu CES, se înscriu copiii cu: - dificultăți/dizabilități de învățare; - întârziere și

deficiență mintală; - tulburări de limbaj; - deficiențe fizice/motorii; - deficiențe vizuale; - deficiențe auditive; - tulburări emoționale și de comportament; - delicvențele; - copiii străzii; - copiii bolnavi de boli cronice, de SIDA; - copii exploatați, maltratați sau abuzați; - grupuri etnice și religioase minoritare. Marea majoritate a acestor copii întâmpină dificultăți de învățare și sau adaptare școlară, necesitând condiții specifice de învățare, tehnologii pedagogice corecționale, atitudine empatică migălos răbdătoare, atenție sporită din partea cadrului didactic, susținerea grijulie, iubitoare a părinților, asistență multidisciplinară, protecție socială[71].

La nivel mondial, 18% din populație au probleme psiho-emoționale, care pot evolua în maladii mintale, risc de agresivitate, delicvență, viol, crimă. 1:4 dintre oameni suferă de depresie, 70% au gânduri suicidare. 1/3 din ei sunt adolescenți.

Copiii cu dizabilități mentale severe și asociate, în marea majoritate a statelor sunt indicați pentru educația în sistemul special de învățământ. Aceștia, reprezintă 2,5% (Germania, Israel, Rusia, republicile Baltice) 5-10% (Franța) dintr-o populație școlară, în vreme ce copiii cu CES (indicați pentru sistemul general de învățământ) variază între 10-20% din populația școlară (SUA, Marea Britanie, Danemarca), în dependență de politicile educaționale față de problema dată. Circa 20% din copiii cu deficit de atenție/hiperactivitate prezintă și o formă de dizabilitate de învățare. Circa 33% din copiii cu deficit de atenție/hiperactivitate prezintă și o anumită formă de tulburare comportamentală[39].

2.5. Problemele incluziunii școlare a copiilor cu tulburări emoționale și de comportament.

Depistarea tulburării comportamentale și emoționale este dificilă. Marea majoritate a acestor copii nu au o tulburare organică sau asociată cu alte tulburări. Sunt copii obișnuiți, care în anumite

împrejurări necunoscute sau tensionate, de stres, se exteriorizează prin excese de emoții și comportamente neadecvate.

Comportamentele copiilor sunt în continuă schimbare și nu există nici o linie de demarcație clară, care să separe tulburările de comportament de problemele emoționale grave. Se consideră că un copil poate fi diagnosticat cu „tulburare” dacă respectivul comportament se repetă des și este grav.

Noțiunea „tulburare de comportament, tulburare emoțională” semnifică o dizabilitate caracterizată prin reacții comportamentale sau emoționale în timpul programului școlar, într-atât de nepotrivite normelor de vârstă, culturale sau de etică, încât afectează negativ reușita școlară, inclusiv abilitățile academice, profesionale și sociale (Steven R. Forness, Jane Knitzer, 1992) [36].

Conform opiniei personalului didactic din instituțiile generale de învățământ, o problemă majoră cu care se confruntă în desfășurarea procesului didactic o prezintă, anume copiii cu tulburări comportamentale și emoționale, care le distorsionează întreg procesul de predare-învățare.

Cele mai principale probleme sociale, evidențiate de către cadrele didactice, în procesul de lucru sunt: - excesul neașteptat al emoțiilor; - furia; - agresivitatea; - încăpățânarea; - mânia; - distrugerea obiectelor; - aruncarea lucrurilor; - bolborosirea sub nas; - plimbatul prin clasă; - trânturea ușii; - vorbirea nepoliticoasă; - jignirea sau bătaia colegilor etc., toate aceste emoții comportamentale necontrolate distorsionează procesul didactic. Programa școlară supraîncărcată și numărul prea mare de copii din clasă, reduce din timpul necesar pentru a lucra individual cu această categorie de copii.

Adeseori apelarea la părinții acestor copii nu aduc rezultate. De multe ori părinții au un comportament needucogen sau se confruntă cu neascultarea copiilor săi în familie.

Excesele emoționale și comportamentale ale acestor elevi prezintă unele modele de imitație pentru elevii din clasă, îndeosebi

pentru acei elevi care au o însușire academică mai slabă la disciplinele școlare.

Netratarea la timp a exceselor necontrolate înrăutățește starea sănătății psihice a acestor copii, porniți spre chiul și abandon școlar;

Tratamentul psihoterapeutic și consilierea psihologică este anevoioasă, de lungă durată, adeseori cu puține rezultate, deoarece, în majoritatea cazurilor persistă modelul învățării din familie.

Școlile generale întâmpină dificultăți financiare în crearea condițiilor necesare pentru organizarea procesului de incluziune: edificii, săli de clasă suplimentare, instrumente, întreținerea personalului specializat în oferirea diferitor servicii multidisciplinare copiilor cu tulburări comportamentale și emoționale[19].

În concluzie, tulburările comportamentale și emoționale reprezintă procentul cel mai mare din toate tulburările psihologice caracteristice copiilor. Tulburările de comportament și emoționale nu au aceeași valoare pentru indicarea unui diagnostic precis.

Multe dintre aceste tulburări pot fi observate în perioadele de trecere de la un ciclu de învățământ la altul. Tulburările de comportament sunt forme de dezechilibru psihic, cu tulburări în sfera emoțional-volitivă, ca urmare a unei leziuni cerebrale pre- sau post-natale, a unor structuri psihice morbide de natură sociogenă.

Aceste tulburări sunt abateri de la normele stării de sănătate și de la normele morale, constituind probleme majore pentru societate, cu daune resimțite în raporturile sociale normale.

În accepția UNESCO, copiii cu tulburări comportamentale și emoționale fac parte din categoria copiilor cu CES, necesitând servicii asistențiale multidisciplinare, acordându-li-se o atenție și o asistență educațională suplimentară, pentru egalizarea șanselor în acele instituții de învățământ care le-ar oferi un viitor decent, independent, o egalizare de șanse, alături de ceilalți cetățeni ”integri” ai societății.

BIBLIOGRAFIE

1. Ajuriaguerra J. De Manuel de psychiatrie. «Maison», Paris, 1971;
2. Allport G.M. (trad. 1981). Structura și dezvoltarea personalității. E.D.P., București, 2014;
3. Arcan P., Ciumăgeanu D. Copilul deficient mintal. Ed. «Facla», Timișoara, 1980;
4. Binet A. and Simon T. Mentally defective children (Trans) New York, Longman Green, 1914, 2007;
5. Binet A., Simon Th. (1908), „Le developpement de l'intelligence chez les enfants”, în: L'Annee psychologique;
6. Binet, A. (trad. 1975). Ideile moderne despre copii. E.D.P., București, 2016;
7. Bândilă A., Rusu C. Dicționar selectiv - Psihopedagogie specială. Defectologie medico-socială. Ed. «Pro-Humanitate», București, 1999, 2009;
8. Bucun Nicolae. Particularitățile inteligenței sociale la adolescenții educați în instituțiile de tip rezidențial. //Revista Univers Pedagogic, nr 2 (50), 2016, p. 55-60;
9. Bucun Nicolae. Servicii complexe pentru adaptarea psihosocială a copiilor cu dizabilități. //Revista Univers Pedagogic, nr 3 (51), 2016, p. 97-110;
10. Burt, S. A., K. L. Klump, D. A. Kashy, D. Gorman-Smith, and J. M. Neiderhiser. 2015. "Neighborhood as a predictor of non-aggressive, but not aggressive, antisocial behaviors in adult." Psychological medicine 45(13), 2897-2907.
11. Chiva M., Rutschmann Y. (trad. 1979). Etiologia debilității mintale. // în: Zazzo R. (coord.). «Debilitățile mintale», E.D.P., București, 2016;
12. Chiva M. (1973), „Debiles normaux, debiles pathologiques”, Ed. Delachaux et Niestle, Neuchâtel.

13. Debilitățile mintale. Zazzo R. (coord. 1969, trad. 1979), E.D.P., București, 1979.
14. Diagnostic and Statical Manual Mental Disorders. Prepared byThe Committee on Nomenclature and Statistics of the American Psychiatric Association Published By American Psychiatric Associationmental Hospital Service 1875 Massachusetts Ave., N. W. Washhington 6, DC., 1952;
15. Diagnostic and Statical Manual Mental Disorders. Fourth Edition DSM-IVTM Published By American Psychiatric Association Washhington 6, DC., 2005, p.915;
<https://justines2010blog.files.wordpress.com/2011/03/dsm-iv.pdf>
16. Diagnostic and Statical Manual of Mental Disorders Fifth Edition DSM-5TM American Psychiatric Association Washington, DC, London, England, 2012-2013;
17. Диачьков А. И. (редактор). Дефектологический словарь. Издательство Педагогика, Москва, 1970; 21.
18. Dool E.A. The Eesențial of an Inclusiv Concept of Mental Deficiency.// în: «Amer. J. Ment. Defic.», XLVI. (1941), E.D.P., București, 2015;
19. Dupre Ernest. Pathologie de l’imagination et l’emotivite. Editura Librairie J-B. Bailliere et Fils, Paris, 1890, 2009;
20. Gilly M., Merlet-Vigier L. (trad.). Mediul social, mediul familial și debilitatea mintală. // în: Zazzo R. (coord.). «Debilitățile mintale», E.D.P., București, 2009;
21. Galton F., 1882. Finger prints. Macmillan, London, Cited from Cummins, H., and Midlo, V., 1961;
22. Gelder M., Gath D., Mayou R. Tratat de psihiatrie - Oxford, Ed. Asociația Psihiatrilor Liberi din România, Geneva Inițiative Publishers, 1994, ed. a II-a.
23. Golu P. Învățare și dezvoltare Ed. Științifică și Enciclopedică, București, 1985;
24. Gorgos C. (sub red.), Dicționar enciclopedic de psihiatrie. Ed. Medicală, București, 1988, 2014;

25. Harold I. Kaplan, Benjamin J. Sadock, Clinical Psychiatry from Synopsis of Psychiatry, vol I-II. Moscova, Medicina, 2002, 523 p.
https://docs.google.com/viewer?FG.I.Kaplan_B.Dzh.Sedok_Klinicheskaja_psihiatrija_iz_sinopsisa_po_psihiatrii._V_2_tomah._Tom_2.pdf).
26. ICD-11 International Classification of Diseases for Mortality and Morbidity Statistics. Revision World Health Organization, 1917;
27. Ionescu Gh. Psihologie clinică. Ed. Academiei, București, 2015;
28. Ionescu S., Radu V. Diagnoza deficienței mintale. // în: Revista de Psihologie, nr. 3, București/ 1973;
29. Kanner L: Autistic disturbance of affective contact. *Nerv Child*, 2: 217–250, 1943, 2011;
30. Kaplan A. DSM-V controversies, *Psychiatric Times*, January, 1, 2009;
31. Kulcsar T. Repere psihogenetice în cunoașterea inteligenței. (probe operatorii). //în: Zorgo B., Radu I. (coord.). «Studii de psihologie școlară», E.D.P., București, 1979;
32. Kupfer D.J. «Real-world» field trials next step in DSM-V process, *Psychiatric News*, 45(19):4, 2010;
33. LAROUSSE, Dictionar de psihiatrie si psihopatologie clinica, Ed.Univers Enciclopedic, Bucuresti, 1998.
34. Лебединский В. В. Нарушения психического развития у детей. Издательство Просвещение, Москва, 1995, 2015;
35. Lewin K. *Psychologie dynamique, Ies relations humaines*. P.U.F., Paris, 1967;
36. Lewis E.O. (1933), „Types of mental deficiency and their special signifiance”, în: //«*J.Ment. Sci.*», 1979;
37. Lungu-Nicolae S. Pseudodebilitatea mintală la copil. (teză de doctorat), Universitatea din București, 1980;
38. Лурья А. Р. Умственно отсталый ребёнок. Издательство А.Р.Н., Москва, 1960, 2003;
39. Моргачёва Е.Н. Отграничение умственной отсталости от сходных состояний. (по работе а.Ф. Тредголда «тупые и

- отсталые дети»), стр. 116-123 //Вестник РГГУ № 1 (3) Научный журнал, 2017;
40. Munteanu A. Izvoarele prenatale ale psihicului uman. // în: Revista de Psihologie, nr. 4, București, 1993;
41. Mușu I., Taflan A. (coord.), Terapia educațională integrate. Ed. «Pro-Humanitate», București, 2007;
42. Netschine G. (trad. 1979). Idiști, debili și «savanți» în secolul al XIX-lea // în: Zazzo R. (coord.). «Debitățiile mintale», E.D.P., București, 1999;
43. Neveanu Popescu P. Dicționar de psihologie, Ed. Albatros, Bucuresti, 1978.
44. Nicolescu F. I. Psihodiagnosticul și implicațiile lui pedagogice. // în: Pedagogie Specială, Ed. «Litera», București, 1972;
45. Quetlet A., 1871. Cited from Vijaya sri, 1998. Anthropometric study on mentally retarded males. P.h.D. thesis, Andhra University Visakhapatnam, India;
46. Philips J: Children, mental retardation, and emotional disorders. In J Phillips (Ed.)Prevention and Treatment of Mental Retardation. New York: Basic Books, 1966, 2007;
47. Păunescu C. Copilul deficient. Cunoașterea și educarea lui. Ed. științifică și Enciclopedică, București, 1983.
48. Păunescu Constantin, Mușu I. Recuperarea medico-pedagogică a copilului cu handicap mintal. Ed. Medicală, București, 1990;
49. Певзнер М. С. Дети олигофрены. (перевод, 1959), Изд. А.Р.Н., Москва, 2013;
50. Певзнер М. С., Лебединская К. С. Учащиеся вспомогательной школы. Изд. Педагогика, Москва, 1979;
51. Piaget J. Nașterea inteligenței la copil. (traducere). E.D.P., București, 1973;
52. Popescu-Neveanu P. șt colab. Psihologie școlară. Universitatea din București, 1987;
53. Preda V. Valoarea probei «Figurii complexe-Rey» în studierea memoriei operaționale vizuale și a structurii perceptiv-motorii a

- spațiului grafic la deficienții de intelect și la ambliopi”// în: Revista de Educație Specială, nr. 2, București, 1992;
54. Perron R. Deficiența mintală și reprezentarea de sine.//în: Zazzo R. (coord). «Debilitățile mintale», E.D.P., București, 1979;
55. Racu Igor. Dezvoltarea personalității la vârsta preadolescentă în diferite situații sociale de dezvoltare. // în Revista Psihologie, Psihopedagogie Specială Asistență Socială, nr. 2 (43), 2016, p. 105-115;
56. Racu A. Racu S. Doru-Vlad-Popovici; Danii A. Psihopedagogia integrării. Ediția a 2-a revăzută și completată. Chișinău, 2014, 416 p.;
57. Radu Gh. Contradicții ale sistemului actual de instruire și educație specială a handicapaților mintal. // în: Revista de Educație Specială, nr. 1, București, 1992;
58. Roșca M. Metode de psihodiagnostic. E.D.P., București, 1972.
59. Рубинштейн С. И. Психология умственного школьника. Издательство Просвещение, Москва, 1970;
60. Santucci H., Helal A. (trad. 1979), Particularități ale preadolescentului debil la proba Binet-Simon. // în: Zazzo R. (coord.) «Debilitățile mintale», E.D.P., București, 1979;
61. Savca Lucia. Psihologie. Manual pentru licee. Editura Lumina, Chișinău, 2005, 192p.;
62. Savca Lucia. Ariile de influență în ameliorarea comportamentului hiperkinetic la elevi. //Psihologie, revista științifico-practică nr.4/2009, p.53-65;
63. Savca Lucia. Terapia multisistemică a tulburărilor de conduită la preadolescenți.//Psihologie, revista științifico-practică nr.4/2011, p.63-68;
64. Savca L. Conferința științifico-practică internațională ”Integrarea psihologiei și medicinei în sistemul învățământului în secolul XXI”//Psihologie, revista științifico-practică nr.3/2011, p.83-89;
65. Sillamy N. Dicționar de psihologie. (Larousse), Ed. «Univers Enciclopedic», București, 1996;

66. Silistraru Nicolae. Vademecum în pedagogie. (Pedagogia în tabele și scheme). Material didactic. Universitatea de Stat din Tiraspol. Chișinău, 2011, 191 p.;
67. The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders. Clinical descriptions and diagnostic guidelines. World Health Organization Geneva, 1992, 377 p.
68. Tredgold A. F. A Text Book of Mental Deficiency. «Tindal and Co», London, Baillier, 1947;
69. Vâgotski L. S. Opere psihologice alese. vol I-II. (1934, trad. 1971), E.D.P., București, 1971, 1983;
70. Verza E. Psihodiagnoza și prognoza în defectologie. //în: Revista de Psihologie, nr. 4, București, 1987;
71. Vrășmaș T., Daunt P, Mușu I., Integrarea în comunitate a copiilor cu cerințe educative speciale, Ed. Meridiane, București, 1996, 2016.
72. Vlasova TA, Pevzner M.S. Despre copiii cu abateri în dezvoltare. (trad. 1975), E.D.P., București, 1975;
73. Wechsler 1958, citat din Waplan și Sacuzzo, p. 256; <https://andreeauta.files.wordpress.com/2012/06/inteligența-emotională-recrutori.pdf>.
74. Weihs T. H., Să-i ajutăm, iubindu-i. Ed. Humanitas, București, 1992.
75. Zorgo B., Boșcaiu-Neagu E. Cu privire la raportul dintre tulburările de vorbire și dezvoltarea activității intelectuale la copii. //în: «Probleme de Defectologie», vol. IV, E.D.P., București, 1964;
76. Zubenschi E. A. Contribuția unor autori în cercetarea inteligenței copiilor. //în «Актуальные научные исследования в современном мире». Стр. 96. Сборник научных трудов. Выпуск 10(30). Часть 3, Октябрь 2017 г. Украина, г., Переяслав-Хмельницкий стр – 131, ISSN 2524-0986;
77. Шипицына Л. М. и другие. Развитие личности ребёнка в условиях материнской депривации. Sankt-Petersburg, 2005.