

DSM-5

MANUAL DE DIAGNOSTIC ȘI CLASIFICARE STATISTICĂ A TULBURĂRILOR MINTALE

EDIȚIA A 5-A

AMERICAN
PSYCHIATRIC
ASSOCIATION

PUBLISHING



Clasificare DSM-5	xiii
Prefață	xli

Partea I Bazele DSM-5

Introducere.....	5
Utilizarea manualului	19
Atenționare privind utilizarea DSM-5 în situații medico-legale	25

Partea II Criterii și coduri de diagnostic

Tulburările de neurodezvoltare.....	31
Tulburările din spectrul schizofreniei și alte tulburări psihotice	87
Tulburarea bipolară și tulburările înrudite	123
Tulburările depresive	155
Tulburările anxioase.....	189
Tulburarea obsesiv-compulsivă și tulburările înrudite	235
Tulburările asociate traumei și factorilor de stres	265
Tulburările dissociative.....	291
Tulburarea cu simptome somatice și tulburările înrudite.....	309
Tulburările de comportament alimentar	329
Tulburările de eliminare	355
Tulburările ciclului somn-veghe	361
Disfuncțiile sexuale.....	423
Disforia de gen.....	451

Tulburările de comportament disruptiv, de control al impulsurilor și de conduită	461
Tulburările legate de consumul de substanțe și dependențe.....	481
Tulburările neurocognitive	591
Tulburările de personalitate.....	645
Tulburările parafilice	685
Alte tulburări mintale	707
Tulburările de mișcare induse de medicamente și alte efecte adverse ale medicamentelor	709
Alte afecțiuni care pot justifica abordarea clinică.....	715

Partea III

Măsurători și modele emergente

Instrumente de evaluare clinică	733
Formularea bazată pe specificul cultural	749
Modelul alternativ al DSM-5 pentru tulburările de personalitate	761
Afecțiuni care necesită studii suplimentare	783

Anexă

Repere ale modificărilor DSM-5 față de DSM-IV	809
Glosar cu termeni de specialitate	817
Glosar de concepte culturale ale suferinței psihice.....	833
Lista alfabetică a diagnosticelor și codurilor DSM-5 (ICD-9-CM și ICD-10-CM).....	839
Lista tabelară a diagnosticelor și codurilor DSM-5 (ICD-9-CM).....	863
Lista tabelară a diagnosticelor și codurilor DSM-5 (ICD-10-CM).....	877
Autori și consultanți ai DSM-5	897
Index.....	917

Tulburări de neurodezvoltare

Tulburările de neurodezvoltare reprezintă un grup de afecțiuni cu debut în perioada de dezvoltare. În mod tipic, aceste afecțiuni se manifestă devreme în cursul vieții, deseori înainte de intrarea la școală, și se caracterizează prin deficite de dezvoltare care produc afectări funcționale în sfera personală, socială, școlară sau profesională. Gama deficitelor de dezvoltare variază de la limitări foarte specifice privind învățarea sau controlul funcțiilor executive, la afectări generale privind abilitățile sociale ori inteligența. Tulburările de neurodezvoltare apar de obicei în comorbiditate una cu alta; de exemplu, indivizii cu tulburări din spectrul autismului prezintă adesea dizabilități intelectuale (tulburare de dezvoltare intelectuală), iar mulți copii cu tulburare cu deficit de atenție/hiperactivitate (ADHD) prezintă și un deficit specific de învățare. Pentru unele afecțiuni, tabloul clinic include manifestări atât ale exceselor, cât și ale deficitelor, precum și simptome care țin de întârzierile în atingerea pragurilor de dezvoltare anticipate. De exemplu, diagnosticul de tulburare din spectrul autismului se stabilește numai atunci când deficitul caracteristic privind comunicarea socială se însoțește de comportamente repetitive, de interese restrânse și de persistența în uniformitate.

Dizabilitatea intelectuală (tulburarea de dezvoltare intelectuală) se caracterizează prin deficite privind abilitățile mintale generale, cum ar fi raționamentul, rezolvarea problemelor, planificarea, gândirea abstractă, judecata, învățarea în mediul școlar și învățarea din experiență. Deficitele determină afectări ale funcției de adaptare, cum ar fi eșecurile individuale în atingerea standardelor de independență personală și de responsabilitate socială într-unul sau mai multe aspecte ale vieții cotidiene, inclusiv în ceea ce privește comunicarea, participarea socială, funcționarea în mediul școlar și ocupațional și independența personală acasă sau în cadrul comunității. Întârzierea generală de dezvoltare, după cum sugerează și numele, este diagnosticată atunci când individul nu atinge pragurile de dezvoltare în diferite arii ale funcționării intelectuale. Diagnosticul este folosit pentru indivizii care nu pot fi supuși unor evaluări sistematice ale funcției intelectuale, inclusiv pentru copiii care sunt prea mici pentru a participa la testele standardizate. Dizabilitatea intelectuală poate fi urmarea unei leziuni dobândite în timpul perioadei de dezvoltare, cum ar fi de exemplu o leziune cerebrală severă, caz în care trebuie stabilit și un diagnostic de tulburare neurocognitivă.

Tulburările de comunicare includ tulburarea de limbaj, tulburarea de pronunție, tulburarea de comunicare socială (pragmatică) și tulburarea de ritm și fluență a vorbirii cu debut în copilărie (balbismul). Primele trei tulburări se caracterizează prin deficite în dezvoltarea și folosirea limbajului, vorbirii și, respectiv, comunicării sociale. Tulburarea de ritm și fluență a vorbirii cu debut în copilărie se caracterizează prin anomalii ale fluenței și producerii motorii a vorbirii, incluzând aici sunete sau silabe repetitive, prelungirea consoanelor sau vocalelor, fragmentarea cuvintelor, blocajele ori cuvintele pronunțate cu un exces de tensiune fizică. Similar altor tulburări de neurodezvoltare, tulburările de comunicare debutează precoce în cursul vieții și pot fi cauza unor afectări funcționale pe toată durata vieții.

Tulburarea din spectrul autismului se caracterizează prin deficite persistente privind comunicarea și interacțiunea socială în diverse contexte, inclusiv deficite privind reciprocitatea socială, comportamentele comunicative nonverbale folosite pentru interacțiunea socială și abilitățile pentru dezvoltarea, menținerea și înțelegerea relațiilor. Pentru a stabili diagnosticul de tulburare din spectrul autismului, pe lângă deficitele de comunicare socială trebuie să existe și modele restrictive, repetitive de comportament,

interese sau activități. Deoarece simptomele se modifică în cursul dezvoltării și pot fi mascate prin mecanisme compensatorii, criteriile de diagnostic pot fi descoperite folosind informațiile din istoricul pacientului, deși tabloul clinic la momentul prezentării trebuie să fie cel care cauzează deteriorarea semnificativă.

În cadrul diagnosticului de tulburare din spectrul autismului, caracteristicile clinice individuale sunt notate atât prin intermediul specificatorilor (cu sau fără afectare intelectuală asociată; cu sau fără afectare structurală de limbaj asociată; asociată cu o altă tulburare de neurodezvoltare, mintală sau de comportament), cât și prin intermediul specificatorilor care menționează simptomele autismului (vârsta la primele suspiciuni de boală; cu sau fără pierderea abilităților dobândite anterior; severitatea tulburării). Acești specificatori îi oferă clinicianului posibilitatea de a individualiza diagnosticul și de a comunica o descriere clinică cuprinzătoare a indivizilor afectați. De exemplu, mulți indivizi diagnosticați anterior cu tulburare Asperger ar primi acum un diagnostic de tulburare din spectrul autismului fără afectare de limbaj sau de intelect.

ADHD este o tulburare de neurodezvoltare definită prin deficit de atenție, dezorganizare și/sau hiperactivitate-impulsivitate. Deficitul de atenție și dezorganizarea duc la incapacitatea menținerii concentrării asupra unei sarcini, aparenta lipsă de ascultare și pierderea de obiecte, toate acestea la un grad inadecvat vârstei sau nivelului de dezvoltare. Hiperactivitatea-impulsivitatea duce la activitate excesivă, agitație, incapacitatea de a sta așezat, perturbarea activităților altor persoane și incapacitatea de a aștepta – aceste simptome fiind excesive pentru vârsta sau nivelul de dezvoltare. În copilărie, ADHD se suprapune frecvent peste afecțiuni considerate ca fiind “tulburări de externalizare”, precum tulburarea de opoziție și comportament sfidător și tulburarea de conduită. ADHD persistă adesea la vârstă adultă, când se manifestă prin deteriorarea nivelului de funcționare socială, academică și profesională.

Tulburările motorii de neurodezvoltare includ tulburarea de dezvoltare a coordonării, tulburarea cu mișcări stereotipe și boala ticurilor. Tulburarea de dezvoltare a coordonării se caracterizează prin deficite în achiziția și execuția abilităților motorii coordonate, și se manifestă prin neîndemânare și lentoare sau prin lipsa de acuratețe a funcțiilor motorii, ceea ce se reflectă în activitățile zilnice. Tulburarea cu mișcări stereotipe se diagnostichează la un individ care prezintă comportamente motorii repetitive, ce par controlate și neintenționate, precum fluturarea mâinilor (ca bătaia unor aripi), legănarea corpului și lovirea capului, mușcarea sau lovirea propriului corp. Mișcările interferă cu activitățile școlare, sociale sau de alt tip. Dacă aceste comportamente provoacă autovătămare, aspectul ar trebui specificat ca parte a descrierii diagnostice. Tulburările ticurilor se manifestă prin ticuri motorii și verbale, reprezentate de mișcări sau vocalizări bruște, rapide, recurente, nonritmice, stereotipe. Durata, presupusa etiologie și tabloul clinic definesc tulburarea specifică a ticurilor: tulburarea Tourette, tulburarea persistentă (cronică) cu ticuri motorii sau vocale, tulburarea tranzitorie a ticurilor și alte tulburări specificate sau nespecificate ale ticurilor. Diagnosticul de tulburare Tourette se stabilește atunci când individul are multiple ticuri vocale sau motorii care au fost prezente timp de cel puțin un an și care au o evoluție cronică, cu exacerbări și remisiuni.

Tulburarea specifică de învățare se diagnostichează, după cum sugerează și numele, atunci când există deficite în capacitatea de a percepe sau procesa informația în mod eficient și corect. Această tulburare de neurodezvoltare se manifestă pentru prima dată în anii de școală primară; se caracterizează prin dificultăți persistente și incapacitante de învățare și dobândire a achizițiilor școlare de bază în mai multe domenii: citire, scriere și/sau matematică. Fie performanța individului privind achizițiile școlare afectate este mult sub media acceptată pentru vârsta lui, fie nivelurile de performanță considerate acceptabile sunt dobândite cu un efort extrem. Tulburarea specifică de învățare poate să apară și la indivizii considerați capabili din punct de vedere intelectual, și să se manifeste numai atunci când cerințele școlare sau procedurile de evaluare (e.g., testările sau examenele cu limită de timp) pun bariere care nu pot fi depășite prin inteligența lor nativă și prin strategii compensatorii. Pentru toți indivizii, tulburarea specifică de învățare poate produce afectarea pe toată durata vieții a activităților dependente de aptitudini, inclusiv a performanței profesionale.

Utilizarea specificatorilor pentru tulburările de neurodezvoltare îmbogățește descrierea evoluției clinice și a simptomatologiei curente a individului. Pe lângă specificatorii care descriu tabloul clinic, cum ar fi vârsta la debut sau gradele de severitate, tulburările de

Respon neurodezvoltare pot include specificatorul "asociată cu o afecțiune genetică sau medicală cunoscută sau cu un factor de mediu". Acest specificator oferă clinicianului posibilitatea să documenteze factorii care ar fi putut să joace un rol în etiologia bolii, precum și pe cei care ar putea afecta evoluția clinică. Exemplele includ: afecțiuni genetice, cum ar fi sindromul cromozomului X fragil, scleroza tuberoasă și sindromul Rett; boli precum epilepsia; și factorii de mediu, cum ar fi greutatea foarte mică la naștere și expunerea fetală la alcool (chiar și în absența semnelor de sindrom alcoolic fetal).

Dizabilitățile intelectuale

Dizabilitatea intelectuală (tulburarea de dezvoltare intelectuală)

Criterii de diagnostic

Dizabilitatea intelectuală (tulburarea de dezvoltare intelectuală) este o tulburare cu debut în perioada de dezvoltare, care include deficite ale funcționării intelectuale și adaptative în domeniile conceptual, social și practic. Trebuie să întrunească următoarele trei criterii:

- A. Deficite ale funcțiilor intelectuale, precum raționamentul, rezolvarea problemelor, planificarea, gândirea abstractă, judecata, învățarea în mediul școlar și învățarea din experiență, confirmate atât prin evaluări clinice, cât și prin teste de inteligență standardizate, individualizate.
- B. Deficite ale funcționării adaptative care duc la eșec în atingerea standardelor de dezvoltare și socio-culturale privind independența personală și responsabilitatea socială. Fără susținere continuă, deficitele de adaptare limitează funcționarea într-una sau mai multe activități cotidiene, cum ar fi comunicarea, participarea socială și viața independentă, în diverse medii, de exemplu acasă, la școală, la locul de muncă și în comunitate.
- C. Debutul deficitelor intelectuale și adaptative are loc în perioada de dezvoltare.

Notă: Termenul diagnostic de *dizabilitate intelectuală* este echivalentul diagnosticului de *tulburări de dezvoltare intelectuală* din ICD-11. Deși termenul de *dizabilitate intelectuală* este folosit pe tot parcursul acestui manual, în titlu sunt folosiți ambii termeni pentru a clarifica legătura cu alte sisteme de clasificare. De altfel, o lege federală din SUA (Legea Publică 111-256, Legea Rosa) înlocuiește termenul de *retard mintal* cu cel de *dizabilitate intelectuală*, iar publicațiile periodice de specialitate folosesc termenul de *dizabilitate intelectuală*. Astfel, *dizabilitatea intelectuală* este termenul folosit în mod uzual în mediile medical și educațional, precum și de către publicul laic și grupurile de suport.

A se specifica nivelul de severitate actuală (vezi Tabelul 1):

- 317 (F70) Ușor
- 318.0 (F71) Moderat
- 318.1 (F72) Grav
- 318.2 (F73) Profund

Specificatori

Diferitele niveluri de severitate sunt definite pe baza funcției adaptative, și nu a scorului IQ, deoarece funcția adaptativă este cea care determină nivelul de susținere necesar. Mai mult, măsurătorile IQ sunt mai puțin valide la capătul inferior la scalei IQ.

TABELUL 1 Niveluri de severitate pentru dizabilitatea intelectuală (tulburarea de dezvoltare intelectuală)

Nivel de severitate	Domeniul conceptual	Domeniul social	Domeniul practic
Ușor	La copiii preșcolari este posibil să nu existe diferențe conceptuale obiective. La copiii școlari și pentru adulți sunt prezente dificultăți de dobândire a achizițiilor școlare care implică cititul, scrisul, aritmetica, organizarea timpului sau administrarea banilor, și este necesară susținerea în una sau mai multe arii pentru a îndeplini așteptările specifice vârstei. La adulți sunt afectate gândirea abstractă, funcția executivă (i.e., planificarea, punerea la punct a unei strategii, stabilirea priorităților și flexibilitatea cognitivă) și memoria pe termen scurt, precum și utilizarea practică a aptitudinilor dobândite (e.g., cititul, administrarea banilor). Acești indivizi au o abordare mai degrabă concretă a problemelor și soluțiilor comparativ cu indivizii de aceeași vârstă.	Comparativ cu indivizii de aceeași vârstă cu dezvoltare tipică, persoana afectată este imatură în interacțiunile sociale. De exemplu, poate avea dificultăți în a percepe aluziile sociale ale colegilor. Comunicarea, conversația și limbajul sunt mai concrete sau mai imature decât cele anticipate pentru vârsta respectivă. Pot fi prezente dificultăți în ceea ce privește controlul emoțiilor și al comportamentului de o manieră adecvată vârstei; aceste dificultăți sunt observate de colegi în situații sociale. Există o înțelegere limitată a riscului în situații sociale; judecata socială este imatură comparativ cu vârsta, iar persoana este expusă riscului de a fi manipulată de alte persoane (credulitate).	Îngrijirea personală poate fi corespunzătoare vârstei. Indivizii au însă nevoie de susținere pentru realizarea unor sarcini complexe din viața de zi cu zi, comparativ cu cei de aceeași vârstă. La adulți, susținerea este necesară de obicei pentru activități precum efectuarea cumpărăturilor, transportul, organizarea locuinței și îngrijirii copilului, prepararea mesei, serviciile bancare și managementul banilor. Abilitățile recreative sunt similare cu cele ale persoanelor de vârstă apropiată, deși judecata privind semnificația binelui și organizarea activităților recreative necesită susținere. Adesea, adulții sunt angajați cu succes în meserii care nu pun accentul pe abilitățile conceptuale. În general, indivizii necesită susținere pentru a lua decizii legate de sănătate și decizii legale și pentru a învăța să practice în mod competent o activitate bazată pe abilități. De regulă este necesară susținere pentru întemeierea unei familii.

TABELUL 1 Niveluri de severitate pentru dizabilitatea intelectuală (tulburarea de dezvoltare intelectuală) (continuare)

Nivel de severitate	Domeniul conceptual	Domeniul social	Domeniul practic
Moderat	În perioada de dezvoltare, abilitățile conceptuale ale individului rămân semnificativ în urma abilităților persoanelor de aceeași vârstă. La preșcolari, abilitățile lingvistice și preșcolare se dezvoltă lent. La copii de vârstă școlară, progresele în domeniile cititului, scrisului, matematicii și înțelegerii timpului sau a banilor sunt mai lente în anii de școală și sunt mult mai limitate comparativ cu cele ale colegilor. La adulți, dezvoltarea abilităților academice se află la un nivel elementar, aceștia având nevoie de susținere pentru folosirea lor în viața profesională și în cea personală. Indivizii au nevoie de asistență continuă, zilnică, pentru finalizarea sarcinilor conceptuale uzuale, iar în unele cazuri alte persoane preiau în întreținere aceste responsabilități ale individului.	Individul prezintă diferențe semnificative față de cei de aceeași vârstă în privința comportamentului social și de comunicare de-a lungul dezvoltării. Limbajul vorbit este un instrument primar pentru comunicarea socială, dar este mult mai puțin complex decât al persoanelor de aceeași vârstă. Capacitatea de a dezvolta relații este evidentă în legătură cu familia și prietenii, iar individul poate avea relații de prietenie de-a lungul vieții și uneori relații afective la vârsta adultă. Totuși, indivizii pot să nu perceapă sau să nu interpreteze corect aluziile sociale. Judecata socială și capacitatea de a lua decizii sunt limitate, iar îngrijitorii trebuie să asiste aceste persoane în deciziile de viață. Prietenii cu colegii normal dezvoltati sunt deseori afectate de limitări sociale sau de comunicare. La locul de muncă este necesară o susținere socială sau de comunicare substanțială.	Individul adult se poate îngriji de nevoile personale ce includ alimentarea, îmbrăcarea, mersul la toaletă și menținerea igienei personale, deși este nevoie de timp și de o perioadă extinsă de învățare pentru ca individul să devină independent în aceste domenii, iar uneori pot fi necesare readucerile aminte. De asemenea, participarea la treburile casnice poate fi dobândită până la vârsta adultă, deși este nevoie de o perioadă îndelungată de învățare, iar susținerea continuă va fi necesară pentru atingerea performanțelor specifice unui adult. Indivizii pot ocupa locuri de muncă în meserii care necesită abilități conceptuale și comunicaționale limitate, dar este necesară o susținere considerabilă din partea colegilor de muncă și a supervisorilor pentru ca individul să îndeplinească așteptările sociale, complexitățile slujbei și responsabilitățile auxiliare precum planificarea, transportul, asigurarea de sănătate și managementul financiar. Individul poate dezvolta unele abilități recreative, care necesită susținere și oportunități de învățare pe o perioadă îndelungată de timp. Comportamentul inadaptat este prezent într-un procent mic de cazuri și cauzează probleme sociale.

TABELUL 1 Niveluri de severitate pentru dizabilitatea intelectuală (tulburarea de dezvoltare intelectuală) (continuare)

Nivel de severitate	Domeniul conceptual	Domeniul social	Domeniul practic
Grav	Obținerea abilităților conceptuale este limitată. În general, individul are o înțelegere redusă a limbajului scris sau a conceptelor ce implică numerele, cantitatea, timpul și banii. Îngrijitorii trebuie să le asigure susținere extinsă pentru rezolvarea problemelor de-a lungul întregii vieți.	Limbajul vorbit este destul de limitat în termeni de vocabular și de gramatică. Vorbirea poate fi formată din cuvinte și fraze izolate și poate fi îmbunătățită prin antrenament. Vorbirea și comunicarea sunt axate pe acțiunile curente din evenimentele zilnice (acum și aici). Limbajul este folosit pentru comunicarea socială mai mult decât pentru explicații. Individul înțelege vorbirea simplă și comunicarea prin gesturi. Relațiile cu membrii familiei și cu alte persoane familiare sunt o sursă de ajutor.	Individul necesită susținere pentru toate activitățile cotidiene: pentru a se alimenta, a se îmbrăca, a se spăla și pentru a folosi toaleta. Individul necesită supraveghere continuă. El nu poate lua decizii responsabile privind binele propriu și al altor persoane. La vârstă adultă, îndeplinirea unor sarcini acasă, în activitățile de recreere și la locul de muncă necesită susținere și asistență continuă. Dobândirea de abilități în toate domeniile necesită învățare și susținere pe termen lung. Comportamentul inadaplat, inclusiv auto-vătămare, este prezent la un procent mic dar semnificativ de cazuri.
Profund	În general, abilitățile conceptuale implică mai degrabă lumea fizică decât procesele simbolice. Individul poate folosi obiecte în scopul care le este destinat pentru auto-îngrijire, muncă și recreere. Pot fi dobândite anumite abilități spațio-vizuale, cum ar fi potrivirea și sortarea pe baza caracteristicilor fizice. Totuși, tulburările motorii și senzitive concomitente pot împiedica folosirea obiectelor.	Individul are o înțelegere foarte redusă a comunicării simbolice în vorbire sau în gestică. Poate înțelege unele instrucțiuni sau gesturi simple. Individul își exprimă dorințele și emoțiile mai ales prin comunicare nonverbală, nonsimbolică. Individul se bucură de relații cu persoane bine cunoscute - membrii ai familiei, îngrijitori și alte persoane familiare - și inițiază sau răspunde la interacțiunile sociale prin manifestări de gestică și emoționale. Tulburările senzoriale și fizice concomitente pot împiedica activitățile sociale.	Individul este dependent de alții în toate aspectele zilnice privind îngrijirea fizică, sănătatea și siguranța, deși poate fi în stare să participe la unele dintre aceste activități. Individul fără afectare fizică severă pot ajuta la unele sarcini casnice cotidiene, cum ar fi să aducă vesela la masă. Acțiunile simple cu obiecte pot fi baza participării la unele activități vocaționale, în prezența unei susțineri continue și importante. Activitățile recreative pot implica, de exemplu, plătirea de a asculta muzică, de a urmări filme, de a ieși la plimbare sau de a participa la activități acvatice, totul cu susținerea celorlalți. Afectările fizice și senzoriale concomitente sunt bariere frecvente pentru participarea (dincolo de a privi) la activitățile casnice, recreative și vocaționale. Comportamentul inadaplat este prezent la un procent mic dar semnificativ de cazuri.

Res **Elemente de diagnostic**

Elementele esențiale ale dizabilității intelectuale (tulburării de dezvoltare intelectuală) sunt deficitul abilităților mintale generale (Criteriul A) și afectarea funcționării adaptative zilnice, comparativ cu indivizii de aceeași vârstă, sex și nivel sociocultural (Criteriul B). Debutul are loc în perioada de dezvoltare (Criteriul C). Diagnosticul dizabilității intelectuale se bazează atât pe evaluarea clinică, cât și pe testarea standardizată a funcțiilor intelectuale și adaptativă.

Criteriul A se referă la funcțiile intelectuale care implică raționamentul, rezolvarea problemelor, planificarea, gândirea abstractă, judecata, învățarea prin instruire și experiență și înțelegerea practică. Componentele critice includ comprehensiunea verbală, memoria de lucru, raționamentul perceptiv, raționamentul cantitativ, gândirea abstractă și eficacitatea cognitivă. Funcționarea intelectuală se măsoară în mod obișnuit prin teste de inteligență validate din punct de vedere psihometric, comprehensive, adecvate cultural și relevante psihometric, administrate individual. Indivizii cu dizabilitate intelectuală au scoruri cu aproximativ două deviații standard sau mai mult sub media populației, incluzând o marjă de eroare de măsurare (în general de +5 puncte). La testele cu deviație standard de 15 și o medie de 100, aceasta înseamnă un scor de 65-75 (70 ± 5). Experiența și judecata clinică sunt esențiale pentru a interpreta rezultatele testelor și a evalua performanțele intelectuale.

Factorii care pot modifica scorurile testelor includ efectele antrenamentului asupra individului și "efectul Flynn" (adică, scorurile mult prea mari ca urmare a normelor de testare depășite). Scorurile invalide pot fi rezultatul folosirii testelor de inteligență scurte de tip screening, sau a testelor de grup; scorurile cu discrepanțe mari la subtestele individuale pot invalida un scor IQ general. Instrumentele de testare trebuie să fie normate pentru mediul socio-cultural și pentru limba nativă a individului. Rezultatele testelor pot fi influențate de afecțiunile comorbide care afectează comunicarea, limbajul și/sau funcția motorie ori senzitivă. Profilurile cognitive individuale bazate pe testarea neuropsihologică sunt mai utile pentru înțelegerea abilităților intelectuale decât un scor IQ unic. O astfel de testare poate identifica zone de puncte tari și slabe relative, fiind o evaluare importantă pentru planificarea educațională și vocațională.

Scorurile testelor IQ sunt aproximări ale funcționării conceptuale, dar pot fi insuficiente pentru evaluarea raționamentului în situații de viață reale și a stăpânirii sarcinilor practice. De exemplu, o persoană cu un IQ de peste 70 poate avea probleme de comportament adaptativ atât de severe în ceea ce privește raționamentul social, înțelegerea socială și alte arii ale funcționării adaptative, încât funcționarea propriu-zisă a respectivei persoane este comparabilă cu cea a indivizilor cu un scor IQ mai mic. De aceea raționamentul clinic trebuie să intervină în interpretarea rezultatelor testelor IQ.

Deficitul funcționării adaptative (Criteriul B) se referă la capacitatea unei persoane de a întruni standardele comunității privind independența socială și responsabilitatea socială, în comparație cu alte persoane cu vârstă și fond socio-cultural similare. Funcționarea adaptativă implică raționament adaptativ în trei domenii: conceptual, social și practic. *Domeniul conceptual (educațional)* include, printre altele, următoarele competențe: de memorie, limbaj, citire, scriere, raționament matematic, achiziția cunoștințelor practice, rezolvarea problemelor și judecarea situațiilor noi. *Domeniul social* implică, printre altele, conștientizarea gândurilor, sentimentelor și experiențelor altora; empatia; abilitățile de comunicare interpersonală; abilitățile privind relațiile de prietenie; și raționamentul social. *Domeniul practic* implică, printre altele, învățarea și managementul propriei persoane în situații întâlnite pe parcursul vieții, inclusiv îngrijirea personală, responsabilitățile care țin de serviciu, administrarea banilor, recreerea, autocontrolul comportamentului și organizarea sarcinilor școlare și la locul de muncă. Capacitatea intelectuală, educația, motivarea, socializarea, trăsăturile de personalitate, oportunitățile vocaționale, experiența culturală și afecțiunile medicale generale sau tulburările mintale comorbide influențează funcționarea adaptativă.

Funcționarea adaptativă se stabilește folosind atât evaluarea clinică, cât și măsurătorile individualizate, adecvate cultural și relevante din punct de vedere psihometric. Măsurătorile standardizate sunt aplicate persoanelor care pot oferi informații în cunoștință de cauză (e.g., părinte sau alt membru al familiei; profesor; îndrumător; îngrijitor) și individului, în măsura în care acest lucru este posibil. Sursele suplimentare de informații includ evaluările educaționale, de dezvoltare, medicale și evaluările privind sănătatea psihică. Scorurile

obținute prin măsurători standardizate și prin interviuri trebuie să fie interpretate folosind judecata clinică. Atunci când testarea standardizată este dificilă sau imposibilă din cauza unor factori (e.g., afectare senzorială, probleme grave de comportament), individul poate fi diagnosticat cu dizabilitate intelectuală nespecificată. Funcționarea adaptativă poate fi dificil de evaluat într-un mediu controlat (e.g., închisori, centre de detenție); dacă este posibil, ar trebui obținute informații coroborate reflectând funcționarea în afara acestor contexte.

Criteriul B este îndeplinit atunci când cel puțin un domeniu al funcționării adaptative – conceptual, social sau practic – este suficient de mult afectat încât este necesară susținerea continuă pentru ca persoana în cauză să performeze adecvat într-una sau mai multe situații de viață – la școală, la locul de muncă, acasă sau în comunitate. Pentru a întruni criteriile de diagnostic pentru dizabilitate intelectuală, deficitul funcționării adaptative trebuie să fie corelate în mod direct cu deficitul intelectual descris la Criteriul A. Criteriul C, adică debutul în timpul perioadei de dezvoltare, se referă la faptul că deficitul intelectual și adaptative sunt prezente în timpul copilăriei și adolescenței.

Elemente asociate care susțin diagnosticul

Dizabilitatea intelectuală este o condiție eterogenă cu multiple cauze. Pot fi prezente dificultăți asociate în ceea ce privește judecata socială, evaluarea riscului, gestionarea propriului comportament, a emoțiilor sau relațiilor interpersonale, sau motivarea în mediul școlar sau la locul de muncă. Lipsa abilităților de comunicare poate predispute la comportamente turbulente și agresive. Credulitatea este frecvent un element caracteristic, și se manifestă prin naivitate în situații sociale și tendința de a fi manipulat cu ușurință de ceilalți. Credulitatea și lipsa conștientizării riscului pot avea ca rezultat exploatarea de către ceilalți și posibila victimizare, fraudă, implicarea neintenționată în activități ilegale, mărturiile false și riscul de abuz fizic și sexual. Aceste elemente asociate pot fi importante în procesele privind uciderea din culpă, incluzând aici audierile de tip Atkins ce implică pedeapsa capitală. (Nota editorului: se referă la legislația americană. În 2002, în SUA, în cadrul procesului Atkins vs. Statul Virginia, Curtea Supremă a decis că persoanele cu retard mintal nu pot fi executate pentru crimele comise, acest lucru fiind în contradicție cu amendamentul 8 al Constituției care interzice cruzimea și pedepsele neobișnuite; dar statele americane pot defini cine se încadrează în categoria de retard mintal).

Indivizii cu diagnostic de dizabilitate intelectuală care au tulburări mintale comorbide sunt expuși riscului suicidal. Ei prezintă ideeație suicidală și tentative de suicid în urma cărora își pot pierde viața, motiv pentru care screeningul pentru ideeația suicidală este esențial în procesul de evaluare. Din cauza lipsei de conștientizare a riscului și pericolului, procentul de răniri accidentale poate fi crescut.

Prevalență

Dizabilitatea intelectuală are o prevalență de aproximativ 1% la nivelul populației generale, iar prevalența variază cu vârsta. Prevalența pentru dizabilitatea intelectuală severă este de aproximativ 6 la 1000.

Debut și evoluție

Debutul dizabilității intelectuale are loc în perioada de dezvoltare. Vârsta și elementele caracteristice la debut depind de etiologia și de severitatea disfuncției cerebrale. La indivizii cu dizabilități intelectuale mai severe, atingerea întârziată a pragurilor motorii, de limbaj și sociale poate fi identificată în primii doi ani de viață, în timp ce gradele ușoare de afectare pot să treacă neobservate până la vârsta școlară, când devin evidente dificultățile de învățare. Toate criteriile (inclusiv Criteriul C) trebuie să fie întrunite în cadrul istoricului sau tabloului clinic actual. Unii copii cu vârsta sub 5 ani, al căror tablou clinic va întruni până la urmă criteriile pentru dizabilitate intelectuală, prezintă deficite care întrunesc criteriile pentru întârziere de dezvoltare globală.

Când dizabilitatea intelectuală se asociază cu un sindrom genetic, individul poate avea un aspect fizic caracteristic (e.g., în sindromul Down). Unele sindroame au un *fenotip comportamental*, care se referă la comportamente specifice, caracteristice anumitor anomalii genetice (e.g., sindromul Lesch-Nyhan). În formele dobândite, debutul poate fi brusc după boli survenite în perioada de dezvoltare, cum ar fi meningita, encefalita ori traumatismul

Rescranian. Atunci când dizabilitatea intelectuală apare prin pierderea abilităților cognitive dobândite anterior, cum se întâmplă în traumatismul cranio-cerebral sever, se poate stabili atât diagnosticul de dizabilitate intelectuală, cât și cel de tulburare neurocognitivă.

Deși în general dizabilitatea intelectuală nu are o evoluție progresivă, în anumite afecțiuni genetice (e.g., sindromul Rett) există perioade de agravare urmate de stabilizare, iar în altele (e.g., sindromul San Phillippo) are loc o agravare progresivă a funcției intelectuale. După copilăria timpurie, tulburarea este prezentă în general pe toată durata vieții, deși gradele de severitate se pot modifica în timp. Evoluția poate fi influențată de afecțiuni medicale sau genetice și de afecțiuni comorbide (e.g., tulburări vizuale sau auditive, epilepsie). Intervențiile timpurii și continue pot îmbunătăți funcționarea adaptativă în copilărie și viața adultă. În unele cazuri, intervențiile produc îmbunătățiri marcate ale funcției intelectuale, până la un nivel la care diagnosticul de dizabilitate intelectuală nu mai este oportun. De aceea, este o practică obișnuită ca în evaluarea sugarilor și copiilor mici să se întârzie stabilirea diagnosticului de dizabilitate intelectuală până când se asigură intervenția adecvată. În cazul copiilor mai mari și al adulților, gradul de susținere poate permite o participare completă la toate activitățile zilnice ale vieții și o funcționare adaptativă îmbunătățită. Evaluările cu scop diagnostic trebuie să determine dacă abilitățile adaptative îmbunătățite sunt rezultatul unei achiziții noi, stabile, generalizate a acestora (caz în care diagnosticul de dizabilitate intelectuală poate să nu mai fie adecvat) sau dacă ameliorarea este condiționată de prezența susținerii sau de intervențiile continue (caz în care diagnosticul de dizabilitate intelectuală rămâne adecvat).

Factori de risc și prognostic

Factori genetici și fiziologici. Factorii etiologici prenatali includ sindroame genetice (e.g., variații în secvențele de codare sau variante ale numărului de copii ale uneia sau mai multor gene; anomalii cromozomiale), anomalii metabolice ereditare, malformații cerebrale, boli materne (inclusiv patologia placentei) și influențe de mediu (e.g., alcool, alte droguri, toxine, agenți teratogeni). Cauzele perinatale includ diverse evenimente asociate travaliului și nașterii care duc la encefalopatie neonatală. Cauzele postnatale includ leziunea ischemică hipoxică, leziunea cerebrală traumatică, infecțiile, bolile demielinizante, afecțiunile convulsive (e.g., spasmele infantile), lipsa severă și cronică a contactului social, sindroamele metabolice toxice și intoxicațiile (e.g., plumb, mercur).

Elemente de diagnostic dependente de mediul cultural

Dizabilitatea intelectuală afectează toate rasele și culturile. Pentru o evaluare corectă este necesară cunoașterea și înțelegerea culturii din care face parte individul, iar medicul trebuie să ia în considerare fondul etnic, cultural și lingvistic al individului, experiențele acestuia și funcționarea adaptativă în cadrul comunității și mediului său cultural.

Elemente de diagnostic dependente de gen

În general, indivizii de sex masculin au o probabilitate mai mare decât cei de sex feminin de a fi diagnosticați atât cu forme ușoare de dizabilitate intelectuală (în medie raportul masculin:feminin este de 1,6:1) cât și severe (în medie raportul masculin:feminin este de 1,2:1). Totuși, diferențele care țin de gen variază mult în studiile raportate. Unele diferențe pot fi explicate prin factori genetici de tip X- sau Y-linkat și vulnerabilitatea creierului masculin la leziuni cerebrale.

Markeri de diagnostic

O evaluare cuprinzătoare include: determinarea capacității intelectuale și a funcționării adaptative; identificarea factorilor etiologici genetici și nongenetici; investigarea afecțiunilor medicale asociate (e.g., paralizie cerebrală, boli convulsive); și evaluarea prezenței tulburărilor comorbide mintale, emoționale și comportamentale. Componentele evaluării pot include istoricul medical pre- și perinatal, antecedentele eredo-colaterale pe trei generații, examenul fizic, evaluarea genetică (e.g., cariotipul sau analiza cromozomială folosind microrețele și testarea pentru sindroame genetice specifice), screening-ul metabolic și studii neuroimagistice.

Diagnostic diferențial

Diagnosticul dizabilității intelectuale ar trebui stabilit ori de câte ori Criteriile A, B și C sunt îndeplinite. Diagnosticul de dizabilitate intelectuală nu ar trebui stabilit ca urmare a prezenței unei afecțiuni genetice sau medicale. Dacă există un sindrom genetic asociat cu dizabilitate intelectuală, acesta trebuie menționat ca diagnostic concomitent cu dizabilitatea intelectuală.

Tulburările neurocognitive majore și ușoare. Dizabilitatea intelectuală este clasificată ca tulburare de neurodezvoltare și este diferită de tulburările neurocognitive, care se caracterizează printr-o pierdere a funcției cognitive. Tulburarea neurocognitivă majoră poate fi comorbidă cu dizabilitatea intelectuală (e.g., un individ cu sindrom Down care dezvoltă boală Alzheimer, sau un individ cu dizabilitate intelectuală care își pierde capacitățile cognitive consecutiv unei leziuni cerebrale). În astfel de cazuri pot fi stabilite ambele diagnostice, de dizabilitate intelectuală și de tulburare neurocognitivă.

Tulburările de comunicare și tulburarea specifică de învățare. Aceste tulburări de neurodezvoltare sunt specifice domeniilor comunicării și învățării și nu se caracterizează prin deficite ale comportamentului intelectual și adaptativ. Ele pot fi prezente concomitent cu dizabilitatea intelectuală. Ambele diagnostice se stabilesc atunci când sunt îndeplinite toate criteriile pentru dizabilitatea intelectuală și pentru o tulburare de comunicare sau o tulburare specifică de învățare.

Tulburarea din spectrul autismului. Dizabilitatea intelectuală este comună în rândul persoanelor cu tulburare din spectrul autismului. Evaluarea abilităților intelectuale poate fi mai dificilă din cauza deficitelor de comunicare socială și de comportament inerente tulburării din spectrul autismului, care pot interfera cu înțelegerea și complianța la procedurile de testare. În tulburarea din spectrul autismului este esențială evaluarea adecvată a funcției intelectuale, cu reevaluări în cursul perioadei de dezvoltare, deoarece scorurile IQ în tulburarea din spectrul autismului pot fi instabile, mai ales în copilăria timpurie.

Comorbidități

Comorbiditatea cu afecțiunile mintale, de neurodezvoltare, medicale și fizice este frecventă la indivizii cu dizabilitate intelectuală, astfel încât unele afecțiuni (e.g., tulburările mintale, paralizia cerebrală și epilepsia) sunt de trei-patru ori mai frecvente decât în populația generală. Prezența dizabilității intelectuale poate influența prognosticul și evoluția afecțiunilor comorbide. Procedurile de evaluare pot necesita modificări din cauza tulburărilor asociate, inclusiv tulburările de comunicare, tulburarea din spectrul autismului și tulburările motorii, senzoriale și de alte tipuri. Persoanele care pot oferi informații în cunoștința de cauză sunt esențiale pentru identificarea simptomelor cum ar fi iritabilitatea, modificările de dispoziție, agresivitatea, problemele de alimentație și de somn, precum și pentru evaluarea funcționării adaptative în diferite contexte legate de comunitate.

Cele mai frecvente tulburări mintale și de neurodezvoltare comorbide includ: tulburarea cu deficit de atenție/hiperactivitate; tulburarea depresivă și tulburarea bipolară; tulburările anxioase; tulburarea din spectrul autismului; tulburarea cu mișcări stereotipe (cu sau fără comportament de auto-vătămare); tulburări de control al impulsului; și tulburarea neurocognitivă majoră. Tulburarea depresivă majoră poate să apară la orice nivel de severitate a dizabilității intelectuale. Comportamentul de auto-vătămare necesită abordare diagnostică promptă și poate impune un diagnostic separat de tulburare cu mișcări stereotipe. Indivizii cu dizabilitate intelectuală, mai ales cei cu multiple dizabilități intelectuale severe, pot prezenta și semne de agresivitate și de comportament turbulent, cu agresarea altor persoane și distrugerea obiectelor.

Relația cu alte clasificări

ICD-11 (în curs de apariție la momentul publicării acestui volum) folosește termenul de *tulburări de dezvoltare intelectuală* pentru a indica faptul că este vorba de tulburări care implică funcționarea deficitară a creierului în primii ani de viață. Aceste tulburări sunt descrise în ICD-11 ca un metasindrom ce apare în perioada de dezvoltare, analog demenței sau tulburării neurocognitive la vârstnici. Există patru subtipuri în ICD-11: ușor, moderat, grav și profund.

Și AAIDD (American Association on Intellectual and Developmental Disabilities) folosește termenul de *dizabilitate intelectuală* cu un sens similar termenului din acest manual. Clasificarea AAIDD este multidimensională, mai degrabă decât categorială (taxonomică) și se bazează pe noțiunea de dizabilitate. În loc să enumere specificatori, așa cum face DSM-5, AAIDD pune mai degrabă accentul pe profilul suportului necesar în funcție de severitate.

Întârziere de dezvoltare globală

315.8 (F88)

Acest diagnostic este rezervat indivizilor cu vârsta *sub* 5 ani atunci când nivelul de severitate nu poate fi evaluat corespunzător în copilăria timpurie. Această categorie se diagnostichează atunci când individul nu atinge pragurile de dezvoltare anticipate în diverse arii ale funcționării intelectuale, și se aplică indivizilor care nu sunt capabili să treacă prin evaluări sistematice ale funcționării intelectuale, inclusiv copiilor care sunt prea mici pentru a participa la testările standardizate. Această categorie necesită reevaluare după o perioadă de timp.

Dizabilitate intelectuală nespecificată (tulburarea de dezvoltare intelectuală)

319 (F79)

Această categorie este rezervată indivizilor cu vârsta *peste* 5 ani atunci când evaluarea gradului de dizabilitate intelectuală (tulburarea de dezvoltare intelectuală) prin proceduri disponibile la nivel local este dificilă sau imposibilă din cauza deficitelor senzoriale sau fizice asociate, cum ar fi cecitatea sau surditatea apărută înaintea dezvoltării vorbirii; tulburări locomotorii; sau prezența unor comportamente problematice grave sau a tulburărilor mintale comorbide. Această categorie ar trebui folosită în circumstanțe excepționale și necesită reevaluare după o perioadă de timp.

Tulburări de comunicare

Tulburările de comunicare includ deficitele de limbaj, de vorbire și de comunicare. *Vorbirea* reprezintă producerea expresivă de sunete și include articularea, fluența, vocea și rezonanța vocii unui individ. *Limbajul* include forma, funcția și folosirea unui sistem convențional de simboluri (cuvintele vorbite, limbajul semnelor, cuvintele scrise, imaginile), într-un mod ghidat de reguli, în scopul comunicării. *Comunicarea* include orice comportament verbal sau nonverbal (intenționat sau neintenționat) care influențează comportamentul, ideile sau atitudinile altui individ. Evaluarea abilităților privind vorbirea, limbajul și comunicarea trebuie să ia în considerare contextul cultural și lingvistic al individului, mai ales pentru persoanele care au crescut în medii bilingve. Măsurătorile standardizate ale dezvoltării limbajului și capacității intelectuale nonverbale trebuie să fie relevante pentru grupul cultural și lingvistic (deoarece testele create și standardizate pentru un grup pot să nu conțină criterii adecvate pentru un grup diferit). Categoria de diagnostic a tulburărilor de comunicare include următoarele: tulburarea de limbaj, tulburarea de pronunție, tulburarea de ritm și fluență a vorbirii cu debut în copilărie (balbismul), tulburarea de comunicare socială (pragmatică) și alte tulburări de comunicare specificate și nespecificate.

Tulburarea de limbaj

Criterii de diagnostic

315.32 (F80.2)

- A. Dificultăți persistente în achiziția și folosirea limbajului sub diferite forme (vorbit, scris, limbajul semnelor sau altele) din cauza deficitelor de înțelegere sau de producere a limbajului care includ următoarele:
1. Vocabular redus (cunoașterea și utilizarea cuvintelor).
 2. Structură frazeologică limitată (abilitatea de a asocia cuvinte și terminații de cuvinte pentru a forma propoziții bazate pe regulile gramaticii și morfologiei).
 3. Anomalii ale discursului (abilitatea de a folosi vocabularul și de a lega propozițiile pentru a descrie un subiect sau o serie de evenimente, ori pentru a purta o conversație).
- B. Abilitățile privind limbajul sunt substanțial și cuantificabil reduse față de cele anticipate pentru vârsta respectivă, și determină una sau mai multe dintre următoarele, în orice combinație: disfuncție în comunicarea eficientă, participarea socială, achiziții școlare sau performanța profesională.
- C. Debutul simptomelor are loc în perioada de dezvoltare timpurie.
- D. Dificultățile nu pot fi atribuite unor tulburări auditive sau altor anomalii senzoriale, disfuncției motorii sau altei afecțiuni medicale sau neurologice, și nu pot fi mai bine explicate prin prezența dizabilității intelectuale (tulburarea de dezvoltare intelectuală) sau a întârzierii de dezvoltare globală.

Elemente de diagnostic

Elementele de bază ale diagnosticului de tulburare de limbaj sunt reprezentate de dificultățile în achiziția și folosirea limbajului, urmare a deficitelor de înțelegere sau de emiteră a vocabularului, structurii propozițiilor și discursului. Deficitele de limbaj sunt evidente în comunicarea vorbită, scrisă, sau în limbajul semnelor. Învățarea și folosirea limbajului sunt dependente atât de abilitățile receptive, cât și de cele expresive. *Abilitatea expresivă* se referă la emiteră de semnale vocale, gestică, sau semnale verbale, în timp ce *abilitatea receptivă* se referă la procesul de a recepționa și înțelege mesajele limbajului. Abilitatea de a folosi limbajul trebuie să fie evaluată prin modalități atât expresive, cât și receptive, întrucât acestea pot avea niveluri diferite de severitate. De exemplu, limbajul expresiv al unui individ poate fi sever afectat, în timp ce limbajul receptiv să nu fie afectat aproape deloc.

Tulburarea de limbaj afectează de obicei vocabularul și gramatica, ceea ce limitează apoi capacitatea de a susține o conversație. Copilul rostește târziu primele cuvinte și fraze; vocabularul este mai restrâns și mai puțin variat decât cel anticipat; iar propozițiile sunt mai scurte și mai puțin complexe, cu erori gramaticale, în special privind declinările la timpul trecut. Deficitele de înțelegere a limbajului sunt adesea subestimate, întrucât copilul poate folosi contextul pentru a deduce sensul. Pot apărea probleme cum ar fi găsirea cuvintelor potrivite, definițiile verbale sărace sau o slabă înțelegere a sinonimelor, a sensurilor multiple sau a jocului de cuvinte, corespunzătoare vârstei și mediului cultural. Problemele de memorare a cuvintelor și propozițiilor noi se manifestă prin dificultăți privind urmărirea instrucțiunilor mai lungi, enumerarea succesiunilor de informație verbală (e.g., a-și aminti un număr de telefon sau o listă de cumpărături) și memorarea secvențelor fonetice noi, o abilitate care poate fi importantă pentru învățarea cuvintelor noi. Dificultățile discursive sunt reflectate printr-o abilitate redusă de a furniza informații adecvate despre evenimente-cheie sau de a nara o povestire în mod coerent.

Dificultatea de limbaj se manifestă prin abilități substanțial și cuantificabil reduse față de cele anticipate pentru vârsta respectivă și care afectează semnificativ achizițiile școlare, performanța profesională, comunicarea eficientă sau socializarea (Criteriul B). Un diagnostic de tulburare de limbaj se stabilește pe baza corelării informațiilor oferite de istoricul individual cu observații clinice directe în diferite contexte (acasă, la școală, la serviciu) și cu scorurile testelor de limbaj standardizate utilizate pentru a estima severitatea problemei.