



MINISTERUL
SĂNĂTĂȚII, MUNCII ȘI PROTECȚIEI SOCIALE
AL REPUBLICII MOLDOVA

ORDIN Nr. 497
din 22.04.2019

**Cu privire la aprobarea Criteriilor de determinare
a dizabilității la adulți și copii, compartimentul
„Tulburări mentale și de comportament”**

În scopul sporirii calității serviciilor publice, acordate în cadrul Consiliului Național pentru Determinarea Dizabilității și Capacității de Muncă, îmbunătățirii procedurii de determinare a dizabilității și ajustării acestora la standardele internaționale, în temeiul prevederilor Legii nr. 60 din 30 martie 2012 „Privind incluziunea socială a persoanelor cu dizabilități”, a Obiectivului 2 din Planul de acțiuni pentru implementarea Conceptului de reformare a sistemului de determinare a dizabilității în Republica Moldova, aprobat prin Dispoziția Primului- Ministru nr. 43-d din 04 mai 2017, în temeiul Regulamentului privind organizarea și funcționarea Ministerului Sănătății, Muncii și Protecției Sociale, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 694 din 30.08.2017:

ORDON :

1. Se aprobă Criteriile de determinare a dizabilității la adulți și copii, compartimentul „Tulburări mentale și de comportament”, conform anexei la prezentul Ordin. La data intrării în vigoare a prezentului Ordin se abrogă Capitolul “Tulburări mentale și de comportament” publicat în Ordinul comun al Ministerului Muncii, Protecției Sociale și Familiei și Ministerului Sănătății nr. 12/70 din 28.01.2013.

2. Consiliul Național pentru Determinarea Dizabilității și Capacității de Muncă și subdiviziunile sale, în procesul de determinare a dizabilității la adulți și copii se vor conduce și vor aplica:

1) Criteriile de determinare a dizabilității la adulți și copii, compartimentul „Tulburări mentale și de comportament”;

2) Chestionarul de evaluare a capacităților și performanțelor persoanelor adulte în activități și participare, aprobat prin Ordinul comun al Ministerului Muncii, Protecției Sociale și Familiei și Ministerului Sănătății nr. 12/70 din 28.01.2013;

3) Chestionarul de evaluare a capacităților și performanțelor copiilor în activități și participare, aprobat prin Ordinul comun al Ministerului Muncii, Protecției Sociale și Familiei, Ministerului Sănătății și Ministerul Educației 13/71/41 din 28.01.2013.

3. Controlul executării prezentului ordin se atribuie dnei Vior Dimbrăveanu, Secretar de Stat.

Ministru

A handwritten signature in black ink, appearing to be 'SR', written in a cursive style.

Silvia Radu

Anexă
la Ordinul nr. 497
din 22.04.2019

CRITERII DE EVALUARE A FUNCȚIILOR ȘI STRUCTURILOR ORGANIZMULUI

TULBURĂRI MENTALE ȘI DE COMPORTAMENT

Considerații generale

Pentru a reprezenta complexitatea criteriilor de diagnostic funcțional și evaluare a dizabilității și capacității de muncă în tulburări mentale și de comportament se va ține cont de următoarele particularități ce au un impact important la evaluarea acestora:

1. În evaluarea funcțiilor mentale se vor utiliza **ICD-10** (Classification of Mental and Behavioural Disorders) pentru codificarea tulburărilor psihiatrice; **DSM - V** care impune aplicarea sistemului multiaxial ce permite o evaluare pe mai multe axe, fiecare axă referindu-se la un domeniu diferit de informații care pot ajuta la o determinare corectă a deficiențelor; **Scala GAFS (Global Assessment of Functioning Scale/EGF, 2013)** aceasta este utilizată în scopul creșterii obiectivității funcționale, teste specifice (vezi, mai jos).
2. În cazul comorbidităților psihiatrice și somatice va fi acordată o atenție specială efectelor adverse induse de medicația psihotropă obligatorie pentru menținerea remisiunii: manifestări extrapiramidale, sindromul cardiometabolic, nivel de prolactină crescut, hemoglobina glicolizată (HbA1c).
3. Evaluarea corectă a remisiunilor, remisiunile parțiale, incomplete sau cu simptome reziduale antrenând dizabilități psihiatrice ce pot afecta într-o manieră evidentă capacitatea funcțională în vederea exercitării unei profesii.
4. La fel se va lua în considerație situații de includere în evoluția bolii a unor evenimente psihotraumatice majore sau a unor comportamente antisociale.

Comentarii. Este de menționat faptul, că la 18 mai 2013 Asociația Americană de Psihiatrie a publicat ediția a cincea revizuită (DSM-V) Manual de Diagnostic și Statistică a Tulburărilor Mentale, care constă din trei compartimente. Mulți oameni de știință au argumentat că DSM-V a impus clinicienii să facă distincții care nu sunt argumentate de dovezi solide, distincții care au implicații majore în aplicarea tratamentului și evaluării deficiențelor mentale. Luând în considerație lipsa experienței empirice în aplicarea versiunii DSM-V considerăm oportun aplicarea prevederilor până la reactualizare.

Scala de Evaluare Globală a Funcționării (GAFS 2013)

Cod 100-91	<ul style="list-style-type: none">- funcționare la nivel înalt într-o sferă largă de activități;- deține controlul asupra propriei vieți;- calitățile sale sunt apreciate de ceilalți;- nu prezintă niciun simptom de boala mentală/psihică.
90-81	<ul style="list-style-type: none">- simptome absente/minime (ex., anxietate usoară înaintea unui examen);- buna funcționare în toate domeniile vieții sociale;- interes și implicare într-o gamă largă de activități;- eficiență socială, satisfăcut în general de viață;- are doar probleme/preocupări cotidiene (ex. o ceartă ocazională cu membrii familiei).

80-71	<ul style="list-style-type: none"> - dacă se evidenciază unele dificultăți psihologice, sunt doar reacții expectabile și tranzitorii la stresori psihosociali (ex. dificultăți de concentrare după o ceartă în familie); - ușoară deteriorare în funcționarea socială, profesională sau socială (ex. dificultăți temporare în activitatea școlară).
70-61	<ul style="list-style-type: none"> - ușoare simptome (ex. dispoziție depresivă și insomnie ușoară); - unele dificultăți în funcționarea socială, profesională sau școlară (ex. chiul ocazional sau furturi din casă), însă, în general, funcționarea este bună; - câteva relații personale semnificative.
60-51	<ul style="list-style-type: none"> - moderate simptome (ex. afect plat, limbaj circumstanțial, atacuri de panică ocazionale); - moderate dificultăți în funcționarea socială, profesională sau școlară (ex. puțini prieteni, comportament conflictual cu egali sau cu colaboratorii).
50-41	<ul style="list-style-type: none"> - severe simptome (ex. ideea suicidară, ritualuri obsesionale severe, furturi din magazine) sau - deteriorare severă în funcționarea socială, profesională sau școlară (ex. niciun prieten, incapacitatea de a-și păstra serviciul).
40-31	<ul style="list-style-type: none"> - o oarecare deteriorare în capacitatea de testare a realității sau în comunicare (ex. uneori, limbajul este illogic, neinteligibil, irelevant) sau - deteriorare majoră în mai multe domenii: școala, familie, profesie, gândire sau afectivitate (ex. depresivul evită prietenii, își neglijează familia, incapacitatea de a-și menține serviciul, agresivitate comportamentală).
30-21	<ul style="list-style-type: none"> - comportament influențat în mod considerabil de idei delirante sau de halucinații sau - deteriorare severă în comunicare sau judecată (ex. uneori este incoerent, acțiunile sale sunt inadecvate, preocupări suicidare); - incapacitatea de a funcționa în majoritatea domeniilor: social, ocupațional sau familial (ex. stă în pat toată ziua, nu desfășoară nicio activitate lucrativă, nu are prieteni).
20-11	<ul style="list-style-type: none"> - există un oarecare pericol de auto sau heteroagresivitate (ex. tentative de suicid demonstrative, fără urmărirea clară a morții) - frecvent violența, excitație maniacală sau - ocazional, incapabil să mențină un minimum de igienă personală (ex., miroase a fecale) sau - deteriorare flagrantă în comunicare (ex. incoerența sau mutism).
10-1	<ul style="list-style-type: none"> - pericol persistent de vătămare severă sau a altora (ex. violență recurentă) sau - incapacitatea menținerii unei igiene personale minime sau - act suicidar sever cu dorința clară de a muri.

Relația "deficiență funcțională - incapacitate adaptativă - grad de dizabilitate" este reprezentată pe o scală negativă, care exprimă pierderea funcțională cu repercusiuni asupra îndeplinirii rolului adecvat conform vârstei, gradului de instruire și factorilor socio - culturali existenți.

Diagnosticul funcțional	Incapacitatea adaptivă	Gradul de dizabilitate
Fără deficiență funcțională	0-4 %	Nu determină dizabilitate
Deficiență ușoară	5-39 %	Nu determină dizabilitate
Deficiență medie	40-59 %	medie
Deficiență accentuată	60-79 %	accentuată
Deficiență severă	80-100 %	severă

Corelația între scala GAFS și deficiența funcțională

Scorul GAFS	Deficiența funcțională
100-81	Fără deficiența psihică
80-61	Deficiența psihică ușoară
60-41	Deficiența psihică medie
40-21	Deficiența psihică accentuată
20-1	Deficiența psihică severă

F00-F 09 Tulburări mentale organice

F00 Demența în boala Alzheimer

F01.0-F01.9 Demența vasculară

F02.0-F02.4 Demența în alte boli, clasificate în altă parte

F03 Demența nespecificată

Demența – este un sindrom, de obicei cronic sau progresiv, în cadrul căruia degradează funcțiile cognitive, mai mult decât într-un proces normal de îmbătrânire. Are loc degradarea memoriei, gândirii, cogniției, vorbirii și capacitatea de orientare, de calculare, a învățării și raționalizării. Funcția cognitivă defectuoasă este adesea însoțită și, uneori, precedată de deteriorarea controlului asupra stării emoționale, precum și de degradarea comportamentului sau motivației sociale.

În prezent sunt cunoscute următoarele cauze de demență: 1) primară – ca în leziuni, boli sau traumatisme ce afectează direct sau cu predilecție creierul; 2) secundară - demență care se dezvoltă în urma bolii sau tulburările sistemice ce afectează atât creierul, cât și alte organe și sisteme ale organismului.

F04 Sindromul amestic organic neindus de alcool sau alte substanțe psihoactive sau psihoza nealcoolică este un sindrom constând dintr-o alterare gravă a memoriei recente și de lungă durată. Dezvoltarea unei deteriorări a memoriei, manifestată prin perturbarea capacității de a învăța informații noi, sau incapacitatea de a evoca evenimente petrecute anterior. Perturbarea memoriei determină o scădere semnificativă în funcționarea socială și profesională și reprezintă un declin semnificativ de la nivelul anterior de funcționare.

Barem de investigații (diagnostic funcțional): datele de anamneză, examenul clinic general, examenul neurologic, examenul psihiatric, examenul psihologic este obligatoriu, prin aplicarea de teste și scale de evaluare (cum este .:

I. Teste:

1. Mini-Mental State Examination (MMSE), Folstein et al., 1975 .
2. Global Deterioration Scale (GDS) [Reisberg B. et al., 1982].
3. Clinical Dementia Rating (CDR) [Morris J.C., 1993]
4. Frontal assessment battery (FAB) (B.Dubois et al., 1999.)
5. « **Testul ceasului**». Dacă apar greșeli, ele sunt evaluate cantitativ după o scală de 10 baluri:
 - 10 - baluri - normal, un cerc este desenat, numerele în locurile potrivite, săgețile arată timpul stabilit;
 - 9 baluri - inexactități minore la localizarea săgeților;
 - 8 baluri - erori mai observabile în locația săgeților;
 - 7 baluri - săgețile arată un moment complet greșit;
 - 6 baluri - săgețile nu își îndeplinesc funcția (de exemplu, timpul necesar este înclinat);
 - 5 baluri - aranjarea greșită a numerelor pe cadran: ele urmează în ordine inversă (în sens invers acelor de ceasornic) sau distanța dintre numere este inegală;
 - 4 baluri - integritatea ceasului este pierdută, unele dintre numerele lipsesc sau sunt situate în afara cercului;
 - 3 baluri - numerele și cadrele nu mai sunt conectate între ele;
 - baluri - activitatea pacientului arată că încearcă să urmeze instrucțiunile, dar fără succes;
 - 1 bal - pacientul nu încearcă să îndeplinească instrucțiunile.

6. Scara ischemică de Khachinsky (Hachinski V.C., 1978)

- Scorul mai înalt de 7 ne arată un diagnostic de demență vasculară
- Scorul de 4 și mai puțin - ne indică diagnostic de boala Alzheimer
- O demență de natură mixtă vascular – atrofică.

II. Analizele de laborator (în anumite cazuri pot fi efectuate serologii pentru boli infecțioase (SIDA, sifilis), probe toxicologice (medicamente, alcool, droguri), explorarea imagistică (CT, RMN cerebral) are scopul de a confirma diagnosticul clinic de demență (în demența Alzheimer atrofia lobului temporal și a hipocampului) sau de a exclude alte afecțiuni (tumora cerebrală). De aceea este necesară efectuarea unui CT nativ (fără substanța de contrast).

III. Criteriile

1. Încălcarea memoriei pe termen scurt și pe termen lung (în funcție de interviurile psihiatrice, istoricul subiectiv și obiectiv, diagnosticul neuro și psihopatologic).
2. Cel puțin una dintre următoarele:
 - Întreruperea gândirii abstracte
 - Dereglarea criticii, detectată ca incapacitate de a face planuri reale pentru alții, rude și probleme legate de muncă
 - Simptome și sindroame neuropsihologice: afazie, apraxie, agnosie ("trei A"), precum și funcții optice-spațiale afectate și activitate constructivă.
 - Modificări de personalitate.
3. Dezadaptarea socială în familie și la serviciu.
4. Lipsa manifestărilor de delirium în perioada de demență.
5. Prezența unui factor organic în istoricul bolii (în funcție de rezultatele testelor de laborator, analizelor etc.)

Deficiențe funcționale	Incapacitatea adaptivă (%)
Deficiențe medii din partea funcțiilor mentale globale și specifice din următoarele (faza de debut): <ul style="list-style-type: none">- pierdere gradată a memoriei și afazie, labilitate emoțională; diminuarea atenției și concentrației, funcției cognitive superioare (abstracția, analiza, sinteza, generalizarea, comparația);- comportament emoțional alterat;- Scor MMSE = 24-27- Scor GDS - Insuficiență ușoară de memorie: Dificultăți la locul de muncă, dificultate în vorbire și orientare în teren necunoscut, vizibile pentru membrii familiei; deficiențe de memorie minore detectate în timpul examinării.- CDR Scorul - 0,5 - Demență presupusă. (Neglijarea constantă a lumii, reproducerea incompletă a evenimentelor, orientată pe deplin, cu excepția dificultăților ușoare de orientare în timp. Dificultăți ușoare în rezolvarea problemelor, în generalizarea, determinarea asemănărilor și diferențelor. Încălcări minore în activitățile sociale. Activitățile la domiciliu sunt oarecum dificile, hobby-urile și activitățile intelectuale sunt puțin afectate. Se	40-45

deservește pe deplin.

Deficiențe medii (subaccentuate) din partea funcțiilor mentale globale și specifice din următoarele:

50-55

- afectarea memoriei prin scădere progresivă cu deficit mnezic la fixarea și evocarea evenimentelor curente;
- afectarea gândirii (gândire circumstanțială cu tendința spre detaliere excesivă și inutilă, diminuarea tempoului ideativ);
- funcției globale de orientare (dereglări moderat manifestate de orientare temporo-spațială);
- deficiențe moderată a controlului emoțional și comportamentului;
- Scor MMSE = 19-23
- Scor GDS - Demență ușoară (dereglarea abilităților de a călători, de a număra, de a memora evenimentele curente, de a efectua activități zilnice mai complexe)
- **Scor CDR - 1** – demență ușoară (mai pronunțată pentru evenimentele curente), care afectează activitatea zilnică. Întreruperea moderată a orientării în timp, știe unde este, dar dezorientarea poate apărea într-un mediu necunoscut, dificultate moderată în rezolvarea problemelor, determinarea asemănărilor și diferențelor; funcțiile de raționalizare situațiilor sociale sunt de obicei păstrate. Nu poate participa independent la viața publică, ci poate fi implicat în anumite activități; pentru observatorul ocazional arată sanatos. Schimbări ușoare, implicite în activitățile domestice; activitățile mai complexe sunt imposibile; nu există hobby-uri și interese mai complexe. Necesită motivație pentru activitate.

Deficiențe accentuate din partea funcțiilor mentale globale și specifice din următoarele (faza de stare):

60-65

- deficiențe cognitive: tulburări de memorie: dificultatea de a-și reaminti informații anterior învățate și imposibilitatea de a acumula informații noi (primele care se pierd sunt evenimentele recente, în timp ce amintirile vechi pot fi conservate);
- tulburări de vorbire: bolnavul nu își mai găsește cuvintele, chiar pentru noțiuni simple;
- tulburări ale funcțiilor de organizare a activităților zilnice, incapacitatea de a lua decizii;
- probleme legate de gândirea abstractă, tulburări de calcul;
- dezorientare moderată temporo-spațială, pierderea inițiativelor;
- perturbări accentuate de somn (insomnie sau somnolență);
- posibilitățile de participare la activitatea social-profesională complet pierdută cu apariția unor limitări parțiale din partea activității vieții zilnice.
- Scor MMSE = 11-18
- Scor GDS - Demență moderată (necesitatea de a vă ajuta în alegerea hainelor și a altor tipuri de activități zilnice, dezorientarea în timp și loc, greșelul în denumirea nepoților, prietenilor)
- **Scor CDR – 2.** Demență moderată (pierderea gravă a memoriei, sunt stocate doar informații bine memorate, informația nouă este

uitată rapid. Dezorientare evidentă în timp, de obicei este dezorientat în timp, adesea și în spațiu. Dificultăți grave în rezolvarea problemelor, raționamentelor, în determinarea asemănarilor și diferențelor; soluționarea problemelor sociale este, de obicei dereglată. Activitățile din afara casei nu sunt posibile; poate să arate sănătoasă unui observator ocazional. Poate îndeplini doar activități domestice simple; interesele sunt foarte limitate, slab susținute. Are nevoie de ajutor în îmbrăcare, igienă, menținerea abilităților de igienă personală.

Deficiențe accentuate din partea funcțiilor mentale globale și specifice din următoarele (faza de stare) :

70-75

- afazie, apraxie, agnozie accentuată;
- dezorientare temporo-spațială;
- dereglări de comportament: modificarea personalității, vagabondajul, deteriorarea raționamentului și judecății, comportament social necorespunzător;
- pierdere accentuată de a efectua capacități zilnice normale (sunt prezente situații când este necesar ajutor și supraveghere parțială de o altă persoană);
- Scor MMSE = 11-18
- Scor GDS - Dementa moderat severă (necesită îndrumare și ajutor în ceea ce privește procedurile de hrană și igienă, în toaletă (posibila incontinență), dezorientarea în timp, spațiu și eventual în propria persoană.

Deficiențe severe din partea funcțiilor mentale globale și specifice din următoarele:

80

- dezorientare temporo-spațială și în propria persoană, idei delirante și comportament paradoxal, confabulații, inversarea ciclului somn-veghe, dezinhibiție sau apatie;
- pierdere practic totală de a efectua capacități zilnice normale cu dependență de alte persoane;
- Scor MMSE = 0-10
- Scor GDS: Demență severă (tulburări grave (pierderea) vorbirii, imobilitate și incontinență)
- Scor **CDR - 3**: Demență severă (Pierderea gravă a memoriei, sunt salvate doar fragmente a memoriei, este orientat (incomplete) doar în propria personalitate. Raționalizarea și soluționarea de probleme sunt imposibile. Activitățile din afara casei sunt imposibile, activitățile domestice la fel sunt deteriorate. Necesită asistență semnificativă în auto-îngrijire; incontinența frecventă a urinei și a fecalelor.

Deficiențe severe din partea funcțiilor mentale globale și specifice din următoarele (faza terminală) :

85

- dezorientare temporo-spațială și în propria persoană, idei delirante și comportament paradoxal, gândirea tip „salată de cuvinte”, confabulații, dezinhibiție psihomotorie și apatie sau

<p>agitație;</p> <ul style="list-style-type: none"> - pierdere practic totală de a efectua capacități zilnice normale cu dependență parțială de altă persoană; - Scor MMSE = 0-10 - Scor GDS – Demență profundă - (tulburări grave (pierderea) vorbirii, imobilitate și incontinență) - Scor CDR - 3: Demență severă (Pierderea gravă a memoriei, sunt salvate doar fragmente a memoriei, este orientat (incomplete) doar în propria personalitate. Raționalizarea și soluționarea de probleme sunt imposibile. Activitățile din afara casei sunt imposibile, activitățile domestice la fel sunt deteriorate. Necesită asistență semnificativă în auto-îngrijire; incontinența frecventă a urinei și a fecalelor. <p>Deficiențe absolute din partea funcțiilor mentale globale și specifice din următoarele (faza terminală):</p> <ul style="list-style-type: none"> - pierdere totală de a efectua capacități zilnice normale cu necesitatea de supravegere și îngrijire de o altă persoană permanent; - Scor MMSE = 0-10 - Scor GDS – Demență profundă (tulburări grave (pierderea) vorbirii, imobilitate și incontinență) - Scor CDR - 3: Demență severă (Pierderea gravă a memoriei, sunt salvate doar fragmente a memoriei, este orientat (incomplete) doar în propria personalitate. Raționalizarea și soluționarea de probleme sunt imposibile. Activitățile din afara casei sunt imposibile, activitățile domestice la fel sunt deteriorate. Necesită asistență semnificativă în auto-îngrijire; incontinența frecventă a urinei și a fecalelor. 	90-100
---	--------

Notă:

1. În aprecierea diagnosticului funcțional se va ține seama de prezența manifestărilor noncognitive (delirium, idei delirante, halucinații, depresie, tulburări de comportament).
2. În scopul creșterii obiectivității diagnosticului funcțional, se recomandă aprecierea diagnosticului funcțional în conformitate cu criteriile clinice și funcționale axate de aplicarea GAFS (*Global Assessment of Functioning Scale*) – vezi Partea Generală.

F06.0 - F06.9 Alte tulburări mentale datorate unei leziuni sau disfuncții cerebrale, sau unei boli somatice

Această categorie include stări diverse, legate cauzal de o disfuncție cerebrală datorată unei boli cerebrale primare, unei boli ce afectează secundar creierul, unei tulburări endocrine (ca de exemplu s-l Cushing), sau altor afecțiuni somatice sau unor substanțe toxice exogene.

Barem de investigații (diagnostic funcțional): datele de anamneză, examenul clinic general, examenul psihiatric, aprecierea clinică a intensității tulburărilor cognitive în urma examinării psihologice, examenul neurologic, analize biochimice, investigații imagistice (radiografii, CT, RMN cerebral) după caz, EEG.

F 06.2 - Tulburarea delirantă organică

Deficiențele funcțional-structurale se determină reeșind din gradul de manifestare a următoarelor simptome. 1)ideile delirante persistente sau recurente sunt elementul central al tabloului clinic; 2) pierderea capacităților intelectuale sau halucinații; 3) prezența factorilor organici este obligatorie;

F 06.3 -Tulburări organice ale dispoziției (afective)

Elementul esențial este o tulburare de dispoziție asemănătoare unui episod maniacal sau depresiv major, determinată de un factor organic specific.

Deficiențele funcționale se determină reeșind din gradul de manifestare a următoarelor simptome: 1) tulburarea dispoziției cu cel puțin două din simptomele asociate menționate la episodul maniacal sau depresiv; 2) pierderea capacităților intelectuale sau halucinații; 3) prezența factorilor organici este obligatorie;

Diagnosticul funcțional, al incapacității și al capacității de muncă este identic cu cel indicat la capitolul *Tulburări de afectivitate*

I. Teste:

1. Mini-Mental State Examination (MMSE), Folstein et al., 1975 .
2. Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS). (Stanley R. Kay, Ph.D. , Lewis A. Opler, M.D., Ph.D. , Abraham Fiszbein, M.D, 1987)
3. Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS).(Overall J E & Gorham D R., 1978).
4. Scale for the Assessment of positive symptoms (SAPS) (Nancy C. Andreasen, 1982).
5. The Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia (Jean Endicott, PhD; Robert L. Spitzer, MD, 1978)
6. Young Mania Rating Scale (YMRS) (Young RC, Biggs JT, Ziegler VE, Meyer DA , 1978)
7. Hamilton Rating Scale for Depression (HRSD) (Hamilton 1960)

II. Analize biochimice, investigații imagistice (radiografii, CT, RMN cerebral) după caz, EEG, EcoEG, ECG).

III. Criterii:

Pentru halucinoza organică:

- Criterii generale pentru halucinozele organice
- În tabloul clinic predomină halucinații cronice sau recidivante (de obicei vizuale și auditive);
- Halucinațiile se dezvoltă în conștiință clară.

Pentru tulburările catatonice organice:

- Criterii generale pentru psihozele organice;
- Trebuie să aibă una dintre următoarele:
 - stupoare, adică scăderea sau absența mișcărilor voluntare și a reacțiilor normale la lumină, zgomot și atingere, dar cu conservarea tonusului muscular normal, a posturilor statice și a respirației (adesea cu mișcări limitate coordonate ale ochilor);
 - negativitate (rezistență distinctă la mișcarea pasivă a membrilor sau a corpului sau înghețarea rigidă).
- excitare catatonică (o mobilitate bruscă crescută de natură haotică, cu prezența sau absența unei tendințe de agresivitate).
- Schimbarea rapidă și imprevizibilă a stuporului și excitării

Pentru tulburarea delirantă organică (schizofreniformă):

- Criterii generale pentru psihozele organice
- Tabloul clinic este dominat de idei delirante (persecuție, metamorfoză, boală, moarte, gelozie), care pot avea diferite grade de sistematizare;
- Conștiința este clară, memoria nu este afectată.

Deficiențele funcționale se determină reeșind din gradul de manifestare a următoarelor simptome: 1) prezența factorilor organici este obligatorie; 2) tulburări cognitive; 3) tulburări de intensitate psihotică, cu scăderea posibilităților compensatorii ale pacientului;

Deficiențe funcționale	Incapacitatea adaptivă (%)
<p>Deficiențe medii din partea funcțiilor mentale globale și specifice din următoarele:</p> <ul style="list-style-type: none"> - prezența etiologiei organice; evidența la medicul psihiatru de sector nu mai puțin de un an; - funcții intelectuale (deficiențe cognitive ușoare); - funcții perceptivă (idei delirante persistente sau recurente); - funcții emoționale (tulburarea dispoziției cu cel puțin 1-2 din simptomele menționate la epizodul maniacal sau depresiv; anxietate generalizată; atacuri de panică; disconfort cenestetic); 	40-45
<p>Deficiențe medii din partea funcțiilor mentale globale și specifice din următoarele:</p> <ul style="list-style-type: none"> - prezența etiologiei organice; (tratament în instituția specializată; remisiune incompletă cu persistența simptomelor); 	50-55

<ul style="list-style-type: none"> - funcții intelectuale (deficiențe cognitive moderate); - funcții perceptive (idei delirante persistente sau recurente); - funcții emoționale (tulburarea dispoziției cu cel puțin 2 din simptomele menționate la epizodul maniacal sau depresiv; anxietate generalizată; atacuri de panică frecvente; disconfort cenestetic); <p>Deficiențe accentuate din partea funcțiilor mentale globale și specifice din următoarele:</p> <ul style="list-style-type: none"> - prezența etiologiei organice: (tratament în instituția specializată; remisiune incompletă cu persistența simptomelor și scăderea posibilităților compensatorii ale bolnavului); - funcții intelectuale (deficiențe cognitive moderate); - funcții perceptive (halucinații complexe, organizate, cu durată mare și frecvente); - funcții emoționale (tulburarea dispoziției cu cel puțin 2 din simptomele menționate la epizodul maniacal sau depresiv; anxietate generalizată cu epizoade paroxistice; atacuri de panică frecvente; disforie); - tulburări de intensitate psihotică, cu scăderea posibilităților compensatorii ale pacientului; - funcțiile somnului (insomnie); 	60-65
<p>Deficiențe accentuate din partea funcțiilor mentale globale și specifice din următoarele:</p> <ul style="list-style-type: none"> - prezența etiologiei organice și coexistența cu tulburări somatoforme importante: (tratament în instituția specializată; remisiune incompletă cu persistența simptomelor și scăderea posibilităților compensatorii ale bolnavului); - funcții intelectuale (deficiențe cognitive accentuate); - funcții perceptive (halucinații complexe, organizate, cu durată mare și frecvente); - funcții emoționale (tulburarea dispoziției cu cel puțin 2 din simptomele menționate la epizodul maniacal sau depresiv; anxietate generalizată cu epizoade paroxistice; atacuri de panică; depresie, disforie); - funcții psihomotorii (deteriorarea conținutului pulsional și a simțului critic, comportament exploziv, deficit de autocontrol); - funcțiile somnului (insomnie); 	70-75
<p>Deficiențe severe din partea funcțiilor mentale globale și specifice din următoarele:</p> <ul style="list-style-type: none"> - prezența etiologiei organice și coexistența cu tulburări somatoforme importante (tratament în instituția specializată de susținere cu remisiune incompletă și de scurtă durată, cu persistența simptomelor și epueizarea posibilităților compensatorii ale bolnavului); - funcții intelectuale (deficiențe cognitive accentuate sau grave); - funcții perceptive (halucinații complexe, organizate, cu durată mare și frecvente, ritualuri, perplexitate); - funcții emoționale (vorbure dezlanțată sau incoerentă, tulburarea dispoziției cu cel puțin 2 din simptomele menționate la epizodul 	80-100

<p>maniaco-depresiv; anxietate generalizată cu episoade paroxistice; disforie);</p> <ul style="list-style-type: none"> - funcții psihomotorii (inhibiție psihomotorie sau neliniște, lipsa simțului critic, comportament exploziv, deficit grav de autocontrol); - funcțiile somnului (insomnie); - pacientul necesită ajutor și supraveghere parțială sau permanentă din partea altei persoane. 	
---	--

Notă: În scopul creșterii obiectivității diagnosticului funcțional, se recomandă aprecierea diagnosticului funcțional în conformitate cu criteriile clinice și funcționale axate de aplicarea GAFS (*Global Assessment of Functioning Scale*) – vezi Partea Generală.

F07.0 -F07.9 Tulburări de personalitate și comportament datorate bolii, leziunii și disfuncției cerebrale

Alterarea personalității și comportamentului poate fi reziduală sau concomitentă cu o boală, leziune sau disfuncție cerebrală. Se caracterizează printr-o alterare semnificativă a modelelor obișnuite ale comportamentului premorbid. În mod special sunt afectate expresia emoțională, trebuințele, impulsurile, funcțiile cognitive.

Deficiențele funcționale se determină reeșind din gradul de manifestare a următoarelor simptome: 1) prezența factorilor organici este obligatorie; 2) deteriorare intelectuală, idei delirante, tulburări ale dispoziției sau halucinații; 3) deteriorarea conținutului pulsional și a simțului critic; 4) sindrom apatic; 5) labilitate emoțională.

Barem de investigații (diagnostic funcțional): datele de anamneză, examenul clinic general, examenul psihiatric, aprecierea clinică a intensității tulburărilor cognitive în urma examinării psihologice, examenul neurologic, analize biochimice, investigații imagistice (radiografii, CT, RMN cerebral) după caz, EEG.

Deficiențe funcționale	Incapacitatea adaptivă (%)
<p>Deficiențe ușoare din partea funcțiilor mentale globale și specifice din următoarele :</p> <ul style="list-style-type: none"> - funcții emoționale (iritabilitate); - funcții intelectuale (inclusiv toate funcțiile cognitive cu deficiență minimă); - funcții psihosociale globale (pot exista unele dificultăți de adaptabilitate socio-profesională sau dificultăți în condiții noi de activitate profesională). 	5-35

<p>Deficiențe moderate din partea funcțiilor mentale globale și specifice din următoarele:</p> <ul style="list-style-type: none"> - funcții emoționale (comportament emoțional aracterizat prin labilitate emoțională marcată); - funcții intelectuale (inclusiv toate funcțiile cognitive cu deficiență ușoară -confirmate prin test psihologic clinic); - funcții psihosociale globale (pot exista unele dificultăți de adaptabilitate/dificultăți în condiții noi de activitate profesională); 	40-45
<p>Deficiențe moderate din partea funcțiilor mentale globale și specifice din următoarele:</p> <ul style="list-style-type: none"> - funcții emoționale (comportament emoțional caracterizat prin bună dispoziție superficială și nejustificată (euforie)care rapid trece în disforie; - funcții intelectuale (inclusiv toate funcțiile cognitive cu deficiență ușoară/moderată - confirmate prin test psihologic clinic); - funcții psihosociale globale (dificultăți certe de adaptabilitate socio-profesională, comportament inacceptabil); 	50-55
<p>Deficiențe accentuate din partea funcțiilor mentale globale și specifice din următoarele:</p> <ul style="list-style-type: none"> - funcții emoționale (comportament emoțional caracterizat prin euforie nejustificată care rapid trece în iritabilitate/ explozii de mînie nemotivată și agresiune); - sindromul apatic- fiind trăsătură predominantă (după caz); - funcții intelectuale (inclusiv toate funcțiile cognitive cu deficiență moderată - confirmate prin test psihologic clinic); - tulburări de percepție (ideație paranoidă și/sau excesivă preocupare pentru o unică temă de obicei abstractă; halucinații) - funcții psihosociale globale (dificultăți accentuate de adaptabilitate socială și profesională); 	60-65
<p>Deficiențe accentuate din partea funcțiilor mentale globale și specifice trei din următoarele:</p> <ul style="list-style-type: none"> - funcții emoționale (comportament emoțional caracterizat prin euforie nejustificată care rapid trece în iritabilitate/ stări disforice; defect psihopatiform); - sindromul apatic- fiind trăsătură predominantă (după caz); - funcții intelectuale (inclusiv toate funcțiile cognitive cu deficiență accentuată - confirmate prin test psihologic clinic); - tulburări cognitive (idei delirante, halucinații); - funcții psihosociale globale (dificultăți accentuate de adaptabilitate socială și profesională, deficit marcat de autocontrol); - dezinhibarea expresiei necesităților și impulsurilor fără a lua în considerare consecințele sau convențiile sociale (pacientul se poate angaja în acte disociale, ca: furtul, avansuri sociale nepotrivite, bulimie, sau manifestări desconsiderare pentru igiena personală). 	70-75

F20.0 - F20.9 Schizofrenia

Schizofrenia este o tulburare a creierului care afectează modul în care oamenii gândesc, simt și percep. Simptomul distinctiv al schizofreniei este psihoza, cum ar fi halucinațiile auditive (voci) și ideile delirante (convingerile false permanente).

Clasificarea Schizofreniei (forme clinice): Schizofrenia paranoidă, Schizofrenia hebefrenă, Schizofrenia catatonă, Schizofrenia nediferențiată, Depresie postschizofrenă, Schizofrenia reziduală, Schizofrenia simplă, altă Schizofrenie, Schizofrenia nespecificată

Tulburările de tip schizofren sunt caracterizate, în general, prin distorsiuni fundamentale și caracteristice ale gândirii și percepției și ale afectelor care sunt neadecvate sau tocite. Câmpul de conștiință clar și capacitatea intelectuală sunt de obicei menținute, deși unele deficiențe cognitive se pot instala în decursul timpului. Tulburarea implică funcțiile de bază, care dau unei persoane sentimentul unicității, identității și autonomiei sale.

Clasificarea evoluției longitudinale. Sunt utilizați diferiți parametri de evoluție, deși numai dacă tulburarea a fost prezentă timp de cel puțin un an și dacă acestea nu contravin criteriilor de includere în diagnostic. Acești indicatori includ următoarele:

- Primul episod, în prezent în episod acut
- Primul episod, în prezent remis parțial
- Primul episod, în prezent în remisiune completă
- Episoade multiple, în prezent în episod acut
- Episoade multiple, în prezent în remisiune parțială
- Episoade multiple, în prezent în remisiune completă continuă
- Nespecificat

Deficiențele funcționale se determină reeșind din gradul de manifestare a următoarelor simptome: 1) dereglări de percepție (idei delirante; halucinații); 2) vorbire dezorganizată; 3) comportament catatonă/dezorganizat; 4) simptome negative.

Barem de investigații (diagnostic funcțional) examenul clinic și psihiatric complet, investigații paraclinice, ECG, examen clinic psihologic, anchete sociale; examinare prin aplicarea de teste și scale de evaluare cum este :

I. Teste:

1. **Examinarea statutului mintal (MSE)**,
2. **Scala Simptomelor Pozitive și Negative (PANSS)**. (Stanley R. Kay, Ph.D. , Lewis A. Opler, M.D., Ph.D. , Abraham Fiszbein, M.D, 1987)
3. **Scala de Evaluare Psihiatrică Scurtă (BPRS)**.(Overall J E & Gorham D R., 1978).
4. **Scala de Evaluare a Tulburărilor Afective și Schizofrenie (The Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia (Jean Endicott, PhD; Robert L. Spitzer, MD, 1978)**
5. **Scala Kiddie pentru evaluare a Tulburărilor Afective și Schizofrenie (Kiddie Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia (K-SADS) (Chambers and Puig-Antich in 1978)**
6. **Scala de Evaluare a Simptomelor Negative (SANS) (Nancy Andreasen, 1984)**
7. **Scala de Evaluare a Simptomelor Pozitive (SAPS) (Nancy C. Andreasen, 1982).**

II. Analize biochimice, investigații imagistice după caz (radiografii, CT, RMN cerebral, EEG, EcoEG, ECG).

III. Criterii: Semne si Simptome:

Simptomele schizofreniei pot fi împărțite în următoarele 4 domenii:

- **Simptome pozitive** - Simptome psihotice, cum ar fi halucinații, de obicei auditive; idei delirante; vorbire și comportament dezorganizat;
- **Simptome negative** - Scăderea sferei emoționale, sărăcia discursului (vorbirii), pierderea intereselor și a pulsionilor;
- **Simptome cognitive** - Deficiențe neurocognitive (de exemplu, deficite în memoria de lucru și atenție și în funcții executive, cum ar fi capacitatea de organizare și abstractizare); de asemenea, pacienții au dificultăți în înțelegerea nuanțelor și subtilităților legate de relațiile interpersonale
- **Simptome de dispoziție (afective)** - Pacienții par adesea veseli sau tristi într-un mod greu de înțeles; ei sunt adesea deprimați.

Criteriile de diagnostic:

Conform Manualului Diagnostic și Statistic al Tulburărilor Mintale, ediția a cincea (DSM-5), pentru a îndeplini criteriile pentru diagnosticarea schizofreniei, pacientul trebuie să fi prezentat cel puțin 2 dintre următoarele simptome:

- Idei delirante
- Halucinatii
- Vorbire dezorganizată
- Comportament dezorganizat sau catatonic
- Simptome negative

Cel puțin unul din simptome trebuie să fie din primele trei.

Semnele continue ale tulburării trebuie să persiste timp de cel puțin 6 luni, timp în care pacientul trebuie să aibă cel puțin o lună de simptome active (sau mai puțin dacă este tratat cu succes), cu probleme sociale sau de deteriorare profesională apărute într-o perioadă semnificativă de timp. Aceste probleme nu trebuie să fie atribuite unei alte condiții.

Asociația Americană de Psihiatrie (APA) a eliminat subtipurile de schizofrenie din DSM-5 deoarece nu păreau de ajutor pentru furnizarea unui tratament mai bine orientat sau pentru prezicerea răspunsului la tratament.

Deficiențe funcționale	Incapacitatea adaptivă (%)
<p>Deficiențe ușoare din partea funcțiilor mentale globale și specifice din următoarele:</p> <ul style="list-style-type: none"> - episod unic în remisiune completă; - sistemele de suport efective (corijarea simptomelor acute și restabilirea nivelului de adaptare socioprofesională). 	5-35
<p>Deficiențe moderate din partea funcțiilor mentale globale și specifice din următoarele:</p> <ul style="list-style-type: none"> - epizod unic în remisiune incompletă; - episodică cu/fără simptome reziduale interepisodice; - funcții psihosociale globale afectate moderat; 	40-45
<p>Deficiențe moderate din partea funcțiilor mentale globale și specifice din următoarele:</p> <ul style="list-style-type: none"> - schizofrenie reziduală asociind tulburări induse de tratament (diabet zaharat, dislipidemie, parkinsonism), afecțiuni somatice, comportament adictiv; - funcții psihosociale globale afectate moderat (sentiment de izolare lăuntrică și izolare de la veața socială parțial); <p>Notă: inițierea stării de defect psihopatiform / paranoid/ apato-abullic - pot dezvolta deficiențe accentuate în adaptarea socio-profesională (după caz).</p>	50-55
<p>Deficiențe accentuate din partea funcțiilor mentale globale și specifice din următoarele:</p> <ul style="list-style-type: none"> - schizofrenie episodică cu deficit stabil/progresiv; - schizofrenie continuă; - funcții psihosociale globale afectate accentuat; - tulburări induse de tratament specific (sindrom neuroleptic, diabet zaharat, dislipidemie, parkinsonism); 	60-75
<p>Deficiențe severe din partea funcțiilor mentale globale și specifice din următoarele:</p> <ul style="list-style-type: none"> - schizofrenie cu evoluție progredientă cu degradare severă a personalității și a comportamentului, potențial antisocial; - schizofrenie grefată; - bolnavul necesită supraveghere parțială/permanentă din partea altei persoane; - funcții psihosociale globale (pierderea instinctului social); 	80-100

F. 21. Tulburare schizotipală. O tulburare caracterizată prin comportament excentric și anomalii ale gândirii și afectului, care se aseamănă cu cele remarcate în schizofrenie, deși nici la o etapă nu apar anomalii schizofrenice clare și specifice. Simptomele pot include un afect rece sau inadecvat; anhedonie; comportament ciudat sau excentric; tendință de retragere socială; idei paranoide sau bizare, care nu ajung a deveni adevărate deliruri; ruminății obsesive; tulburări de gândire și perturbări perceptuale; episoade cvasi-psihotice tranzitorii ocazionale cu deliruri intense, halucinații auditive sau de altă natură și idei asemănătoare cu delirul, care apar, de obicei, fără provocări externe. Nu există un debut clar, iar evoluția este, de obicei, ca și cea a unei tulburări de personalitate.

Barem de investigații (diagnostic funcțional) examenul clinic și psihiatric complet, investigații paraclinice, examen clinic psihologic, investigații sociale; examinare prin aplicarea de teste și scale de evaluare cum este :

I. Teste:

1. **Examinarea statutului mintal (MSE),**
2. **Scala Simptomelor Pozitive și Negative (PANSS).** (Stanley R. Kay, Ph.D. , Lewis A. Opler, M.D., Ph.D. , Abraham Fiszbein, M.D, 1987)
3. **Scala de Evaluare Psihiatrică Scurtă (BPRS).**(Overall J E & Gorham D R., 1978).

II. Analize biochimice, investigații imagistice după caz (radiografii, CT, RMN cerebral, EEG, EcoEG, ECG).

III. Criterii de diagnosticare (DSM - 5)

Criteriile specifice DSM-5 pentru tulburarea schizofreniformă sunt următoarele⁷ :

- Prezența a 2 (sau mai multe) dintre următoarele simptome, fiecare fiind prezent o durată considerabilă de timp pe parcursul unei perioade de 1 lună (sau mai puțin, dacă sunt tratate cu succes), dintre care cel puțin 1 este (1), (2), sau (3):
 - (1) deliruri,
 - (2) halucinații,
 - (3) vorbire dezorganizată,
 - (4) comportament foarte dezorganizat sau catatonic,
 - și (5) simptome negative
- Un episod al tulburării durează cel puțin o lună, dar mai puțin de 6 luni; când este necesar de stabilit o diagnoză fără a aștepta recuperarea, aceasta trebuie calificată drept "provizorie"
- Perturbarea nu poate fi atribuită efectelor fiziologice ale unei substanțe (de exemplu, un medicament sau abuz de medicamente) sau ale unei alte afecțiuni

Diverse evoluții:

- simptomele negative și contactul vizual slab par a fi un pronostic de rezultate slabe.
- o perioadă îndelungată de psihoză netratată a fost asociată cu rezultate funcționale și simptomatice semnificativ mai rele la un follow-up după 4 ani.

- Persistența simptomelor mai mult de 6 luni sugerează un prognostic mai rău pentru schizofrenie, în comparație cu tulburarea schizofreniformă.
- Confuzia și perplexitatea la nivelul episodului psihotic se asociază cu un rezultat mai bun în tulburarea schizofreniformă

Deficiențe funcționale	Incapacitatea adaptivă (%)
Deficiențe ușoare din partea funcțiilor mentale globale și specifice din următoarele: <ul style="list-style-type: none"> - episod unic în remisiune completă; - sistemele de suport efective (corijarea simptomelor acute și restabilirea nivelului de adaptare socioprofesională). 	5-35
Deficiențe moderate din partea funcțiilor mentale globale și specifice din următoarele: <ul style="list-style-type: none"> - epizod unic în remisiune incompletă; - funcții psihosociale globale afectate moderat; 	40-45
Deficiențe moderate din partea funcțiilor mentale globale și specifice din următoarele: <ul style="list-style-type: none"> - tulburare schizotipală asociată cu tulburări induse de tratament (diabet zaharat, dislipidemie, parkinsonism), afecțiuni somatice, comportament adictiv; - funcții psihosociale globale afectate moderat (izolare de la veața socială parțial); 	50-55
Deficiențe accentuate din partea funcțiilor mentale globale și specifice din următoarele: <ul style="list-style-type: none"> - o perioadă mai îndelungată de psihoză netratată a fost asociată cu un rezultat funcțional și simptomatic mult mai rău la un follow-up după 4 ani - funcții psihosociale globale afectate accentuat; - tulburări induse de tratament specific (sindrom neuroleptic, diabet zaharat, dislipidemie, parkinsonism); 	60-75
Deficiențe severe din partea funcțiilor mentale globale și specifice din următoarele: <ul style="list-style-type: none"> - simptome negative 	80-100

F. 22.0. Tulburări delirante. O tulburare caracterizată prin dezvoltarea fie a unui singur delir sau a unui set de deliruri asociate, care sunt de obicei persistente și, uneori, durează pe tot parcursul vieții. Conținutul delirului sau al delirurilor este foarte variabil. Halucinațiile auditive clare și persistente (voci), simptomele schizofrenice, cum ar fi delirurile de control și o aplatizare afectivă marcată, precum și dovezile clare ale unei boli cerebrale sunt incompatibile cu acest diagnostic.

I. Teste:

1. **Examinarea statutului mintal (MSE)**,
2. **Scala Simptomelor Pozitive și Negative (PANSS)**. (Stanley R. Kay, Ph.D. , Lewis A. Opler, M.D., Ph.D. , Abraham Fiszbein, M.D, 1987)
3. **Scala de Evaluare Psihiatrică Scurtă (BPRS)**.(Overall J E & Gorham D R., 1978).

II. Analize biochimice, investigații imagistice după caz (radiografii, CT, RMN cerebral, EEG, EcoEG, ECG).

III. Diagnostic – criterii conform DSM – 5.

- Prezența unuia sau mai multor deliruri pe parcursul a o lună sau mai mult.
- Criteriile de diagnosticare pentru schizofrenie nu au fost întrunite niciodată.
- Notă: Halucinațiile, dacă sunt prezente, nu sunt proeminente și sunt în mod clar tematice, asociate cu tema delirului (de exemplu, senzația de a fi infectat cu insecte este asociată cu delirul infestării).
- În afară de impactul delirului (delirurilor) sau al ramificațiilor lor, funcționarea pacientului nu este perturbată semnificativ, iar comportamentul nu este în mod evident bizar sau ciudat.
- Dacă au apărut episoade depresive maniacale sau majore, acestea au fost scurte în raport cu durata simptomelor delirante.
- Perturbarea nu este mai bine explicată de către o altă tulburare psihică, cum ar fi tulburarea obsesiv-compulsivă, și nu poate fi atribuită efectelor fiziologice ale unei substanțe sau medicament ori unei alte stări medicale sistemice.

Subtipurile includ: erotomanic, grandios, gelos, persecutor, somatic, mixt și nespecificat.

După un 1 an de tulburare, se aplică următorii specificatori de durată:

- Primul episod, în prezent episod acut
- Primul episod, în prezent remisiune parțială
- Primul episod, în prezent remisiune completă
- Episoade multiple, în prezent episod acut
- Episoade multiple, în prezent remisiune parțială
- Episoade multiple, în prezent remisiune completă
- Continuu

Deficiențe funcționale	Incapacitatea adaptivă (%)
<p>Deficiențe ușoare din partea funcțiilor mentale globale și specifice din următoarele:</p> <ul style="list-style-type: none"> - episod unic în remisiune completă; - sistemele de suport efective (corijarea simptomelor acute și restabilirea nivelului de adaptare socioprofesională). 	5-35
<p>Deficiențe moderate din partea funcțiilor mentale globale și specifice din următoarele:</p> <ul style="list-style-type: none"> - epizod unic în remisiune incompletă; - funcții psihosociale globale afectate moderat; 	40-45
<p>Deficiențe moderate din partea funcțiilor mentale globale și specifice din următoarele:</p> <ul style="list-style-type: none"> - tulburare delirantă asociată cu tulburări induse de tratament (diabet zaharat, dislipidemie, parkinsonism), afecțiuni somatice, comportament adictiv; - funcții psihosociale globale afectate moderat (izolare de la veața socială parțial); 	50-55
<p>Deficiențe accentuate din partea funcțiilor mentale globale și specifice din următoarele:</p> <ul style="list-style-type: none"> - funcții psihosociale globale afectate accentuat; - tulburări induse de tratament specific (sindrom neuroleptic, diabet zaharat, dislipidemie, parkinsonism); 	60-75
<p>Deficiențe severe din partea funcțiilor mentale globale și specifice din următoarele:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Episoade multiple, în prezent în remisiune parțială - Evoluție continuă. 	80-100

F25.0. Tulburarea schizoafectivă este o boală mintală dezorientatoare, care are atât caracteristici ale schizofreniei, cât și caracteristici ale unei tulburări de dispoziție. Cuplarea simptomelor din aceste stări divergente face dificilă diagnosticarea și tratarea pacienților schizoafectivi.

F25.0 Tulburare schizoafectivă, tip maniacal

F 25.1. Tulburare schizoafectivă, tip depresiv

F25.2. Tulburare schizoafectivă, tip mixt

F 25.8. Alte tulburări schizoafective

Barem de investigații (diagnostic funcțional) examenul clinic și psihiatric complet, investigații paraclinice, examen clinic psihologic, investigații sociale; examinare prin aplicarea de teste și scale de evaluare (cum este :

I. Teste:

1. **Examinarea statutului mintal (MSE)**,
2. **Scala Simptomelor Pozitive și Negative (PANSS)**. (Stanley R. Kay, Ph.D. , Lewis A. Opler, M.D., Ph.D. , Abraham Fiszbein, M.D, 1987)
3. **Scala de Evaluare a Tulburărilor Afective și Schizofrenie (The Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia (Jean Endicott, PhD; Robert L. Spitzer, MD, 1978)**
4. **Scala Kiddie pentru evaluare a Tulburărilor Afective și Schizofrenie (Kiddie Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia (K-SADS) (Chambers and Puig-Antich in 1978)**
5. Finalmente, gravitatea curentă a tulburării este specificată prin evaluarea simptomelor primare ale psihozei și determinarea gravității lor conform unei scale de 5 puncte, de la 0 (absent) până la 4 (prezent și sever).
6. Scala de Evaluare a Maniei Young (YMRS) (*Massachusetts General Hospital*], 1978).
7. **Scala de evaluare a depresiei Hamilton (HRSD) (Hamilton 1960)**

II. Analize biochimice, investigații imagistice după caz (radiografii, CT, RMN cerebral, EEG, EcoEG, ECG).

III. Criterii de diagnosticare: Semne și simptome:

Diagnosticul de tulburare schizoafectivă se stabilește atunci, când pacientul prezintă caracteristici atât ale schizofreniei, cât și ale unei tulburări de dispoziție, dar nu îndeplinește cu strictețe criteriile de diagnosticare pentru nici una dintre ele luate aparte.

Criterii de diagnosticare (DSM-5)

Criteriile specifice DSM-5 pentru tulburarea schizoafectivă sunt, după cum urmează:

- O perioadă neîntreruptă de boală, în timpul căreia există un episod major de tulburare de dispoziție (major depresiv sau maniacal), concomitent cu criteriul A pentru schizofrenie; episodul depresiv major trebuie să includă dispoziție depresivă.
- Deliruri sau halucinații timp de 2 sau mai multe săptămâni, în absența unui episod major de tulburare de dispoziție (depresivă sau maniacală) pe parcursul bolii.
- Simptomele care îndeplinesc criteriile pentru un episod major de tulburare de dispoziție sunt prezente în cea mai mare parte a duratei totale a porțiunilor active și reziduale ale bolii.
- Perturbarea nu se datorează efectelor unei substanțe (de exemplu, medicament sau abuz de medicamente) sau unei alte stări medicale.

Sunt utilizați **diferiți specificatori ai evoluției**, însă numai dacă tulburarea este prezentă de cel puțin un an și dacă aceștia nu contravin criteriilor de evoluție a diagnosticului. Acești parametri includ următoarele:

- Primul episod, în prezent episod acut
- Primul episod, în prezent remisiune parțială
- Primul episod, în prezent remisiune completă
- Episoade multiple, în prezent episod acut
- Episoade multiple, în prezent remisiune parțială
- Episoade multiple, în prezent remisiune completă
- Continuu
- Nespecificat

Deficiențe funcționale	Deficiențele funcționale (%)
<p>Deficiențe ușoare din partea funcțiilor mentale globale și specifice din următoarele:</p> <ul style="list-style-type: none"> - episod unic în remisiune completă; - sistemele de suport efective (corijarea simptomelor acute și restabilirea nivelului de adaptare socioprofesională). 	5-35
<p>Deficiențe moderate din partea funcțiilor mentale globale și specifice din următoarele:</p> <ul style="list-style-type: none"> - epizod unic în remisiune incompletă; - funcții psihosociale globale afectate moderat; 	40-45
<p>Deficiențe moderate din partea funcțiilor mentale globale și specifice din următoarele:</p> <ul style="list-style-type: none"> - tulburare schizoafectivă asociată cu tulburări induse de tratament (diabet zaharat, dislipidemie, parkinsonism), afecțiuni somatice, comportament adictiv; - funcții psihosociale globale afectate moderat (izolare de la veața socială parțial); 	50-55
<p>Deficiențe accentuate din partea funcțiilor mentale globale și specifice din următoarele:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Episoade multiple, în prezent în remisiune parțială - funcții psihosociale globale afectate accentuat; - tulburări induse de tratament specific (sindrom neuroleptic, diabet zaharat, dislipidemie, parkinsonism); 	60-75
<p>Deficiențe severe din partea funcțiilor mentale globale și specifice din următoarele:</p> <ul style="list-style-type: none"> - simptome negative, un curs continuu neîncetat. 	80-100

F 31.0 Tulburarea bipolară, clasificată conform CIM-10 ca tulburare bipolară sau boală depresiv-maniacală (BDM), este o boală psihică frecventă, gravă și persistentă. Această stare implică o luptă și o provocare serioasă pe tot parcursul vieții.

F 31.0. Tulburare afectivă bipolară, episod curent hipomaniacal

F 31.1. Tulburare afectivă bipolară, episod curent maniacal fără simptome psihotice

F 31.2. Tulburare afectivă bipolară, episod curent maniacal cu simptome psihotice

F 31.3. Tulburare afectivă bipolară, episod curent de depresie ușoară sau moderată

F 31.4. Tulburare afectivă bipolară, episod curent de depresie severă, fără simptome psihotice

F 31.5. Tulburare afectivă bipolară, episod curent de depresie severă cu simptome psihotice

F 31.6. Tulburare afectivă bipolară, episod curent mixt

F 31.8. Alte tulburări afective bipolare

Barem de investigații (diagnostic funcțional) examenul clinic și psihiatric complet, investigații paraclinice, examen clinic psihologic, investigații sociale; examinare prin aplicarea de teste și scale de evaluare, cum este :

I. Teste:

1. **Examinarea statutului mintal** (MSE),
2. **Scala Simptomelor Pozitive și Negative (PANSS)**. (Stanley R. Kay, Ph.D. , Lewis A. Opler, M.D., Ph.D. , Abraham Fiszbein, M.D, 1987)
3. **Scala de Evaluare a Tulburărilor Afective și Schizofrenie (The Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia** (Jean Endicott, PhD; Robert L. Spitzer, MD, 1978)
4. **Scala Kiddie pentru evaluare a Tulburărilor Afective și Schizofrenie (Kiddie Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia (K-SADS)** (Chambers and Puig-Antich in 1978)
5. Scala de Evaluare a Maniei Young (YMRS) (*Massachusetts General Hospital*], 1978).
6. **Scala de evaluare a depresiei Hamilton (HRSD) (Hamilton 1960)**

II. Analize biochimice, investigații imagistice: ECG; după caz (radiografii, CT, RMN cerebral, EEG, EcoEG, ECG).

III. Criterii de diagnosticare: Semne și simptome:

Episoadele maniacale sunt caracterizate cel puțin pe parcursul unei săptămâni de o tulburare profundă a dispoziției, caracterizată prin elafie, iritabilitate sau expansivitate (considerate drept criterii gateway). De-asemenea, trebuie să fie prezente cel puțin 3 dintre următoarele simptome ⁷:

- Grandoare
- Necesitate redusă de somn
- Vorbire excesivă sau presiune de a vorbi
- Fuga de idei sau accelerarea gândirii
- Dovezi clare de distractibilitate
- Nivel crescut de activitate axată pe obiective la domiciliu, la serviciu sau sexual
- Activități plăcute excesive, adesea cu consecințe dureroase

Episoadele depresive majore sunt caracterizate prin faptul că, pe parcursul a 2 săptămâni, persoana prezintă 5 sau mai multe dintre următoarele simptome, cel puțin 1 dintre simptome fiind fie o dispoziție depresivă, fie caracterizată de pierderea plăcerii sau interesului: ⁷

- Stare depresivă.
- Plăcere sau interes redus semnificativ în aproape toate activitățile.
- Scădere sau creștere semnificativă în greutate sau reducere ori mărire semnificativă a apetitului.
- Hipersomnie sau insomnie.
- Retard sau agitație psihomotorie.
- Pierderea energiei sau oboseală.
- Sentimente de inutilitate sau de culpabilitate excesivă.
- Capacitate scăzută de concentrare sau indecizie marcată.
- Preocuparea de moarte sau sinucidere; pacientul are un plan sau a încercat să se sinucidă.

Deficiențe funcționale	Incapacitatea adaptivă (%)
Deficiențe ușoare din partea funcțiilor mentale globale și specifice din următoarele: <ul style="list-style-type: none"> - episod unic în intermisiune completă; - sistemele de suport efective (corijarea simptomelor acute și restabilirea nivelului de adaptare socioprofesională). 	5-35
Deficiențe moderate din partea funcțiilor mentale globale și specifice din următoarele:	40-45

<ul style="list-style-type: none"> - evoluție ușoară, moderată - epizod unic în interremisiune incompletă; - funcții psihosociale globale afectate moderat; 	50-55
<p>Deficiențe moderate din partea funcțiilor mentale globale și specifice din următoarele:</p> <ul style="list-style-type: none"> - tulburare afectivă bipolară cu tulburări induse de tratament (diabet zaharat, dislipidemie, parkinsonism), afecțiuni somatice, comportament adictiv; - funcții psihosociale globale afectate moderat (izolare de la veața socială parțial); 	60-75
<p>Deficiențe accentuate din partea funcțiilor mentale globale și specifice din următoarele:</p> <ul style="list-style-type: none"> - episoade multiple, în prezent în remisiune parțială - moderat-severă, severă, evoluție cu caracteristici psihotice, perioadă îndelungată, (4-12 luni) - funcții psihosociale globale afectate accentuat; - tulburări induse de tratament specific (sindrom neuroleptic, diabet zaharat, dislipidemie, parkinsonism); 	80-100
<p>Deficiențe severe din partea funcțiilor mentale globale și specifice din următoarele:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Evoluție continuă fără remisiune, - Deficitele cognitive, de obicei, se măresc în cursul bolii. Nivelele mai mari de dereglare corelează cu numărul episoadelor maniacale anterioare și spitalizărilor, precum și cu prezența simptomelor psihotice. 	

F33.0. Tulburare depresivă recurentă: o tulburare caracterizată prin episoade repetate de depresie, la fel ca cele descrise referitor la episodul depresiv (F32.-), fără istoric de episoade independente de elafie și de creștere a energiei (manie). Totodată, pot exista episoade scurte de elafie ușoară și hiperactivitate (hipomanie) imediat după un episod depresiv, uneori accelerat de tratamentul antidepresiv. Formele cele mai severe ale tulburărilor depresive recurente (F33.2 și F33.3) au mult în comun cu conceptele anterioare, cum ar fi depresia maniacal-depresivă, melancolia, depresia vitală și depresia endogenă. Primul episod poate apărea la orice vârstă, din copilărie până la vârstă înaintată, debutul poate fi acut sau insidios și durata variază de la câteva săptămâni la mai multe luni. Riscul ca un pacient cu tulburare depresivă recurentă să aibă un episod de manie nu dispare niciodată completamente, deși s-au înregistrat multe episoade depresive. Dacă apare un astfel de episod, diagnosticul trebuie schimbat în tulburare afectivă bipolară (F31.-)

F 33.0. Tulburare depresivă recurentă, episod curent ușor

F 33.1. Tulburare depresivă recurentă, episod curent moderat

F 33.2. Tulburare depresivă recurentă, episod curent sever fără simptome psihotice

F 33.3. Tulburare depresivă recurentă, episod curent sever cu simptome psihotice

F 33.8. Alte tulburări depresive recurente

Barem de investigații (diagnostic funcțional) examenul clinic și psihiatric complet, investigații paraclinice, examen clinic psihologic, investigații sociale; examinare prin aplicarea de teste și scale de evaluare (cum este :.

I. Teste:

1. **Examinarea statutului mintal** (MSE),
2. **Chestionarul Pacientului Sănătos (Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9))**
3. **Inventarul de Depresie Beck (BDI) sau (BDI-II)** (Aaron T. Beck, 1961, 1978)
4. **Scala de evaluare a depresiei Hamilton (HRSD)** (Hamilton 1960)

II. Analize biochimice, investigații imagistice: ECG; după caz (radiografii, CT, RMN cerebral, EEG, EcoEG, ECG).

III. Criterii de diagnosticare: Semne și simptome: Majoritatea pacienților cu tulburare depresivă majoră prezintă un aspect normal. La pacienții cu simptome mai severe, poate fi observată o neglijare a îngrijirii personale și igienei, precum și o modificare a greutății. Pacienții pot manifesta și următoarele:

- Retard psihomotor
- Aplatizare sau pierderea reactivității în afectul pacientului (de ex., expresia emoțională)
- Agitație psihomotorie sau neliniște

Tulburarea depresivă majoră

Printre criteriile pentru o tulburare depresivă majoră, trebuie să fi fost prezente cel puțin 5 dintre următoarele simptome într-o perioadă de 2 săptămâni (și cel puțin 1 din simptome trebuie să fie diminuarea interesului / plăcerii sau depresie):

- Dispoziție depresivă: La copii și adolescenți, poate fi și o dispoziție iritabilă
- Diminuarea interesului sau pierderea plăcerii în aproape toate activitățile (anhedonie)
- Schimbări semnificative în greutate sau perturbarea apetitului: La copii, poate fi incapacitatea de a atinge greutatea dorită
- Tulburări de somn (insomnie sau hipersomnie)
- Agitație sau retard psihomotor
- Oboseală sau lipsa energiei
- Sentimente de inutilitate
- Capacitatea diminuată de gândire sau de concentrare; indecizie
- Gânduri recurente despre moarte, idei suicidare recurente fără un plan specific sau tentativă de suicid ori plan specific de comitere a suicidului

Deficiențe funcționale	Incapacitatea adaptivă (%)
Deficiențe ușoare din partea funcțiilor mentale globale și specifice din următoarele:	5-35

<ul style="list-style-type: none"> - episod unic în remisiune completă; - sistemele de suport efective (corijarea simptomelor acute și restabilirea nivelului de adaptare socioprofesională). 	40-45
<p>Deficiențe moderate din partea funcțiilor mentale globale și specifice din următoarele:</p> <ul style="list-style-type: none"> - evoluție ușoară, moderată - epizod unic în remisiune incompletă; - funcții psihosociale globale afectate moderat; 	50-55
<p>Deficiențe moderate din partea funcțiilor mentale globale și specifice din următoarele:</p> <ul style="list-style-type: none"> - tulburare afectivă recurentă cu tulburări induse de tratament (diabet zaharat, dislipidemie, parkinsonism), afecțiuni somatice, comportament adictiv; - funcții psihosociale globale afectate moderat (izolare de la veața socială parțial); 	60-75
<p>Deficiențe accentuate din partea funcțiilor mentale globale și specifice din următoarele:</p> <ul style="list-style-type: none"> - episoade multiple, în prezent în remisiune parțială - moderat-severă, severă cu evoluție cu caracteristici psihotice, perioadă îndelungată (1-12 luni) - funcții psihosociale globale afectate accentuat; - tulburări induse de tratament specific (diabet zaharat, dislipidemie, parkinsonism); 	80-100
<p>Deficiențe severe din partea funcțiilor mentale globale și specifice din următoarele:</p> <ul style="list-style-type: none"> - evoluție continuă persistentă; 	

F.42.0. Tulburarea obsesiv-compulsivă. Tulburarea obsesiv-compulsivă (TOC) este caracterizată de gânduri obsesive intruzive, îngrijorătoare și/sau de acte fizice sau mentale compulsive repetitive.

F.42.0. Gânduri predominant obsesive sau ruminății

F 42.1. Acte predominant compulsive [ritualuri obsesive

F 42.2. Gânduri și acte obsesive mixte

F 42.8. Alte tulburări obsesiv-compulsive

Barem de investigații (diagnostic funcțional) examenul clinic și psihiatric complet, investigații paraclinice, examen clinic psihologic, neurologic, investigații sociale; examinare prin aplicarea de teste și scale de evaluare cum este:

I. Teste:

1. **Examinarea statutului mintal** (MSE),
2. **Scala obsesiv-compulsivă Yale-Brown (Y-BOCS)** (Goodman WK; Price LH; Rasmussen SA; Mazure C; Fleischmann RL; Hill CL; Heninger GR; Charney DSm, 1989)

II. Analize biochimice, investigații imagistice: după caz (radiografii, CT, RMN cerebral, EEG, EcoEG, ECG, ECG;).

III. Criterii de diagnosticare: Semne și simptome (DSM-5): *Manualul de Diagnostic și Clasificare Statistică a Tulburărilor Mentale*, ediția a cincea (DSM-5), lansat în 2013, include un capitol nou referitor la TOC și tulburările asociate, incluzând tulburarea dismorfică corporală, tulburarea de teaurizare obsesivă, tricotilomania și tulburarea de provocare a excoriațiilor. Anterior, TOC a fost clasificată printre tulburările de anxietate.

Asociația Americană de Psihiatrie definește TOC ca prezență obsesiilor, compulsiilor sau a ambelor. Obsesiile sunt definite prin (1) și (2), după cum urmează:

1. Gânduri, îndemnuri sau imagini recurente și persistente, care sunt percepute, la un moment dat în timpul dereglării, ca fiind intruzive și nedorite și care provoacă anxietate pronunțată și stres.
2. Persoana încearcă să suprimă sau să ignore asemenea gânduri, impulsuri sau imagini ori să le neutralizeze cu alte gânduri sau acțiuni

Compulsiile sunt definite prin (1) și (2), după cum urmează:

1. Comportamente repetitive (de exemplu, spălatul mâinilor, ordine, verificare) sau acte mintale (de exemplu, rugăciune, numărare, repetarea cuvintelor în tăcere) ca răspuns la o obsesie sau în conformitate cu reguli care trebuie aplicate cu strictețe.
2. Comportamentele sau actele mintale au ca scop prevenirea sau reducerea distresului ori prevenirea unor evenimente sau situații înspăimântătoare; totodată, aceste comportamente sau acte mentale fie nu sunt legate într-un mod care ar putea neutraliza sau preveni în mod realist ceea ar trebui să prevină sau sunt în mod evident excesive.

Deficiențe funcționale	Incapacitatea adaptivă (%)
<p>Deficiențe ușoare din partea funcțiilor mentale globale și specifice din următoarele:</p> <ul style="list-style-type: none"> - episod unic în remisiune completă; - sistemele de suport efective (corijarea simptomelor acute și restabilirea nivelului de adaptare socioprofesională). - Scala Y-BOCS 8—15 	5-35
<p>Deficiențe moderate din partea funcțiilor mentale globale și specifice din următoarele:</p> <ul style="list-style-type: none"> - evoluție ușoară, moderată - epizod unic în remisiune incompletă; - funcții psihosociale globale afectate moderat; - Scala Y-BOCS 16—23 	40-45
<p>Deficiențe moderate din partea funcțiilor mentale globale și specifice din următoarele:</p> <ul style="list-style-type: none"> - TOC cu tulburări induse de tratament (parkinsonism), afecțiuni somatice, comportament adictiv; - funcții psihosociale globale afectate moderat (izolare de la veața socială parțial); - Scala Y-BOCS 24—31 	50-55
<p>Deficiențe accentuate din partea funcțiilor mentale globale și specifice din următoarele:</p>	60-75

<ul style="list-style-type: none"> - un risc semnificativ de sinucidere, care crește odată cu severitatea simptomelor și cu numărul diagnozelor psihiatrice concomitente (tulburare depresivă majoră, fobie socială și fobie simplă, tulburare generalizată de anxietate, tulburare de panică, tulburări ale ticurilor) - funcții psihosociale globale afectate accentuat; - tulburări induse de tratament specific (parkinsonism); - Scala Y-BOCS 24—31 <p>Deficiențe severe din partea funcțiilor mentale globale și specifice din următoarele:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Scala Y-BOCS 32—40 - evoluție continuă persistentă 	80-100
--	--------

F 43.1 Tulburare de stres posttraumatică.

Barem de investigații (diagnostic funcțional) examenul clinic și psihiatric complet, investigații paraclinice, examen clinic psihologic, neurologic, investigații sociale; examinare prin aplicarea de teste și scale de evaluare cum este :

I. Teste:

1. **Scala simptomelor TSPT la copii (CPSS)** Edna B., Foa EB, 2001
2. **Indice abreviat al reacției UCLA TSPT** Robert S. Pynoos, Alan M. Steinberg, P, 2017
3. **Scala impactului evenimentelor**, Weiss, D.S. (2007)
4. **Screeningul tulburărilor asociate cu anxietatea la copii (SCARED)**
5. **Inventarul Beck al Depresiei (BDI) or Inventarul Beck al Depresiei -II (BDI-II)** (Aaron T. Beck, 1961, 1978)
6. **Scala Mississippi pentru TSPT asociată cu participarea la lupte** (Lauterbach et al., 1997), (Norris și Perilla. 1996).

II. Analize biochimice, investigații imagistice: după caz (radiografii, CT, RMN cerebral, EEG, EcoEG, ECG, ECG;).

III. Criterii de diagnosticare: Semne și simptome: *Manualul de diagnostic și clasificare statistică a tulburărilor mintale* al Asociației Americane de Psihiatrie, ediția a cincea (DSM-5), enumeră următoarele criterii de diagnosticare a TSPT la adulți, adolescenți și copii cu vârsta de peste 6 ani:

- Expunere la moarte reală sau amenințare cu moartea, vătămări grave sau violență sexuală (orice activitate sexuală nedorită este violența sexuală).
- Prezența a 1 sau mai multe simptome de intruziune specificate, în asociere cu evenimentul (-ele) traumatizant (e)
- Evitarea persistentă a stimulilor asociați cu evenimentul (-ele) traumatizant (e)
- Alterări negative ale cognițiilor și stării de spirit asociate cu evenimentul (-ele) traumatizant (-e)
- Modificări marcate ale excitării și reactivității asociate evenimentelor traumatice
- Durata perturbării depășește 1 lună
- Distres sau dereglări semnificative din punct de vedere clinic în domenii importante de funcționare
- Incapacitate de a explica perturbarea prin efectele fiziologice ale unei substanțe sau ale unei alte stări medicale

Criteriile DSM-5 pentru TSPT la copii cu vârsta de până la 6 ani, după cum urmează:

- Trece în mod direct printr-un eveniment traumatizant, este martor la un asemenea eveniment sau află că un asemenea eveniment i s-a întâmplat unui părinte sau îngrijitor
- Simptome de intruziune asociate cu evenimentul (amintiri recurente, vise dureroase, reacții disociative, distres marcat sau reacție fiziologică ca răspuns la expunerea la declanșatoare traumatizante)
- Evitarea situațiilor sau lucrurilor care provoacă amintiri ale traumei SAU alterări negative ale cognițiilor (creșterea emoțiilor negative, scăderea interesului pentru activități semnificative, retragerea socială, scăderea emoțiilor pozitive)
- Modificări ale excitării și reactivității asociate cu evenimentele traumatizante (iritabilitate, vigilență excesivă, tresăriri exagerate, probleme de concentrare, tulburări de somn)

- Durata perturbării depășește 1 lună
- Distres sau deficiențe semnificative din punct de vedere clinic în relațiile cu părinții, frații, colegii sau alți îngrijitori sau în comportamentul școlar
- Incapacitate de a explica perturbarea prin efectele fiziologice ale unei substanțe sau ale unei alte stări medicale

Deficiențe funcționale	Incapacitatea adaptivă (%)
<p>Deficiențe ușoare din partea funcțiilor mentale globale și specifice din următoarele:</p> <ul style="list-style-type: none"> - episod unic în remisiune completă pe parursul de 3 luni; - sistemele de suport efective (corijarea simptomelor acute și restabilirea nivelului de adaptare socioprofesională). - Scor IES-R < 24 	5-35
<p>Deficiențe moderate din partea funcțiilor mentale globale și specifice din următoarele:</p> <ul style="list-style-type: none"> - evoluție ușoară, moderată - epizod unic în remisiune incompletă; - funcții psihosociale globale afectate moderat; - Scor IES-R > 24 - TSPT este o preocupare clinică. Cei care au scoruri IES-R de acest nivel, care nu au TSPT completă, vor avea TSPT parțială sau cel puțin unele simptome. 	40-45
<p>Deficiențe moderate din partea funcțiilor mentale globale și specifice din următoarele:</p> <ul style="list-style-type: none"> - PTSD cu comportament adictiv; - unii încep să dezvolte o problemă pe termen lung cu o personalitate posttraumatică, inclusiv comportament impulsiv, abuz de substanțe, agresiune, tulburări de alimentație, acțiune sexuală, stare de spirit labilă, furie, atacuri de panică și disociere. - funcții psihosociale globale afectate moderat (izolare de la viața socială parțial); - Scor IES-R - 25-33 - Aceasta reprezintă cea mai bună cale spre un diagnostic probabil 	50-55
	60-75

<p>de TSPT</p> <p>Deficiențe accentuate din partea funcțiilor mentale globale și specifice din următoarele:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pacienții cu TSPT cronică au un risc crescut de ideație suicidară și mortalitate prin sinucidere. TSPT cronică este asociată cu perturbarea capacității de muncă, având un impact similar cu cel al depresiei majore. - funcții psihosociale globale afectate accentuat; - tulburări induse de tratament specific (parkinsonism); - Scor IES-R >33 <p>Deficiențe severe din partea funcțiilor mentale globale și specifice din următoarele:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Scor IES-R - 33-39 - Este suficient de înalt pentru a suprima funcționarea sistemului imunitar (chiar la 10 ani după un eveniment cu impact). - evoluție continuă persistentă 	<p>80-100</p>
---	---------------

F70-79. Retard mental. O stare de dezvoltare incompletă sau stopată a minții, care se caracterizează în special prin degradarea competențelor manifestate în timpul perioadei de dezvoltare, abilități care contribuie la nivelul general al inteligenței, adică abilitățile cognitive, lingvistice, motorii și sociale. Retardul poate să apară cu sau fără orice altă stare psihică sau fizică.

F 70.0. Retard mental ușor

F71.0. Retard mental moderat

F 72.0 Retard mental sever

F 73.0. Retard mental profund

F 78.0. Alt retard mental

Barem de investigații (diagnostic funcțional) examenul clinic și psihiatric complet, investigații paraclinice, examen clinic psihologic, neurologic, investigații sociale; examinare prin aplicarea de teste și scale de evaluare cum este :

I. Teste:

1. **Examinarea statutului mintal** (MSE),
2. **Scalele Bayley de evaluare a dezvoltării copiilor mici (Nancy Bayley a folosit scala în primul rând pentru a evalua dezvoltarea sugarilor și a copiilor mici, vârsta cuprinsă între 1–49 luni, 1983, Ediția 3 (2006 - prezent))**
3. Scalele inteligenței Stanford Binet, Ediția 5 (SB-5), 2003 pentru vârstele de la 2 la 23 ani
4. Scala inteligenței Wechsler pentru preșcolari și școlari mici - Ediția 5 revizuită (WISC-V), 2014, pentru vârstele de la 3 la 7.25 ani
5. Scala inteligenței Wechsler pentru copii – Ediția IV (WPPSI-IV), 2012, de la 6 la 16 ani, 11 luni
6. Scalele comportamentului adaptiv Vineland -II (Sara S. Sparrow, PhD, Domenic V. Cicchetti, PhD, David A. Balla, 2005) De la nou-născuți la adulți.

II. Analize biochimice, investigații imagistice: după caz (radiografii, CT, RMN cerebral, EEG, EcoEG, ECG, ECG;). Consult psiholog (IQ nivel).

III. Examinare genetică (după caz):

- Trisomy 21 sau sindromul Down,
- Sindromul X Fragil,

- Sindromul [Prader-Willi](#),
- Sindromul Angelman,
- Sindromul CATCH 22,
- Sindromul Williams,
- Sindromul Wolf-Hirschhorn,
- Sindromul Langer-Giedion,
- Sindromul Miller-Dieker,
- Scleroza tuberoasă,
- Sindromul Rubinstein-Taybi,
- Sindromul Coffin-Lowry,
- Sindromul Rett,
- Sindromul Smith-Lemli-Opitz,
- Sindromul Costello.

IV. Având în vedere randamentul lor scăzut, laboratoarele metabolice nu sunt solicitate în mod curent, cu excepția cazului în care sunt indicații clinice sau dacă nu a fost efectuat screening-ul metabolic al nou-născutului ori nu sunt disponibile rezultatele.

- Aminoacizi plasmatici (aminoacidopatii)
- Acizi organici urinari (acidopatii organice)
- Mucopolizaharidele urinare și oligozaharidele (mucopolizaharidoză)
- Plasma 7-DHC (Sindromul Smith-Lemli-Opitz)
- Teste ale funcției tiroidiene
- Acizi grași cu lanț foarte lung (peroxizomale)
- Creatinkinaza (în evaluarea hipotoniei centrale profunde versus miopatie)

V. Criterii de diagnosticare: Semne și simptome: (DSM-5)

Cei patru specificatori ai severității revizuiți în *DSM-5* care pot fi aplicați la un diagnostic al dizabilității intelectuale sunt **ușor, moderat, grav și profund**. Severitatea se bazează mai mult pe nivelul de funcționare adaptivă, decât pe scorul IQ.

- **Ușor** este folosit pentru scorurile IQ de aproximativ 55-70.
- **Moderat** se referă anterior la scorurile IQ de aproximativ 40-55.
- **Sever** a indicat anterior IQ între 25 și 40.
- **Profund** se referă anterior la scorurile IQ sub 25.

Deficiențe funcționale	Incapacitatea adaptivă (%)
<p>Deficiențe ușoare din partea funcțiilor mentale globale și specifice din următoarele:</p> <ul style="list-style-type: none">- Ușor este folosit pentru scorurile IQ de aproximativ 55-70.- Este garantat un anumit suport pentru sarcinile zilnice complexe, îngrijirile medicale și deciziile juridice, formarea profesională.- Plus la dificultățile de învățare a abilităților academice, cu sprijinul necesar pentru a răspunde așteptărilor aferente vârstei, se demonstrează dezvoltare socială imatură și judecata socială.- Deficiențe funcții psihosociale globale afectate moderat;	5-35
<p>Deficiențe moderate din partea funcțiilor mentale globale și specifice din următoarele:</p> <ul style="list-style-type: none">- Moderat se referă anterior la scorurile IQ de aproximativ 40-55.- Poate fi necesară extinderea instruirii privind îngrijirile pentru nevoile personale de bază, pentru ca o persoană să poată obține independență.- Plus la necesitatea de suport vocațional, este necesară	50-55

<p>susținere continuă în sarcinile casnice.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Comportamentele sociale și comunicative pot fi considerabil mai puțin complexe, decât cele ale colegilor, iar raționamentul social este de obicei limitat. - Limbajul și abilitățile pre-academice se pot dezvolta lent, iar rata de dobândire a competențelor academice este cu mult în urma colegilor. - Funcțiile psihosociale globale afectate moderat (izolare parțială de la viața socială); 	60-75
<p>Deficiențe accentuate din partea funcțiilor mentale globale și specifice din următoarele:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Severă indica anterior scorurile IQ cuprinse între 25 și 40. - Este necesar suport pentru toate activitățile cotidiene și supraveghere permanentă. - Limbajul poate fi destul de limitat și poate necesita augmentare prin dispozitive sau prin alte mijloace. - Dezvoltarea abilităților conceptuale este limitată în ceea ce privește limbajul scris, numerele, cantitatea sau timpul. - funcții psihosociale globale afectate accentuat; 	80-100
<p>Deficiențe severe din partea funcțiilor mentale globale și specifice din următoarele:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Profund se referea anterior la scorurile IQ sub 25 - Persoana este dependentă de altcineva în toate aspectele vieții cotidiene. - Este tipică înțelegerea foarte limitată a comunicării simbolice (vorbire și gest), iar necesitățile pot fi exprimate prin mijloace nonverbale. - Utilizarea obiectelor poate fi orientată spre un scop, iar abilitățile vizual-spațiale, cum ar fi combinarea sau sortarea, pot fi dobândite. - Dereglările motorii și senzoriale concomitente pot împiedica funcționarea. 	

F80.3 Afazie dobândită cu epilepsie [Landau-Kleffner]. Afazia epileptică dobândită (AED) se dezvoltă, de obicei, la copii sănătoși care își pierd mod acut sau progresiv abilitățile de limbaj receptiv și expresiv și coincide cu apariția modificărilor electroencefalografice paroxismetice (EEG). Mulți cercetători actuali clasifică afazia epileptică dobândită ca parte a sindromului de status epileptic electric din timpul somnului (ESES), cunoscut și sub denumirea de vârf continuu și val de somn lent (CSWS)^{1,22}.

Barem de investigații (diagnostic funcțional) - examenul clinic și psihiatric complet, investigații paraclinice, examen clinic psihologic, neurologic, investigații sociale; examinare prin aplicarea de teste și scale de evaluare (cum este :.

I. Teste:

- **Examinarea statutului mintal (MSE),**
- **Potențialele evocate auditive ale trunchiului cerebral (BAERs)**
- **Teste auditive comportamentale (TAC)**

II. Analize biochimice, investigații imagistice: după caz (consult psiholog, logoped, neurolog (limbaj, vorbire și probleme de comportament), radiografii, CT, RMN cerebral, PET and SPECT Scanning, EEG (vârfuri centro-temporale, de regulă, localizarea focarelor epileptice poate varia în timp și spațiu (descărcări multifocale),

- **EEG în stare de veghe** (la EEG în stare de veghe, datele inițiale sunt la început normale). Pot fi văzute teta focale care încetinesc în zona descărcărilor sau chiar o încetinire generalizată (probabil, secundară medicamentelor). În stare de veghe, se pot observa unele anomalii epileptiforme. Descărcările sunt focale sau bilaterale, cu predominanță temporală sau parietală),
- **EEG în stare de somn** (Activarea și generalizarea descărcărilor - inițial cu stadiul 1-2, somn non-REM (NREM), maxim în stadiul 3 non-REM și somn REM, descărcări continue vârf-și-val în timpul somnului cu val lent - Probabil secundar generalizat (sincronizare secundar bilaterală), frecvent, dar nu universal, poate persista în timpul somnului REM.
- **Magnetoencefalografia (MEG) (adesea cu boală de lungă durată și descărcări proeminente bisincrone legate de somn vârf-și-val).**

III. Criterii de diagnosticare: Semne și simptome:

- **Simptomele limbajului** (vârsta de debut a afaziei este cuprinsă între 18 luni și 13 ani, dar este de obicei după 4 ani și înainte de 7 ani)
- **Convulsii** (59% au convulsii parțiale, 39% au prezentat convulsii tonico-clonice generalizate și 16% au avut absențe atipice. Au fost descrise convulsiile mioclonice cu implicarea feței și ochilor. Aproximativ 12% dintre pacienți au antecedente familiale de epilepsie). Convulsiile apar de obicei la vârsta între 4 și 10 ani, iar multe serii arată că, de regulă, există o remisiune a convulsiilor înainte de maturitate (deseori, înainte de vârsta de 15 ani).
- **Perturbări comportamentale și neuropsihologice** (78% - prezența asintaxiei, parapsie și stereotipuri verbale. La 80% dintre pacienți se remarcă hiperactivitate și interval redus de atenție.) Comportamentul agresiv și opozițional, inclusiv atacurile de furie, nu sunt neobișnuite.
- **Trăsături controversate.** (Unele cazuri inițial considerate a fi epilepsie benignă din copilărie cu vârfuri centro-temporale se dezvoltă ulterior într-o imagine a afaziei epileptice dobândite).

Deficiențe funcționale	Incapacitatea adaptivă (%)
Deficiențe ușoare din partea funcțiilor mentale globale și specifice din următoarele: <ul style="list-style-type: none">- Poate reproduce cuvinte și fraze- Poate șterge consoanele finale și schimba cu locul literele- Calitatea vocii poate fi similară cu cea a unei persoane cu deficiențe de auz- Utilizează un discurs generic, care constă în principal din substantive- Toți copiii cu sindromul Landau Kleffner au activitate electrică anormală în unul sau ambii lobi temporali.- Majoritatea copiilor depășesc crizele convulsive și activitatea electrică a creierului revine, de regulă, la normal la vârsta de cincisprezece ani.- Inițial, convulsiile se prezintă ca convulsii focale, de obicei ale feței.	5-35
Deficiențe funcții psihosociale globale afectate moderat; <ul style="list-style-type: none">- Pierderea întregului discursul inteligibil	40-45

<ul style="list-style-type: none"> - Regresia abilităților de vorbire receptivă și expresivă - Variații ale abilităților receptive de la capacitate de a urma simple comenzi verbale la incapacitate totală de a înțelege orice mesaj verbal - Hiperkinezie - Anxietate - Evitarea contactului interpersonal - Tulburări de somn - Aproximativ două treimi dintre copiii cu sindrom Landau Kleffner au convulsii (de obicei, se produc pe timp de noapte) - Indicatorii faciali vizibili includ clipitul din ochi, ochi dați peste cap, clipitul dintr-un ochi fără sincronizare cu celălalt, privire în gol, ridicatul sprâncenelor, sorbit zgomotos, clănțănit din dinți, tremurat, mișcări de mestecare, grimase de zâmbete, mișcări de întindere a gurii. 	
<p>Deficiențe moderate din partea funcțiilor mentale globale și specifice din următoarele:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Creșterea treptată a greșelilor de articulație și scăderea complexității propoziției - Vorbirea diminuează până la folosirea doar a cuvintelor singulare, a jargonului sau la mutism total - Izbucniri de furie cu agresivitate - Stereotipuri gestuale - Punerea în gură a obiectelor 	50-55
<p>Deficiențe accentuate din partea funcțiilor mentale globale și specifice din următoarele:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Dacă pot auzi cuvinte, le pot auzi diferit de fiecare dată și, în consecință, au mari dificultăți în a face asociațiile necesare pentru a plasa informații în memoria de stocare. - Funcțiile psihosociale globale afectate accentuat; - De asemenea, pot avea zvâcniri mioclonice care progresează până la crize focale sau clonice tonice generalizate. - Memorie afectată pe termen scurt 	60-75
<p>Deficiențe severe din partea funcțiilor mentale globale și specifice din următoarele:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Stare epileptică convulsivă și non-convulsivă - Probleme de limbă, cum ar fi disnomie (spune ciocan în loc de lopată), parafazie semantică (spune tăiat în loc de foarfece) sau compuși inversați (spune lightstop în loc de stoplight) 	80-100

--	--

F84.0. Tulburarea din spectrul autismului (TSA) se manifestă la începutul copilăriei și se caracterizează prin anomalii calitative în interacțiunile sociale, abilități de comunicare anormale considerabil și comportamente, interese și activități repetitive restrânse (RRB)

F84.1 Autism atipic

F 84.2. Sindromul Rett

F84.3 Alte tulburări dezintegrate din copilărie

F 84.4. Hiperactivitate asociată cu retard mintal și mișcări stereotipice

F 84.5. Sindromul Asperger

Barem de investigații (diagnostic funcțional) examenul clinic și psihiatric complet, investigații paraclinice, examen clinic psihologic, neurologic, investigații sociale; examinare prin aplicarea de teste și scale de evaluare cum este :

I. Teste:

1. **Examinarea statutului mintal (MSE)**,
2. **AMSE (Examenul de stare mentală în autism**, (Grodberg et al., 2011),
3. Chestionarul **CoSoS / ESAT** (Oosterling și alții, 2010; Dietz și alții, 2006),
4. **AQ-10 (Coeficientul Spectrului Autist)** Allison C, Auyeung B, și Baron-Cohen S, (2012)
5. **ADOS (Program de observație pentru diagnosticul autismului)** Lord și colab. (2000) și (Давид Гродберг, 2011),
6. **SCQ (Chestionar de comunicare socială)**, (Michael Rutter),
7. **ADI-R** (Interviu de diagnosticare a autismului-Revizuit), Lord, Rutter și Le Couteur (1994)
8. **(M-CHAT-R/F)TM (Listă de verificare modificată pentru autism la copii mici, revizuită)**, [Robins,Fein & Barton,1999],
9. **Test auditiv**
10. Scala inteligenței Wechsler pentru preșcolari și școlarii mici – revizuită, Ediția 5 (WISC-V), 2014, pentru vârstele de la 3 la 7.25 ani
11. Scala inteligenței Wechsler la copii – Ediția IV (WPPSI-IV), 2012, de la 6 la 16 ani, 11 luni

II. Examinare genetică (după caz):

- **Testare ADN a X fragil**, Reacția lanțului de polimerază (PCR) pentru sindromul X fragil
- Studii citogene de înaltă rezoluție cu testul de hibridizare fluorescentă in situ (FISH) pentru sindroamele Prader-Willi, Angelman și Williams
- Măsurarea fosfokinazei creatinei - Pentru a exclude distrofia musculară
- Determinarea nivelului de plumb - Pentru a exclude otrăvirea cu plumb
- Testarea acidului organic uric
- Testul aminoacizilor plasmatici
- Testul lactatului și / sau piruvatului - Pentru a exclude tulburările mitocondriale
- Testul amoniacului seric - Pentru a exclude defectele ciclului ureei
- Testarea acizilor grași cu catenă foarte lungă - Pentru a exclude tulburările peroxizomale
- Testarea hormonului de stimulare a tiroidei - Pentru a exclude hipotiroidismul
- Secvențierea genelor pentru MECP2 (Sindromul Rett)

III. Analize biochimice, investigații imagistice: după caz (consult psiholog, logoped, neurolog (limbaj, vorbire, probleme de comportament), **radiografii, CT, RMN cerebral, PET and SPECT Scanning, EEG, Polysomnography, MRS (magnetic resonance spectroscopy)**)

IV. Criterii de diagnosticare: Semne și simptome: Caracteristicile comportamentale și de dezvoltare care sugerează autismul includ următoarele:

- Regres în dezvoltare
- Lipsa arătăturii protodeclarativ
- Reacții anormale la stimulii de mediu
- Interacțiuni sociale anormale
- Absența zâmbetului când întâlnesc părinții și alte persoane cunoscute
- Absența răspunsurilor tipice la durere și vătămări corporale
- Întârzieri și abateri de vorbire
- Susceptibilitatea la infecții și afecțiuni febrile
- Absența jocului simbolic
- Comportament repetitiv și stereotipic

Diagnostic. Examenul pacienților suspecți de tulburări din spectrul autismului poate include următoarele constatări:

- Mișcări anormale (de exemplu, neîndemânare, mers stângaci, bătut din palme, ticuri)
- Anomalii dermatologice (de exemplu, cute palmare anormale)
- Circumferința anormală a capului (de exemplu, mică la naștere, crescută de la vârsta de la 6 luni la 2 ani, normală în adolescență)
- Stereotipuri orofaciale, ale extremităților și capului / trunchiului (de exemplu, mișcări, posturi și sunete fără scop, repetitive, modelate)
- Comportamente auto-vătămătoare (de exemplu, pișcat, auto-mușcătura, lovirea/pălmuirea capului)

Deficiențe funcționale	Incapacitatea adaptivă (%)
<p>Deficiențe ușoare din partea funcțiilor mentale globale și specifice din următoarele:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Unii dintre pacienți au un interes scăzut pentru relațiile sociale, încercările de a face prieteni par a fi ciudate și, de obicei, duc la eșec. La vârsta pubertății, pacienții sunt deranjați de lipsa de prieteni. - Disfuncții de comunicare și afectarea interacțiunilor sociale și apariția mișcărilor slab coordonate /instabile de mers și / sau trunchi. - Sistemele de suport efective (Nu sunt capabili de empatie emotionala. și restabilirea nivelului de adaptare socioprofesională). - Prezintă limbaj bine dezvoltat, vocabular bogat. Comunicarea este deficitara, vorbesc doar când vreau, nu asculta interlocutorul, de multe ori monologhează. Sunt constatate intonații și expresii specifice. - Gândire abstractă și logica bună. - Tendință pentru stabilirea contactelor, dar nu sunt în măsură să o facă. - High Functioning (*Verbal and non-verbal IQ > 70 - about 25% of affected children) 	5-35

<p>Deficiențe moderate din partea funcțiilor mentale globale și specifice din următoarele:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Motricitatea nu este fină - Pacienții au dificultăți de comunicare, în stabilirea unui dialog. - Tulburări de atenție evidente - Regresia funcțiilor psihice și anume a celor motrice cu deficit de mers, limbajului, comportamentului alimentar - Detașarea socială - Afectarea funcțiilor cognitive - Funcții psihosociale globale afectate moderat; - Mid-Functioning (*Non-verbal IQ > 70 but verbal IQ < 70 - about 25% of affected children) 	40-45
<p>Deficiențe moderate din partea funcțiilor mentale globale și specifice din următoarele:</p> <p>"triada" :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Lipsa interacțiunii sociale (detașare, contact vizual limitat, sfâșiind, lipsa răspunsului afectiv la emoțiile anturajului). 2. Lipsa comunicării reciproce 3. Prezența unor forme stereotipe regresive de comportament. <ul style="list-style-type: none"> - Afectiuni somatice comorbide (ADHD, tulburări afective, comportament opoziționist sau automutilant, tulburare obsesiv compulsivă, ticuri, sindromul Tourette, comportament agresiv; - Funcții psihosociale globale afectate moderat (izolare de la veața socială); - Funcționare redusă (IQ verbal și non-verbal < 70 - în jur de 50% din copiii afectați) 	50-55
<p>Deficiențe accentuate din partea funcțiilor mentale globale și specifice din următoarele:</p> <ul style="list-style-type: none"> - funcții psihosociale globale afectate accentuat; - Se constată comorbidități cu retardul mintal, sindromul Martin Bell, Down, Williams, Angelman, Sotos sau alte maladii ca fenilketonuria, scleroza tuberoasă, epilepsie, anomalii genetice inclusiv sindrom de cromozom X fragil, distrofie musculară, fibromatoza, tulburări vizuale sau auditive , e.t.c.. - idiația motorie este asociată cu negativism - asocierea simptomelor catatonice cu autismul - vorbirea este neclară, incoerența, cu perseverari, ecolalii. 	60-75

<ul style="list-style-type: none"> - hiperactivitatea motorie se asociază cu deficit prosexic. <p>Deficiențe severe din partea funcțiilor mentale globale și specifice din următoarele:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Partea comunicativă a vorbirii este practic absentă. - Lipsa gesturilor sau mișcări atetoide, mers cu suport pe degetele picioarelor, distonie musculară preponderent cu tulburări neurologice (atrofie spinală, rigiditate spastică), dispariția completă a mersului. - Componenta emoțională nu este dezvoltată - Nedezvoltarea funcțiilor psihice - Durata stărilor psihotice este de 2-5 ani. - Gândirea abstractă lipsește - Convulsii epileptice. Frecvente 	<p>80-100</p>
---	---------------

F 90.0. Tulburări hiperkinetice. Tulburarea de hiperactivitate cu deficit de atenție (THDA) este o stare în dezvoltare marcată de neatenție și distractibilitate, cu sau fără hiperactivitate asociată. Există 3 forme de bază ale THDA descrise în *Manualul de diagnostic și clasificare statistică a tulburărilor mintale*, ediția a cincea (DSM-5) al Asociației Americane de Psihiatrie:

- Lipsa atenției;
- hiperactiv-impulsivă;
- și combinată.

Barem de investigații (diagnostic funcțional) examenul clinic și psihiatric complet, investigații paraclinice, examen clinic psihologic, neurologic, investigații sociale; examinare prin aplicarea de teste și scale de evaluare cum este :

I. Teste:

- **Examinarea statutului mintal (MSE),**
- **Scala de evaluare Wender Utah (Ward MF Wender PH Reimherr F), 1993.**
- **Scala de auto-raportare a tulburării de hiperactivitate/ deficit de atenție la adulți (ASRS) (Lenard Adler Ronald C. Kessler, Thomas Spencer (2003)**
- **Scala de evaluare a profesorilor și a părinților SNAP-IV 26-tem (James M. Swanson, University of California, Irvine), 2007.**

- Scala inteligenței Wechsler pentru preșcolari și școlarii mici – Ediția 5, revizuită (WISC-V), 2014, pentru vârstele de la 3 la 7.25 ani
- Scala inteligenței Wechsler pentru copii – Ediția IV (WPPSI-IV), 2012, de la 6 la 16 ani, 11 luni.

II. Analize biochimice, investigații imagistice: după caz (consult psiholog, logoped, neurolog, radiografii, CT, RMN cerebral, PET asind SPECT Scanning, EEG.

III. Criterii de diagnosticare: Semne și simptome:

- **Lipsa atenției**

Trebuie să includă cel puțin 6 dintre următoarele simptome ale neatenției care trebuie să fi persistat timp de cel puțin 6 luni la un nivel maladativ și care nu corespund cu nivelul de dezvoltare:

- Deseori nu reușește să acorde o atenție minuțioasă detaliilor sau face greșeli neglijente la școală, la locul de muncă sau în alte activități
- Deseori întâmpină dificultăți în menținerea atenției asupra sarcinilor sau activităților de joc
- Deseori pare să nu asculte ceea ce i spune
- Deseori nu respectă instrucțiunile și nu reușește să termine sarcinile școlare, treburile casnice sau obligațiunile la locul de muncă (nu din cauza comportamentului opozițional sau neînțelegerii instrucțiunilor)
- Deseori întâmpină dificultăți în organizarea sarcinilor și activităților
- Deseori evită sau nu-i plac defel sarcinile (cum ar fi sarcinile școlare sau temele pentru acasă) care necesită un efort mental susținut
- Deseori pierde lucrurile necesare pentru sarcini sau activități (obiecte școlare, creioane, cărți, unelte sau jucării)
- Deseori este ușor distras de stimuli străini
- Deseori uită unele lucruri în activitățile zilnice
- Hiperactivitate/impulsivitate

Trebuie să includă cel puțin 6 dintre următoarele simptome de hiperactivitate-impulsivitate care trebuie să fi persistat timp de cel puțin 6 luni la un nivel maladativ și care nu corespunde nivelului de dezvoltare:

- Frământarea sau lovirea cu mâinile sau picioarele, zvârcolitul pe scaun
- Părăsește scaunul în sala de clasă sau în alte situații când urmează a sta așezat
- Alergat sau cățărăt excesiv în situațiile când acest comportament este inadecvat (la adolescenți sau adulți, acest lucru poate fi limitat la sentimente subiective de agitație)
- Dificultate de a se juca sau de a se implica în activități de divertisment în liniște
- Nu poate sau nu se simte confortabil de a sta liniștit perioade îndelungate de timp (poate fi privit de cei din jur ca fiind "pe fugă" sau drept o persoană cu care este dificil de ținut pasul)
- Vorbire excesivă
- Răspunde la întrebări înainte ca întrebările să fie finalizate
- Dificultate de a sta în rând sau de a-și aștepta rândul în jocuri sau în situații de grup
- Întrerupe sau împiedică alte persoane (în cazul adolescenților și adulților, pot împiedica sau pot prelua ceea ce fac alții)
- *Altceva*
- Debutul este nu mai târziu de vârsta de 12 ani
- Simptomele trebuie să fie prezente în două sau mai multe situații, cum ar fi școala, locul de muncă sau acasă
- Tulburarea provoacă un distress sau perturbare semnificativă din punct de vedere clinic în funcționarea socială, academică sau ocupațională
- Tulburarea nu apare exclusiv pe parcursul schizofreniei sau al altei tulburări psihotice și nu este mai bine explicată prin starea de spirit, anxietate, tulburare disociativă, de personalitate sau intoxicare cu substanțe ori sevraj

Deficiențe funcționale	Incapacitatea adaptivă (%)
<p>Deficiențe ușoare din partea funcțiilor mentale globale și specifice din următoarele:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ O persoană suspectată de această tulburare trebuie să aibă cel puțin 6 din cele nouă simptome sugestive pentru hiperactivitate - impulsivitate sau lipsa atenției. ➤ Aceste simptome trebuie să fi fost prezente timp de cel puțin 6 luni și trebuie să influențeze cel puțin două domenii de funcționare, cum ar fi viața casnică, școlară, socială sau profesională. ➤ În plus, simptomele trebuie să fi apărut din copilărie, la vârsta de șapte ani sau mai mică. ➤ Scala ASRS: Un scor de 12 puncte sau mai mare indică faptul că simptomele pot corespunde THDA la adulți. ➤ Scala SNAP-IV: Scor-țintă sugerat: <ul style="list-style-type: none"> • <13/27 pentru lipsa atenției • <13/27 pentru hiperactivitate/impulsivitate • <8/24 pentru tulburarea opozițională de sfidare ➤ Un diagnostic corect poate fi efectuat numai printr-o evaluare clinică 	5-35
<p>Deficiențe moderate din partea funcțiilor mentale globale și specifice din următoarele:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Scala ASRS: scor al pacientului între 17-23 puncte, ➤ Scala SNAP-IV: <ul style="list-style-type: none"> • Întrebările 1 –9: Sub-setul Lipsa atenției: scor 13 –17= Simptome ușoare • Întrebările 10–18: Sub-setul Hiperactivitate/ Impulsivitate: scor 13 –17 = Simptome ușoare • Întrebările 19 –26: Sub-setul Opoziție/Sfidare: scor 8 –13 = Simptome ușoare ➤ Un diagnostic corect poate fi efectuat numai printr-o evaluare clinică. 	40-45

<p>Deficiențe moderate din partea funcțiilor mentale globale și specifice din următoarele:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Scala ASRS: 24 puncte sau mai mult fie în Partea A sau Partea B, pacienții sunt foarte susceptibili de a avea THDA la vârsta adultă. ➤ Scor SNAP-IV: <ul style="list-style-type: none"> • Întrebările 1–9. Sub-setul Lipsa atenției: scor 18 –22= Simptome moderate • Întrebările 10–18. Sub-setul Hiperactivitate/Impulsivitate: scor 18 –22 = Simptome moderate • Întrebările 19 –26. Sub-setul Opoziție/Sfidare: scor 14 –18 = Simptome moderate ➤ Un diagnostic corect poate fi efectuat numai printr-o evaluare clinică. 	50-55
<p>Deficiențe accentuate din partea funcțiilor mentale globale și specifice din următoarele:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Scala ASRS: 24 puncte sau mai mult fie în partea A sau Partea B, pacienții sunt foarte susceptibili de a avea THDA la vârsta adultă ➤ Scala SNAP: <ul style="list-style-type: none"> • Întrebările 1 –9. Sub-setul Lipsa atenției: scor 23 –27= Simptome severe • Întrebările 10 –18. Sub-setul Hiperactivitate/Impulsivitate: scor 23 –27 = Simptome severe • Întrebările 19 –26. Sub-setul Opoziție/Sfidare: scor 19 –24 = Simptome severe ➤ Un diagnostic corect poate fi efectuat numai printr-o evaluare clinică. 	60-75
<p>Deficiențe severe din partea funcțiilor mentale globale și specifice din următoarele:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Scala ASRS: 24 puncte sau mai mult fie în Partea A sau Partea B, pacienții sunt foarte susceptibili de a avea THDA la vârsta adultă ➤ Scala SNAP: <ul style="list-style-type: none"> • Întrebările 1 –9. Sub-setul Lipsa atenției: scor 23 –27= 	80-100

Simptome severe

- **Întrebările 10–18. Sub-setul Hiperactivitate/Impulsivitate: scor 23 –27 = Simptome severe**
- **Întrebările 19 –26. Sub-setul Opoziție/Sfidare: scor 19 –24 = Simptome severe**
- Un diagnostic corect poate fi efectuat numai printr-o evaluare clinică.