

TULBURĂRI SPECIFICE DE DEZVOLTARE (TSD) O CLASĂ DIAGNOSTICĂ DEPĂȘITĂ

SPECIFIC DEVELOPMENTAL DISORDERS (SDD) AN OUTDATED DIAGNOSTIC CLASS

Șt. Milea¹

REZUMAT

Se susține că individualizarea în CIM-10 a cadrului clinic denumit „Tulburări specifice de dezvoltare” (TSD) este depășit. Între argumente sunt menționate:

- faptul că în literatura de specialitate nu există unanimitate în ceea ce privește forma și conținutul său. De fapt nici cadrul său mai larg în care este cuprins, clasa 8-a, cea a tulburărilor de dezvoltare psihologică nu este lipsită de contradicții semnificative.
- cel mai concludent argument este însă faptul că astăzi când se recunoaște pentru întreaga patologie psihică a copilului și adolescentului interacțiunea strânsă cu procesele dezvoltării nu se menționează explicit nici prin ce sunt specifice tulburările cuprinse în TSD și nici de ce doar acestea sunt tulburări de dezvoltare.

Dreptul lor la autonomie s-ar justifica doar dacă s-ar menționa că ele sunt expresia exclusivă a anormalității suportului ontogenetic al premizelor constitutive ale diferitelor abilități.

Cuvinte cheie: tulburări specifice de dezvoltare; tulburări de dezvoltare

ABSTRACT

The paper states that the individualization within CIM-10 of the clinical frame called Specific developmental disorders (SDD) is outdated. Among the arguments presented we mention:

- the fact that in the specialized literature there is no unanimity as to what its form and content are concerned. As well as that, the larger framework that includes it (the 8th class of psychological developmental disorders) is not without significant contradictions.
- and the most conclusive argument which is the fact that, nowadays, when the close interaction with the developmental processes is admitted for the entire psychological pathology of child and adolescent, neither what is the specific for the disorders included in the SDD, nor why only they are considered developmental disorders is explicitly stated.

Their right to autonomy could only be justified if it were mentioned that they are the exclusive expression of the abnormality of the ontogenetical prop underlying the constitutive premises of both abilities.

Keywords: Specific developmental disorders; Developmental disorders.

¹Membru titular al Academiei de Științe Medicale
Prof. consultant UMF Carol Davila București

Adresă corespondență:
Ștefan Milea, Clinica de Psihiatrie Pediatrică
Șos. Berceni nr. 10-12, București, sector 4, c.p. 041 915

¹ Member of the Scientific Medical Academy, Consultant Professor of
University of Medicine and Pharmacy „Carol Davila” Bucharest

Correspondence address:
Stefan Milea, Clinic of Child Psychiatry,
no 10-12 Berceni Street, Bucharest, sector 4, cp 041915

Sinonime – dizabilități de dezvoltare

Introducere. O privire asupra a ceea ce astăzi poartă numele de TSD (Tabelele: 1-2-3 și 4) ne relevă faptul că pe de o parte, nu există unanimitate în ceea ce privește conținutul său, iar pe de altă parte, termenii care o reprezintă nu sunt clar conturați.

TSD și conținutul lor actual. A 10-a revizuire a clasificării internaționale a maladiilor (CIM-10-1990) actualmente în uz, grupează TSD în clasa 8-a, cea a

„Tulburărilor de dezvoltare psihologică” (F80-F89) care cuprinde 4 grupe de boli: F80- F 81- F 82- F 83 și F 84 (**Tabel 1**). Așa cum rezultă din tabelele 2 și 3, ele sunt prezente și în principalele clasificări concurente ale tulburărilor psihice, respectiv „Diagnostic and Statistical Manual of Mental disorders, fourth edition text revision” (DSM-IV-TR™ -2000) și Clasificarea franceză a tulburărilor mintale ale copilului și adolescentului (CFTMA R-2000).

Tabel Nr.1. A 10-a revizuire a clasificării internaționale a maladiilor (CIM-10-1990)

Tulburări de dezvoltare psihologică (F80-F89)	
1. Tulburări specifice de dezvoltare (TSD) a vorbirii și limbajului (F80)	
2 Tulburări specifice de dezvoltare (TSD) a achizițiilor școlare (F81)	
3 Tulburări specifice de dezvoltare (TSD) motorie (F82)	
4 Tulburări specifice mixte de dezvoltare (F83)	
5 Tulburări invadante ale dezvoltării (F 84)	
6 Alte tulb. ale dezvoltării psihologice (F 88)	
7 Tulb. a dezvoltării, fără precizare (F 89)	
1. TSD a vorbirii și limbajului (F80)	
CIM-10	Sinonime
Tulburare specifică de achiziție a vorbirii articulate (F 80.0)	Dislalii, lambdacism? Tulburare funcțională a articulației
Tulburarea achiziției limbajului (de tip expresiv) (F 80.1)	Afazie motorie congenitală; Afazie de dezvoltare tip expresiv; audimutitate
Tulburare de achiziție a limbajului (de tip receptiv) (F 80.2)	Afazie senzorială congenitală; Afazie de dezvoltare tip Wernicke; Surditate verbală
Afazie dobândită cu epilepsie (F 80.3)	Sindrom Landau Kleffner
Alte tulburări de dezvoltare a vorbirii și limbajului (F 80.8)	
Tulburări de dezvoltare a vorbirii și limbajului fără precizare (F 80.9)	
2. TSD a achizițiilor școlare (F81)	
CIM-10	Sinonime
Tulburări specifice lecturii (F 81.0)	Dislexie; dislexie de dezvoltare
Tulburări specifice achiziției ortografiei (F 81.1)	Disortografie, Disgrafie
Tulburări specifice achiziției aritmeticii (F 81.2)	Discalculie; Acalculie; Sindrom Gherstmann; Tulburări de achiziție în aritmetică
Tulburare Mixtă de achiziție școlară (F 81.3)	
Alte tulburări de dezvoltare a achizițiilor școlare (F81.9)	
3.TSD motorie (F82)	
CIM-10	Sinonime
	Debilitatea motorie a copilului; dispraxia de dezvoltare
4. Tulburări specifice mixte de dezvoltare (F 83)	

Tabel Nr. 2. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, fourth edition, text revision” (DSM-IV-TRTM -2000)

Tulburări diagnosticate de regulă pentru prima dată în perioada de sugar, în copilărie sau adolescență	
DSM-IV-TR	Corespondență CIM-10
Tulburările de învățare	F 81
Dislexia	F 81.0
Discalculia	F 81.2
Disgrafia	F 81.1
Tulburări de învățare fără alte specificații	F 81.9
Tulburarea aptitudinilor motorii	F 82
Tulburări de dezvoltare a coordonării	F 82
Tulburările de comunicare	F 80
Tulburarea limbajului expresiv	F 80.1
Tulburare mixtă a limbajului receptiv și expresiv	-
Tulburări fonologice	F 80.0
Balbismul	F 98.5
Tulburare de comunicare fără altă specificație	F 80.9

Tabel Nr. 3. Nouvelle édition de la classification française des troubles mentaux de l'enfant et de l'adolescent: la CFTMEA R-2000

Tulburări specifice ale dezvoltării și funcțiilor instrumentale – Capitolul 6	
	Corespondență în CIM-10
6.0 Tulburări de vorbire și de limbaj	
6.00 – Tulburări izolate de articulare	F 80.0
6.01 – Tulburări de dezvoltare a limbajului	
6.010 Întârziere de vorbire	F 80.1
6.011 Întârziere simplă de limbaj	F 80.1
6.012 Disfazie	F 80.2
6.02 Afazie câștigată	
6.020 Sindrom Landau-Kleffner	F80.3
6.028 Alte afazii câștigate	F 80.8
6.03 Mutism	
6.030 Mutism total	F 98.8
6.031 Mutism selectiv	F 94.0
6.04 Balbism	F 98.6
6.08 Alte tulburări de vorbire și limbaj	F 80.8
6.09 Tulburări de vorbire și de limbaj nespecificate	F 80.9
6.1. Tulburări cognitive și a achizițiilor școlare	F 81
6.10 Tulburări lexicografice	
6.100 Dislexie izolată	F 81.0
6.101 Tulburări de ortografie fără tulburări de lectură	F 81.1
6.11 Discalculie	F 81.2

Tulburări specifice ale dezvoltării și funcțiilor instrumentale – Capitolul 6	
	Corespondență în CIM-10
6.12 Dizarmonii cognitive	F 88
6.13 Tulburări de atenție fără hiperchinezie	F 88
6.18 Alte tulburări cognitive și de achiziții școlare	F 88
6.19 Tulburări „ „ nespecifice	F 89
6.2 Tulburări psihomotorii	
6.20 Retard psihomotor	F 82
6.21 Ticurile	
6.210 Ticuri izolate	F 95.0
6.211 Maladia Gilles de la Tourette	F 83.3
6.28 Alte tulburări psihomotorii	F 82
6.29 Tulburări psihomotorii nespecifice	F 82

Tabel Nr. 4. DSM-III-1980. Tulburări diagnosticate de regulă pentru prima dată în perioada de sugară, în copilărie sau adolescență

Tulburări specifice de dezvoltare -Axa II	Corespondență CIM- 10
Academic skills disorders	
Tulburarea dezvoltării calculului aritmetic	F 81.2
Tulburarea dezvoltării scrisului	F 81.1
Tulburarea dezvoltării cititului	F 81.0
Language and speech disorders	
Tulburarea dezvoltării articulării	F 80.0
Tulburarea dezvoltării limbajului expresiv	F 80.1
Tulburarea dezvoltării limbajului receptiv	F 80.2
Motor skills disorder	
Tulburare de dezvoltare a coordonării	F 82
Tulburare de dezvoltare ne specificată în altă parte	

ISTORIC

Sintagma tulburare specifică de dezvoltare (TSD) este relativ nouă ea apărând pentru prima dată în 1975 în clasificarea multiaxială a tulburărilor psihice ale copilului propusă de Rutter și colab. Cuprindea însă și ADHD, enurezisul, encoprezisul și ticurile. Cu un conținut mai restrâns a fost preluată concomitent de către Kaplan și Sadock (1980) și DSM-III (1980) – Tabel 4 - care astfel înlocuiește denumirea de „Tulburări specifice de învățare” din DSM II-1968. Este menținută în DSM-III-R (1987) . În 1990 este adoptată de ICD-10 și în anul 2000 de „Nouvelle édition de la classification française des troubles mentaux de l'enfant et de l'adolescent: la CFTMEA R-2000”.

E drept că formularea franceză „Tulburări specifice ale dezvoltării și funcțiilor instrumentale” (care o înlocuiește pe cea din 1990 „Tulburări ale funcțiilor instrumentale” în care TSD era menționată în trecut, doar ca o subgrupă posibilă) este mai extinsă și așa cum rezultă din Tabelul 3, cu mult mai cuprinzătoare.

Desigur că tulburările cuprinse în cadrul TSD au fost remarcate de foarte mult timp referiri asupra lor fiind prezente în numeroase clasificări ale tulburărilor psihice ale copilului și grupate sub denumiri mai mult sau mai puțin apropiate, mai larg sau mai restrâns cuprinzătoare. Enumerăm, în ordine cronologică, pe cele pe care le considerăm mai sugestive pentru denumirea de TSD și anume: Dificultăți *specifice* de citit și educaționale (Pearson-1920); Dizabilități *spe-*

cială de scris, citit și calcul (Miller-1936); Dizabilități mintale *speciale* (Brown și col. (1937); Limitări ale abilităților intelectuale *specifice* (English și Pearson -1937); Handicap *specific al dezvoltării* intelectuale (Cameron -1955); Simptome *speciale* ne clasificate în altă parte” (CIM -8- 1965); Tulburări specifice de învățare (DSM-II- 1968); Simptome *speciale* (Kaplan și Sadock -1975; și Întârzieri *specifice* ale dezvoltării (CIM-9 – 1975). Ele au apărut la început ca o nevoie de a delimita aceste tulburări nou identificate de manifestări asemănătoare întâlnite în cadrul întârzierilor mintale (globale), fostele oligofrenii.

DEFINIȚIE

În general definițiile lipsesc ele fiind înlocuite de enumerarea conținutului acestei clase diagnostice la care uneori sunt adăugate unele mențiuni. Spre exemplu, pentru Remschmidt și Schulte-Könne (2009), TSD include „o varietate de dificultăți severe și persistente în limbajul vorbit, scris, citit, calcul aritmetic și funcția motorie ce nu pot fi justificate de existența unor factori cauzali indentificabili”, performanțele fiind semnificativ sub vârstă sau nivelul intelectual. În literatura de specialitate pot fi găsite și alte precizări de felul: deficiențe instrumentale; întârzieri în dezvoltare; tulburări speciale sau specifice, legate de maturarea biologică, de anumite funcții sau arii specifice de dezvoltare, sau de procesul de învățare; caracter neprogredient, sau de sine stătător în sensul că nu fac parte din alte tipuri de tulburări; sau de lipsa unui substrat organic decelabil. O sistematizare a acestor mențiuni și o analiză atentă a suferințelor incluse ne permit să considerăm TSD ca vizând: *subdotările ontogenetice semnificative cu caracter primar și neprogredient a acelor abilități sau competențe achiziționate relativ recent pe scara evoluției filogenetice care ne performante, determină dificultăți în asimilarea cunoștințelor în primul rând în sfera comunicării și a cerințelor școlare și complexe de inferioritate.*

Ele au la bază disfuncții ale capacității de integrării polisenzoriale în speță a auzului, văzului și simțului mioartrochinetic și se caracterizează prin predilecția pentru sexul masculin și ceea ce subliniază Rutter (1990), pentru asociere.

Pentru DSM-IV caracterul semnificativ al subdotării are în vedere un decalaj de cel puțin două deviații standard față de nivelul QI. Nu spunem față de normal deoarece astfel de tulburări pot fi prezente și în cadrul deficiențele mintale globale.

Preferăm să vorbim de subdotare ontogenetică a unor abilități și nu de întârzieri în dezvoltare sau maturizare cum se obișnuiește de regulă, pentru a sublinia că ele sunt mai ales expresia unor minusuri funciare a premizelor sau a resurselor dezvoltării normale decât a unor tulburări determinate de factori exogeni.

Problema lipsei unei baze organice demonstrabile atât de mult subliniată în trecut a devenit astăzi lipsită de sens. Aceasta deoarece după ce s-a vorbit foarte mult de minimal brain damage și de distincția nerezolvată dintre disfuncție și leziune accentul s-a mutat pe ideea de leziune și disfuncție biochimică.

Caracterul neprogredient al tulburărilor nu înseamnă că ele nu se complică cu alte manifestări consecință a complexelor de inferioritate și a dificultăților de adaptare la cerințe, mai ales la cele școlare. Dacă cu vârsta ele însele nu se agravează, nici nu dispar așa cum adesea în mod greșit se crede. Este adevărat, există o ameliorare chiar și spontană dar mai ales în urma unor intervenții psihopedagogice susținute și a exercițiului de zi cu zi. Însă, odată depășit un anumit nivel, dificultăți se regăsesc sub noi forme odată cu fiecare din noile cerințe care vor trebui depășite. Spre exemplu, ulterior după ce a învățat să citească, dislexicului îi va fi greu să o facă suficient de repede și să acopere concomitent și cu randament, sarcina de descifrare a unui text nou și cea legată de sesizarea conținutului acestuia.

Definiția de mai sus lasă loc recunoașterii și a altor forme de inabilități în bună măsură ignorate astăzi. Avem în vedere: lipsa urechii muzicale, lipsa vocii, a capacității de a învăța limbi străine și de a imita vocea altora, a talentului la desen, a umorului etc. inaptitudini care, așa cum subliniam în 1999, sunt pe ne drept ignorate.

Comentarii. O analiză comparativă a modului în care sunt abordate TSD în cele trei sistematizări actuale ale tulburărilor psihice ne permite să constatăm că ele nu sunt în deplin consens. Spre exemplu:

a. *Clasificarea americană.* A fost prima care a adoptat (în 1980) conceptul de TSD.

- A renunțat însă la el începând cu anul 1994 (DSM-IVTM), opțiune valabilă și în varianta din anul 2000. Singura mențiune și aceea parțială, se referă la formula „Tulburare de dezvoltare a coordonării” din care lipsește precizarea privind caracterul specific. În acest fel, manifestările constitutive ale cadrului clinic al TSD sunt abordate ca entități independente. În plus, de această dată, ele au fost trecute de pe axa a doua, așa cum erau în DSM-III și DSM-III-R, pe prima axă.

Abordarea independentă a acestor tulburări o regăsim și în principalele manuale de psihiatrie a copilului și adolescentului: Rutter și Hersov (1990), Lebovici și col (1996), Lewis (1996), Graham și col. (1999). Rutter și col. (2008), Sadock și col. (2009) Excepție fac Mircea (2006 și 2008), Gelder și col. (2009) Dobrescu (2010) care abordează distinct capitolul „Tulburări specifice de dezvoltare” și parțial Martin și Volkmar (2007) deoarece delimitează o secțiune intitulată „Tulburări și sindroame specifice” în cadrul căreia ființează capitolul „Tulburări de dezvoltare” care include însă împreună: Autismul și tulburările pervazive de dezvoltare; Întârzierea mintală; Dizabilitățile de învățare, și Tulburările de comunicare. De asemenea, în volumul lor, Rutter și Hersov (1990) subliniază doar predilecția pentru asociere a TSD și avantajul de a recunoaște faptul că sunt legate între ele.

- Clasificarea americană nu a folosit și nici nu folosește cadrul mai larg denumit în CIM-10 „Tulburări de dezvoltare psihologică”. În schimb, încă din 1980 ea a introdus în sistematica sa o nouă secțiune mult mai cuprinzătoare cea a „Tulburărilor diagnosticate de regulă pentru prima dată în perioada de sugar, în copilărie sau adolescență” care cu excepția afaziei dobândite cu epilepsie (Cod F 80.3) și a tulburărilor achiziției limbajului receptiv (Cod F 80.2), cuprinde și tot ceea ce CIM-10 include în cadrul TSD. Pentru acestea, ea preferă însă denumirile clasice.

Considerăm că opțiunile americane sunt judicioase. Aceasta deoarece:

î Așa cum vom vedea, denumirile de TSD și de tulburare de dezvoltare psihologică nu sunt numai lipsite de rigurozitate ci și inutile.

î Renunțarea atât la diagnosticul de afazie câștigată cu epilepsie ca și la cel de tulburare a achiziției limbajului receptiv este și ea îndreptățită. Aceasta întrucât primul diagnostic este o afecțiune care aparține mai mult neurologiei decât psihiatriei. În ceea ce privește cel de al doilea diagnostic, este evident că acesta nu acoperă o entitate clinică reală (și experiența practică o confirmă) deoarece afectarea limbajului receptiv se asociază, vrem sau nu și cu deficiențe ale limbajului expresiv. Ca atare, forma mixtă de tulburare pe care o propune în loc este singura entitate posibilă.

î Individualizarea grupei afecțiunilor intitulată „Tulburări diagnosticate de regulă pentru prima dată în perioada de sugar, în copilărie sau adolescență” este și ea o decizie mai mult decât inspirată. Ea recunoaște

tranzant nu numai că toate afecțiunile psihice ale copilului și adolescentului și nu doar cele din cadrul TSD, interacționează strâns cu procesul dezvoltării neuropsihice. O astfel de opțiune este și demnă de subliniat deoarece oferă o identitate proprie întregii patologii psihice a copilului și adolescentului. Că o astfel de idee este foarte bună o dovedește și faptul că și ICD a preluat-o în 1990, într-o formulă, e drept limitativă de „Tulburări de comportament și tulburări emoționale apărând de obicei în timpul copilăriei și adolescenței”, codurile de la F 90 la F 98. Nu au fost însă, cum credem că ar fi fost firesc, dacă se extindea într-o anumită măsură cadrul, incluse aici și tulburările care fac parte din TSD.

b. *Clasificarea franceză.* În acest domeniu ea adoptă un punct de vedere mult mai cuprinzător incluzând sub o titulatură, așa cum am văzut extinsă, un număr evident mai mare de tulburări decât în CIM-10. Ea nu menționează în mod explicit nici ce se înțelege prin noțiunile de specificitate, de tulburare de dezvoltare sau de funcții instrumentale și nici de ce doar aceste entități clinice fac parte din respectivul cadru clinic.

c. *CIM-10* (clasificare de referință deoarece reprezintă opțiunea OMS) recunoaște sintagma TSD. A adoptat-o în 1990 și i-a oferit un loc distinct în clasa opta a bolilor psihice numită „Tulburări de dezvoltare psihologică” în care ocupă patru poziții: F 80, F 81, F 82 și F 83. O analiză atentă surprinde însă o serie de minusuri, unele importante, care nu pot fi trecute ușor cu vederea. Astfel:

î Intitulată „Tulburări de dezvoltare psihologică” clasa a 8-a de entități clinice nu-și respectă pe deplin denumirea. Aceasta deoarece ea cuprinde și tulburări cu o manifestă și de necontestat simptomatologie neurologică respectiv: Sindromul Rett (F 84.2), Afazia dobândită cu epilepsie (F 80.3), Tulburarea specifică a achiziției vorbirii articulate (F 80.0), și tulburarea specifică de dezvoltare motorie (F 82), respectiv 4 entități din cele cincisprezece pe care le acopere. Dar cel mai solid argument în favoarea afirmației privind caracterul artificial și lipsa de soliditate a cadrului clinic intitulat „Tulburări de dezvoltare psihologică” îl constituie faptul că prin entitățile menționate mai sus, el nu respectă riguros cea de a treia caracteristică definitorie conținută în preambulul său care afirmă că tulburările „au o evoluție continuă, fără remisii și recăderi ...și că de obicei diminuează progresiv cu vârsta (deficite ușoare pot persista totuși la vârsta adultă)”.

- Nici apropierea și plasarea TSD în clasa 8-a de

entități clinice alături de tulburările pervazive ale dezvoltării nu ni se pare pe deplin justificată deoarece lipsesc puncte comune, de exemplu, cu tulburarea Rett sau cu cea dezintegrativă și nu numai cu acestea.

- Nici conceptul de TSD și nici conținutul său nu este o opțiune pe deplin justificată. În primul rând, ne referim la includerea afaziei dobândite cu epilepsie (F 80.3) entitate care nu are nimic în comun cu tot ceea ce particularizează celelalte tulburări de care este apropiată doar prin aspecte de suprafață, afectarea limbajului expresiv și receptiv. Dimpotrivă, ea este dobândită, dominată de epilepsie și se agravează progresiv. Mai mult, așa cum am menționat deja, delimitarea în cadrul TSD a tulburării achiziției limbajului receptiv (F 80.2) are un caracter artificial.

Poate însă că cel mai solid argument pentru a susține lipsa de consistență a conceptului de TSD constă în aceea că, așa cum procedează și clasificarea franceză, nicăieri nu se spune clar nici prin ce sunt specifice manifestările psihopatologice pe care le cuprinde și nici de ce doar acestea sunt tulburări de dezvoltare. Poate doar predilecția pentru sexul masculin și mențiunea lui Rutter (1990) subliniată mai sus privind tendința la asociere dar nici aceste particularități nu sunt caracteristică doar TSD. Ori astăzi, când se recunoaște ferm că la copil și adolescent, întreaga patologie este marcată de procesul dezvoltării și maturizării creierului și a funcțiilor sale, delimitarea unor tulburări de dezvoltare fără o subliniere suplimentară privind criteriile care le individualizează este lipsită de suport viabil. După opinia noastră, s-ar justifica doar dacă s-ar menționa explicit prin ce aceste tulburări sunt specifice sau de ce, dintre toate tulburările psihice întâlnite la copil și adolescent, doar acestea sunt specifice sau prin ce se deosebesc de celelalte. De sigur că, pentru început, cu foarte mult timp în urmă, ideea specificității sublinia faptul că respectivele tulburări se delimitează de cele similare prezente ca o consecință a întârzierii mintale globale ceea ce atunci, a reprezentat un progres substanțial. Astăzi însă respectivele entități clinice au o identitate recunoscută care nu mai necesită alte sublinieri.

E drept că noțiunea de tulburare de dezvoltare care a apărut în 1975, odată cu publicarea de către Achenbach a volumului intitulat „Developmental Psychopathology” (Garmezy -1999), constituie un concept complex deoarece reprezintă interfața a două procese deloc simple, cel al dezvoltării și maturizării psihice pe de o parte, și cel al constituirii și evoluției anormalității

pe de altă parte. Din acest motiv, el a oferit și oferă mai multe fațete, sensuri și unghiuri diferite din care poate fi privit, așa cum, în prefața oferită, Garmezy subliniază că procedează și contributorii la volumul „Handbook of Developmental Psychology” editat de Lewis și Miller (1999).

- *Un prim sens* atribuit noțiunii menționate și în același timp unghi de abordare este cel care pune accentul pe influența dezvoltării psihice a copilului și adolescentului asupra manifestărilor psihopatologice, respectiv pe ce procesul dezvoltării oferă ca vulnerabilitate și factori protectivi sau cum se exprimă Lewis și Miller (1990) atunci când dă o definiție domeniului pe care-l consideră „studiul predicției dezvoltării comportamentelor maladaptive”. T. Mircea (2006 și 2008) îl asimilează plastic cu procesul de dezvoltare în care, în timp, vârsta, asemenea revelatorului din arta fotografică, scoate la lumină manifestări psihopatologice. În acest context se evidențiază: existența unei perioade mute a evoluției tulburărilor psihice respectiv a unor distorsiuni premergătoare care condiționează apariția bolii; variații cu vârsta ale intensității și discontinuități evolutive ale acesteia; diversificarea sau ameliorarea simptomatologiei, și chiar redirecționarea evoluției; și desigur, rolul patoplastic, protectiv sau patogen al particularităților de vârstă în toate aceste fenomene. Este sensul cel mai obișnuit, cel mai cunoscut și recunoscut care a fost exprimat explicit sau doar subânțeles odată cu recunoașterea faptului că: • funcțiile psihice devin active cu vârsta și că numai atunci poate fi evaluată calitatea lor și deci și eventualele lor disfuncții până atunci mute. Așa este, de exemplu, cazul și cu TSD; • procesul dezvoltării psihice implică existența unor factori psihopatogeni dar și protectivi proprii, specifici diferitelor sale etape; • momentul debutului, tabloul clinic și evoluția unor tulburări psihice sunt dictate și de vârsta persoanei suferinde; • există afecțiuni genetice al căror debut și mod de manifestare sunt condiționate de vârstă; • ca și a faptului că patologia psihică a copilului și adolescentului diferă semnificativ de cea a adultului deoarece primii se află în plin proces de dezvoltare și maturizare.

- *Un al doilea sens* atribuit noțiunii de tulburare de dezvoltare, mai corect numit tulburare a dezvoltării, este cel care se ocupă de modul, măsura și felul în care anormalitatea psihică afectează dezvoltarea normală a individului. Au loc încetiniri, stagnări, restructurări și chiar distorsiuni ale acesteia. Spre exemplu, se știe că

dezvoltarea neuropsihică a copilului este semnificativ dependentă de calitatea acțiunii stimulative a mediului de viață. Ori, este evident că un copil întârziat mintal, sau motor, din cauza deficienței sale, nu poate avea acces și valorifica optim, prin propriile sale mijloace, la ceea ce i se oferă ca stimulare și ca urmare dezvoltarea sa suferă pe toate planurile inclusiv pe cel senzorial.

- *Un al treilea sens* și unghi de abordare al tulburării de dezvoltare este cel mai complet dar și cel mai complicat deoarece el are în vedere fenomenul interacțiunii și al amprentării reciproce a celor doi participanți. El a revoluționat medicina modernă, a impus noi dimensiuni conceptului de calitate a vieții, a creat denumiri ca cea de tulburare pervazivă de dezvoltare, a împiedicat trecerea întârzierilor mintale din rândul tulburărilor psihice în cel al dizabilităților etc.

- Se poate individualiza și un *al patrulea sens*, de loc lipsit de importanță, care poate particulariza conceptul de

tulburare de dezvoltare. Acesta este cel care, după părerea noastră, ar putea valida sintagma de „tulburări specifice de dezvoltare” (vezi și definiția de mai sus). El are în vedere doar realitățile clinice consecințe ale anormalității componentelor constitutive de bază sau intrinseci ale procesului dezvoltării respectiv a premizelor structurale ale acestuia. Avem în vedere suportul funciar deficitar al diferitelor abilități pe care conform programului genetic, ne așteptăm să apară și să se dezvolte la oricare individ dar care, datorită acestui fapt, se dovedesc a avea niveluri funcționale cantitativ și calitativ inferioare normalului, respectiv slab performante.

Numai că, în cazul TSD, nicăieri nu se face nici o referire la vreuna din aceste aspecte și nici la altele pentru a le atesta specificitatea și a le recunoaște dreptul la autonomie. Până atunci TSD rămâne o entitate clinică, după părerea noastră, fără utilitate practică.

*

*

*

Synonyms – developmental disabilities

Introduction

An analysis of what today is called the SDD (Tables: 1-2-3 and 4) reveals that on the one hand, there is no unanimity regarding its content, and on the other hand, terms that describe SDD are not clearly defined.

SDD and its present content

The 10th revision of the International Classification of Diseases (ICD-10-1990), currently in use,

groups SDD in the 8th class, the „Disorders of psychological development” (F80-F89) which includes four groups of diseases: F80 - F81 - F82 - F83 and F 84 (Table 1). As shown in Tables 2 and 3, they are present in the other important classifications of psychiatric disorders, as „Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, fourth edition text revision” (DSM-IV-TRTM - 2000) and the French classification of mental disorders of child and adolescent (CFTMEA R - 2000).

Table No.1. The 10th revision of the International Classification of Diseases (ICD-10-1990)

Disorders of psychological development (F80-F89)	
1. Specific developmental disorders of speech and language (F80)	
2. Specific developmental disorders of scholastic skills (F81)	
3. Specific developmental disorder of motor function (F82)	
4. Mixed specific developmental disorders (F83)	
5. Pervasive developmental disorders (F84)	
6. Other disorders of psychological development (F88)	
7. Unspecified disorder of psychological development (F89)	
1. Specific developmental disorders of speech and language (F80)	
ICD-10-1990	Synonyms
Specific speech articulation disorder (F 80.0)	Dyslalia; lambdacisms?; Articulation’s functional disorder

Expressive language disorder (F80.1)	Motor congenital aphasia; Developmental aphasia, expressive type; audio-mutism
Receptive language disorder (F80.2)	Developmental aphasia, Wernicke type; Congenital auditory imperceptions
<i>Acquired aphasia with epilepsy (F 80.3)</i>	<i>Landau-Kleffner Syndrome</i>
Other developmental disorders of speech and language (F80.8)	
Developmental disorder of speech and language, unspecified (F80.9)	
2. Specific developmental disorders of scholastic skills (F81)	
ICD-10-1990	Synonyms
Specific reading disorder (F 81.0)	Dyslexia; Developmental dyslexia
Specific spelling disorder (F81.1)	Dysortographia; Dysgraphia
Specific disorder of arithmetical skills (F81.2)	Dyscalculia; Acalculia; Gerstmann Syndrome; Disorder of arithmetical skills
Mixed disorder of scholastic skills (F81.3)	
Developmental disorder of scholastic skills, unspecified (F81.9)	
3. Specific developmental disorder of motor function (F82)	
CIM-10	Synonyms
	Motor child debility; Developmental dyspraxia
4. Mixed specific developmental disorders (F83)	

Table No. 2. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, fourth edition, text revision (DSM-IV-TRTM - 2000)

Disorders usually first diagnosed in infancy, childhood or adolescence	
DSM-IV-TR	Correspondence in ICD-10
Learning disorders	F81
Dyslexia	F81.0
Dyscalculia	F81.2
Dysgraphia	F81.1
Learning disorders NOS	F81.9
Motor skills disorder	F82
Coordination development disorder	F82
Communication disorder	F80
Expressive language disorder	F80.1
Mixed receptive and expressive language disorder	
Phonological disorders	F80.0
Stuttering	F98.5
Communication disorder NOS	F80.9

Table No. 3. The new edition of french classification of Mental Disorders in Children and Adolescents: CFTMEA R - 2000

Specific developmental and instrumental functions' disorders –Chapter 6	
CFTMEA R	Correspondence in ICD-10
6.0 Language and speech disorders	
6.00 Isolated articulation disorders	F80.0
6.01 Language development disorders	
6.010 Speech delay	F80.1
6.012 Dysphasia	F80.2
6.02 Acquired aphasia	
6.020 Landau-Kleffner syndrome	F80.3
6.028 Other acquired aphasias	F80.8
6.03 Mutism	F80.1
6.030 Total mutism	F98.8
6.031 Selective mutism	F94.0
6.04 Stuttering	F98.6
6.08 Other language and speech disorders	F80.8
6.09 NOS language and speech disorders	F80.9
6.1 Cognitive and scholastic skills disorders	F81
6.10 Lexicographic disorders	
6.100 Isolated dyslexia	F81.0
6.101 Orthographic disorders without reading disorders	F81.1
6.11 Dyscalculia	F81.2
6.12 Cognitive disharmony	F88
6.13 Attention disorders without hyperkinesias	F88
6.18 Other cognitive and scholastic skills disorders	F88
6.19 NOS disorders	F89
6.2 Psychomotor disorders	
6.20 Psychomotor delay	F82
6.21 Tics	
6.210 Isolated tics	F95.0
6.211 Gilles de la Tourette disorder	F83.3
6.28 Other psychomotor disorders	F82
6.29 NOS psychomotor disorders	F82

Table No. 4. DSM-III-1980 Disorders usually first diagnosed in infancy, childhood or adolescence

Specific developmental disorders – Axis II	
DSM-III-1980	Correspondence in ICD-10
Academic skill disorders	
Arithmetic development disorders	F81.2
Writing development disorder	F81.1
Reading development disorder	F81.0
Language and speech disorder	
Articulation development disorder	F80
Expressive language development disorder	F80.1
Receptive language development disorder	F80.2
Motor skills disorder	
Coordination development disorder	F82
Development disorder NOS	

HISTORIC

SDD is relatively new concept appearing for the first time in 1975 in the multi-axial classification of psychiatric disorders of children and it was proposed by Rutter et al. It comprised ADHD, enuresis, encopresis and tics. With a narrower understanding it was used simultaneously by Kaplan and Sadock (1980) and DSM-III (1980) – Table 4 – replacing “Specific learning disorders” from DSM-II (1968). The concept is kept in DSM-III-R (1987). In 1990 it is used by ICD-10 and in 2000 by “Nouvelle édition de la classification française des troubles mentaux de l’enfant et de l’adolescent: la CFTMEA R - 2000”. It is of a great truth that the French label “Specific developmental and instrumental functions’ disorders” (which replaces the one in 1990 “Disorders of instrumental functions” in which SDD was scarcely mentioned as a possible subcategory) is more broad and can cover a larger category as it can be observed from Table 3.

Disorders comprised in SDD were remarked a long time before when some references had been made in numerous classifications of psychological disorders of child mentioning them more or less generally.

We enumerate disorders which we consider suggestive for the name of SDD in a chronological order: *Specific* reading and educational difficulties (Pearson, 1920); *Special* writing, reading, calculating disabilities (Miller, 1936); *Special* mental disabilities (Brown et al., 1937); Limitations of *specific* intellectual abili-

ties (English and Pearson, 1937); *Specific* handicap of intellectual *development* (Cameron, 1955); *Special* symptoms not otherwise specified (ICD-8, 1965); *Specific* learning disorders (DSM-II, 1968); *Special* Symptoms (Kaplan and Sadock, 1975); and *Specific development* delays (ICD-9, 1975). This phenomenon appeared firstly as a need for delimitating these new alike disorders identified in the cases of mental retardation (global), former oligophrenia.

DEFINITION

Definitions usually are replaced by a list of the content of this class: diagnosis to which sometimes are added some entries. For example, for Remschmidt and Schulte-Könne (2009) SDD includes “a variety of severe and persistent difficulties in spoken language, reading, writing, arithmetic and motor functions that cannot be justified by an identifiable causal factors”, performance being significantly below age or intellectual level. In the specific literature you may find the following: instrumental deficiencies, developmental delays, special or specific disorders, related to biological maturation, to certain functions or specific areas of development and learning; lack of evolution as a characteristic or as a trait, not part of other disorders; or lack of measurable organic substrate. A systematization of these claims and a serious analysis of the impairments included allow us to consider SDD as regarding to significant ontogenetic endowments with

a basic character and lacking evolution of those skills or competencies acquired recently on the evolutionary scale which being useless determine difficulties in knowledge assimilation primarily in the sphere of communication and school requirements and which determine inferiority complexes.

They are based on the dysfunction of the capacity of multi-sensorial integration namely hearing, sight and mioartrokinetic sense and they are characterized by predilection for males and for association as Rutter (1990) underlines. In the case of DSM-IV it is important to have a difference of at least two standard deviations from the QI. We don't use "from normal level" because these disorders can be present in the global mental deficiencies.

We prefer to speak about ontogenetic underachievement of some skills and not about delays in development or maturity as used generally, to emphasize that they are mostly limited expression of the premises or usual development resources rather than the development of disorders triggered by exogenous factors.

The problem of lacking the organic bases so much emphasized in the past has now become meaningless. This is because, after talking a lot of minimal brain damage and having unsolved the distinction between dysfunction and injury, the focus has shifted to the idea of biochemical injury and dysfunction.

The lack of evolution in disorders does not mean they don't complicate with other conditions as consequences of inferiority complexes and difficulties in adjustment to requirements, especially in those coming from the school. If in time they do not worsen nor disappear, as often erroneously believed, it is true that there is even spontaneous improvement especially after pedagogical interventions and daily exercise. But once beyond a certain level, difficulties are found in new forms after new requirements and these must be exceeded. For example, after having learned to read, the dyslexic child will find it hard to read fast enough and be efficient in the same time, decrypting the new text.

The above definition allows for recognition of other forms of inability largely ignored. We mean: no musical ear, no voice, the ability to learn foreign languages and to imitate the voice of others, drawing, humor, etc., incapacities which, as mentioned in 1999, are gratuitously ignored.

Comments. A comparative analysis of how SDD are addressed in the three current systematizations of psychiatric disorders allows us to see that they are not in full agreement.

For example:

a. The American classification. It was the first to adopt (in 1980) the SDD concept.

î But abandoned it in 1994 (DSM-IV™); option applies to the 2000 version too. The only reference is for "Coordination development disorder" which fails to make clear the specific nature. In this way clinical manifestations constituting the framework of SDD are addressed as independent entities. In addition, this time, they were moved from the second axis, where they were in DSM-III and DSM-III-R, on the first axis.

Independent approach to these disorders is found in major textbooks on child and adolescent psychiatry: Rutter and Hersov (1990), Lebovic et al. (1996), Lewis (1996), Graham et al. (1999), Rutter et al. (2008), Sadock et al. (2009). Exceptions are made by Mircea (2006 and 2008), Gelder et al. (2009), Dobrescu (2010) who separately address the chapter "Specific developmental disorders" and partially Martin and Volkmar (2007) because they delimitate a section entitled "Specific disorders and syndromes" in which they create the chapter "Developmental disorders" which mingle together: Autism and pervasive developmental disorders, Mental delay, Learning disabilities and Communication disorders. In their volume, Rutter and Hersov (1990) emphasize the predilection for associating SDD and the advantage recognizing they are connected.

î The U.S. classification did not use the broader explanation used in ICD-10 called "Psychological development disorders". Instead, since 1980 it was introduced a new section - "Disorders usually first diagnosed in infancy, childhood or adolescence" which includes everything ICD-10 includes in SDD, with the exception of acquired aphasia with epilepsy (F80.3) and receptive language disorders (F 80.2). For these two classical names are preferred.

We believe that American options are reasonable. This is because:

- As we shall see, the concept of SDD and psychological developmental disorder are not only without rigorousness but also unnecessary.

- Disclaiming the diagnosis of acquired aphasia with epilepsy and of receptive language disorder is also entitled. This is because the first diagnosis is a condition that belongs more to neurology than psychiatry. Regarding the second diagnosis it is clear that it does not cover a real clinical entity (and practical experience

confirms) as receptive language impairment is associated, even if we don't want it, with impaired expressive language. As such, the mixed form of disorder is the only proposed entity which might be possible.

- Individualization of the group of diseases called "Disorders usually first diagnosed in infancy, childhood or adolescence" is also a good decision. All disorders of the child and adolescent are recognized and not just those in SDD; it is important that these disorders have a connection with the neuropsychological development. Such an option is worth mentioning because it offers a whole identity of the child and adolescent mental illnesses. ICD took over this concept in 1990 which proves this was a good idea, even if they use a narrower formula "Behavior and emotional disorders usually occurring during childhood and adolescence", codes from F90 to F98. However, SDD were not included in this category, as we believe it would have been natural.

b. The French classification

It includes under a title, as we have seen in the Table, an extended number of disorders obviously higher than in ICD-10. It does not mention explicitly nor what specificity is, or developmental disorders are or what instrumental functions are and neither why only these clinical entities take part from the clinical setting.

c. ICD-10 (reference classification as it is the option of WHO) recognizes the concept of SDD. ICD-10 adopted it in 1990 and offered a distinct place in the eighth class of mental illnesses called "Psychological development disorders" in which it has four positions: F80, F81, F82 and F83. A careful analysis captures a number of drawbacks, which cannot be lightly dismissed. Thus:

- Entitled "Psychological development disorders" of the 8th clinical entities does not fully comply its name. This is because it includes disorders with neurological symptoms like: Rett syndrome (F84.2), acquired aphasia with epilepsy (F80.3), articulated speech acquisition specific disorder (F80.0), specific motor development disorders (F82) and 4 of the fifteen entities it comprised. But the strongest argument in favor of the claim for lack of solidity of the clinical framework called "Psychological development disorders" is that the above entities does not meet the rigorous third characteristic that disorders "have a continuous evolution without remissions and relapses ... and that usually diminishes progressively with age (mild deficits may persist into adulthood yet)".

- Neither the SDD approach and place in the 8th clinical entities together with pervasive development disorders seems fully justified because there are lacking common aspects, for example, with Rett disorder or with the disintegrative disorder

- Nor the concept of SDD or its contents are not fully justified. First, we refer to the inclusion of acquired aphasia with epilepsy (F80.3) which has nothing to do with all that customize other disorders that resembles to, or the impaired expressive and receptive language. Moreover, it is acquired, dominated by epilepsy and worsens progressively. As already mentioned, the delimitation in SDD of receptive language disorder (F80.2) is artificial.

Perhaps the strongest argument to support the lack of consistency of the concept of SDD is that, just as they do and the French classification there is no specification of the manifestation of psychopathology that it includes and why they are the only developmental disorders. Maybe an explanation could be the predilection for males and the statement of Rutter (1990) outlined above, regarding the tendency of association but such features are not characteristics only for SDD. Or today, when it is clearly known that in children and adolescents, all pathology is marked by the development and maturation of the brain and its functions, separation of developmental disorders without additional emphasis on individualized criteria is free of viable support. In our opinion, it would be justified to have this concept like this only if it is explicitly stated what makes these problems specific or why, of all common mental disorders in children and adolescents, only they are specific or what makes them different from the others. A very long time ago, the idea of specificity was delimited by the similar problems occurring as a consequence of global mental delay which had been a substantial progress. But today these clinical entities have a recognized identity that does not require further emphasis.

It is true that the concept of developmental disorder, which occurred in 1975 with the publication by Achenbach's volume entitled "Developmental Psychopathology" (Garmezy, 1999), is a complex concept because it is the interface of two processes, the development and mental maturation on the one hand, and the formation and evolution of abnormality on the other. For this reason, it has provided and provides multi-faces, meanings and different angles of analysis, as Garmezy mentioned in his preface "Handbook of Developmental Psychology" edited by Lewis and Miller (1999).

î *The first meaning* given to the term mentioned and, in the same time an angle of approach that emphasizes the influence of child and adolescent mental development on psychopathological manifestations, namely on the development process, provides the vulnerability and protective factors, and how Lewis and Miller (1990) express, provides a definition to the field named “predictive study of development of maladaptive behaviors.” Mircea T. (2006 and 2008) it resembles with the making of photography, in time, with age revealing psychopathological manifestations. In this context stands out: the existence of a period of mental development without problems, some predictive factors which make the disease possible, the variations of intensity with age and its evolutionary discontinuities, diversification and improvement of symptoms, and even redirecting development, and of course, the role protective or pathogenic features of age in all these phenomena. It is the most common meaning, the best known together with the recognition that: • mental functions become active with age and can be evaluated only when their quality and hence their potential are in action. That is, for example, the case with SDD; • the mental development implies the existence of protective and psychopathogenic factors specific for different stages; • time of onset, clinical presentation and evolution of mental disorders are influenced by age • there are genetic diseases with conditioned onset and expression by age, • the child and adolescent mental pathology differs substantially from that of adults because the first are in the process of development and maturation.

î *A second meaning* given to the term “developmental disability”, more properly called a “development disorder”, is about how, how much and the way mental abnormality affects the normal development of the individual. Slowdowns are taking place, stagnations, restructurings and even distortion. For example, it is known that neuropsychological development of children is significantly dependent on the quality of stimulations of the living environment. Or, it is obvious that a child with a mental retardation, because of his deficiency, cannot access, through his own means, what is offered as a stimulation and therefore suffers at all levels including the sensorial

î *A third direction* and angle of approach of developing the disorder is the most complete and most complicated because it has the fingerprints of the phenomenon of mutual interaction of the two partici-

pants. It revolutionized modern medicine, it has set new dimensions to quality of life, created the name of “pervasive developmental disorder”; it prevented the passage of mental delays from mental disorders among to that of disabilities, etc.

î You can individualize a *fourth direction*, which can particularize the concept of developmental disorder. This is, in our opinion, the direction that could validate the term “specific developmental disorders” (see definition above). It covers only the realities of clinical consequences of abnormalities of that premises’ development processes. We consider various deficient skills that according to the genetic program, we expect to emerge and grow to any individual but because of this fact, they prove to have lower quantitative and qualitative functional levels. But in SDD there is no reference to any of these aspects or to others in order to prove their specificity and to recognize their right to autonomy. Until then SDD remains a clinical entity, in our view, of no practical use.

BIBLIOGRAFIE / BIBLIOGRAPHY

1. Brown S. Pollock H, Potter HW. Cohen DW (1937) Outline for Psychiatric
2. Classification of Problem children. Rev. Ed State Hospital Press, Utica, New York
3. Cameron K (1955). Diagnostic Categories in Child Psychiatry. British Journal of Medicine and Psychology, Vol. 28 (Part 1); 67-71
4. Clasificarea Internațională a Maladiilor- CIM-8 (1965) Editura Medicală
5. Clasificarea Internațională a Maladiilor - CIM-9 (1975) Editura Medicală Clasificarea Internațională a Maladiilor Revizia a 10- a -CIM-10 (1993). OMS. București. Editura Medicală.
6. Classification Francaise des Troubles Mentaux de l'Enfant et de l'Adolescent (1990) PUF, Paris
7. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (Third Edition)- DSM -III
8. (1980) American Psychiatric Association Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (Third Edition Revised) DSM -III -R (1987) American Psychiatric Association Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (Fourth Edition) DSM IV™
9. (1994) American Psychiatric Association Manual de Diag-

- nostic și Statistică Medicală a Tulburărilor Psihice (Ediția a patra, text revizuit). DSM- IV-TR™ -2000 (2003) Asociația Psihiatrilor Liberi din România.
10. English GS, Pearson GHJ (1937) *Common Neuroses of Children and Adult* WW Norton and Co, Inc. New York
 11. Garmezy N (1990) Prefață la vol: *Handbook of Developmental Psychopathology*. Ed. Lewis și Miller, Plenum Press. New York and London
 12. Jefferson Jansky J. (1980) *Specific Developmental Disorders of Childhood and Adolescence*. In: *Comprehensive Textbook of Psychiatry Third edition*, Vol 3
 13. Kaplan, Freedman and Sadock Ed. Williams & Wilkins. Baltimore /London
 14. Lewis M, Miller S. (1990) *Handbook of Developmental Psychopathology*. Plenum Press. NewYork and London
 15. Martin A, Volkman F (2007) *Lewis`s Child and Adolescent Psychiatry*. Lippicott Williams & Wilkins
 16. Milea Șt. (1999) Tulburări neuropsihice cu debut specific in perioada de latență. Vol.: A 22-a Conferință Națională de Neurologie și Psihiatrie a Copilului și Adolescentului. Craiova 23-25 Sept. 1999: 1-10
 17. Mircea T (2006) Conceptul de psihopatologie developmentală. *Rev română de Sănătate Mintală*. Vol 14, 3-4 :7-10
 18. Mircea T (2008) *Tratat de Psihiatrie Developmentală a Copilului și Adolescentului Vol 3*. Artpress
 19. Misès R., Botbol M., Quemada N., et all. (2002) Une nouvelle édition de la classification française des troubles mentaux de l'enfant et de l'adolescent: la CFTMEA R-2000 *Neuropsychiatr. Enfance Adolesc*. 50: 1-24
 20. Remschmidt M Schulte- Krönne (2009) *Specific developmental disorders*. In: *New Oxford Textbook of Psychiatry Second Ed*. Geddes și col. Ed. Oxford University Press
 21. Rutter M, Shaffer D, Sturge C (1975) *A Guide to a Multiaxial Classification Scheme for Psychiatric Disorders in Childhood and Adolescence*. Institute of Psychiatry London.
 22. Rutter M, Schaffer D, Shepherd M (1975) : WHO. *A multi-axial Classification of Child Psychiatric Disorders*. WHO, Geneva
 23. Rutter M, Bishop D, Pine D, Scott S, Stevenson J, Taylor E (2008) *Rutter`s Child and Adolescent Psychiatry*. Blackwell Publishing
 24. Sadock B, Sadock V, Ruiz P. (2009) *Kaplan`s and Sadock`s Comprehensive Textbook of Psychiatry*. Third Ed. Lippicot, Williams, Wilkins
 25. Wiener J., Dulcan M, (2004) *Textbook of Child and adolescent Psychiatry*. Third Ed. American Psychiatric Publishing

Societatea de Neurologie și Psihiatrie a
Copilului și Adolescentului din România
Al XIII-lea Congres SNPCAR

A 35-a Conferință Națională de Neurologie – Psihiatrie și
Profesiuni Asociate a Copilului și Adolescentului
cu participare internațională

04-09 Septembrie 2012

Piatra Neamț, România

TEMATICĂ CONGRES :

CURS PRECONGRES

PSIHIATRIE COPII ȘI ADOLESCENȚI:

1. Consecințele psihopatologice ale ADHD-ului netratat.
2. Depresia la adolescent
3. Cercetarea științifică în psihiatria pediatrică

NEUROLOGIE PEDIATRICĂ:

1. Intervenția terapeutică de reabilitare în bolile demielinizante ale copilului.
2. Actualități privind diagnosticul și tratamentul în epilepsia copilului și adolescentului
3. Cercetarea științifică în neurologia pediatrică

CONGRES

PSIHIATRIE COPII ȘI ADOLESCENȚI:

1. Psihiatria medico – legală a copilului și adolescentului (adopecție, divorț, delincvența juvenilă, criminalitatea, etc)
2. Intervenția psihoterapeutică în suicid

NEUROLOGIE PEDIATRICĂ

1. Cefaleea
2. Boli demielinizante la copil și adolescent

TITLURI / REZUMATE / LUCRĂRI ÎN EXTENSO :

Rezumatele și lucrările în extenso vor fi redactate în format electronic, Word, având următoarele specificații

- font: Times New Roman
- dimensiune font : 12
- diacritice
- text în română și engleză
- primul autor va fi evidențiat prin subliniere

Titlurile lucrărilor vor fi trimise până la data de 31.03.2012 la adresa: congres@snpicar.ro

Rezumatele și lucrările în extenso vor fi trimise până la data de 31.06.2012 la adresa: rezumatecongres@snpicar.ro

www.snpicar.ro