

NEURORAZVOJNI POREMEĆAJI U MEĐUNARODNOJ KLASIFIKACIJI BOLESTI, 11 IZDANJE (MKB-11): PREGLED

Dejan Stevanović

Klinika za neurologiju i psihijatriju za
decu i omladinu,
Beograd, Srbija

doi: 10.5937/engrami43-32939

prispelo: 28. 06. 2021.

prihvaćeno: 09. 09. 2021.

objavljeno onlajn: 17. 09. 2021.

Sažetak

Neurorazvojni poremećaji uključuju širok spektar poteškoća i oštećenja u razvoju kognitivnih i/ili motoričkih funkcija. Jedanaesta revizija Međunarodne klasifikacije bolesti (MKB-11), koja je izašla 2018. god. i čija primena bi trebalo da počne 2022. god., prvi put je uvela dijagnostičku grupu pod nazivom neurorazvojni poremećaji, koju čine poremećaji intelektualnog razvoja, razvojni poremećaji govora ili jezika, poremećaj iz spektra autizma, razvojni poremećaji učenja, razvojni poremećaj motoričke koordinacije, poremećaj sa deficitom pažnje i hiperaktivnošću, poremećaj sa stereotipnim pokretima, poremećaj sa tikovima i rezidualna kategorija koja uključuje druge specifične neurorazvojne poremećaje. Cilj ovog pregleda je da se predstavljaju glavne dijagnostičke kategorije u MKB-11 koje čine grupu neurorazvojnih poremećaja i prikažu promene u dijagnostikovanju pojedinih poremećaja

u razvoju primenom MKB-11 u odnosu na dosadašnju MKB-10. Očekuje se da će MKB-11 omogućiti bolju konceptualizaciju i razumevanje psihopatologije, uključujući i neurorazvojne poremećaje, te da će dijagnostikovanje poremećaja biti ne samo olakšano nego i poboljšano kako za potrebe istraživanja tako i za kliničku upotrebu.

Ključne reči: poteškoće, onesposobljenost, razvoj, deca, dijagnoza

IZJAVA O KONFLIKTU INTERESA

Autor nema nijedan potencijalni sukob interesa.

Tekst koji se odnosi na dijagnostičke kategorije je preuzet i adaptiran sa zvanične interent stranice MKB-11.

ZAHVALNICA

Autor se zahvaljuje recenzentima rada na konstruktivnim sugestijama i Ivani Kovačević na lekturi teksta.

UVOD

Neurorazvojni poremećaji uključuju širok spektar poteškoća i oštećenja u razvoju kognitivnih i/ili motoričkih funkcija^[1]. Ovi poremećaji se manifestuju od ranog detinjstva, često perzistiraju u adolescenciji i odraslom dobu, stabilnog su kliničkog toka tokom vremena, bez jasno prisutnih remisija ili recidiva, a uz tendenciju ublažavanja prezentacije i intenziteta tokom odrastanja^[1,2]. Suštinu ovih poremećaja čine deficiti u jednom ili više razvojnih aspekata (tj. emocionalnom, kognitivnom, bihevioralnom, motoričkom i/ili socijalnom), a koji se ispoljavaju kao različite poteškoće u sferi globalnog intelektualnog razvoja, školskih veština, socijalne komunikacije i interakcije, motoričkih sposobnosti i/ili aktivnosti i drugo. Neurorazvojni poremećaj su prisutni kod velikog broja dece i adolescenata. Na primer, procenat pojedinih neurorazvojnih poremećaja u Sjedinjenim Američkim Državama se kreće između 1 i 9^[3], dok je do oko 6 u nisko- i srednje-razvijenim zemljama^[4], ali se procenjuje da ukupno oko 10% ima jednu ili više neurorazvojnih poteškoća^[5]. Usled istih ili sličnih neurobioloških, genetskih i/ili sredinskih faktora, neurorazvojeni poremećaji su vrlo često udruženi, preklapaju se u kliničkoj slici i/ili se nadovezuju jedan na drugi, odnosno prethode jedan drugome, što predstavlja veliki izazov za pravilno identifikovanje i dijagnostikovanje^[1,5,6].

Značajno je naglasiti da iako postoji duga tradicija u prepoznavanju i konceptualizaciji neurorazvojnih poremećaja^[2,7], Američka psihijatrijska asocijacija je tek 2013. godine prvi put uvrstila neurorazvojne poremećaje kao posebnu dijagnostičku grupu u poslednjoj reviziji Dijagnostičkog i statističkog priručnika za mentalne poremećaje (eng. Diagnostic and statistical manual of mental disorders, 5th ed, [DSM-5])^[8]. U DSM-5 postoji šest kategorija u okviru neurorazvojnih poremećaja koje se odnose na specifične poremećaje, i to su poremećaji intelektualnog razvoja, komunikacijski poremećaji, poremećaj iz spektra autizma, poremećaji motorike, specifični poremećaji učenja i poremećaj sa deficitom pažnje i hiperaktivnošću (eng. attention deficit/hyperactivity disorder – ADHD). Jedanaesta revizija Međunarodne klasifikacije bolesti (MKB-11), koja je izašla 2018. god. i čija primena bi trebalo da počne od 2022. god., prvi put je uvela zasebnu dijagnostičku grupu pod nazivom neurorazvojni poremećaji, pored mentalnih i bihevioralnih poremećaja^[9]. MKB-11 definiše neurorazvojne poremećaje kao bihevioralne i kognitivne poremećaje koji nastaju tokom razvojnog perioda, a koji uključuju značajne poteškoće u postizanju i izvršavanju određenih intelektualnih, motoričkih, jezičkih i/ili socijalnih funkcija^[9]. Aktuelna revizija, MKB-10^[10,11], sadrži nekoliko različitih dijagnostičkih grupa koje se odnose na specifične razvoj-

ne poteškoće i poremećaje, ali ne kao zasebna kategorija poremećaja (Tabela 1). U MKB-11 postoji osam specifičnih kategorija koje je moguće dijagnostikovati i kodirati pojedinačno ili udruženo u samoj grupi neurorazvojnih poremećaja, i to: poremećaji intelektualnog razvoja (eng. disorders of intellectual development), razvojni poremećaji govora ili jezika (eng. developmental speech or language disorders), poremećaj iz spektra autizma (eng. autism spectrum disorder – ASD), razvojni poremećaji učenja (eng. developmental learning disorder), razvojni poremećaj motoričke koordinacije (eng. developmental motor coordination disorder), poremećaj sa deficitom pažnje i hiperaktivnošću (eng. ADHD), poremećaj sa stereotipnim pokretima (eng. stereotyped movement disorder) i rezidualna kategorija drugi specifični neurorazvojni poremećaji (eng. other specified neurodevelopmental disorders)^[12,13]. Poremećaj sa tikovima (eng. tic disorders) kodira se primarno u kategoriji poremećaji pokreta (eng. movement disorders), ali je unakrsno-dijagnostički prisutan i u neurorazvojnim poremećajima^[9,13].

Budući da se u Srbiji zvanično koristi MKB klasifikacija^[11], cilj ovog pregleda je da se predstavljaju glavne dijagnostičke kategorije u MKB-11 koje čine grupu neurorazvojnih poremećaja i prikažu glavne promene u dijagnostikovanju pojedinih poremećaja u odnosu na sadašnju MKB-10.

GLAVNE DIJAGNOSTIČKE KATEGORIJE NEURORAZVOJNIH POREMEĆAJA U MKB-11

U MKB-11 postoji devet specifičnih neurorazvojnih poremećaja koje je moguće dijagnostikovati i kodirati pojedinačno ili udruženo (Tabela 1). Novina je da postoji mogućnost da se kodira sekundarni neurorazvojni sindrom koji uključuje značajne neurorazvojne poteškoće, a koje ne ispunjavaju dijagnostičke zahteve bilo kog od specifičnih neurorazvojnih poremećaja i za koji se ocenjuje da su direktna patofiziološka posledica zdravstvenog stanja koje nije klasifikovano pod druge mentalne ili poremećaje ponašanja. Takođe, kao i u MKB-10 za pojedinačne poremećaje, cela grupa neurorazvojnih poremećaja i svi specifični poremećaji imaju jednu ili dve rezidualne kategorije, i to drugi specifični ili neoznačen poremećaj, koje se koriste za kodiranje onih poremećaja kada nema dovoljno podataka i/ili obeležja da se oni svrstaju u navedene specifične kategorije, ali su ispunjeni odgovarajući kriterijumi za te poremećaje. U nastavku je dat kratak pregled opisa poremećaja kako su i navedeni u MKB-11^[14], dok će u smernicama za dijagnostiku (eng. Clinical Descriptions and Diagnostic Guidelines (CDDG) biti dati detalji^[12,15].

Poremećaji intelektualnog razvoja

Poremećaji intelektualnog razvoja su grupa etiološki različitih stanja koje karakterišu intelektualno funkcionisanje i adaptivno ponašanje značajno ispod proseka potvrđeno odgovarajućim standardizovanim testovima za procenu inteligencije i adaptabilnosti, odnosno na osnovu kliničke procene i evaluacije odgovarajućih indikatora ponašanja kada standardizovano testiranje nije dostupno^[16]. Postoje četiri kategorije kojima se kodira nivo ozbiljnosti poremećaja (tj. blag, umeren, teški i dubok), jedna kategorija privremenog poremećaja i jedna rezidualna kategorija. Ukoliko postoji poznata etiologija, onda može da se upotrebi i dodatni kod za to.

Blagi poremećaj intelektualnog razvoja je stanje koje karakterišu intelektualno funkcionisanje i adaptivno ponašanje dve do tri standardne devijacije ispod proseka (približno 0,1 - 2,3 percentila) dobijeno standardizovanim testovima i/ili na osnovu uporedivih indikatora ponašanja, tj. blagi nivo ozbiljnosti poteškoća adaptivnog ponašanja. Ova deca i osobe pokazuju poteškoće u usvajanju i razumevanju složenih jezičkih koncepata i akademskih veština. Većina može uspešno ovlada mogućnošću da brine o sebi i izvodi kućne i praktične aktivnosti, te mogu uz odgovarajuću podršku i da ostvare relativno samostalan život i zaposlenje kao odrasle osobe.

Tabela 1. Neurorazvojni poremećaji u MKB-10 i MKB-11

MKB-10	MKB-11
<p>Duševna zaostalost – mentalna retardacija F70-F79 Laka duševna zaostalost F70 Umerena duševna zaostalost F71 Teška duševna zaostalost F72 Duboka duševna zaostalost F73 Druga duševna zaostalost F78 Duševna zaostalost, neoznačena F79</p>	<p>Poremećaji intelektualnog razvoja 6A00 Poremećaj intelektualnog razvoja, blag 6A00.0 Poremećaj intelektualnog razvoja, umeren 6A00.1 Poremećaj intelektualnog razvoja, teški 6A00.2 Poremećaj intelektualnog razvoja, dubok 6A00.3 Poremećaj intelektualnog razvoja, privremen 6A00.4 Poremećaji intelektualnog razvoja, neoznačen 6A00.Z</p>
<p>Specifični poremećaji razvoja govora i jezika F80 Specifičan poremećaj izgovora F80.0 Poremećaj ekspresivnog govora F80.1 Poremećaj receptivnog govora F80.2 Landau Kleffnerov stečeni gubitak govora sa epilepsijom F80.3 Drugi poremećaji razvoja govora i jezika F80.8 Poremećaj razvoja govora i jezika, neoznačen F80.9 Ostali poremećaji govora kodirani na drugom mestu Mucanje F98.5 Eksplozivni govor sa prekidima F98.6</p>	<p>Razvojni poremećaji govora ili jezika 6A01 Razvojni poremećaj zvučnosti govora 6A01.0 Razvojni poremećaj tečnosti govora 6A01.1 Razvojni poremećaj jezika 6A01.2 Razvojni poremećaj jezika sa oštećenjem receptivnog i izražajnog jezika 6A01.20 Razvojni poremećaj jezika sa oštećenjem uglavnom izražajnog jezika 6A01.21 Razvojni poremećaj jezika sa oštećenjem uglavnom pragmatičnog jezika 6A01.22 Razvojni jezički poremećaj, sa ostalim navedenim jezičkim oštećenjima 6A01.23 Drugi specifični razvojni poremećaji govora ili jezika 6A01.Y Razvojni poremećaji govora ili jezika, neoznačen 6A01.Z</p>
<p>Specifični poremećaji razvoja sposobnosti za školovanje F81 Specifičan poremećaj čitanja F81.0 Specifičan poremećaj spelovanja F81.1 Specifičan poremećaj računanja F81.2 Mešoviti poremećaj sposobnosti za školovanje F81.3 Drugi poremećaji razvoja sposobnosti za školovanje F81.8 Poremećaj razvoja sposobnosti za školovanje, neoznačen F81.9</p>	<p>Razvojni poremećaji učenja 6A03 Razvojni poremećaji učenja sa oštećenjem čitanja 6A03.0 Razvojni poremećaji učenja sa oštećenjem pismenog izražavanja 6A03.1 Razvojni poremećaji učenja sa oštećenjem matematičkih sposobnosti 6A03.2 Razvojni poremećaji učenja sa drugim specifičnim oštećenjima učenja 6A03.3 Razvojni poremećaji učenja, neoznačen 6A03.Z</p>
<p>Specifičan poremećaj razvoja pokretljivosti F82</p>	<p>Razvojni poremećaj motoričke koordinacije 6A04</p>
<p>Prožimajući poremećaji razvoja F84 Dečiji autizam F84.0 Atipičan autizam F84.1 Rettov sindrom F84.2 Drugi dezintegrativni poremećaj detinjstva F84.3 Hiperkinetički poremećaj sa duševnom zaostalošću i stereotipnim pokretima F84.4 Aspergerov sindrom F84.5 Drugi pervazivni poremećaji razvoja F84.8 Pervazivni poremećaj razvoja, neoznačen F84.9</p>	<p>Poremećaj iz spektra autizma 6A02 Poremećaj iz spektra autizma sa poremećajem intelektualnog razvoja i sa blagim ili bez oštećenja funkcionalnog jezika 6A02.1 Poremećaj iz spektra autizma bez poremećaja intelektualnog razvoja i oštećenog funkcionalnog jezika 6A02.2 Poremećaj iz spektra autizma sa poremećajem intelektualnog razvoja i oštećenim funkcionalnim jezikom 6A02.3 Poremećaj iz spektra autizma sa poremećajem intelektualnog razvoja i odsustvom funkcionalnog jezika 6A02.5 Drugi specifični poremećaj iz spektra autizma 6A02.Y Poremećaj iz spektra autizma, neoznačen 6A02.Z</p>

MKB-10	MKB-11
<p>Hiperkinetički poremećaji F90 Poremećaj aktivnosti i poremećaj pažnje F90.0 Hiperkinetički poremećaj ponašanja F90.1 Drugi hiperkinetički poremećaji F90.8 Hiperkinetički poremećaj, neoznačen F90.9 Poremećaj pažnje bez hiperaktivnosti F98.8</p>	<p>Poremećaj sa deficitom pažnje i hiperaktivnošću 6A05 Poremećaj sa deficitom pažnje i hiperaktivnošću, pretežna prezentacija nepažljivost 6A05.0 Poremećaj sa deficitom pažnje i hiperaktivnošću, pretežna prezentacija hiperaktivno-impulsivna 6A05.1 Poremećaj sa deficitom pažnje i hiperaktivnošću, kombinovana prezentacija 6A05.2 Poremećaj sa deficitom pažnje i hiperaktivnošću, druga specifična prezentacija 6A05.Y Poremećaj sa deficitom pažnje i hiperaktivnošću, prezentacija neoznačena 6A05.Z</p>
<p>Tikovi – nevoljni pokreti mišića F95 Prolazan tik F95.0 Hronični motorni ili glasovni tik F95.1 Kombinovani glasovno motorni tik [de la Tourette] F95.2 Drugi tik F95.8 Tik neoznačen F95.9</p>	<p>Poremećaji sa tikovima Primarni tik poremećaj 8A05.0 Tourette-ov sindrom 8A05.00 Hronični motorni tik 8A05.01 Hronični vokalni tik 8A05.02 Prolazni motorni tikovi 8A05.3 Drugi specifični primarni tik poremećaj 8A05.0Y Primarni tik poremećaj, neoznačen 8A05.0Z Sekundarni tikovi 8A05.1 Infektivni ili postinfektivni tikovi 8A05.10 Tikovi povezani sa razvojnim poremećajima 8A05.11 Drugi specificirani sekundarni tikovi 8A05.1Y Sekundarni tikovi, neoznačeni 8A05.1Z</p>
<p>Stereotipni poremećaji pokreta F98.4</p>	<p>Poremećaj sa stereotipnim pokretima 6A06 Poremećaj sa stereotipnim pokretima bez samopovreivanja 6A06.0 Poremećaj sa stereotipnim pokretima sa samopovreivanjem 6A06.1 Poremećaj sa stereotipnim pokretima, neoznačen 6A06.Z</p>
<p>Mešoviti specifični poremećaji razvoja F83</p>	<p>Ne postoje</p>
<p>Drugi psihički poremećaji razvoja F88</p>	
<p>Poremećaj psihičkog razvoja, neoznačen F89</p>	

Umereni poremećaj intelektualnog razvoja je stanje koje karakterišu intelektualno funkcionisanje i adaptivno ponašanje tri do četiri standardne devijacije ispod proseka (približno 0,003 - 0,1 percentila) dobijeno standardizovanim testovima i/ili na osnovu uporedivih indikatora ponašanja, tj. umereni nivo ozbiljnosti poteškoća adaptivnog ponašanja. Jezik i sposobnost sticanja akademskih veština ove dece i osoba variraju, ali su uglavnom ograničeni na osnovne veštine. Neki mogu ovladati osnovnom brigom o sebi, kućnim i praktičnim aktivnostima, ali je većini potrebna značajna i trajna podrška kako bi mogli da budu samostalni kao odrasli.

Teški, odnosno duboki, poremećaj intelektualnog razvoja je stanje koje karakterišu intelektualno funkcionisanje i adaptivno ponašanje četiri standardne devijacije ispod proseka (manje od 0,003 percentila) dobijeno standardizovanim testovima i/ili na osnovu uporedivih indikatora ponašanja, tj. teški/duboki nivo ozbiljnosti poteškoća adaptivnog ponašanja. Ova deca i osobe imaju vrlo ograničeno razvijen jezik i govor, imaju vrlo ograničene komunikacijske sposobnosti i niske sposobnost za sticanje akademskih veština. Takođe, mogu imati motorička oštećenja i obično im je potrebna dnevna podrška u nadgledanom okruženju za adekvatnu negu, ali mogu steći osnovne veštine samopomoći intenzivnim treningom. Teški i duboki poremećaji intelektualnog razvoja ra-

zlikuju se isključivo na osnovu razlika u adaptivnom ponašanju, koje je dodatno narušeno kod dubokog tipa, jer postojeći standardizovani testovi inteligencije ne mogu pouzdano ili valjano razlikovati ove osobe.

Poremećaj intelektualnog razvoja označen kao privremeni se dodeljuje kada postoje dokazi o poremećaju intelektualnog razvoja, ali se radi o novorođenčetu ili detetu mlađem od četiri godine ili kod deteta ili osobe kod koje nije moguće izvršiti valjanu procenu intelektualnog funkcionisanja i adaptivnog ponašanja zbog senzornog ili fizičkog oštećenja (npr. slepilo, gluvoća), motoričkih ili komunikacijskih oštećenja, ozbiljnih problematičnih ponašanja ili mentalnih poremećaja.

Razvojni poremećaji govora ili jezika

Razvojni poremećaji govora ili jezika karakterišu poteškoće u razumevanju ili stvaranju govora i jezika ili u korišćenju jezika u svrhu komunikacije koje su van očekivanih normalnih varijacija za starost i nivo intelektualnog funkcionisanja. Govorni i jezički problemi se ne mogu pripisati regionalnim i socio-kulturološkim/etničkim jezičkim varijacijama i nisu u potpunosti objašnjeni poremećajem intelektualnog razvoja, bolestima ili povredama nervnog sistema, oštećenjima čula ili anatomskim abnormalnostima. Postoje dva specifič-

na poremećaja koja se odnose samo na govor (tj. razvojni poremećaj zvučnosti govora i razvojni poremećaj tečnosti govora) i četiri koja se odnose samo na jezik (razvojni poremećaj jezika; tj. razvojni poremećaj jezika sa oštećenjem receptivnog i ekspresivnog jezika, razvojni poremećaj jezika sa oštećenjem uglavnom ekspresivnog jezika i razvojni poremećaj jezika sa oštećenjem uglavnom pragmatičnog jezika), kao i tri rezidualne kategorije.

Razvojni poremećaj zvučnosti govora (eng. developmental speech sound disorder) karakterišu poteškoće u usvajanju, proizvodnji i percepciji govora koje se manifestuju greškama u izgovoru, bilo brojem i/ili vrstama govornih grešaka ili ukupnim kvalitetom govorne produkcije, a krajnje rezultiraju smanjenom razumljivošću i značajno utiču na komunikaciju.

Razvojni poremećaj tečnosti govora (eng. developmental speech fluency disorder) karakteriše često ili sveprisutno narušenje normalnog ritma i brzine govora, uz ponavljanja i pridruživanje glasova, slogova, reči i fraza, kao i blokiranje i izbegavanje ili zamena reči. Govorna disfluentnost je perzistentna tokom vremena i rezultira značajnim oštećenjima socijalne komunikacije, ali i narušenjem lične, porodične, socijalne, akademske, profesionalne ili druge važne oblasti funkcionisanja.

Razvojni poremećaj jezika karakterišu stalni nedostaci u usvajanju, razu-

mevanju, proizvodnji ili upotrebi jezika (govornog ili pisanog) i uzrokuju značajna ograničenja u sposobnosti pojedinca da komunicira. Sposobnost da se razume, proizvede ili koristi jezik znatno je ispod onoga što bi se očekivalo s obzirom na godine starosti i intelektualno funkcionisanje.

Razvojni poremećaj jezika sa oštećenjem receptivnog i ekspresivnog jezika karakterišu perzistentne poteškoće u razumevanju govornog ili pisanog jezika (tj. receptivnog jezika) uz perzistentno oštećenje sposobnosti stvaranja i upotrebe govornog ili pisanog jezika (tj. ekspresivnog jezik). Ova kategorija uključuje i poremećaj razvojnu disfaziju ili afaziju, receptivni tip.

Razvojni poremećaj jezika sa oštećenjem uglavnom ekspresivnog jezika karakterišu perzistentne poteškoće stvaranja i upotrebe govornog ili pisanog jezika (tj. ekspresivnog jezik), dok je sposobnost razumevanja govornog ili pisanog jezika (tj. receptivnog jezika) relativno očuvana. Ova kategorija uključuje i poremećaj razvojnu disfaziju ili afaziju, ekspresivni tip.

Razvojni poremećaj jezika sa oštećenjem uglavnom pragmatičnog jezika karakterišu perzistentne i izražene poteškoće sa razumevanjem i upotrebom jezika u društvenom kontekstu, na primer donošenje zaključaka, razumevanje humora i dvosmislenih značenja, dok su ostale komponente receptivnog i ekspresivnog jezika relativno netaknute. Ovaj

deskriptor se ne koristi ako se pragmatično oštećenje jezika može bolje objasniti poremećajem iz spektra autizma ili oštećenjima drugih komponenata receptivnog ili ekspresivnog jezika.

Poremećaj iz spektra autizma

Poremećaj iz spektra autizma karakterišu perzistentni deficiti u sposobnosti iniciranja i održavanja uzajamne socijalne interakcije i socijalne komunikacije, kao i niz ograničenih, ponavljajućih i nefleksibilnih obrazaca ponašanja, interesovanja ili aktivnosti koji su atipični ili prekomerni za starost deteta ili osobu i dati socio-kulturološki kontekst. Poremećaj se javlja u ranom detinjstvu, ali simptomi se mogu u potpunosti manifestovati tek kasnije kada socijalni zahtevi prevazilaze ograničene kapacitete. Deficiti su dovoljno ozbiljni da mogu prouzrokovati narušenja u ličnim, porodičnim, socijalnim, akademskom, profesionalnim ili drugim važnim oblastima funkcionisanja i obično su sveobuhvatna karakteristika funkcionisanja pojedinca koja se može uočiti u svim okruženjima, iako mogu varirati u zavisnosti od socijalnih, obrazovnih ili drugih situacija. Deca i osobe iz ovog spektra pokazuju čitav raspon intelektualnog funkcionisanja, adaptivnog ponašanja i jezičkih sposobnosti, odnosno sposobnosti da koriste funkcionalni jezik (govorni ili pisani) u instrumentalne svrhe, kao što je izra-

žavanje ličnih potreba i želja. Postoji pet specifičnih i dve rezidualne kategorije.

Poremećaj iz spektra autizma bez poremećaja intelektualnog razvoja i sa blagim ili bez oštećenja funkcionalnog jezika karakterišu ispunjeni svi kriterijumi za poremećaj iz spektra autizma, uz intelektualno funkcionisanje i adaptivno ponašanje unutar proseka (približno veći od 2,3 percentila), a postoji samo blago ili nema oštećenja sposobnosti da se koristi funkcionalni jezik.

Poremećaj iz spektra autizma sa poremećajem intelektualnog razvoja i sa blagim ili bez oštećenja funkcionalnog jezika karakterišu ispunjeni svi kriterijumi za poremećaj iz spektra autizma i poremećaj intelektualnog razvoja, a postoji samo blago ili nema oštećenja sposobnosti da se koristi funkcionalni jezik.

Poremećaj iz spektra autizma bez poremećaja intelektualnog razvoja i oštećenog funkcionalnog jezika karakterišu ispunjeni svi kriterijumi za poremećaj iz spektra autizma, uz intelektualno funkcionisanje i adaptivno ponašanje unutar proseka (približno veći od 2,3 percentila), a postoji izrazito oštećenje funkcio-

1 Jedan od recenzenata rada je smatrao da se i dalje treba pridržati termina „poremećaj pažnje“, s obzirom da i u samom nazivu poremećaja tako stoji (tj. poremećaj sa deficitom pažnje i hiperaktivnošću). Međutim, autor rada smatra da je potrebno da se na dalje koristi termin nepažnja, koji se koristi i u stranoj literaturi i u samim dijagnostičkim kriterijumima; DSM-5 i MKB-11, a koji zapravo predstavlja bihevioralne i kognitivne manifestacije poremećaja pažnje na više nivoa kod ovog poremećaja.

onalnog jezika (govornog ili pisanog) i pojedinac nije u stanju da koristi više od jedne reči ili jednostavne fraze.

Poremećaj iz spektra autizma sa poremećajem intelektualnog razvoja i oštećenjem funkcionalnog jezika karakterišu ispunjeni svi kriterijumi za poremećaj iz spektra autizma i poremećaj intelektualnog razvoja, a postoji izrazito oštećenje funkcionalnog jezika (govornog ili pisanog) i pojedinac nije u stanju da koristi više od jedne reči ili jednostavne fraze.

Poremećaj iz spektra autizma sa poremećajem intelektualnog razvoja i odsustvom funkcionalnog jezika karakterišu ispunjeni svi kriterijumi za poremećaj iz spektra autizma i poremećaj intelektualnog razvoja, uz potpuno, ili gotovo potpuno, odsustvo sposobnosti pojedinca da koristi funkcionalni jezik.

Razvojni poremećaji učenja

Razvojni poremećaji učenja karakterišu značajne i perzistentne poteškoće u usvajanju akademskih veština, koje mogu uključivati čitanje, pisanje ili matematičke sposobnosti. Učinak pojedinca u oštećenim akademskim veštinama je znatno ispod onoga što bi se očekivalo za hronološku starost i opšti nivo intelektualnog funkcionisanja, a rezultira značajnim narušenjem akademskog ili profesionalnog funkcionisanja. Razvojni poremećaji učenja prvi put se manifestuju kada se akademske veštine uče tokom ranih školskih razreda i nisu

posledica poremećaja intelektualnog razvoja, oštećenja čula vida ili sluha, neurološkog ili motoričkog poremećaja, nedostatka dostupnosti obrazovanja, nedostatka znanja jezika akademske nastave ili psihosocijalnih poteškoća. Postoje tri specifične i dve rezidualne kategorije.

Razvojni poremećaji učenja sa oštećenjem čitanja karakterišu poteškoće u usvajanju akademskih veština povezanih sa čitanjem, kao što su tačnost čitanja reči, tečnost čitanja i razumevanje čitanja.

Razvojni poremećaji učenja sa oštećenjem pismenog izražavanja karakterišu poteškoće u usvajanju akademskih veština povezanih sa pisanjem, kao što su tačnost spelovanja, gramatika i tačnost interpunkcije, kao i organizacija i koherentnost ideja u pisanju.

Razvojni poremećaji učenja sa oštećenjem matematičkih sposobnosti karakterišu poteškoće u usvajanju akademskih veština povezanih sa matematikom ili računanjem, kao što su smisao za broj, memorisanje činjenica o broju, tačan proračun, tečno računanje i tačno matematičko rezonovanje.

Razvojni poremećaj motoričke koordinacije

Razvojni poremećaj motoričke koordinacije karakteriše značajno kašnjenje u ovladavanju grube i fine motorike i oštećenje u izvršavanju koordinisanih

motoričkih veština, koje se manifestuju u nespretnosti, sporosti ili nepreciznosti motoričkih performansi. Teškoće sa koordiniranim motoričkim veštinama uzrokuju značajna i uporna ograničenja u funkcionisanju (npr. u svakodnevnom životu, školskom radu i profesionalnim aktivnostima i aktivnostima u slobodno vreme).

Poremećaj sa deficitom pažnje i hiperaktivnošću

Poremećaj sa deficitom pažnje i hiperaktivnošću karakteriše perzistentni obrazac (prisutan najmanje 6 meseci) poremećaja pažnje, tj. nepažnja (eng. inattention), i/ili hiperaktivnosti i impulsivnosti, koji imaju direktan negativan uticaj na akademsko, profesionalno ili socijalno funkcionisanje. Postoje dokazi o značajnoj nepažnji i/ili simptomima u domenu hiperaktivnosti i impulsivnosti pre 12. godine života, a obično su prisutni od ranog do srednjeg detinjstva, iako se kod nekih pojedinaca mogu javiti i kasnije^[8,17]. Stepen nepažnje i hiperaktivnosti i impulsivnosti je izvan očekivanih, uobičajenih varijacija za uzrast i nivo intelektualnog funkcionisanja. Nepažnja se odnosi na značajne poteškoće u održavanju pažnje na zadacima koji ne pružaju visok nivo stimulacije ili česte nagrade, izazivaju distrakciju i probleme sa organizacijom. Hiperaktivnost se odnosi na prekomernu motoričku aktivnost i poteškoće sa

mirovanjem, najočiglednije u strukturiranim situacijama koje zahtevaju samokontrolu u ponašanju. Impulsivnost je tendencija delovanja kao odgovor na neposredne stimule bez promišljanja ili razmatranja rizika i posledica. Relativna ravnoteža i specifične manifestacije nepažljivosti i hiperaktivno-impulsivnih karakteristika variraju među pojedincima i mogu se menjati tokom razvoja. Da bi se postavila dijagnoza, manifestacije nepažnje i/ili hiperaktivnosti i impulsivnosti moraju biti evidentne u više situacija ili okruženja (npr. kod kuće, školi, na poslu, kod prijatelja ili rođaka), ali će verovatno varirati u zavisnosti od strukture i zahteva. Simptomi se ne mogu bolje objasniti prisutnim drugim mentalnim poremećajem, poremećajem ponašanja ili drugim neurorazvojnim poremećajem i nisu nastali usled dejstva supstance ili leka. Postoje tri specifične i dve rezidualne kategorije u odnosu na specifičnu prezentaciju simptoma.

Poremećaj sa deficitom pažnje i hiperaktivnošću – pretežna prezentacija nepažnja, karakterišu ispunjeni svi definicijski zahtevi za poremećaj sa deficitom pažnje i hiperaktivnošću, ali simptomi nepažnje su dominantni u kliničkoj prezentaciji, dok neki simptomi hiperaktivnosti i impulsivnosti mogu biti prisutni, ali nisu klinički značajni.

Poremećaj sa deficitom pažnje i hiperaktivnošću – pretežna prezentacija hiperaktivnost i impulsivnost karakterišu ispunjeni svi definicijski zahtevi za

poremećaj sa deficitom pažnje i hiperaktivnošću, ali simptomi hiperaktivnosti i impulsivnosti su dominantni u kliničkoj prezentaciji, dok neki simptomi nepažnje mogu biti prisutni, ali nisu klinički značajni.

Poremećaj sa deficitom pažnje i hiperaktivnošću – kombinovana prezentacija karakterišu ispunjeni svi definicijski zahtevi za poremećaj sa deficitom pažnje i hiperaktivnošću, ali i simptomi nepažnje i simptomi hiperaktivnosti i impulsivnosti su klinički značajni i nijedan ne dominira u kliničkoj prezentaciji.

Poremećaj sa stereotipnim pokretima

Poremećaj sa stereotipnim pokretima karakteriše perzistentno (npr. trajanje nekoliko meseci) prisustvo spontanih, ponavljajućih, stereotipnih, naizgled besciljnih (i često ritmičnih) pokreta koji nastaju tokom ranog razvojnog perioda, a nisu uzrokovani direktnim fiziološkim efektima supstance ili lekovima, a izrazito ometaju normalne aktivnosti ili rezultiraju telesnim samopovređivanjem. Postoje dve specifične i jedna rezidualna kategorija.

Poremećaj sa stereotipnim pokretima bez samopovređivanja karakterišu stereotipni pokreti koji ne dovode do povređivanja i mogu da uključuju ljuljanje telom, ljuljanje glavom, lupkanje prstima ili manirizmi i mlataranje rukama.

Poremećaj sa stereotipnim pokreti-

ma sa samopovređivanjem karakterišu stereotipna samopovređujuća ponašanja koja mogu da zahtevaju medicinski tretman ili bi rezultirala takvom povredom i zahtevalo da se preduzmu zaštitne mere (npr. kaciga za sprečavanje povrede glave), a uključuju ponavljano lupanje glavom, udaranje po licu, griženje ruku, usana ili drugih delova tela.

Poremećaj sa tikovima

Primarni tik poremećaj karakteriše prisustvo hroničnih motornih i/ili vokalnih (foničnih) tikova sa početkom u razvojnom periodu. Motorni i vokalni tikovi se definišu kao iznenadni, brzi, neritmički i ponavljajući pokreti ili vokalizacija. Da bi se postavila dijagnoza, tikovi moraju biti prisutni najmanje godinu dana, mada se možda neće dosledno manifestovati tokom ovog vremena. Postoje četiri specifične i dve rezidualne kategorija.

Tourette-ov sindrom je hronični poremećaj koji karakteriše prisustvo i hroničnih motornih i vokalnih tikova. Da bi se dijagnostikovao Tourette-ov sindrom neophodno je da su prisutni i motorni i vokalni tikovi, iako se možda neće manifestovati istovremeno ili dosledno tokom simptomatskog toka poremećaja.

Hronični motorni tik karakteriše prisustvo motorni tikova.

Hronični vokalni tik karakteriše prisustvo vokalnih (foničnih) tikova.

Prolazne motorne tikove karakteri-

še prisustvo motornih tikova, koji traju kraće od jedne godine.

Sekundarni tikovi su poremećaji sa tikovima koji su direktna fiziološka posledica prethodne infekcije, lekova ili bolesti. U ovom kontekstu su izdvojene sledeće kategorije: infektivni ili postinfektivni tikovi (kao direktna fiziološka posledica prethodne infekcije), tikovi povezani sa poremećajima u razvoju (kao direktna posledica razvojnog poremećaja) i ostali specificirani sekundarni, odnosno sekundarni neodređeni tikovi.

Sekundarni neurorazvojni sindrom

Sekundarni neurorazvojni sindrom uključuje značajne neurorazvojne poteškoće koje ne ispunjavaju dijagnostičke zahteve bilo kog od specifičnih neurorazvojnih poremećaja, a za koji se smatra na osnovu dokaza iz medicinske istorije, fizičkog pregleda ili laboratorijskih nalaza da su direktna patofiziološka posledica zdravstvenog stanja koje nije klasifikovano pod druge mentalne poremećaje i poremećaje ponašanja (npr. manifestacije poremećaja is spektra autizma kod Rett ovog sindroma ili agresija i samopovređivanje kod Lesch-Nihanovog sindroma, abnormalnosti u razvoju jezika kod Williamsovog sindroma). Ovu kategoriju treba koristiti kao dodatak dijagnozi za pretpostavljeni osnovni poremećaj ili bolest kada su neurorazvojni problemi dovoljno ozbiljni da zaslužuju

posebnu kliničku pažnju. Na primer sekundarni sindrom govora ili jezika uključuje značajne karakteristike povezane sa govorom ili jezičkim razvojem koji ne ispunjavaju dijagnostičke zahteve bilo kog od gore navedenog specifičnog razvojnog poremećaja govora ili jezika, a posledica je nekog zdravstvenog stanja. Moguće pretpostavljene etiologije uključuju bolesti nervnog sistema, oštećenja čula, povrede mozga ili infekcije. Kodiranje ostalih neurorazvojnih poremećaja koji su sekundarnog tipa može da bude u još dve rezidualne kategorije: drugi specificirani sekundarni neurorazvojni sindrom ili sekundarni neurorazvojni sindrom, nespecificovan.

GLAVNE PROMENE U DIJAGNOSTIKOVANJU UPOTREBOM MKB-11 U ODNOSU NA MKB-10

Pojedine kategorije poremećaja u MKB-10 koje se odnose na neurorazvojne poteškoće/poremećaje pretrpele su značajne dijagnostičke izmene novom klasifikacijom.

Duševna zaostalost (eng. mental retardation) u MKB-10^[10,11] definiše se kao stanje zaustavljenog ili nepotpunog psihičkog razvoja koje karakterišu poremećaji sposobnosti i veština na ranom uzrastu, a koje doprinose ukupnom nivou inteligencije, procenjivani standardnim testovima inteligencije. U MKB-11 termin mentalna retardacija je napušten

(kao i ostali termini koji mogu da imaju pežorativno značenje)^[12] i imenovani su kao poremećaji intelektualnog razvoja. Ovako imenovani poremećaj označava da postoji intelektualno funkcionisanje i adaptivno ponašanje značajno ispod proseka, uz varijabilni nivo kognitivnih, govornih, jezičkih, komunikacijskih, socijalnih, akademskih i profesionalnih sposobnosti, kao i nivoa samobriga i adaptabilnosti^[12,16]. Novina je da se pored upotrebe standardizovanih testova inteligencije koriste i standardni testovi adaptabilnosti, a tamo gde nisu dostupni standardizovani testovi, dijagnoza se može postaviti na osnovu kliničke procene i evaluacije odgovarajućih indikatora ponašanja (tj. konceptualni, socijalni i praktični)^[16]. Takođe, MKB-11 više ne zahteva da se izražava količnik inteligencije (IQ) kroz jednostavne brojčane vrednosti, već se intelektualno funkcionisanje i adaptivno ponašanje izražavaju zajedno kroz broj standardnih devijacija ispod nivoa proseka. Takođe, napušteno je i kodiranje prisutnog nivoa poremećaja ponašanja kod ovog poremećaja.

U MKB-10^[10,11], specifični poremećaji razvoja govora i jezika, kao zaostajanja u usvajanju govora i jezika, su u MKB-11 razdvojeni na poremećaje samo govora i samo jezika (tj. razvojnih poremećaja govora ili jezika), koje karakterišu poteškoće u razumevanju ili stvaranju govora i jezika ili u korišćenju jezika u svrhu komunikacije. Nova kategorija koja je uvedena u MKB-11

je razvojni poremećaj jezika sa oštećenjem uglavnom pragmatičnog jezika kojom se jasno ograničavaju poteškoće sa razumevanjem i upotrebom jezika u društvenom kontekstu od poremećaja iz spektra autizma i oštećenja drugih komponentata receptivnog ili ekspresivnog jezika. Ovaj poremećaj odgovara DSM-5 poremećaju pod nazivom socijalni (pragmatični) komunikacijski poremećaj^[8]. Novina je da se više ne koriste terimini i dijagnoze vezane samo za artikulaciju (uključujući dislaliju, alaliju i slično), ili samo mucanje, zamuckivanje i slično (što se sada podvodi pod disfluentnost govora). Takođe, poremećaj receptivnog govora (F80.2) ne postoji u MKB-11 kao takav izolovan, a dijagnoza stečenog gubitka govora sa epilepsijom Landau-Kleffner (F80.3) se više ne kodira u ovoj grupi, već u epileptičkim encefalopatijama (eng. epileptic encephalopathies).

Dijagnostička kategorija u MKB-10 prožimajući poremećaji razvoja (eng. pervasive developmental disorders – PDD)^[10] je napuštena u MKB-11^[12,18]. Uvedena je kategorija poremećaj iz spektra autizma koji uključuje deficite u socijalnoj interakciji i komunikaciji, uz niz ograničenih, ponavljajućih i nefleksibilnih obrazaca ponašanja, interesovanja ili aktivnosti, kao poremećaje na nivou dva, ne tri domena kao u MKB-10 za autizam^[12,17]. Pod ovaj poremećaj su sada podvedeni dečiji autizam (eng. childhood autism; F84.0), atipični autizam (eng. typical autism; F84.1) i Aspergerov

sindrom (F84.5), koji se više ne mogu dijagnostikovati odvojeno. Poremećaj iz spektra autizma ima deskriptore kojima se označava nivo oštećenja intelektualnog funkcionisanja, adaptivnog ponašanja i jezičkih sposobnosti. Takođe, uvedena je i mogućnost da se bliže odredi ako uz ovaj poremećaj postoji pridruženo medicinsko ili genetičko stanje, kao i drugo mentalno oboljenje. Važne promene su i da se više ne uzima granica od tri godina starosti za dijagnozu poremećaj iz spektra autizma, već je moguće postaviti dijagnozu i ranije, a da postavljanje ove dijagnoze ne isključuje mogućnost da se postavi dijagnoza poremećaj sa deficitom pažnje i hiperaktivnošću^[8,17], kao i drugog prisutnog/komorbidnog stanja, što nije bio slučaj sa MBK-10. Drugi dezintegrativni poremećaj u detinjstvu (F84.3) i hiperkinetički poremećaj sa mentalnom retardacijom i stereotipnim pokretima (F84.4) kao takvi više ne postoje u MKB klasifikaciji, dok se Rett-ov sindrom kodira u kategoriji stanja sa poremećajima intelektualnog razvoja uz relevantne kliničke odlike.

Nova kategorija u MKB-11 koja se odnosi na poteškoće u usvajanju akademskih veština, tj. razvojni poremećaji učenja, zamenila je kategoriju specifičnih razvojnih poremećaja školskih veština u MKB-10^[10]. Posebno su sada izdvojeni poremećaji koji uključuju samo čitanje, pisanje (pod kojim je sada uvršćen specifični poremećaj spelovanja

iz MKB-10) ili matematičke sposobnosti (pod kojim je sada uvršćen specifični poremećaj računanja iz MKB-10) i druge specifične poremećaje. Dijagnoza koja se odnosila na mešoviti poremećaj sposobnosti za školovanje (F81.2) je napuštena.

Značajne promene pretrpela je i MKB-10 dijagnostička kategorija hiperkinetički poremećaj (F90). Ovaj poremećaj je zamenio poremećaj sa deficitom pažnje i hiperaktivnošću, kako bi se jasno odredilo postojanje poremećaja pažnje u kontekstu nepažnje (tj. bihevioralne I kognitiven manifestuje problema sa pažnjom) i/ili hiperaktivnosti i impulsivnosti, a dodati su deskriptori kojima se obeležava pretežna prezentacija glavnih simptoma^[13,17,19], što je prethodno učinjeno i u DSM-5^[8]. Određeno je da su simptomi za postavljanje dijagnoze bili prisutni pre 12. godine, što nije postojalo u MKB-10^[10] i da je moguće dijagnozu postaviti i u odrasloj dobi. Hiperkinetički poremećaj ponašanja (F90.1) je izostavljen iz MKB-11.

Ostale značajne promene su da je specifični razvojni poremećaj motoričke funkcije u MKB-10 (F82) preimenovan u razvojni poremećaj motoričke koordinacije; mešoviti specifični poremećaji razvoja i ostali poremećaji (F83, F88 i F89) se više ne kodiraju i ne dijagnostikuju; stereotipni poremećaji pokreta (F98.4), sada poremećaj sa stereotipnim pokretima, ima dva deskriptora, bez ili sa samopovređivanjem; ne postoji mo-

gućnost da se dijagnostikuje prolazni vokalni tik, već samo motorni, a da je moguće da se dijagnostikuju sekundarni tikovi koji su direktna fiziološka posledica prethodne infekcije, lekova ili bolesti; i da je uvedena zasebna kategorija sekundarni neurorazvojni sindrom.

DISKUSIJA I ZAKLJUČAK

MKB-11, čija primena bi trebalo da počne od 2022. god. na globalnom nivou, prvi put je uvela dijagnostičku grupu pod nazivom neurorazvojni poremećaji, pored mentalnih i bihevioralnih poremećaja, kao klasifikacionu grupu koju čini osam specifičnih poremećaja i poremećaj sa tikovima^[9]. Iako su različiti bihevioralni i kognitivni poremećaji prisutni u mnogim mentalnim poremećajima i poremećajima ponašanja koji mogu nastati tokom razvojnog perioda (npr. šizofrenija ili bipolarni poremećaj) u grupu neurorazvojnih poremećaja uključeni su samo poremećaji čija su osnovna svojstva neurorazvojna, to jest zajednička odlika im je neka neurorazvojna poteškoća ili deficit nastao na ranom razvoju^[11]. MKB-11 predstavlja u celini inovativni pristup dijagnozi neurorazvojnih poremećaja, koji omogućava kombinovanje kategorijalnog i dimenzijalnog pristupa, uključuje celokupni period od ranog dečijeg pa do starog odraslog doba, a zasnovana je na doslednim i sistematski zasnovanim do-

kazima^[12,13,20]. Izdvajajući osam zasebnih kategorija poremećaja, sa nizom podkategorija, omogućeno je da se dijagnostikuju zasebno poremećaji na nivo različitih aspekata kognitivnog, emotivnog, bihevioralnog i socijalnog razvoja, sa različitim nivoom poremećaja ili oštećenja funkcionisanja. Takođe, omogućeno je da se pojedini poremećaji kodiraju udruženo sa drugim kategorijama kada dva ili više poremećaja ko-egzistiraju, što je do sada bilo isključujuće za pojedine neurorazvojne poremećaje. Pojedine kategorije poremećaja u MKB-10 pretrpele su značajne dijagnostičke izmene novom klasifikacijom, što je imalo za cilj da se pojasne dijagnostički kriterijumi i omogući pouzdanije i preciznije dijagnostikovanje neurorazvojnih poremećaja^[12,13,15,20,21].

U osnovi, MKB-11 klasifikacija odražava novi konceptualni pristup koji je odraz drugačijeg razumevanja, poznatih i istraživanjima dokazanih, krucijalnih karakteristika neurorazvojnih poremećaja a što je, u odsustvu jasno definisane kauzalne etiologije, jedini vodič za dobru dijagnostiku i sledstveno odgovarajući tretman. Možemo reći da je ova klasifikacija, u neku ruku, podređena pragmatičnijem terapijskom pristupu. U kontekstu pragmatičnosti važno je istaći i to da je organizacija grupe neurorazvojnih i drugih poremećaja u dva najznačajnija svetska klasifikaciona sistema poremećaja i bolesti, i MKB-11 i DSM-5, u suštini slična, i da je upravo

nova MKB-11 imala za cilj da kroz ovo „kristalisanje“ i usaglašavanje stručnih stavova, omogući uniformni pristup u dijagnostikovanju poremećaja na globalnom nivou^[21]. U praksi to znači da stručnjaci mogu da razgovaraju istim „dijagnostičkim jezikom“ čime se olakšava i poboljšava, i rad sa pacijentima ali i istraživački rad u ovoj oblasti. Takođe, nove dijagnostičke grupe u MKB-11 utiće na razvoj novih kliničkih i dijagnostičkih smernica^[12,15].

Očekuje se da će MKB-11 omogućiti bolju konceptualizaciju i razumevanje psihopatologije, uključujući i neurora-

zvojne poremećaje, među kliničarima i istraživačima^[20], te da će u narednim decenijama dijagnostikovanje poremećaja biti ne samo olakšano nego i poboljšano. Olakšano, preciznije i blagovremeno dijagnostikovanje neurorazvojnih poremećaja je vrlo važno, jer može da omogućiti započinjanje odgovarajućih tretmana neurorazvojnih poremećaja, naročito na ranom uzrastu, što ima povoljan efekat na razvoj i dovodi do značajno boljih ishoda u funkcionisanju dece i osoba sa ovim poremećajima u kasnijim godinama života.

NEURODEVELOPMENTAL DISORDERS IN THE INTERNATIONAL CLASSIFICATION OF DISEASES, 11TH EDITION (ICD-11): AN OVERVIEW

Dejan Stevanović

Klinika za neurologiju i psihijatriju za decu i omladinu,
Beograd, Srbija

doi: 10.5937/engrami43-32939

submitted: 2021/06/28

accepted: 2021/09/09

online published: 2021/09/17

Abstract

Neurodevelopmental disorders include a wide range of difficulties and impairments in the development of cognitive and/or motor functions. The eleventh revision of the International Classification of Diseases (ICD-11), which came out in 2018 and whose application should start in 2022, has introduced for the first time the diagnostic group named neurodevelopmental disorders, which consists of disorders of intellectual development, developmental speech or language disorders, autism spectrum disorder (ASD), developmental learning disorder, developmental motor coordination disorder, attention deficit hyperactivity disorder (ADHD), stereotyped movement disorder, tic disorders, and other specified neurodevelopmental disorders, as a residual category. The aim of this overview was to present the main diagnostic categories in the ICD-11 that constitute the group of neurodevelopmental disorders and to show the main changes in the diagnosis of individual disorders of the development using the ICD-11 compared to the previous ICD-10. It is expected that the ICD-11 will provide better conceptualization and understanding of psychopathology, including neurodevelopmental disorders, and that the diagnosing of disorders will not only be easier, but also improved for both research and clinical purposes. je u MKB-11 koje čine grupu neurorazvoj-

nih poremećaja i prikažu promene u dijagnostikovanju pojedinih poremećaja .

Keywords: difficulties; disabilities; development; children; diagnosis.

LITERATURA / LITERATURE

1. Thapar A, Rutter M. Neurodevelopmental disorders. In: Thapar A, Pine DS, Leckman JF, Scott S, Snowling MJ, Taylor E, editors. *Rutter's child and adolescent psychiatry*. 6th ed. Oxford: Wiley Blackwell; 2015. p. 31-40.
2. Morris-Rosendahl DJ, Crocq MA. Neurodevelopmental disorders—the history and future of a diagnostic concept. *Dialogue Clin Neurosci*. 2020; 22:65-72.
3. Zablotsky B, Black LI, Maenner MJ, et al. Prevalence and trends of developmental disabilities among children in the United States: 2009–2017. *Pediatrics*. 2019; 144:e20190811.
4. Bitta M, Kariuki SM, Abubakar A, Newton CR. Burden of neurodevelopmental disorders in low and middle-income countries: A systematic review and meta-analysis. *Wellcome Open Res*. 2017; 2:121.
5. Gillberg C. The ESSENCE in child psychiatry: early symptomatic syndromes eliciting neurodevelopmental clinical examinations. *Res Dev Disabil*. 2010; 31:1543-51.
6. Stevanovic D, Knez R, Zorcec T, et al. ESSENCE-Q: Slavic language versions for developmental screening in young children. *Neuropsychiatr Dis Treat*. 2018; 14:2141.
7. Astle DE, Holmes J, Kievit R, Gathercole SE. Annual Research Review: The transdiagnostic revolution in neurodevelopmental disorders. *J Child Psychol Psychiatry*. 2021. doi:10.1111/jcpp.13481.
8. American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (DSM-5®)*. American Psychiatric Pub; 2013.
9. World Health Organization. *International classification of diseases for mortality and morbidity statistics (11th Revision) (2018)* [cited 2021 June 28]. Available from <https://icd.who.int/browse11/l-m/en>.
10. World Health Organization (WHO). *The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders: Clinical descriptions and diagnostic guidelines*. Geneva: World Health Organization (1992).
11. Svetska zdravstvena organizacija Meunarodna klasifikacija bolesti: MKB 10, deseta revizija. *Savremena administracija Beograd* (1996).
12. Reed GM, First MB, Kogan CS, et al. Innovations and changes in the ICD11 classification of mental, behavioural and neurodevelopmental disorders. *World J Psychiatry*. 2019; 18:3-19.
13. Stein DJ, Szatmari P, Gaebel W, et al. Mental, behavioral and neurodevelopmental disorders in the ICD-11: an international perspective on key changes and controversies. *BMC Med*. 2020; 18:1-24.
14. World Health Organization. *International classification of diseases for mortality and morbidity statistics (11th Revision) (2018)* [cited 2021 June 28]. Available from <https://icd.who.int/browse11/l-m/en#/http%3a%2f%2fid.who.int%2fid%2fentity%2f1516623224>.
15. First MB, Reed GM, Hyman SE, Saxena S. The development of the ICD11 clinical descriptions and diagnostic guidelines for mental and behavioural disorders. *World Psychiatry*. 2015;14:82-90.
16. Tassé MJ, Balboni G, Navas P, et al. Developing behavioural indicators for intellectual functioning and adaptive

- behaviour for ICD11 disorders of intellectual development. *J Intellect Disabil Res.* 2019; 63:386-407.
17. Doernberg E, Hollander E. Neurodevelopmental Disorders (ASD and ADHD): DSM-5, ICD-10, and ICD-11. *CNS spectrums.* 2016; 21:295-9.
 18. Evans SC, Roberts MC, Guler J, Keeley JW, Reed GM. Taxonomy and utility in the diagnostic classification of mental disorders. *J Clin Psychol.* 2021; doi: 10.1002/jclp.23125.
 19. Gaebel W, Zielasek J, Reed GM. Mental and behavioural disorders in the ICD-11: Concepts, methodologies, and current status. *Psychiatr Pol.* 2017; 51:169-95.
 20. First MB, Gaebel W, Maj M, et al. An organizationand categorylevel comparison of diagnostic requirements for mental disorders in ICD11 and DSM5. *World J Psychiatry.* 2021;20:34-51.
 21. Stein DJ, Reed GM. Global mental health and psychiatric nosology: DSM-5, ICD-11, and RDoC. *Braz J Psychiatry.* 2019;41:3-4.

Dejan Stevanović,
Klinika za neurologiju i psihijatriju
za decu i omladinu,
Dr Subotić 6a, 11000 Beograd,

stevanovic.dejan79@gmail.com