

И.А. Марценковский, К.В. Дубовик

**СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ К КОНЦЕПТУАЛИЗАЦИИ И ДИАГНОСТИКЕ ПСИХИЧЕСКИХ И ПОВЕДЕНЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ В ДЕТСКОМ ВОЗРАСТЕ: ИННОВАЦИИ DSM-5**

Украинский научно-исследовательский институт социальной, судебной психиатрии и наркологии МЗ Украины, г. Киев

**Ключевые слова:**

психические расстройства у детей и подростков, диагностические критерии, классификация.

В статье рассматриваются современные подходы к классификации психических и поведенческих расстройств детского возраста. Проведен анализ изменений диагностических критериев DSM-5.

Классификация вносит определенную систему в огромное разнообразие явлений, встречающихся в клинической практике. Ее цель в психиатрии заключается в том, чтобы выделив группы больных со сходными клиническими признаками обеспечить возможность планирования лечения и прогнозировать вероятный исход заболевания в соответствии с принципами научной доказательности.

**Новые парадигмы и отличительные особенности DSM-5**

Диагностическое и статистическое руководство по психическим расстройствам (DSM) является одной из двух ведущих классификационных систем. С момента введения в клиническую практику (1952) до принятия DSM-5 (2013) систематика обеспечила революционные преобразования в стандартизации процесса квалификации расстройств психики и поведения. Утверждение Американской психиатрической ассоциацией (1994) DSM-4 символизирует гармонизацию систематики с Международной классификацией болезней ВОЗ (МКБ), универсализацию мировой психиатрической практики [3].

DSM-5 изначально базировалась на смене парадигмы в психиатрии, ее разработчики преследовали цель установить связь между диагнозом и нейробиологией расстройств. Отсутствие нейробиологических маркеров с достаточной диагностической специфичностью не позволило в полной мере достичь этой цели.

Можно выделить шесть отличительных особенностей DSM-5:

**2. В систематике сделан акцент на измерительной перспективе.** В DSM-4 критике подвергался категориальный подход, поскольку не хватало эмпирических данных, подтверждавших наличие / отсутствие симптомов исключения для многих заболеваний, например расстройства дефицита внимания и гиперактивности (РДВГ), расстройств личности. Такой подход приводил к квалификации некоторых нормальных вариантов по-

ведения как патологических, снижал вероятность выявления вариантов атипичного течения и сопутствующих болезней, поддерживал негибкие схемы лечения, ослаблял статистическую валидность в исследованиях [1].

Включение измерительных критериев, приемлемых для практикующих врачей – наиболее сложная задача, поставленная перед разработчиками DSM-5 [2]. Критерии были введены в систематику различными способами, например путем добавления сквозной оценки симптомов с помощью скрининговых вопросов, группирующих различные симптомы и потенциально увеличивающих возможность обнаружения атипичных вариантов течения и сопутствующих расстройств. Измерительные критерии позволили создать инструмент для оценки степени риска для всех расстройств и реструктуризировать диагностические критерии для некоторых заболеваний.

**3. Пересмотрена структура диагностических категорий, что позволило усилить группировку расстройств на основании общих этиологических факторов.** Это было единственным серьезным изменением в диагностической системе, реально учитывающим нейробиологические механизмы расстройств. Применение этого подхода привело к тому, что обсессивно-компульсивное расстройство стало независимой от тревожного расстройства диагностической категорией; патологическая зависимость от азартных игр была отнесена к «расстройствам, связанным с употреблением психоактивных веществ»; выделена новая обширная группа «травматических и связанных со стрессом расстройств».

**4. Усилен эволюционно ориентированный подход.** Согласно данному подходу, большая часть психических расстройств манифестирует в детстве или в подростковом возрасте, для разных периодов жизни характерны различные клинические проявления, рассматриваемые через призму психиатрии развития.

Последовательность расположения глав DSM-5 демонстрирует попытку отражения эволюции расстройств на протяжении жизни. Заболевания, впервые диагности-

руемые в детстве и относящиеся к нарушениям развития ЦНС (интеллектуальные расстройства, расстройства коммуникации, РСА, РДВГ, специфические расстройства речи и школьных навыков, расстройства моторики, тикозные расстройства), находятся в начале систематики и объединены в диагностическую категорию «нарушения нейроразвития». Расстройства, обычно диагностирующиеся в зрелом возрасте, такие как биполярное, расположены в середине систематики, а нарушения, диагностируемые в пожилом возрасте, такие как нейрокогнитивные, – ближе к ее концу. Добавлена новая глава в DSM-5 «Двигательные расстройства, вызванные приемом лекарственных препаратов, и другие побочные эффекты, вызванные приемом лекарственных препаратов».

Рубрика DSM-4 «Расстройства, впервые диагностированные в младенчестве, детстве или в подростковом возрасте» была исключена из DSM-5. С позиций психиатрии развития были уточнены диагностические критерии некоторых диагностических категорий.

Систематика предполагает диагностику РДВГ и РСА как у детей, так и у взрослых. Новые диагностические критерии для этих расстройств более очерчены, чем в DSM-4.

**Многоосевая структура DSM-4 заменена одноосевой.** В DSM-4 клинический диагноз пациента состоял из диагностических заключений по трем осям: клинический синдром (например, шизофрения, большое депрессивное расстройство) по оси I, расстройство личности по оси II и общее медицинское состояние (например, ВИЧ, гипотиреоз) по оси III. В DSM-5 оси I, II и III были объединены, что позволило интегрировать психиатрические и сопутствующие общемедицинские расстройства. Дефиницию «общие медицинские состояния» в DSM-5 заменили на «сопутствующие заболевания». Ожидается, что изменения улучшат взаимодействие между психиатрией и общей медициной.

**6. В DSM-5 предложены новые редакции диагностических критериев для ряда заболеваний.** Были пересмотрены критерии социального тревожного расстройства: «тревога у детей должна возникать и при взаимодействии со сверстниками, а не только при взаимодействии с взрослыми»; «страх и тревога, спровоцированные социальными ситуациями у детей, могут выражаться в виде поведенческих симптомов, таких как плач и истерики». В диагностические критерии обсессивно-компульсивного расстройства введено новое указание, что «дети могут иметь компульсии, не демонстрируя четкой цели в снижении или предотвращении беспокойства и страданий».

**7. Новые диагностические категории.** Существует ошибочное мнение, что DSM-5 вводит в клиническую практику много новых диагнозов, расширяющих и меняющих понятие психического расстройства, относящих к болезненным состояниям, являющиеся крайними проявлениями нормы. Это не соответствует действительности. DSM-5 включает в себя меньшее количество диагнозов, чем DSM-4, но содержит ряд новых диагностических категорий. Примерами новых диагнозов в DSM-5 являются: расстройство с разрушительными формами поведения и расстройство регуляции настроения. Отдельные диагностические категории были ранее

включены в DSM-4 в качестве рубрик, требующих дальнейшего изучения. Имеется достаточно оснований для внесения их в качестве диагностических категорий в DSM-5. Примерами являются расстройство, связанное с переданием, и предменструальное дисфорическое расстройство. В DSM-5 сохраняется глава с диагностическими категориями «для дальнейшего изучения», такими как «синдром с резидуальными проявлениями психоза», «Интернет-зависимость и игровая зависимость», «самоагрессия, не сопровождающаяся суицидом».

## Нарушения нейроразвития

Группа расстройств «нарушения нейроразвития» является наибольшей инновацией DSM-5. Она сформирована из диагностических категорий на основании представлений об их общих нейробиологических особенностях [4]. Эти заболевания характеризуются задержкой или отклонениями в развитии мозга, влияющими на клинический фенотип, например РДВГ, расстройства формирования школьных навыков, интеллектуальная недостаточность и РСА.

Тяжесть расстройства в DSM-5 определяется не по IQ, а по уровню адаптивного функционирования. Речевые расстройства вошли в новую категорию – «расстройства социальной коммуникации», где часть синдромов совпадает с «расстройствами аутистического спектра». Категория «расстройства аутистического спектра» появляется взамен существовавших в DSM-4 диагнозов аутизма, синдрома Аспергера, дезинтегративного расстройства детского возраста и неуточненного расстройства общего развития. РДВГ может начаться как до, так и после 12 лет, его диагностические критерии существенно пересмотрены. Расстройства обучения и двигательные нарушения организованы в этой главе по-другому и отчасти объединены.

С методологических позиций РДВГ и РСА можно рассматривать как единый спектр расстройств, связанных с нарушением развития ЦНС: РДВГ – нарушение нейроразвития лобных отделов мозга и мезокортикальных трактов, РСА – мозга в целом.

Выделение группы «нарушения нейроразвития» опирается на результаты современных нейровизуализационных исследований мозга, демонстрирующих задержки в созревании коры.

Было высказано мнение, что РДВГ правильнее рассматривать как нарушение контроля над побуждениями и импульсивными формами поведения, а не как рас-

Таблица 1. Расстройства, связанные с нарушениями нейроразвития, в DSM-5

<b>Интеллектуальная недостаточность</b>
<b>Расстройства коммуникации</b>
Расстройство речи
Расстройство речевой артикуляции (трудности со звукопроизношением, затрудняющие устное общение)
Заикание (расстройство владения речью, начинающееся в детском возрасте)
Социальное (прагматичное) расстройство коммуникации
<b>Расстройства спектра аутизма</b>
<b>Расстройство внимания и гиперкинетическое расстройство</b>
<b>Специфические расстройства обучения</b>
<b>Двигательные нарушения</b>
Расстройство развития координации движений
Стереотипное двигательное расстройство
Тикозное расстройство

стройство из кластера нарушений поведения, несмотря на некоторое сходство наблюдающейся симптоматики. Двигательные (нарушения развития координации) и стереотипные двигательные расстройства (тикозные) были перенесены в главу расстройств нейроразвития (табл. 1).

### Расстройства спектра аутизма

В новой редакции DSM используется единая диагностическая категория аутизма, характеризующаяся:

1) стойким дефицитом социальной коммуникации и социальных взаимодействий, вне учета наличия общей задержки развития;

2) ограниченными, повторяющимися формами поведения, интересов, активности;

3) формированием нарушений в раннем детстве (могут не проявляться, пока растущие социальные требования не станут выше ограниченных возможностей ребенка);

4) нарушениями повседневного функционирования.

Таким образом, из DSM-5 изъята диагностическая категория расстройства Аспергера, тем самым обеспечена замена концепции дуализма расстройства на концепцию «спектра».

В DSM-5, вместо применявшейся в МКБ-10 и DSM-4 оценки классических симптомов аутизма отдельно в трех субсферах, введена группировка с выделением двух сфер нарушений – дефицита социального общения и ограниченных, повторяющихся форм поведения.

Диагностические критерии РСА в DSM-5 дополнительно предусматривают выделение гипер- и гипоактивности сенсорного восприятия и квалификацию необычных сенсорных интересов в окружающем мире. Вводится ранее отсутствовавшая оценка тяжести РСА, выделяются диагностические категории «нуждающихся в поддержке», «нуждающихся в существенной поддержке» и «нуждающихся в очень существенной поддержке».

Специально проведенные клинические исследования продемонстрировали повышение специфичности и валидности диагностики РСА в сравнении с диагностическими критериями DSM-4. Чувствительность диагностических критериев DSM-5 ниже для людей с IQ выше среднего. Это позволило членам рабочей группы DSM-5, проводившим испытание, сделать вывод, что в новую редакцию систематики вводятся более строгие, имеющие более высокий диагностический порог критерии, выводящие за рамки расстройства некоторые случаи высокофункционального аутизма. С одной стороны, такая практика снижает тенденции гипердиагностики РСА, с другой – повышает риск ограничения прав на специальные услуги для части лиц с синдромом Аспергера.

### Расстройство обучения

Важные изменения были внесены в диагностические критерии расстройства обучения:

1) слияние четырех предыдущих диагностических категорий DSM-4 в одну с последующей модификацией диагностических критериев;

2) изменение минимального возраста для диагностики;

3) введение критериев чувствительности и устойчивости к терапевтическому вмешательству;

4) изменение критериев оценки уровня неуспеваемости учащихся.

Решение об объединении расстройств обучения в одну категорию было принято на основании отсутствия доказательств в поддержку взаимоисключаемости, охвата и чувствительности критериев дискретных диагностических категорий DSM-4. Членами рабочей группы обнаружена противоречивость применяемого в DSM-4 диагностического алгоритма. Решение о пересмотре диагностических категорий и критериев диагностики приняли с учетом не только доступных доказательств, но и мнения экспертов, профессиональных и правозащитных групп. Был сделан вывод в пользу объединения подтипов расстройства обучения в одну диагностическую категорию, но при этом в качестве дополнительных спецификаторов решили сохранить возможность дальнейшего использования ключевых особенностей ранее выделяемых подтипов. Были изменены критерии «А», требующие наличия одного из шести гетерогенных симптомов (неточное или медленное чтение, трудности с пониманием и пересказом прочитанного, нарушения правописания и орфографии, нарушения формирования навыков счета и математических действий).

Диагностическими критериями расширяется возраст для диагностики: симптомы должны впервые выявляться в течение школьного возраста и учитываться до тех пор, пока требования к пострадавшим академическим навыкам не ограничивают возможности индивидуума.

Вводится также новый диагностический критерий «ответ на вмешательство». Для диагностики расстройства симптомы должны сохраняться, несмотря на предоставление помощи, направленной на устранение академических трудностей.

В реалиях украинской школы данный диагностический критерий выглядит полезным. Дети, у которых в Украине диагностируется «нарушение обучения» или даже «умственная отсталость», имеют проблемы, которые можно квалифицировать как «педагогическую запущенность», «непредоставление адекватной поддержки при специфичных педагогических потребностях». Благодаря введению нового диагностического критерия акцентируется внимание на профилактике и снижается риск гипердиагностики.

Добавление критерия «ответ на вмешательство» подверглось резкой критике со стороны некоторых экспертов: они указывают на тот факт, что вмешательства и ответ на них не стандартизированы и зависимы от уровня развития коррекционной педагогики в различных странах. В странах, которые развиваются, этот критерий предположительно будет игнорироваться, потому что вмешательства из арсенала коррекционной педагогики не получили широкого распространения. Специалисты обращают внимание на то, что расстройство обучения является единственным диагнозом в медицине, для постановки которого требуется отрицательный ответ на лечение в качестве критерия.

В DSM–5 также вводятся новые критерии оценочной категории «плохая успеваемость». Согласно DSM–4, академические навыки должны быть существенно ниже средних, учитывая хронологический возраст индивида, уровень интеллекта и образования. В новой систематике критерии категории «плохая успеваемость» требуют, чтобы академические навыки были существенно ниже средних нормативных согласно испытаниям в выборках, стандартизованных по возрасту, образованию и культуральной среде, при этом диагностическая процедура не учитывает наличие или отсутствие умственной отсталости. Таким образом, DSM–5 снимает требование наличия расхождения между IQ и успеваемостью для квалификации расстройства. Такой подход может привести к снижению диагностической точности, необоснованной диагностике расстройства обучения у детей с относительно высоким IQ и уменьшению выявляемости у пациентов с низким IQ.

Недостатком критериев как DSM–4, так и DSM–5 является отсутствие возможности использовать их во многих странах, прежде всего в слаборазвитых, поскольку в них применяются оценки, полученные с помощью стандартизованных тестов, и требующие адаптации для разных языков и культур.

В критериях для изучения расстройства в DSM–4 формально не предъявлялись требования к уточнению продолжительности симптомов. В DSM–5 для позитивной диагностики требуется присутствие симптомов в течение не менее 6 месяцев. Как показали исследования, этот диагностический критерий не оказывает существенного влияния на точность диагностики.

## Расстройство дефицита внимания и гиперактивность

Значительных изменений диагностическая категория РДВГ не претерпела, сохранены 18 основных общих критериев диагностики.

Изменения внесены в определение возраста начала расстройства: для позитивной диагностики симптомы должны выявляться в возрасте до 12, а не 7 лет, как это было предусмотрено в DSM–4. В DSM–5 пересмотрено понятие «пороговых симптомов для взрослых»: введено уменьшение диагностического порога с 6 до 5 симптомов. Еще одной инновацией новой систематики является разрешение двойной диагностики РДВГ и РСА (РСА не относится к критериям исключения). Незначительные изменения внесены в квалификацию подтипов РДВГ, включены пересмотренные презентации 18 основных симптомов [5].

РДВГ как расстройство, связанное с нарушением развития ЦНС, ориентирует клиницистов на поиск ранних признаков заболевания. Исследования рабочей группы продемонстрировали отсутствие разницы в фенотипической презентации расстройства (нейропсихологических нарушениях, особенностях протекания, тяжести проявлений, ответе на медикаментозное лечение) у детей с началом РДВГ до и после 7 лет. Доля лиц с манифестацией нарушений активности и внимания в возрасте до 12 лет составляет около 95% случаев. Не подтвердились опасения, что изменение возрастных критериев может искусственно увеличить распространенность РДВГ.

Для полевых исследований DSM–4 были рандомизированы только дети и подростки. Оценка возможностей диагностики РДВГ у взрослых при работе над DSM–5 продемонстрировала ограниченные возможности квалификации расстройства путем оценки 6 симптомов. Пилотные испытания показали высокую дисперсию результатов. Было сформировано распределение со стандартным отклонением 2,5–3, что обеспечивало попадание в зону надежной диагностики у взрослых только наиболее тяжелых случаев расстройства. Использование 4 из 9 симптомов позволило повысить чувствительность и специфичность диагностики РДВГ у взрослых и поддержку нейробиологических данных. Члены рабочей группы DSM–5 проявили осторожность и снизили диагностический порог только до 5 симптомов.

Не существует доказательств, подтверждающих исключение диагноза РДВГ при выполнении диагностических критериев РСА. В реальной клинической практике РДВГ и аутизм часто сосуществуют. Психостимуляторы могут уменьшить симптомы РДВГ у половины больных РСА. В таблице 3 представлены основные изменения критериев РДВГ в DSM–5 и их обоснование.

## Интеллектуальная недостаточность

Интеллектуальная недостаточность входит в главу нарушений развития ЦНС. В DSM–5 термин «интеллектуальная недостаточность» заменяет применявшийся ранее в DSM–4 «умственная отсталость» (в предстоящем пересмотре МКБ предлагается использовать обозначение «интеллектуальное нарушение развития»). Дефиниция «умственная отсталость» изъята из употребления из-за ее уничижительного подтекста. Другие модификации диагностической категории включают в себя изменения, подчеркивающие более полный анализ и оценку функционирования пациента.

Тестирование IQ поощряется и остается основой для оценки, новые критерии подчеркивают важность функционирования индивидуума. Измерение IQ менее достоверно в нижней части диапазона. Сопутствующие расстройства и феномен «эффекта Флинна» (увеличение средних баллов IQ по всему миру в последние годы) могут повлиять на диагностику интеллектуальной недостаточности у части пациентов, усиливая потребность в оценке интеллектуального функционирования квалифицированными специалистами.

Критерий «А» касается интеллектуального функционирования и измеряется при помощи IQ-тестов. Лица с ограниченными интеллектуальными возможностями при оценке IQ имеют показатели ниже на два или более стандартных отклонения, чем средние значения в популяции.

Критерий «В» относится к недостаточности адаптивного функционирования в трех областях (не указанных в предыдущем издании DSM): концептуальной (например, академические навыки); социальной (например, речь, общение, навыки межличностного общения), а также практической (например, навыки самообслуживания и опрятности). Многоуровневый подход обеспечивает постановку диагноза на основании оценки воздействия расстройства на функционирование, а не основывается исключительно на конкретных жалобах и тестировании интеллекта.



В DSM-5 сохранена градация интеллектуальной недостаточности по уровням тяжести (легкая, средняя, тяжелая и глубокая), но заменен уровень IQ в качестве определяющего критерия, на степень адаптивной дисфункциональности в этих трех областях. В предыдущем издании были установлены возрастные ограничения для диагностики лиц, не достигших 18 лет, в DSM-5 их нет, но появились требования к наличию симптомов в детстве или подростковом возрасте. В таблице 4 обобщены основные изменения.

### **Разрушительные формы поведения, нарушение контроля над побуждениями, расстройство поведения**

В DSM-5 кондуктивное (антисоциальное) расстройство поведения и оппозиционно-вызывающее расстройство (ОВР) перенесены в главу «Разрушительные и связанные с потерей импульс-контроля расстройства поведения». Новая глава включает антисоциальное расстройство личности, пироманию и клептоманию.

Базовые диагностические признаки расстройства поведения остаются в DSM-5 без изменений: повторяющееся, носящее систематический характер поведение, нарушающее права других людей или социальные правила, о чем свидетельствует наличие хотя бы 3 из 15 диагностических критериев (почти идентичных критериям в DSM-4) в течение предыдущих 12 месяцев.

В DSM-4 выделяли два подтипа расстройства поведения, в зависимости от того, в детском или в подростковом возрасте оно манифестировало. В DSM-5 вводится новый спецификатор, указывающий на дефицит просоциальных эмоций. Спецификатор исходит из наличия негативного поведения и отражает типичную для индивида картину эмоционального и межличностного функционирования в различных ситуациях. У лиц, страдающих расстройством поведения с ограниченными просоциальными эмоциями, наблюдаются ограниченные проявления эмоциональной взаимности, сочувствия, они уделяют мало внимания чувствам, желаниям, благополучию других людей, о чем свидетельствуют минимум 2 симптома из 4:

- 1) отсутствие чувства раскаяния и вины;
- 2) жестокость с отсутствием сочувствия;
- 3) отсутствие обеспокоенности производимой деятельностью (отсутствие мотивации или волнения при решении задач в школе или на работе);
- 4) неискренность или слабость эмоций (чувства или эмоции, демонстрируются слабо или неискренне).

Члены рабочей группы DSM-5 пришли к консенсусу, что дети и подростки с расстройствами поведения являются неоднородной группой с учетом тяжести нарушений, особенностей жизненной позиции и предполагаемой этиологии, что привело к выделению различных диагностических категорий.

Несколько десятилетий назад DSM-3 уже предполагала возможность диагностики двух подтипов расстройств поведения: социализированного / несоциализированного и агрессивного / неагрессивного. Были получены отдельные свидетельства того, что слабосоциализированные и агрессивные подтипы поведенческих расстройств представлены тяжелыми нарушениями,

плохо поддаются лечению. Диагностические критерии выделенных подтипов не были достаточно четкими и часто не приводили к убедительной квалификации расстройств, в связи с чем от этого разделения в последующем издании систематики отказались.

Нынешний спецификатор «с ограниченными просоциальными эмоциями» (дефиниция аналогична понятиям «бессердечный» и «неэмоциональный») является результатом поиска новых маркеров личностных расстройств у детей и подростков. У лиц, соответствующих новому спецификатору, было квалифицировано антисоциальное поведение, но надежным диагностическим критерием является «наличие дефицита просоциальных эмоций».

Симптомы, ассоциированные со спецификатором ограниченности просоциальных эмоций, введены в DSM-5 для обеспечения скрининга тяжелых, агрессивных и устойчивых форм поведения. Они являются независимым фактором риска для антиобщественных вариантов поведения у взрослых. Неизвестно, сохраняется ли это различие на протяжении всей жизни пациента и будет ли оно поддержано реальной клинической практикой.

#### *Оппозиционно-вызывающее расстройство*

Критерии ОВР в DSM-5 существенно не изменились. Для его выявления квалифицируют как эмоциональные, так и поведенческие симптомы, распределенные на три группы:

- 1) злость / раздражительность;
- 2) склонность спорить / вызывающее поведение;
- 3) мстительность (злопамятность).

Условие, выдвигаемое в DSM-4, что ОВР не может быть диагностировано, если выполняются диагностические критерии расстройства поведения, было исключено, так как симптомы ОВР могут свидетельствовать об эмоциональных расстройствах независимо от нарушения поведения.

Важная инновация в DSM-5 заключается в требовании определять частоту оцениваемого поведения и симптомов ОВР. Это связано с тем, что у многих нормально развивающихся детей и подростков наблюдаются эпизоды поведения, подобного ОВР. Для выявления расстройства, в соответствии с требованиями новой диагностической систематики, у детей в возрасте до 5 лет оппозиционное поведение должно наблюдаться большинство дней в течение не менее 6 месяцев, за исключением эпизодов, связанных с «местью». Для детей 5 лет и старше поведение должно возникать не реже одного раза в неделю в течение не менее 6 месяцев, кроме состояний, ассоциированных с «местью».

Применение новых диагностических критериев позволяет оценивать тяжесть диагностируемого расстройства и указывает на наличие обширной группы детей, у которых критерии на момент исследования не выполняются, но они составляют группу риска квалификации расстройства в последующем.

### **Травма и связанные со стрессом расстройства**

«Травма и связанные со стрессом расстройства» – новый диагностический раздел в DSM-5, объединивший ряд различных глав и диагностических категорий

DSM–4. Новый раздел включает реактивное расстройство привязанности, расстройство расторможенной социальной активности, ПТСР, острое стрессовое расстройство, расстройство адаптации. Включены связанные со стрессом тревожные расстройства и расстройства настроения. Основным обоснованием для объединения перечисленных диагностических категорий в единый раздел является то, что их общая черта – существование дистресса после воздействия травматического или стрессового события.

*Посттравматическое стрессовое расстройство*

Диагностические критерии ПТСР претерпели ряд изменений в отношении детей дошкольного возраста.

Для постановки диагноза ПТСР у детей в возрасте 6 лет и младше, должны выполняться четыре перечисленные далее критерия, симптомы должны наблюдаться в течение более одного месяца, быть причиной клинически значимого дистресса или повреждения и не являться следствием воздействия психоактивных веществ или соматических заболеваний [6].

ПТСР стало первым расстройством в DSM, которое имеет отличные диагностические критерии для взрослых и детей (в возрасте 6 лет и младше).

Диагностические критерии ПТСР для детей старшего возраста, подростков и взрослых почти не изменились. Различия между острым и хроническим ПТСР были устранены, поскольку существующих доказательств для обоснования пользы такой дифференциации оказалось недостаточно. Был добавлен подтип «с диссоциативной симптоматикой». Лица, соответствующие критериям этого подтипа, отвечают также критериям ПТСР и обнаруживают текущие симптомы деперсонализации и / или дереализации.

*Реактивное расстройство привязанности и расстройство расторможенной социальной активности*

Диагностическая категория в DSM–4 «реактивное расстройство привязанности» использовалась в клинической практике редко и относилась к числу плохо изученных. Изменения в DSM–5 отражают другое отношение клиницистов к этой категории. В DSM–4 рубрика «реактивное расстройство привязанности» разделена на реактивный и расторможенный подтипы. В DSM–5 подтипы определены как отдельные нарушения: «реактивное расстройство привязанности» и «расстройство расторможенной социальной активности».

Обе диагностические категории объединяет необходимость наличия запущенности, определяемой как отсутствие адекватного ухода в детском возрасте, что считается причинным фактором, приводящим к ограничению возможностей маленького ребенка для формирования адекватной привязанности. Эти расстройства отличаются существенным образом – клиническими проявлениями, ответом на вмешательства, что поддерживает их рассмотрение как отдельные категории.

**Депрессивные расстройства**

*Расстройство с тяжелой дисрегуляцией настроения (расстройство регуляции настроения с разрушительным поведением)*

В DSM–5 введен новый диагноз «расстройство с тяжелой дисрегуляцией настроения». В последние годы в

сфере охраны психического здоровья детей и подростков наблюдалась оживленная дискуссия относительно диагностических границ биполярного аффективного расстройства (БАР). Благодаря проделанной работе представителей Бостонской школы (США) наблюдался стремительный рост уровня диагностики БАР у детей, первоначально в США, а затем и в Европе. Уровень выявления БАР у взрослых также повысился, но не столь значительно, как у детей и подростков. В соответствии с этим увеличилось количество назначений антипсихотических препаратов детям.

Объяснением может быть увеличение числа случаев диагностики БАР у детей за счет смягчения диагностических критериев мании. В DSM–4 у детей при отсутствии традиционных проявлений мании БАР диагностируется на основании эквивалентных симптомов, как правило, раздражительности. В качестве мании у детей нередко квалифицировались поведенческие нарушения, первично диагностированные как РДВГ, но не давшие положительного ответа на терапию психостимуляторами.

Данные лонгитудинальных популяционных исследований показали отличную от БАР эволюцию психических нарушений: невыполнение диагностических критериев БАР у большинства пациентов, достигших взрослого возраста, накопление случаев большого депрессивного, генерализованного тревожного расстройства и дистимии.

Диагноз тяжелой эмоциональной дисрегуляции был предложен для описания детей и подростков, которые впервые попадали в поле зрения психиатров в детском возрасте с повышенной возбудимостью, гиперактивностью и импульсивностью. Катамнестические исследования продемонстрировали, что дети с БАР имеют более высокий (62%) риск развития маниакальных эпизодов в течение среднего периода в 29 месяцев последующей жизни, чем дети с тяжелой дисрегуляцией настроения (1%).

Результаты семейных исследований немногочисленны, но подтверждают выводы лонгитудинальных испытаний. При сравнении распространенности БАР среди родителей детей, страдающих тяжелой дисрегуляцией настроения и БАР, были обнаружены существенные различия: БАР встречалось у 33% родителей в группе детей с БАР и только у 3% – с тяжелой дисрегуляцией настроения. Предположение, что тяжелая и хроническая раздражительность представляет альтернативный фенотип БАР, является необоснованным.

Эксперты рабочей группы DSM–5 при проведении пилотных исследований установили факт высокой распространенности тяжелой дисрегуляции настроения в детской популяции – около 3%, тогда как встречаемость БАР не превышает 0,1%.

**Определения и модели, находящиеся на стадии разработки**

*Межсекторальная квалификация симптомов*

Некоторые инновации, представленные в новом разделе III, имеют непосредственное отношение к диагностике в детской психиатрии.

Были введены межсекторальные оценочные критерии – специальный инструментальный для предва-

рительного скрининга, включающий родительскую версию (для оценки детей в возрасте 6–17 лет) и версию для самооценки подростками. Идея заключается в использовании этих критериев в начале клинической оценки, что поможет врачам провести целенаправленный поиск в сфере вероятного расстройства. Предполагается применение нового инструментария для проведения своего рода проверочной оценки при диагностике в психиатрии, как это делается в общей медицине.

Инструментарий первого уровня включает в себя 19 вопросов с оценкой по 5-балльной шкале Лайкерта (от 0 до 4) и 6 вопросов, которые позволяют отвечать «да», «нет» или «не знаю» (например, для вопросов относительно употребления психоактивных веществ и суицидальных идей), касающихся 12 категорий нарушений психической деятельности: соматических симптомов, проблем со сном, невнимательности, депрессии, гнева (агрессии), раздражительности, мании, тревоги, психоза, повторяющихся мыслей и поведения, употребления психоактивных веществ, мыслей о суициде / суицидальных попыток.

Положительный ответ на любой вопрос (оценка в 2 балла или выше), за исключением вопросов, связанных с невнимательностью или психозом (оценка в 1 балл или выше), или ответы «да» / «не знаю» на вопросы об употреблении психоактивных веществ и наличии суицидальных мыслей / попыток указывают на необходимость проведения полной оценки. Эта оценка может включать использование межсекторальных диагностических критериев DSM-5 второго уровня, которые основаны на хорошо проверенных инструментариях, применяемых в детской психиатрии (например, шкала SNAP-IV для невнимательности и гиперактивности; опросник ASSIST, модифицированный Национальным институтом по проблемам злоупотребления лекарственными средствами для чрезмерного приема психоактивных веществ).

В разделе III вводится практика культуральной оценки интервью, что представляет собой обновленную и усовершенствованную редакцию разработок DSM-4. Хотя этот инструмент был протестирован только у взрослых, детские психиатры могли бы выиграть в случае включения культуральной формулировки в оценку своих пациентов, поскольку влияние культурального контекста на понимание развития или выражения симптомов психического здоровья в детско-подростковом возрасте ощутимое.

#### Синдром ослабленного психоза

В разделе III также содержится ряд временных диагностических категорий, нуждающихся в дополнительных исследованиях. Для детской психиатрической практики из числа категорий этого раздела особый интерес представляет синдром ослабленного (резидуального) психоза.

В DSM-5 предложены следующие диагностические критерии для этого синдрома:

- 1) ослабленные (резидуальные) симптомы бреда, галлюцинаций или дезорганизованной речи с относительно ненарушенным восприятием реальности;
- 2) частота возникновения (по крайней мере, один раз в неделю в течение месяца);

- 3) симптомы должны появляться или усиливаться на протяжении года, предшествующего постановке диагноза, и не могут быть объяснены наличием какого-либо тяжелого психического расстройства или эффектом от приема препаратов или использования других веществ;

- 4) симптомы никогда ранее не соответствовали критериям психотического расстройства.

Результаты проведенных исследований показали, что значительная часть людей с этими фенотипическими характеристиками прогрессировала до выполнения всех диагностических критериев психотического расстройства, и раннее вмешательство у этих пациентов в ряде случаев позволяло остановить это прогрессирование. Катамнестические наблюдения продемонстрировали, что большинство случаев, соответствующих описанной диагностической категории, если и прогрессируют, то не достигают тяжести психотического расстройства. Опасность необоснованного расширения границ психического заболевания и широкого необоснованного применения антипсихотических средств не позволила специалистам принять совместное решение относительно включения новой диагностической категории в основную часть руководства.

## Выводы

DSM-5 представляет собой современную классификацию психических расстройств, основанную на фактических данных и современных исследованиях.

Детский раздел систематики отражает прогресс и развитие новых научных парадигм, опирающихся на масштабные исследования последнего десятилетия, прежде всего в области психиатрии развития. Концептуализированы базовые достижения теории нарушений нейроразвития, представлений о взаимодействии генотипа и фенотипа психических расстройств, роли средовых факторов в оформлении их фенотипа. Достижение классификации – уточнение диагностических критериев, введение новых диагностических категорий, диагностических инструментариев, что упростило диагностику и создало очевидные перспективы дальнейшего развития.

Многое еще предстоит сделать, прежде чем будет создана систематика, построенная на основе четких представлений об этиологии и патофизиологии психических расстройств у детей. Систематика должна быть введена в украинскую психиатрическую практику и использоваться параллельно с МКБ-10.

## Список использованной литературы

1. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition*. – Washington, DC: American Psychiatric Association, 2000.
2. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition*. – Arlington, VA: American Psychiatric Association, 2013.
3. First M. B. Harmonisation of ICD-11 and DSM-V: opportunities and challenges / M. B. First // *Br. J. Psychiatry*. – 2009. – Vol. 195 – P. 382–390.
4. Rutter M. Continuities and discontinuities in psychopathology between childhood and adult life / M. Rutter, J. Kim-Cohen, B. Maughan // *J. Child. Psychol. Psychiatry*. – 2006. – Vol. 47. – P. 276–295.
5. Scheeringa M. S. PTSD in children and adolescents: toward an empirically based algorithm / Scheeringa M. S., Zeanah C. H., Cohen J. A. // *Depress Anxiety* – 2011. – Vol. 28. – P. 770–782.
6. The age at onset of attention deficit hyperactivity disorder / Kielsing C., Kielsing R.R., Rohde L.A. [et al.] // *Am. J. Psychiatry*. – 2010. – Vol. 167. – P. 14–16.

СУЧАСНІ ПІДХОДИ ДО КОНЦЕПТУАЛІЗАЦІЇ ТА ДІАГНОСТИКИ ПСИХІЧНИХ  
ТА ПОВЕДІНКОВИХ РОЗЛАДІВ У ДИТЯЧОМУ ВІСІ: ІННОВАЦІЇ DSM-5.

І.А. Марценковський, К.В. Дубовик

У статті розглядаються сучасні підходи до класифікації психічних та поведінкових розладів дитячого віку. Проведено аналіз змін діагностичних критеріїв DSM-5.

**Ключові слова:** психічні розлади у дітей та підлітків, діагностичні критерії, класифікація.

## NEW APPROACHES TO CONCEPTUALIZATION AND DIAGNOSIS OF MENTAL AND BEHAVIORAL DISORDERS IN CHILDHOOD: INNOVATIONS DSM-5.

I. Martsenkovsky, K. Dubovyk

The article reviews current approaches to classification of mental and behavioral disorders of childhood. The analysis of changes in diagnostic criteria for DSM-5.

**Key words:** mental disorders in children and adolescents, diagnostic criteria, classification.

УДК 616.89

С.І. Табачников, О.С. Осуховська, Є.М. Харченко,  
Г.А. Пріб, Т.В. Синіцька, О.В. Кіусева, А.М. ЧепурнаПОШИРЕНІСТЬ ІГРОВОЇ ЗАЛЕЖНОСТІ СЕРЕД ПІДЛІТКІВ ТА МОЛОДІ УКРАЇНИ  
ТА ЇЇ ВПЛИВ НА ПСИХІЧНЕ ЗДОРОВ'Я ЦЬОГО КОНТИНГЕНТУ НАСЕЛЕННЯ

**Ключові слова:** ігрова залежність, поширеність, адиктивна поведінка, афективні порушення.

Метою дослідження було вивчення поширеності ігрової залежності серед підлітків та молоді та її впливу на їх психічне здоров'я, а також розробка заходів профілактики по відношенню до даної проблеми.

На сучасному етапі можна констатувати неконтрольоване поширення комп'ютерних ігор не тільки з елементами жорстокості, але й пропагандою культу насилиства і порнографії. Найбільшою проблемою стала доступність комп'ютерних ігор для дітей, що негативно впливає на стан їх психофізичного розвитку, може розбещувати свідомість, стимулювати виховання агресії, сприяти зростанню злочинності.

Вплив сучасних комп'ютерних ігор на дітей та молоді, на жаль, є вкрай актуальною та важливою проблемою як в Україні, так і у світовому суспільстві. Сам ігровий процес може мати неоднозначний, як позитивний, так і негативний ефект. З одного боку, є доказові твердження позитивних наслідків участі у відеоіграх: вдосконалення зорово-просторових навичок (особливо для візуалізації тривимірних об'єктів), координації рухів, тренування концентрації, уваги і її переключення, поліпшення зорової пам'яті і швидкості обробки зорової інформації. Комп'ютерні ігри також успішно застосовуються в реабілітаційному періоді у дітей з різними хворобами, при діагностиці фобій і розладів уваги. З іншого боку, аналіз наукової літератури дозволяє зробити висновок про те, що найвразливішою групою населення при формуванні саме ігрової залежності, ігрової адиктивної поведінки, як одного з видів нехімічної адикції, є діти та підлітки. Процес інтенсивної фізіологічної та психологічної трансформації особистості виключає наявність усталених стратегій поведінки у стосунках з однолітками і дорослими, водночас обумовлюючи певні труднощі в соціальній адаптації, при яких підліток часто йде від навколишньої дійсності у віртуальний ігровий світ. Саме тому підлітки найбільшою мірою схильні до ризику формування

ігрової залежності. Також на психофізіологічному рівні недостатня розвиненість ауторегуляторних механізмів, здатності контролювати емоції, стримувати імпульсивну поведінку сприяють формуванню ігрової адикції та Інтернет-адикції у школярів. Дослідження більше 7000 підлітків, які грають у комп'ютерні ігри через Інтернет та за допомогою ігрових приставок, проведені в 2006 р., дозволили зробити висновок про наявність ігрової адикції у 11,9% респондентів. Тривога, тривожність є також складовою в структурі адаптаційних розладів у патологічних гемблерів. Вплив комп'ютерних ігор на трансформацію особистості підлітка пов'язаний з проблемами: а) формування ігрової залежності як альтернативної форми адаптації до життєвих умов, самореалізації та емоційно-психічної регуляції (водночас ігроманія проявляється в негативних змінах поведінки, мотивації, емоційно-афективної сфери підлітка, в зниженні успішності в школі, погіршенні фізичного самопочуття, проблемах у спілкуванні з оточуючими людьми, насамперед з членами сім'ї); б) негативного впливу ігор агресивного змісту, що відображають примітивний рівень ігрової культури, поширений в сучасному суспільстві. Існує деяка особистісна схильність до захоплення комп'ютерними іграми, а зі зростанням ігрового досвіду взаємозв'язок між особистісними особливостями та ігровою комп'ютерною активністю тільки посилюється.

Таким чином, медико-психологічні аспекти впливу як технічного пристрою – комп'ютера, так і його змістового наповнення – комп'ютерних ігор (статичних чи інтерактивних) зумовлені не тільки такими проявами, як порушення постави, ураження променево-зап'ясткового суглобово-зв'язкового апарату, погіршення зору, психо-