

Раздел I. ПРОФИЛАКТИКА, ДИАГНОСТИКА И ЛЕЧЕНИЕ ПСИХИЧЕСКИХ РАССТРОЙСТВ У ДЕТЕЙ И ПОДРОСТКОВ

Детская психиатрия: взгляд через призму DSM-5

*И.А. Марценковский, К.В. Дубовик,
Украинский научно-исследовательский институт социальной,
судебной психиатрии и наркологии МЗ Украины, г. Киев*

Классификация тех или иных наблюдений, данных, составляющих предмет научной дисциплины, не только отражает ее достижения и философско-методологическую направленность, но и имеет большое перспективное значение для последующего развития этой дисциплины, а также для ее теоретических и практических подходов.

История развития наук о природе и обществе свидетельствует о том, что после первоначального изучения и описания основных факторов необходимым этапом на пути создания теорий является классификация изучаемых явлений. Так было в физике, биологии, социологии и других науках. Столь же важна и психологическая таксономия (классификация психических явлений).

В психиатрии классификация вносит определенную систему в огромное разнообразие явлений, встречающихся в клинической практике. Ее цель заключается в том, чтобы, выделив группы больных со сходными клиническими признаками, обеспечить возможность планировать соответствующее лечение и прогнозировать вероятный исход заболевания.

Классификация в детской и подростковой психиатрии выполняет подобную роль. В отличие от других областей медицины, роль классификации в прогнозировании и объяснении явлений, связанных с психической деятельностью, ограничена. Основная функция классификации в детской и подростковой психиатрии в том, чтобы улучшить передачу информации путем создания связей среди клиницистов и профессионалов в среде исследователей. Другая важная роль использования классификации – это получение данных, которые могут быть полезны для лечения пациента и дальнейшего прогноза.

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 в 1952 г. DSM претерпела пять изданий до принятия в 2013 г. DSM-5. DSM-III, принятую Американской психиатрической ассоциацией (APA) в 1980 г., можно считать революционной. Благодаря систематике в психиатрической практике, обозначились четкие диагностические критерии и соответствующие им диагностические категории, опирающиеся на принципы научной доказательности. Диагностические критерии DSM-IV, принятые APA 14 лет спустя,

символизируют попытку гармонизировать DSM с Международной классификацией болезней ВОЗ (МКБ). Эта задача была в основном решена, что привело к универсализации мировой психиатрической практики, но ряд диагностических категорий вызывали критику в связи с трудностями применения их в клинической практике.

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

Можно выделить шесть отличительных особенностей DSM-5, которые представлены далее.

1. В систематике сделан акцент на измерительной перспективе.

В предыдущей версии DSM значительной критике подвергался категориальный подход, поскольку не хватало эмпирических данных, подтверждавших наличие/отсутствие симптомов исключения для многих заболеваний, например расстройства с дефицитом внимания и гиперактивностью (РДВГ), расстройств личности. Такой подход приводил к квалификации некоторых нормальных вариантов поведения как патологических, снижал вероятность выявления вариантов атипичного течения и сопутствующих болезней, поддерживал негибкие и контекстно слепые схемы лечения, ослаблял статистическую валидность в исследованиях.

Включение измерительных критериев, приемлемых для практикующих врачей, – наиболее сложная задача, поставленная перед разработчиками DSM-5. Такие критерии были введены в систематику различными способами, например путем добавления сквозной оценки симптомов (с помощью скрининговых вопросов определяются 12 основных аспектов поведения, если любой из ответов на первоначальные контрольные вопросы будет положительным, осуществляется переход к вопросам второго уровня). Такая инновация является частью решения проблемы, группируя различные симптомы и потенциально увеличивая возможность обнаружения атипичных вариантов течения и сопутствующих патологий. Измерительные критерии позволяют оценивать степень риска для всех расстройств и реструктуризировать диагностические критерии для некоторых заболеваний, таких как расстройства аутистического спектра (РАС) и расстройства, вызванные употреблением психоактивных веществ.

2. Пересмотрена структура диагностических категорий, что позволило усилить группировку расстройств на основании общих этиологических факторов.

На самом деле, это было единственным серьезным изменением в диагностической системе, реально учитывающим нейробиологические механизмы расстройств. Применение этого подхода привело к тому, что обсессивно-компульсивное расстройство стало не зависимой от тревожного расстройства диагностической категорией; патологическая зависимость от азартных игр была отнесена к «расстройствам, связанным с употреблением психоактивных веществ»; была выделена новая обширная группа «травматических и связанных со стрессом расстройств».

3. 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.

Рубрика DSM-IV «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, например РДВГ, посттравматического стрессового расстройства (ПТСР).

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

Новая редакция DSM-5, точнее последовательность расположения ее глав также демонстрирует попытку отражения эволюции расстройств в течение жизни. Заболевания, обычно

впервые диагностируемые 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, которые обычно диагностируются в зрелом возрасте, такие как биполярное, расположены в середине систематики, а нарушения, в основном диагностируемые в пожилом возрасте, такие как нейрокогнитивные, – ближе к ее концу. Инновацией также является добавление в DSM-5 новой главы «Двигательные расстройства, вызванные приемом лекарственных препаратов, и другие побочные эффекты, вызванные приемом лекарственных препаратов».

4. Многоосевая структура DSM-IV заменена одноосевой в DSM-5.

В DSM-IV клинический диагноз пациента состоял из диагностических заключений по трем осям, включая: 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 это изменение улучшит взаимодействие между психиатрией и общей медициной.

5. В DSM-5 предложены новые редакции диагностических критериев для ряда заболеваний.

Так, например, 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».

6. Новые диагностические категории.

Существует ошибочное мнение, что с DSM-5 в клиническую практику вводится множество новых диагнозов, расширяющих и меняющих понятие психического расстройства, относящихся к болезненным состояниям, которые являются крайними проявлениями нормы. Это не соответствует действительности. DSM-5 включает в себя меньшее количество диагнозов, чем DSM-IV, но содержит ряд новых диагностических категорий. Примерами новых диагнозов в DSM-5 являются: расстройство с разрушительными формами поведения и расстройство регуляции настроения. Некоторые новые диагностические категории были ранее включены в DSM-IV в качестве рубрик, требующих дальнейшего изучения. С тех пор накопилось достаточно оснований для внесения их в качестве диагностических категорий в DSM-5. Примерами являются расстройство, связанное с переизданием, и предменструальное дисфорическое расстройство. Важно подчеркнуть, что и в DSM-5 существует глава с диагностическими категориями «для дальнейшего изучения», такими как «синдром с резидуальными проявлениями психоза», «интернет-зависимость и игровая зависимость», а также «самоагрессия, не сопровождающаяся суицидом».

Нарушения нейроразвития

Новая группа расстройств «нарушения нейроразвития» является наибольшей инновацией DSM-5. Она сформирована из диагностических категорий на основании представлений об их общих нейробиологических особенностях. 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

Расстройства, связанные с нарушениями нейроразвития, в DSM-5

Интеллектуальная недостаточность

Расстройства коммуникации

- Расстройство речи
- Расстройство речевой артикуляции (трудности со звукопроизношением, затрудняющие устное общение)
- Заикание (расстройство владения речью, начинающееся в детском возрасте)
- Социальное (прагматичное) расстройство коммуникации

Расстройства аутистического спектра

Расстройство внимания

и гиперкинетическое расстройство

Специфические расстройства обучения

Двигательные нарушения

- Расстройство развития координации движений
- Стереотипное двигательное расстройство
- Тикозное расстройство

спектра». Категория «расстройства аутистического спектра» появляется взамен существовавших в DSM-4 диагнозов аутизма, синдрома Аспергера, дезинтегративного расстройства детского возраста и неуточненного расстройства общего развития. Все они прекращают свое существование в качестве самостоятельных диагнозов. 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 новых 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 расстройство из кластера нарушений поведения, несмотря на некоторое подобие наблюдающейся симптоматики. Исходя из аналогичных соображений, двигательные (нарушения развития координации) и стереотипные двигательные расстройства (тикозные) были перенесены в главу расстройств нейроразвития.

Расстройства аутистического спектра

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

- стойким дефицитом социальной коммуникации и социальных взаимодействий, вне учета наличия общей задержки развития;
- ограниченными, повторяющимися формами поведения, интересов, активности;
- формированием нарушений в раннем детстве (могут не проявляться, пока растущие социальные требования не станут выше ограниченных возможностей ребенка);
- нарушениями повседневного функционирования.

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

Еще одной инновацией новой систематики аутизма стал пересмотр диагностических критериев заболеваний. В DSM-5, вместо применявшейся в МКБ-10 и DSM-IV оценки классических симптомов аутизма раздельно 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 гипери гипоактивности сенсорного восприятия и квалификацию необычных сенсорных интересов

Таблица 1. Основные изменения диагностических критериев РСА в DSM-5 и их значимость для клинической практики

Изменения, введенные в DSM-5	Клиническая значимость	Обоснованность
Объединение трех расстройств DSM-IV в одну диагностическую категорию	Высокая	Выделение вместо нескольких дискретных расстройств единого спектра лучше описывает симптомы, повышает точность диагностики, снижает расходы на проведение диагностической процедуры, увеличивает надежность оценок ответа на терапию
Определение двух основных доменов симптомов вместо трех	Средняя	Были пересмотрены и устранены проблемы квалификации перекрывающихся симптомов для двух ранее выделяемых доменов: социальной взаимности и коммуникации
Изъятие диагностической категории расстройства Ретта	Малая	Симптомы РСА присутствуют при этом расстройстве только в течение короткого периода времени. В DSM-5 на ранних этапах развития синдрома Ретта при наличии симптомов аутистического спектра диагностическая категория РСА может по-прежнему применяться как этапный диагноз
Изъятие диагностической категории дезинтегративного детского расстройства	Малая	Дезинтегративное детское расстройство имеет конкретные физические симптомы и предполагает модель особого регресса развития

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-IV (табл. 1). Например, в исследовании McPartland et al. (2012) новые диагностические критерии РСА показали высокую специфичность (95%), превышающую чувствительность для различных подтипов pervasive расстройства развития, выделяемых в DSM-IV: 76% для аутизма, 25% для расстройства Аспергера и 28% для pervasive расстройства развития неуточненного (PDD-NOS).

Согласно результатам исследования, чувствительность диагностических критериев DSM-5 была 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:

- слияние четырех предыдущих диагностических категорий DSM-IV в одну с последующей модификацией диагностических критериев;
- изменение минимального возраста для диагностики;
- введение критериев чувствительности и устойчивости к терапевтическому вмешательству;
- 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-IV.

Вследствие выполненных рабочей группой обзора литературы и пилотных исследований была обнаружена противоречивость применяемого в DSM-IV диагностического алгоритма. Окончательное 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. Это привело к изменению критериев «А», которые теперь требуют наличия лишь одного из шести гетерогенных симптомов (неточное или медленное чтение, трудности с пониманием и пересказом прочитанного, нарушения правописания и орфографии, а также 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.

Через призму реалий украинской школы данный диагностический критерий выглядит очень полезным. Многие дети, у которых в Украине диагностируется «нарушение обучения» или даже «умственная отсталость», на самом деле 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.

Тем не менее, 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 зависят 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. Кроме того, специалисты обращают внимание на то, что расстройство обучения, по всей видимости, 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-IV, 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-IV, так и DSM-5 также является отсутствие возможности использовать их во многих странах, прежде всего в слаборазвитых, поскольку в них применяются оценки, полученные с помощью стандартизированных тестов, и требующие адаптации для разных языков и культур.

В критериях для изучения расстройства в DSM-IV формально не предъявлялись требования к уточнению продолжительности симптомов. В DSM-5 для позитивной диагностики требуется присутствие симптомов в течение не менее шести месяцев. Как показали пилотные

Таблица 2. Основные изменения диагностических критериев расстройств обучения в DSM-5 и их значимость для клинической практики

Изменения, введенные в DSM-5	Клиническая значимость	Обоснованность
Слияние четырех диагностических категорий DSM-IV в одну	Умеренная	Неопределенность границ диагностических категорий в DSM-IV
Требование отсутствия реакции на лечение	Умеренная	Расстройство обучения действительно может быть результатом невалидности результатов из-за неточности инструкций и культуральных различий
Снятие несоответствия между показателем IQ и успеваемостью	Умеренная	Подход с учетом уровня IQ имел меньшую диагностическую точность
Требование, чтобы симптомы присутствовали в течение 6 месяцев	Незначительная	Исключение ситуационно обусловленных колебаний успешности обучения

исследования, этот диагностический критерий не оказывает существенного влияния на точность диагностики.

Основные изменения диагностических критериев расстройств обучения представлены в таблице 2.

Расстройство с дефицитом внимания и гиперактивностью

Значительных изменений диагностическая категория РДВГ не претерпела. Так, 18 основных общих критериев не изменились.

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-IV. В DSM-5 пересмотрено понятие «пороговых симптомов для взрослых»: введено уменьшение диагностического порога с шести до пяти 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.

РДВГ как расстройство, связанное с нарушением развития ЦНС, ориентирует клиницистов на поиск ранних признаков заболевания. Тем не менее, 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-IV были рандомизированы только дети и подростки. Оценка возможностей диагностики РДВГ у взрослых при работе над DSM-5 продемонстрировала ограниченные возможности квалификации расстройства путем оценки шести 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 четырех из девяти симптомов позволило повысить чувствительность и специфичность диагностики РДВГ у взрослых и поддержку нейробиологических данных. Тем не менее, члены рабочей группы DSM-5 проявили осторожность и снизили диагностический порог только до пяти симптомов.

Таблица 3. Основные изменения диагностических критериев РДВГ в DSM-5 и их значимость для клинической практики

Изменения, введенные в DSM-5	Клиническая значимость	Обоснованность
РДВГ отнесены к разделу нарушений развития ЦНС	Незначительная	Концептуальные представления о генезе расстройства
Изменение возрастного критерия с началом проявления симптомов с 7 до 12 лет	Умеренная	Увеличение диагностической чувствительности: некоторые случаи, особенно у лиц с преобладанием дефицита внимания, не могли быть идентифицированы при использовании старых критериев
Уменьшение диагностического порога для взрослых с 6 до 5 симптомов	Умеренная	Увеличение диагностической чувствительности
Изменение подтипов в соответствии с представлениями	Незначительная	Не хватает доказательств для развития подтипов
Изменение примеров диагностических симптомов	Незначительная	Новые примеры лучше соответствуют симптомам на разных стадиях развития
Исъятие РСА из числа критериев исключения	Умеренная	РДВГ имеет высокий уровень коморбидности с РСА; сопутствующие заболевания являются взаимосвязанными; изолированные случаи РДВГ и случаи РДВГ с коморбидными РСА можно лечить психостимуляторами

Не существует доказательств, подтверждающих исключение диагноза РДВГ при выполнении диагностических критериев РСА. В реальной клинической практике РДВГ и аутизм часто сосуществуют. Кроме того, психостимуляторы могут уменьшить симптомы РДВГ, по меньшей мере, 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 ранее применявшийся «умственная отсталость» в DSM-IV (в предстоящем пересмотре МКБ предлагается использовать обозначение «интеллектуальное нарушение развития»). Дефиниция «умственная отсталость» изъята из употребления из-за ее унижительного подтекста. Другие модификации диагностической категории включают в себя изменения, подчеркивающие более полный анализ и оценку функционирования пациента.

Несмотря на то, что тестирование IQ поощряется и остается основой для оценки, новые критерии подчеркивают важность функционирования индивидуума. Измерение IQ менее достоверно в нижней части диапазона. Кроме того, сопутствующие расстройства и феномен «эффекта Флинна» (увеличение средних баллов IQ по всему миру в последние годы) могут повлиять на диагностику интеллектуальной недостаточности у значительной части пациентов. Этот подход усиливает потребность в оценке интеллектуального функционирования подготовленными специалистами.

Критерий «А» касается проблемы интеллектуального функционирования и измеряется при помощи IQ-тестов. Ожидается, что у лиц с ограниченными интеллектуальными возможностями при оценке IQ 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

Таблица 4. Основные изменения диагностических критериев интеллектуальной недостаточности в DSM-5 и их значимость для клинической практики

Изменения, введенные в DSM-5	Клиническая значимость	Обоснованность
«Умственная отсталость» заменяется на «интеллектуальную недостаточность»	Незначительная	Уничижительный подтекст дефиниции «умственная отсталость». Нечастое использование в клинике и научных средах, осуждение правозащитными организациями и общественностью. Соответствие МКБ
Оценка подчеркивает уровень функционирования, а не IQ	Умеренная	IQ менее актуален в нижней части диапазона. Одного уровня IQ недостаточно, чтобы оценить функционирование в реальной жизни при решении практических задач
Оценка адаптивного функционирования в 3 областях: концептуальной, социальной и практической	Умеренная	Многоуровневая оценка лучше определяет, насколько хорошо индивидум справляется с повседневными задачами
Определение уровня тяжести на основании адаптивного поведения, а не IQ	Умеренная	Адаптивное функционирование определяет уровень требуемой помощи
Исчезает начальный возраст	Незначительная	Переменная длительность периода развития

навыки); социальной (например, речь, общение, навыки межличностного общения), а также практической (например, навыки самообслуживания и опрятности). Этот многоуровневый подход обеспечивает постановку диагноза на основании широкой оценки воздействия расстройства на функционирование, а не основывается исключительно на конкретных жалобах и тестировании интеллекта.

В DSM-5 сохранена традиционная градация интеллектуальной недостаточности по уровням тяжести, таким как легкая, средняя, тяжелая и глубокая, но заменен уровень IQ в качестве определяющего критерия на степени адаптивной дисфункциональности в этих трех областях. В то время как 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

Расстройство поведения

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

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

В DSM-IV 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. Этот 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, должны наблюдаться ограниченные проявления эмоциональной взаимности, сочувствия, они уделяют мало внимания чувствам, желаниям, благополучию других людей, о чем свидетельствуют, по меньшей мере, два симптома из четырех перечисленных:

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

Члены рабочей группы DSM-5 пришли к консенсусу относительно того, что дети и подростки с расстройствами поведения являются очень неоднородной группой с учетом тяжести нарушений, особенностей жизненной позиции и предполагаемой этиологии. Это привело к внесению предложения выделить среди них различные диагностические категории.

Несколько десятилетий назад DSM-III уже предполагало возможность диагностики двух подтипов расстройств поведения: социализированного/несоциализированного и агрессивного/неагрессивного. Были получены отдельные свидетельства того, что слабо-социализированные и агрессивные подтипы поведенческих расстройств представлены более тяжелыми нарушениями и плохо поддаются лечению. Однако диагностические критерии выделенных подтипов не были достаточно четкими и часто не приводили к убедительной квалификации расстройств, в связи с чем от этого подразделения в последующем издании систематики отказались.

В DSM-IV была введена метрическая система оценки тяжести (то есть в зависимости от числа присутствующих симптомов), однако большинство врачей и исследователей игнорировали ее.

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

Таким образом, симптомы, ассоциированные со спецификатором ограниченности просоциальных эмоций, введены в DSM-5, чтобы обеспечить скрининг более тяжелых, агрессивных и устойчивых форм поведения. Они также являются независимым фактором риска для антиобщественных вариантов поведения у взрослых. Предстоит выяснить, 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:

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

Кроме того, условие, выдвигаемое в DSM-IV, относительно того, что ОВР не может быть диагностировано, если выполняются диагностические критерии расстройства поведения, было исключено на том основании, что симптомы ОВР могут свидетельствовать о важных исходах, особенно об эмоциональных расстройствах, независимо от нарушения поведения.

**Краткое изложение диагностических критериев ПТСР
для детей в возрасте 6 лет и младше в DSM-5**

Критерий А

Непосредственно пережитое травматическое событие, например угроза смерти, серьезные травмы или сексуальное насилие, или знание того, что травматическое событие имело место у одного из родителей или опекунов

Критерий В

Наличие одного или более из следующих симптомов, связанных с травматическим событием:

- периодические, непроизвольные и навязчивые тревожные воспоминания о событии
- кошмарные сны, связанные с событием
- диссоциативная реакция (например, воспоминания), то есть ребенок чувствует себя или действует так, как если бы событие повторялось
- интенсивное или продолжительное страдание при воздействии внутренних/внешних факторов, которые символизируют или напоминают о событии

- наличие реакции на напоминания о событии

Критерий С

Один или несколько из следующих симптомов:

- постоянный отказ от деятельности, мест, людей или ситуаций, которые напоминают о событии
- негативные эмоции (частые страхи, вина, стыд, снижение участия в мероприятиях, поведение избегания)

Критерий D

Изменения возбудимости и эмоциональной реактивности, связанные с травмирующим событием, о чем свидетельствуют два и более из перечисленного:

- раздражительность и вспышки гнева практически без провокаций
- осторожность
- преувеличенная реакция на испуг
- проблемы с концентрацией внимания
- нарушение сна

Третья 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 шести месяцев, за исключением эпизодов, связанных с «мстью». Для детей 5 лет и старше поведение должно возникать не реже одного раза в неделю в течение не менее шести месяцев, кроме состояний, ассоциированных с «мстью».

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 наблюдается высокая степень риска квалификации расстройства спустя некоторое время.

Травма и связанные со стрессом расстройства

«Травма и связанные со стрессом расстройства» является новым диагностическим разделом в DSM-5, объединившим ряд ранее различных глав и диагностических категорий DSM-IV. Новый раздел включает реактивное расстройство привязанности, расстройство расторможенной социальной активности, ПТСР, острое стрессовое расстройство, расстройство адаптации. Включены также связанные со стрессом тревожные расстройства и расстройства настроения. Основным обоснованием для объединения перечисленных диагностических категорий в единый раздел является признание того, что их общая черта – существование дистресса после воздействия травматического или стрессового события.

Посттравматическое стрессовое расстройство

Диагностические критерии ПТСР претерпели важные изменения, особенно в отношении детей дошкольного возраста.

Чтобы поставить диагноз 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.

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

Дети дошкольного возраста подвергаются действию таких потенциально травматических факторов, как физическое и сексуальное насилие, присутствие при насилии членов группы поддержки, дорожно-транспортные происшествия, стихийные бедствия, военные действия, укусы собак, инвазивные медицинские процедуры.

Рабочая группа акцентирует внимание на высоком уровне травматизации детского населения и на том, что в соответствии с критериями DSM-IV распространенность ПТСР среди дошкольников значительно ниже, чем у детей школьного возраста и взрослых. Более низкие показатели заболеваемости можно объяснить незрелостью детского восприятия травматических событий или низкой чувствительностью диагностических критериев для выявления расстройства. Учитывая последнюю вероятность, исследователи внесли изменения в критерии DSM-IV и провели серию наблюдений с вовлечением маленьких детей. Это позволило оценить их влияние на эпидемиологические показатели ПТСР в различных возрастных группах. Результаты исследования продемонстрировали, что при использовании более чувствительных критериев детей с ПТСР оказывалось в 3-8 раз больше, чем при применении критериев DSM-IV. Опираясь на эти данные, целевая группа приняла решение не только изменить критерии ПТСР в DSM-5, но и выделить отдельный подтип ПТСР для детей дошкольного возраста.

Диагностические критерии ПТСР для детей более старшего возраста, подростков и взрослых по сравнению с DSM-IV 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 симтоматикой». 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-IV «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-IV рубрика «реактивное расстройство привязанности» была разделена на реактивный и расторможенный подтипы. В DSM-5 эти 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, который приводит к ограничению возможностей маленького ребенка для формирования адекватной привязанности. Тем не менее, оба эти расстройства отличаются существенным образом – клиническими проявлениями, ответом на вмешательства, что поддерживает их рассмотрение как отдельных категорий.

Краткое изложение диагностических критериев расстройства регуляции настроения с разрушительным поведением в DSM-5

Должны выполняться 4 критерия:

- тяжелые, рецидивирующие, необъяснимые темпераментом аффективные вспышки
- в среднем три или более раз в неделю
- характерны вспышки, не соответствующие уровню развития ребенка
- между вспышками – раздражительность и гневливость большую часть дня и почти каждый день

Манифестация симптоматики в возрасте до 10 лет

Наличие симптомов в течение 12 и более месяцев

Симптомы не должны исчезать более чем на 3 месяца

Возраст ребенка от 6 до 18 лет

Симптомы должны проявляться минимум в 2 из 3 ситуаций (дома, в школе, при социальном взаимодействии) и быть серьезными в одной из ситуаций

Симптомы нельзя объяснить наличием других психических расстройств

Симптомы не являются следствием приема веществ (препаратов) или состояния здоровья

Симптоматические критерии для маниакального/гипоманиакального эпизода не выполнялись в течение более чем одного дня

Нарушения поведения не ограничиваются рамками тяжелого депрессивного эпизода

Депрессивные расстройства

Расстройство с тяжелой дисрегуляцией настроения

В DSM-5 введен новый диагноз «расстройство с тяжелой дисрегуляцией настроения». Прежде чем описывать его ключевые особенности, важно рассказать о предыстории введения этой диагностической категории. 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.

Возможным объяснением может быть увеличение числа случаев диагностики БАР у детей за счет смягчения диагностических критериев мании. В DSM-IV у детей, в отличие от взрослых, при отсутствии традиционных проявлений мании БАР может диагностироваться на основании эквивалентных симптомов, как правило, раздражительности. В качестве мании у детей нередко квалифицировались случаи поведенческих нарушений, первично диагностированные как РДВГ, но не продемонстрировавшие 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 расстройств и дистимии.

Диагноз тяжелой эмоциональной дисрегуляции был предложен 11 лет назад E. Leibenluft et al. (2003) для описания детей и подростков, которые впервые попадают 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, однако они подтверждают выводы лонгитудинальных испытаний. При сравнении распространенности БАР среди родителей детей,

страдающих тяжелой дисрегуляцией настроения и БАП, были обнаружены существенные различия: БАП встречалось у 33% родителей в группе детей с БАП и только у 3% – с тяжелой дисрегуляцией настроения. Таким образом, предположение, что тяжелая и хроническая раздражительность представляет альтернативный фенотип БАП, 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 БАП не превышает 0,1%.

Рабочая группа DSM-5 приняла решение ввести в классификацию диагностическую категорию «тяжелая дисрегуляция настроения» (расстройство регуляции настроения с разрушительным поведением). Для того чтобы подчеркнуть связь между хронической раздражительностью и последствиями в виде расстройств настроения, расстройство регуляции настроения с разрушительным поведением было помещено в главу «Расстройства настроения».

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.

Одной из таких инноваций стало введение межсекторальных оценочных критериев – специального инструментария для предварительного скрининга, включающего родительскую версию (для оценки детей и подростков в возрасте 6-17 лет) и версию для самооценки подростками. Идея заключается в использовании этих критериев в начале клинической оценки, что поможет врачам направить целенаправленный поиск в сферу 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 шесть 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 также вводится практика культуральной оценки интервью, что представляет собой обновленную и усовершенствованную редакцию разработок DSM-IV. 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 является ощутимым.

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:

- ослабленные (резидуальные) симптомы бреда, галлюцинаций или дезорганизованной речи с относительно ненарушенным восприятием реальности;
- частота возникновения (по крайней мере, один раз в неделю в течение месяца);
- 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;
- симптомы никогда ранее не соответствовали критериям психотического расстройства.

Результаты ранее 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 более 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 наиболее современную классификацию психических расстройств, основанную на фактических данных и современных исследованиях.

Детский раздел систематики демонстрирует очевидный 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. Несомненным достижением классификации является уточнение диагностических критериев, введение новых диагностических категорий, диагностических инструментариев, что в целом упростило диагностику и создало очевидные перспективы дальнейшего развития.

Тем не менее, еще многое 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.