

DSM-5. ОСНОВНЫЕ ИЗМЕНЕНИЯ, КАСАЮЩИЕСЯ РАССТРОЙСТВ ДЕТСКОГО И ПОДРОСТКОВОГО ВОЗРАСТА

Julia D Machado,
Arthur Caye,
Paul J Frick,
Luis A Rohde

Классификации, от простого выделения и систематизации паттернов для более легкого их запоминания, и до сложных научно обоснованных классификационных систем, несомненно, играют важную роль в прогрессе человеческого общества. В большинстве областей исследований, классификации используются, главным образом, для объяснения взаимосвязей между объектами или организмами; облегчают накопление и воспроизведение данных; способствуют более ясному общению; улучшают свойства прогнозирования; и побуждают к поиску объяснений (Volkmar et al, 2007).

Классификационные системы, используемые в детской и подростковой психиатрии, служат аналогичным целям. Тем не менее, в отличие от других медицинских специальностей, в данном случае, роль классификации в предсказании и объяснении все еще ограничена. До настоящего времени, главная функция классификации в детской и подростковой психиатрии состояла в совершенствовании передачи информации путем обеспечения коммуникации между специалистами как в клинической, так и в исследовательской среде. Другое предназначение классификации состоит в предоставлении информации, которая может быть использована при лечении и прогнозировании (Martin & Volkmar, 2007).

ИСТОРИЧЕСКАЯ ПЕРСПЕКТИВА

Диагностическое и статистическое руководство по психическим расстройствам (DSM) – одна из двух ведущих классификационных систем. С момента первой публикации в 1952 году и до последней редакции (DSM-5 (American Psychiatric Association, 2013)) DSM прошла пять больших пересмотров. DSM-III (American Psychiatric Association, 1980) признана революционной, так как в ней были усовершенствованы (введены) диагностические критерии, и, как следствие, была повышена надежность психиатрических диагнозов. В, опубликованной спустя 14 лет, DSM-IV (American Psychiatric Association, 2000) была сделана попытка, с одной стороны согласовать DSM с Международной классификацией болезней (МКБ), а с другой, сделать более четкий акцент на обоснованности психиатрических диагно-

зов, основываясь на систематических обзорах и полевых испытаниях. Однако опыт ее применения продемонстрировал серьезные ограничения, как в плане согласования с МКБ (First, 2009), так и в отношении валидности многих психиатрических диагнозов (Kapur et al, 2012).

Первоначально предполагалось, что DSM-5 станет сменой парадигмы в психиатрии за счет объединения диагностики с патофизиологией. Однако из-за отсутствия нейробиологических маркеров, обладающих соответствующей диагностической специфичностью, эти ожидания не оправдались (Kendler & First, 2010). Исследователи продолжают заниматься решением этой проблемы. Примером может быть инициатива Национального института психического здоровья (National Institute of Mental Health (NIMH) Research Domain Criteria (RDoC)). В этом контексте основные изменения, представленные в DSM-5 можно подытожить следующим образом:

1. Особое значение придается дименсиональной перспективе. Категориальный подход был подвергнут острой критике в предыдущих редакциях DSM, так как для многих расстройств недостаточно эмпирических данных в поддержку критериев исключения («наличие/отсутствие симптома»), от синдрома гиперактивности и дефицита внимания до (СДВГ) до расстройств личности. Такой категориальный подход подвергался жесткой критике за то, что он позволяет классифицировать как патологические некоторые из нормальных паттернов поведения, не способствует выявлению атипичных проявлений и коморбидных состояний, поддерживает негибкие и не связанные с контекстом схемы лечения, ослабляет статистическую силу исследований. Для рабочей группы, занимавшейся разработкой DSM, наиболее сложной задачей, по всей видимости, было включение дименсиональных критериев приемлемых для клиницистов. Дименсиональность в DSM-5 представлена по-разному. Например, путем включения перекрестной оценки симптомов (Narrow et al, 2013); т.е. использования проверочных вопросов для 12 параметров поведения, каждый из которых связан с вторым уровнем вопросов, которые используют, когда ответ на первоначальный вопрос был положительным, аналогично традиционному обследованию систем организма в соматической медицине. Такое нововведение решает часть проблемы, позволяя собирать данные о разных параметрах симптомов и способствует выявлению атипичных проявлений и коморбидных состояний. Дименсиональность также усилена, за счет включения шкал оценки тяжести для всех расстройств, и реструктуризации диагностических критериев для некоторых состояний, таких как расстройства аутистического спектра и расстройства, вызванные употреблением психоактивных веществ.
2. Для того, чтобы еще больше объединить в одну группу расстройства с одинаковыми этиологическими факторами, была изменена структура классификации (Andrews et al, 2009a). В действительности, это оказалось единственным существенным изменением, основанным на нейробиологических механизмах. Таким образом, обсессивно-компульсивное рас-

стройство стало независимым от тревожных расстройств; зависимость от азартных игр включена в раздел «связанных с употреблением психоактивных веществ и аддиктивных расстройств», а также была создана новая, более широкая группа «расстройств, связанных с травмой и стрессом» (Таблицу А.9.1).

3. Признавая тот факт, что значительное большинство психических расстройств начинается в раннем детстве или подростковом возрасте, был принят подход, в большей степени ориентирующийся на развитие (Kim-Cohen et al, 2003). Такой подход особенно интересен детским и подростковым психиатрам и соответствует точке зрения ВОЗ, что *психические расстройства – это, главным образом, хронические расстройства ранней стадии развития* (Guilbert, 2003). В DSM-5 все расстройства классифицированы в перспективе их возникновения в течение жизни. Таким образом, не была включена глава из DSM-IV – «расстройства, впервые диагностированные в младенчества, детском или подростковом возрасте». Аспекты, связанные с развитием были особо отмечены только в некоторых диагностических категориях (напр., СДВГ, ПТСР); несмотря на то, что при выделении этих аспектов была проявлена определенная осторожность, они намного сильнее, чем в DSM-IV. Новый порядок расположения глав DSM-5 также отражает попытку применить в классификации перспективу жизненного цикла. Заболевания, обычно диагностируемые в детстве, такие как расстройства, связанные с психическим развитием, размещены в начале; за ними следуют заболевания, диагностируемые преимущественно в подростковом возрасте, такие как биполярное расстройство; а заболевания, диагностируемые, главным образом, в позднем возрасте, такие как нейрокогнитивные, расположены ближе к концу. Добавлена также новая глава: «двигательные расстройства, или другие побочные эффекты, вызванные употреблением лекарственных препаратов».
4. Многоосевая структура DSM-IV заменена одноосевой. В DSM-IV клинический диагноз пациента описывался по трем осям: клинический синдром (например, шизофрения, большое депрессивное расстройство) по оси I; расстройства личности по оси II; и соматическое заболевание (например, ВИЧ, гипотиреоз) по оси III (выражение «общее соматическое расстройство» в DSM-5 заменено на выражение «другое соматическое расстройство»). Следующие две оси использовались для описания психологических стрессоров и уровня функционирования. В этой структуре были выявлены определенные проблемы. Во-первых, в ней использовался специфический психиатрический язык, который часто был непонятен другим специалистам в области здравоохранения, осложняя общение. Во-вторых, она подразумевала, что психиатрический диагноз отличается от других медицинских диагнозов. В DSM-5 оси I, II, и III объединены в одну, для того чтобы включить в диагноз как психиатрические, так и сопутствующие соматические заболевания. Ожидается, что такое изменение будет способствовать взаимопониманию и взаимодействию между психиатрией и общей медициной (Kupfer et al, 2013).

5. Для некоторых расстройств пересмотрены определения диагностические критерии. Около 160 участников 13-ти рабочих групп, 6-ти исследовательских групп и 300 консультантов интенсивно работали, критически анализируя собранные данные, касающиеся валидности диагностических критериев отдельных расстройств. Они также провели оценку результатов анализа вторичных данных, предоставленных исследователями из разных областей и результатов надежности и клинического применения из полевых испытаний (Regier et al, 2013). По результатам этой работы были предложены изменения диагностических критериев, с учетом тщательного баланса между «за» (например, повышение валидности) и «против» (например, искусственное завышение показателя распространенности). Как и в предыдущих версиях, каждая диагностическая категория включает дополнительный текст с описанием, среди прочего, распространенности, течения и проблем, связанный с культурными особенностями.

Таблица А.9.1 Организация глав в DSM-5

Расстройства, связанные с нарушением развития нервной системы
Расстройства спектра шизофрении и другие психотические расстройства
Биполярное и другие связанные с ним расстройства
Депрессивные расстройства
Тревожные расстройства
Обсессивно-компульсивные расстройства
Травматические и связанные со стрессом расстройства
Диссоциативные расстройства
Соматические симптомы и связанные с ним расстройства
Расстройства, связанные с нарушением питания и приемом пищи
Элиминационные расстройства
Нарушения ритма сна-бодрствования
Сексуальные дисфункции
Гендерная дисфория
Разрушительные формы поведения, нарушение контроля над побуждениями, расстройство поведения
Расстройства, вызванные употреблением психоактивных веществ и аддиктивные расстройства
Нейрокогнитивные расстройства

Расстройства личности
Парафилии
Другие психические расстройства
Двигательные расстройства, или другие побочные эффекты, вызванные употреблением лекарственных препаратов
Другие состояния, которые могут привлекать к себе клиническое внимание

6. Новые диагнозы. Существует ошибочное мнение, что DSM *создает* диагнозы. Новые диагнозы включаются в DSM только тогда, когда тщательная оценка клинических проявлений и результаты научных исследований показывают, что есть все основания выделения отдельной диагностической единицы – хотя, как ожидается, не все ученые могут с этим соглашаться. В действительности, DSM-5 содержит меньше диагностических единиц, чем предыдущие редакции этой классификации. Примерами новых диагнозов в DSM-5 являются: *патологическое накопительство и расстройство, связанное с нарушением регуляции настроения* (см. ниже). Некоторые из диагнозов были включены уже в DSM-IV в рубрике «требующие дальнейшего исследования». С того времени было накоплено достаточно данных для того, чтобы можно было включить их в DSM-5 как отдельные диагностические единицы. Примерами могут быть: *компульсивное переедание и предменструальное дисфорическое расстройство*. Важно подчеркнуть, что в DSM-5 также есть раздел, посвященный состояниям, «требующим дальнейшего исследования» (раздел 3), таким как *синдром атипичного психоза, зависимость от онлайн-игр и несущидальные самоповреждения*.



Перейдя по ссылке: http://www.ted.com/talks/thomas_insel_toward_a_new_understanding_of_mental_illness можно прослушать выступление доктора Томаса Инсела (Thomas Insel), директора Национального института психического здоровья США на тему «К новому пониманию психических заболеваний».

В данной главе мы рассмотрим изменения, реализованные в DSM-5, касающиеся не всех психических расстройств. Ниже мы остановимся на модификациях, представляющих интерес для детских и подростковых психиатров, и на тех, которые вызывают полемику.

РАССТРОЙСТВА, СВЯЗАННЫЕ С НАРУШЕНИЯМИ РАЗВИТИЯ НЕРВНОЙ СИСТЕМЫ

Одним из изменений в структуре DSM стало введение новой группы расстройств – расстройств, связанных с нарушением развития нервной системы и имеющих патофизиологическую основу. Это расстройства, для которых характерны задержка или отклонения в развитии головного мозга, влияющие на фенотипические свойства (Rutter et al, 2006); такие, например, как СДВГ, расстройство формирования школьных навыков, умственная отсталость и расстройства аутистического спектра (см. Таблицу А.9.2). Тем не менее, нет полной ясности относительно того, куда лучше отнести некоторые из этих состояний. Несмотря на то, что включение СДВГ в этот кластер основано на недавних результатах нейровизуальных исследований, демонстрирующих задержку созревания коры головного мозга (Shaw et al, 2007), считается, что для СДВГ хорошо бы подошёл кластер расстройств поведения, нарушения контроля над импульсами и дизруптивного поведения, из-за взаимного генетического наложения и сходной симптоматики (Andrews et al, 2009b).

Таблица А.9.2 Расстройства, связанные с нарушением развития нервной системы в DSM-5

• Интеллектуальная недостаточность
• Расстройства коммуникации <ul style="list-style-type: none"> – Расстройства речи – Расстройство способности различать звуки речи (трудности с различением звуков речи, препятствующие речевой коммуникации) – Заикание (расстройство беглости речи, начинающееся в детском возрасте) – Расстройство социальной (прагматической) коммуникации
• Расстройства аутистического спектра
• Синдром дефицита внимания и гиперактивности
• Специфические расстройства обучения
• Двигательные расстройства <ul style="list-style-type: none"> – Расстройство развития координации движений – Расстройство стереотипных движений – Тики

Расстройство аутистического спектра

Расстройства аутистического спектра (РАС) представляют собой новую категорию, которая включена в DSM-5 исходя из того, что три отдельных расстройства в DSM-IV, входившие ранее в рубрику общих расстройств психологического развития (ОРПР), лучше всего представлять, как разные степени тяжести одного состояния. Таким образом, в данном случае DSM-5 следует концепции спектра, повышая значимость дименсионального подхода. В группу РАС входят: бывшее аутистическое расстройство, синдром Аспергера и ОРПР без дополнительных уточнений (БДУ). *Синдром Ретта* и *дезинтегративное расстройство детского возраста* исключены из данного раздела.

Такие изменения обусловлены несколькими причинами. Валидность и надежность разных диагностических единиц в рубрике РАС вызвала определенные вопросы, особенно относительно разграничения синдрома Аспергера и, так называемого, высокофункционального аутизма (Howlin, 2003; Mayes et al, 2001). Так, например, одно из исследований, в котором оценивались диагностические признаки РАС из DSM-IV, показало, что наилучшим предиктором будущего диагноза была скорее клиника, куда направлялся пациент, а не его клинические признаки (Lord et al, 2012). Рабочая группа DSM-5 пришла к выводу, что прежние отличия между этими состояниями были результатом искусственного объединения в кластеры проявлений разной степени тяжести одного и того же расстройства, которое, на самом деле, представляло собой континуум. По всей вероятности, новые критерии позволяют более точно дифференцировать РАС от нормального развития и от других психических расстройств.

Кроме того, диагностические критерии РАС ограничены ключевыми симптомами не в трех, как раньше, а в двух областях:

- Дефициты в социальной коммуникации и в социальном взаимодействии, и
- Ограниченность, повторяемость в структуре поведения, интересах или деятельности.

Область *дефицитов в социальной коммуникации и взаимодействии* была создана путем объединения двух доменов из DSM-IV – «социальных» и «коммуникационных» дефицитов, на основании предположения, что они представляют собой проявления одной группы симптомов. Другими словами, эти два домена взаимно наслаиваются и приводят к двойному учету симптомов (Mandy et al, 2012).

Предложенные новые критерии вызвали беспокойство среди некоторых исследователей в медицинском сообществе и у родственников индивидов, страдающих этими расстройствами. Во-первых, утверждалось, что существующие диагностические подтипы были клинически пригодными даже без хорошей надежности рейтинговых оценок, и что их диагностические критерии следовало усовершенствовать, а не отказываться от них, так как подтипы DSM-IV просуществовали относительно короткий период времени, и дальнейшие исследования смогли бы доказать их обоснованность и надежность (Ghaziuddin, 2010). Во-вторых, большое количество исследовательских данных по аутизму, накопленных за последние два десятилетия, потеряют свою первоначальную ценность, так как изменение диагностических критериев фундаментально из-

менило бы эти диагнозы (Singh et al, 2009). Например, в одном из исследований оценивалась чувствительность и специфичность, критериев DSM-5 на тот момент, используя для сравнения DSM-IV (McPartland et al, 2012). Результаты этого исследования продемонстрировали хорошую специфичность (95%), как и ожидалось, но разную чувствительность для разных подтипов РАС: 76% для аутистического расстройства, 25% для болезни Аспергера и 28% для РАС-БДУ. Чувствительность оказалась меньшей среди индивидов с показателем IQ выше среднего. Был сделан вывод, что DSM-5 продуцирует более строгие, с высоким пороговым значением, критерии, что приводит к исключению из диагностики индивидов с более высоким уровнем функционирования и, как следствие, лишает их права на получение помощи даже в тех случаях, когда они могут получить пользу от лечения. Однако следует заметить, что такой более высокий порог может помочь справиться с бурным ростом диагностики РАС в последние годы, которая отчасти может быть связана с использованием критериев с менее четко определенными границами (King & Bearman, 2009). Основные изменения, касающиеся общих расстройств психологического развития, представлены в Таблице А.9.3.

Таблица А.9.3 Главные изменения в DSM-5, касающиеся общих расстройств психологического развития

Изменение	Значимость	Обоснование
<ul style="list-style-type: none"> Объединение трех прежних диагнозов общих расстройств психологического развития в один 	Высокая	Использование одного спектра позволяет лучше описать проявления симптомов, развитие и реакцию на лечение.
<ul style="list-style-type: none"> Определение двух ключевых областей синдрома вместо трех 	Умеренная	Две области из использовавшихся ранее (нарушение социальных взаимодействий и коммуникаций) признаны взаимно перекрывающимися.
<ul style="list-style-type: none"> Исключение синдрома Ретта 	Низкая	У пациентов с синдромом Ретта нарушения поведения проявляются только в короткий период развития, когда им может быть установлен диагноз РАС.
<ul style="list-style-type: none"> Исключение дезинтегративного расстройства детского возраста 	Низкая	Пациенты, страдающие дезинтегративным расстройством детского возраста демонстрируют специфические физические симптомы и отчетливую модель регрессии в развитии.

Расстройства обучения

Были внесены важные изменения в ключевые диагностические критерии расстройств обучения, а именно:

- Объединение прежних четырех подтипов (из DSM-IV) в одну категорию и последующая модификация диагностических критериев
- Изменение минимального возраста установления диагноза
- Создание критерия *постоянства и устойчивости* к вмешательствам; и
- Изменение, касающиеся понятия *низкая успеваемость*.

Решение объединить расстройства обучения в одну категорию было обосновано отсутствием доказательств в поддержку взаимоисключаемости, охвата и связанной с развитием чувствительности выделенных в DSM-IV подтипов расстройств обучения. После обзора опубликованных исследований, рабочей группой были обнаружены противоречивые данные. Окончательное решение было принято с учетом не только доступных доказательств, но также мнения экспертов, специалистов и инициативных групп. Был сделан вывод, что необходимо объединить подтипы в одну отдельную категорию, сохраняя при этом в качестве спецификаторов отличия, обусловленные развитием, и используя и даже расширяя ключевые признаки прежних подтипов (Tannock, 2013). Это касается изменения критерия А, который теперь требует наличия *только одного из шести* гетерогенных симптомов (неточное или замедленное чтение, трудности с пониманием прочитанного, произнесением слов по буквам, письмом, чувством числа или счетом, математическими рассуждениями). Более того, расширен минимальный возраст постановки диагноза, который в DSM-IV был специфическим для каждого подтипа: симптомы должны возникать в школьном возрасте, и могут не проявляться в полной мере до тех пор, пока требования к нарушенным навыкам обучения не превысят ограниченные способности индивида.

Критерий А содержит также новое (спорное) требование, что симптомы должны сохраняться несмотря на проведение направленных на них вмешательств. Такая модель – *реакция на вмешательство*, уже интегрирована в требования, которыми пользуются большинством школьных систем в США. Основой для этого послужило предположение, что некоторые дети, которым был поставлен диагноз расстройства обучения, на самом деле недостаточно инструктированы, и таким образом акцент сделан на профилактике, и снижается количество ложноположительных случаев. Однако, это предположение было подвергнуто серьезной критике со стороны некоторых экспертов: вмешательства не стандартизированы и не обоснованы научно, что может приводить к ошибочному толкованию негативных результатов (Waesche et al, 2011). К тому же, реакция на вмешательство предполагает дихотомический результат, тогда как в действительности он имеет характер континуума (Fletcher & Vaughn, 2009). В нескольких исследованиях была продемонстрирована низкая согласованность между различными реакциями на классификацию расстройств обучения, основанную на типе вмешательств (Waesche et al, 2011). Этот критерий обычно игнорируется в развивающихся странах, из-за недоступности вмешательств. Более того, в данном случае имеет

место большой разрыв в концепции нозологии – вероятно, это единственный диагноз в медицине, при котором в качестве критерия *требуется* негативная реакция на лечение.

В DSM-5 подверглась изменению также количественная оценка низкой академической успеваемости. В соответствии с DSM-IV академические навыки должны быть значительно ниже среднего показателя для хронологического возраста индивида, определенного интеллекта и соответствующего возрасту образования. Нынешние критерии определяют академические навыки как низкие в том случае, если они значительно ниже средних по результатам диагностических тестов, стандартизированных для данного возраста, уровня образования и культуральных особенностей, и исключают диагноз при наличии интеллектуальной недостаточности. Таким образом, в DSM-5 исключается необходимость в несоответствии между IQ и академическими достижениями для расстройств обучения. Существуют данные о том, что такой подход может приводить к более низкой диагностической достоверности, гипердиагностике расстройств обучения у детей с высоким IQ, при этом вызывая обратный эффект у детей с низким IQ (Francis et al, 2005). Недостатком как DSM-IV, так и DSM-5 критериев является их низкая применимость во многих странах, особенно в развивающихся, так как специалисты в этих странах не располагают стандартизированными тестами, адаптированными для каждого языка и культуры.

Таблица А.9.4 Главные изменения, касающиеся критериев диагностики расстройств обучения

Изменение	Значимость	Обоснование
• Объединение четырех подтипов в одну отдельную категорию со спецификаторами	Умеренная	Неопределенность границ между прежними отдельными диагностическими единицами
• Требование отсутствия реакции на лечение	Умеренная	Расстройство обучения в действительности может быть результатом неточных инструкций
• Исключение несоответствия между IQ и академической успеваемостью	Умеренная	Подход, ориентированный на IQ обладает более низкой диагностической достоверностью
• Требование, чтобы симптомы присутствовали на протяжении 6 месяцев	Низкая	Исключение случаев с временными нарушениями

В DSM-IV критериями расстройства обучения формально не устанавливалась длительность симптомов. Теперь, в DSM-5 есть требование, что симптомы должны присутствовать как минимум 6 месяцев. Ожидается, что такое изменение не будет иметь существенного влияния (Tannock, 2013). Главные изменения, касающиеся критериев диагностики, представлены в Таблице А.9.4.

Синдром дефицита внимания и гиперактивности

В данном случае диагностическая концепция не претерпела каких-либо важных изменений – 18 ключевых симптомов остались прежними. Изменен возраст начала, пороговое значение симптомов для взрослых, и из критериев исключения удалены расстройства аутистического спектра. Менее значимые изменения включают модификацию подтипов СДВГ и включение для 18 ключевых симптомов примеров, более соответствующих стадии развития.

Большое число данных ставят под сомнение валидность критерия DSM-IV, требующего, чтобы нарушение начиналось в возрасте до 7 лет. В некоторых исследованиях была обнаружена разница в фенотипических проявлениях, нейропсихологических нарушениях, течении, тяжести нарушений и реакции на лечение между детьми с началом расстройства до и после 7 лет (Kieling et al, 2010). Тем не менее, СДВГ как расстройство, связанное с нарушением неврологического развития, требует ограничения возраста начала заболевания. Barkley и Brown (2008), а также Kessler et al (2006) опубликовали данные о том, что в их исследованиях возраст начала до 12 лет охватывает около 95% всех случаев. Несмотря на то, что представителями медицинского сообщества и общественных групп высказывались опасения по поводу того, что такое изменение может искусственно повышать показатели распространенности СДВГ (хотя такие утверждения не были подтверждены результатами популяционных исследований (Polanczyk et al, 2010)), в DSM-5 была принята данная норма, и требуется присутствие симптомов в возрасте до 12 лет.

Количество симптомов, необходимых для диагностики СДВГ у взрослых уменьшено до пяти для обоих параметров – невнимательности и гиперактивности/импульсивности.

Полевые испытания DSM-IV проводились только на выборках детей и подростков. Таким образом, пороговое число из шести симптомов в DSM-IV не является необходимо оптимальным для взрослых. Barkley и Brown (2008) показали, что такое пороговое значение представляет от 2,5 до 3 стандартных отклонений выше среднего, охватывая только наиболее тяжелые случаи заболевания у взрослых. Использование четырех из девяти симптомов способствует повышению чувствительности и точности диагностики расстройства у взрослых, что подтверждается также нейробиологическими данными (Hoogman et al, 2012; Matte et al, 2012). Тем не менее, в DSM-5 диагностический порог осмотрительно снижен до пяти симптомов.

Отсутствуют доказательства в пользу исключения диагноза СДВГ при наличии РАС. В действительности СДВГ и аутизм часто сочетаются друг с другом (Simonoff et al, 2008), и наличие СДВГ у пациентов с РАС ассоциируется с разными клиническими коррелятами из тех, что имеют место при несмешанном РАС (Rommelse et al, 2011). Кроме того, применение психостимуляторов может приводить к ослаблению

Таблица А.9.5 Сводная таблица изменений критериев СДВГ

Изменение	Значимость	Обоснование
<ul style="list-style-type: none"> Размещение СДВГ в главе расстройств неврологического развития 	Низкая	Общая этиология
<ul style="list-style-type: none"> Изменение критерия начала (с 7 на 12 лет) 	Умеренная	Повышение диагностической чувствительности: некоторые случаи (особенно СДВГ с преимущественным нарушением внимания) ранее не выявлялись при использовании прежнего критерия
<ul style="list-style-type: none"> Снижение диагностического порога для взрослых от шести до пяти симптомов для обоих измерений 	Умеренная	Повышение диагностической чувствительности
<ul style="list-style-type: none"> Изменение подтипов в соответствии с современными представлениями 	Низкая	Недостаточно доказательств стабильности, связанной с развитием, в поддержку выделения подтипов
<ul style="list-style-type: none"> Изменение примеров диагностических симптомов 	Низкая	Новые примеры больше соответствуют симптомам для разных стадий развития
<ul style="list-style-type: none"> Удаления РАС из критериев исключения 	Умеренная	СДВГ часто сочетается с РАС; коморбидность ассоциируется с более выраженными нарушениями, и сопутствующий СДВГ эффективно лечится психостимуляторами

симптомов РДВГ у пациентов с РАС (Research Units on Pediatric Psychopharmacology Autism Network, 2005). В Таблице А.9.5 представлены основные изменения, касающиеся критериев РДВГ в DSM-5, а также их обоснование.

Интеллектуальная недостаточность

Главные изменения представлены в Таблице А.9.6. Интеллектуальная недостаточность вошла в главу расстройств, связанных с нарушением развития нервной системы. В DSM-5 термин интеллектуальная недостаточность заменил термин умственная отсталость, использовавшийся ранее в DSM-IV (в предстоящей редакции МКБ предлагается использовать термин «расстройства интеллектуального развития»). От понятия умственная отсталость постепенно отказались как в клинических, так и в академических кругах, а также среди непрофессионалов из-за

его уничижительного значения. Другие модификации включают акцент на более широком обследовании пациента и оценке его функционирования.

Несмотря на то, что краеугольным камнем диагностики остается тестирование IQ, новые критерии подчеркивают важность оценки функционирования. Определение коэффициента интеллекта (IQ) менее информативно при нижних значениях диапазона IQ; кроме того, сопутствующие расстройства, влияния опыта и эффект Флина (показатели исследования на IQ в различных странах (т.е. на международном уровне) выросли за последнее десятилетие) являются примерами факторов, которые могут влиять на диагностику интеллектуальной недостаточности (Kanaya et al, 2003). Этот подход требует, чтобы оценка проводилась квалифицированными специалистами (Harris, 2013).

Критерий А касается дефицитов в интеллектуальном функционировании и общих способностей, измеренных с помощью тестов IQ. Ожидается, что у индивидов с интеллектуальной недостаточностью при оценке IQ показатели будут ниже на два или более стандартных отклонения среднего значения для популяции. Критерий В касается дефицитов адаптивного функционирования в трех сферах (не указанных в предыдущих редакциях руководства): концептуальной (например, академические навыки); социальной (например, речь, общение, навыки межличностных взаимоотношений); и практической (например, жизненные навыки и самообслуживание). Такой многомерный подход способствует постановке диагноза на основании широкой оценки влияния расстройства на функционирование пациента, а не только, исходя из специфических жалоб и оценки уровня интеллекта.

В DSM-5 сохранены традиционные степени тяжести – легкая, средняя, тяжелая и глубокая, однако в качестве определяющего критерия вместо показателя IQ используется критерий степени нарушения адаптивного функционирования в трех обозначенных выше сферах. Несмотря на то, что в предыдущей редакции для диагностики использовалось возрастное ограничение начала заболевания (до 18 лет), в DSM-5 не указан конкретный возраст, но требуется, чтобы симптомы появились в детском или подростковом возрасте. В Таблице А.9.6 представлены главные изменения.

Таблица А.9.6 Главные изменения, касающиеся диагностики интеллектуальной недостаточности

Изменение	Значимость	Обоснование
<ul style="list-style-type: none"> «Умственная отсталость» заменена «интеллектуальной недостаточностью» 	Низкая	Уничижительное значение «умственной отсталости». Термин уже широко используется в клинических и академических условиях, среди общественных движений и широкой публики. Согласованность с МКБ.
<ul style="list-style-type: none"> При диагностической оценке главный акцент делается на уровне функционирования, а не на IQ 	Умеренная	IQ менее достоверен при более низких значениях диапазона. С помощью IQ нельзя полноценно оценить функционирование в реальной жизни и при решении практических задач

Изменение	Значимость	Обоснование
<ul style="list-style-type: none"> Оценка адаптивного функционирования в трех сферах: концептуальной, социальной и практической 	Умеренная	Многоуровневая оценка позволяет более точно определить, как индивид справляется с повседневными задачами
<ul style="list-style-type: none"> Определение степени тяжести на основании адаптивного функционирования, а не показателя IQ 	Умеренная	Адаптивное функционирование определяет уровень необходимой поддержки
<ul style="list-style-type: none"> Удален возраст начала 	Низкая	Непостоянная длительность периода развития
<ul style="list-style-type: none"> Удаления РАС из критериев исключения 	Умеренная	СДВГ часто сочетается с РАС; коморбидность ассоциируется с более выраженными нарушениями, и сопутствующий СДВГ эффективно лечится психостимуляторами

РАЗРУШИТЕЛЬНЫЕ ФОРМЫ ПОВЕДЕНИЯ, НАРУШЕНИЕ КОНТРОЛЯ НАД ПОБУЖДЕНИЯМИ И РАССТРОЙСТВО ПОВЕДЕНИЯ

Расстройство поведения

В DSM-5 расстройство поведения и оппозиционно-вызывающее расстройство (ОВР) перемещены в новую главу, в которой также находятся антисоциальное расстройство личности, пиромания и kleптомания. Основные диагностические признаки расстройства поведения в DSM-5 остались без изменений – повторяющиеся и стойкие паттерны поведения, в которых нарушаются основные права других людей или главные социальные правила, о чем свидетельствует наличие, по меньшей мере, трех из 15 критериев (также идентичных критериям DSM-IV) в предыдущие 12 месяцев. В зависимости от возраста начала расстройства (в детском или подростковом возрасте) в DSM-IV выделяли два подтипа расстройства поведения. В DSM-5 добавлен новый спецификатор – с ограниченными просоциальными эмоциями. Этот спецификатор не ограничивается наличием негативного поведения и отражает типичные модели эмоционального и межличностного функционирования индивида в разных контекстах. Лица с «расстройством поведения с ограниченными просоциальными эмоциями» будут демонстрировать недостаток эмпатии и низкую обеспокоенность чувствами, желаниями и благополучием других людей, о чем свидетельствуют, по меньшей мере, два из перечисленных ниже признака:

- Отсутствие угрызений совести и раскаяния
- Черствость и отсутствие сопереживания
- Безразличие к достижениям (например, не мотивирован или безразличен к успеваемости в школе или на работе),
- Поверхностный или неполный аффект (например, выражаемые чувства или эмоции поверхностны или неискренни).

Убеждение в том, что дети и подростки с расстройством поведения представляют собой чрезвычайно гетерогенную группу, принимая во внимание тяжесть, течение и предполагаемую этиологию, привело к множественным предложениям разделить эту диагностическую категорию на подтипы. В действительности, несколько десятилетий назад, в DSM-III уже были включены два подтипа: социализированный/несоциализированный и агрессивный/неагрессивный. Были опубликованы некоторые данные, свидетельствующие о том, что несоциализированный и агрессивный подтипы представляют собой группы более тяжелые и резистентные к лечению. Однако определения были недостаточно ясными и часто употреблялись неправильно, что привело к тому, что в последующих редакциях руководства перестали выделять эти подтипы. В DSM-IV была представлена метрическая система определения степени тяжести (т.е., в зависимости от количества имеющихся симптомов), однако большинством клиницистов и исследователей ее игнорировали.

Текущий спецификатор «с ограниченными просоциальными эмоциями» (подобно понятию «черствый и неэмоциональный»), является результатом нескольких попыток отыскать межличностные, аффективные и поведенческие признаки психопатии у детей и подростков. У людей с антисоциальным поведением идентифицировано несколько личностных измерений, но «ограничены просоциальные эмоции», по всей видимости, наиболее устойчивое из них (Frick et al, 2000). Более того, эти симптомы позволяют выявлять более тяжелую, агрессивную и стабильную группу, и представляют собой независимый фактор риска антисоциального поведения у взрослых (Burke et al, 2007; Frick & Dickens, 2006; Lynam et al, 2007). Будущее покажет, выдержит ли такое разграничение испытание временем и клинической практикой.

Оппозиционно-вызывающее расстройство

Критерии диагностики ОВР в DSM-5 существенно не изменились. Для того, чтобы подчеркнуть, что ОВР обладает как эмоциональной, так и поведенческой симптоматологией, в настоящее время критерии сгруппированы следующим образом:

- Злобное/раздражительное настроение
- Конфликтное/дерзкое поведение, и
- Мстительность.

Кроме того, исключено требование, что не следует диагностировать ОВР, если имеет место расстройство поведения, на основании того, что симптомы ОВР, независимо от расстройства поведения, предвещают серьезные последствия, главным образом, эмоциональные расстройства (Stringaris & Goodman, 2009).

Третье изменение было внесено с целью точно определить частоту поведения, необходимую для того, чтобы рассматривать его как симптомы ОВР – учитывая

тот факт, что многие варианты поведения, связанные с ОВР, часто наблюдаются у нормально развивающихся детей и подростков. У детей в возрасте до 5 лет оппозиционно-вызывающее поведение должно наблюдаться большинство дней, по меньшей мере, в течение шести месяцев, за исключением «мстительности». Для детей 5 лет и старше поведение должно наблюдаться как минимум один раз в неделю, на протяжении, по крайней мере, шести месяцев, опять же за исключением «мстительности».

Последнее изменение состоит в том, что в критерии была включена оценка степени тяжести, чтобы отразить результаты исследований, показывающие, что несмотря на то, что дети, которые демонстрируют симптомы ОВР только в одних условиях, находятся в группе риска, как текущего, так и будущего нарушения, степень проницаемости симптомов в разных условиях является важным индикатором тяжести (Frick & Nigg, 2012).

РАССТРОЙСТВА, СВЯЗАННЫЕ С ТРАВМОЙ И СТРЕССОМ

«Расстройства, связанные с травмой и стрессом» – это новая диагностическая группа в DSM-5. В нее вошли расстройства, которые в DSM-IV размещались в разных главах, такие как тревожные расстройства и расстройства адаптации. Этот новый класс включает в себя: *реактивное расстройство привязанности, расстройство социальной активности с расторможенностью, посттравматическое стрессовое расстройство (ПТСР), острое стрессовое расстройство и расстройства адаптации*. Все эти состояния требуют, чтобы индивид подвергся воздействию травматического или стрессового события, но отличаются по выраженности психологического дистресса возникающего после такого воздействия. В действительности, объединение этих расстройств в один класс основано на том, что их общим признаком является выраженный дистресс, как следствие пережитого травматического или стрессового события.

Посттравматическое стрессовое расстройство

Диагностика ПТСР претерпела серьезные изменения, особенно это касается детей дошкольного возраста. Исследования последних лет сфокусированы на разности проявлений психических заболеваний в разные периоды жизни человека. ПТСР – это первое расстройство в DSM-5 с отдельными наборами диагностических критериев, соответствующими разным стадиям развития.

Дети дошкольного возраста подвержены воздействию потенциальных травматических событий, таких как жестокое обращение, дорожно-транспортные происшествия, природные катастрофы, войны, инвазивные медицинские процедуры, становятся жертвами нападения собак, свидетелями насилия, совершаемого в отношении других людей, и это далеко не полный список. Таким образом, можно ожидать, что эта популяция подвержена риску возникновения ПТСР. Однако, в соответствии с критериями DSM-IV, распространенность ПТСР среди детей дошкольного возраста

значительно ниже, чем среди старших детей или взрослых, (Scheeringa et al, 2011). Более низкие показатели могут быть обусловлены реальной разницей распространенности, вероятно из-за незрелого восприятия детьми травматических событий, либо тем, что текущие критерии из-за их низкой чувствительности не позволяют выявлять характерные проявления ПТСР на этой стадии развития.

Осознавая вероятность последней причины более низкой распространенности, исследователи предложили альтернативные по отношению к DSM-IV критерии и провели серию исследований с целью оценить модифицированные критерии и их влияние на диагностику (Scheeringa et al, 1995; 2003; 2012; Task Force on Research Diagnostic Criteria, 2003). Исследователи пришли к выводу о том, что при использовании чувствительных к стадии развития критериев, состояние детей в среднем в три – восемь раз чаще квалифицировалось как ПТСР, чем при использовании критериев DSM-IV (Scheeringa et al, 2011; 2012). Вследствие этого, специалисты рабочей группы DSM-5 приняли решение не только изменить критерии ПТСР, но также создать подтип ПТСР для детей дошкольного возраста: ПТСР у детей шести лет и младше. Диагностические критерии представлены в Таблице А.9.7.

Таблица А.9.7. Сводная таблица диагностических критериев DSM-5 для ПТСР у детей шести лет и младше

Для диагностики ПТСР у детей в возрасте шести лет и младше необходимо, чтобы ребенок отвечал четырем из перечисленных ниже критериям; симптомы должны присутствовать дольше одного месяца, вызывать клинически значимый дистресс или нарушение, и не быть проявлением употребления веществ или соматического состояния.	
А	Ребенок непосредственно переживает травматическое событие: сталкивается с ситуацией смерти или угрозы жизни, подвергается серьезной физической травме или сексуальному насилию; является свидетелем события, происходящего с другими людьми, особенно ответственными опекунами; или узнает о том, что травматическое событие произошло с его родителями или с кем-то из опекунов.
В	Наличие одного или нескольких из перечисленных ниже симптомов, связанных с травматическим событием: <ul style="list-style-type: none"> • Повторяющиеся, неконтролируемые и навязчивые травмирующие воспоминания о пережитом событии • Дистрессовые сновидения, в которых содержание соотносится с травматическим событием • Диссоциативные реакции (например, флэшбэки), во время которых ребенок ощущает и/или ведет себя так, как будто бы травматическое событие повторяется. • Интенсивный или продолжительный психологический дистресс при столкновении с внутренними или внешними признаками чего-либо или кого-либо, символизирующими или напоминающими какой-либо аспект травматического события • Заметные реакции на напоминания о травматическом событии

С	<p>Один или несколько из перечисленных ниже симптомов:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Стойкое избегание действий, мест, людей и ситуаций, напоминающих о травматическом событии • Отрицательная когнитивность (частые страхи, чувство вины, стыд, снижение участия в значимой ранее деятельности, социальная отгороженность)
D	<p>Изменения в возбуждении и реактивности, связанные с травматическим событием, о чем свидетельствует наличие двух или более из перечисленных признаков:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Раздражительность или вспышки гнева после минимальной провокации или ничем не спровоцированные • Сверхбдительность • Повышенная возбудимость • Проблемы с концентрацией внимания • Нарушения сна.

Критерии ПТСР для детей старшего возраста, подростков и взрослых почти не изменились, если сравнивать их с DSM-IV. Исключено разделение ПТСР на острое и хроническое из-за скудности опубликованных данных, которых недостаточно для того, чтобы обосновать полезность такого разделения. Добавлен подтип – «с диссоциативными симптомами». Индивиды, квалифицируемые в этот подтип, отвечают критериям ПТСР и испытывают рекуррентные симптомы деперсонализации или дереализации.

Реактивное расстройство привязанности и расстройство социальной активности с расторможенностью

Впервые появившаяся в DSM-IV диагностическая единица «реактивное расстройство привязанности», представляет собой нозологическую единицу с низкой распространенностью и до настоящего времени недостаточно изучена. В одном из проведенных в последнее десятилетие исследований подчеркивается недостаточность диагностических критериев, и предлагаются существенные изменения (Zeanah & Gleason, 2010). Тогда как в DSM-IV реактивное расстройство привязанности было разделено на *заторможенный* и *расторможенный* подтипы, в DSM-5 эти подтипы определены как отдельные расстройства: *реактивное расстройство привязанности* и *расстройство социальной активности с расторможенностью, соответственно*. Общим требованием для этих расстройств является запущенность, определяемая как отсутствие необходимой заботы о ребенке, результатом которой является ограничение возможностей у ребенка для формирования необходимых привязанностей. Однако между двумя этими расстройствами существуют важные отличия, от клинических проявлений до хода жизни, реакции на применение вмешательств и клинических коррелят, что подтверждает обоснованность рассмотрения их как отдельных состояний.

ДЕПРЕССИВНЫЕ РАССТРОЙСТВА

Разрушительное расстройство регуляции настроения

«Разрушительное расстройство регуляции настроения» – диагностическая единица, впервые введенная в DSM-5. Прежде чем приступить к описанию его ключевых симптомов, важно остановиться на том, что послужило основой для принятия такого спорного решения. В последние годы в детской и подростковой психиатрии все больше и больше возникает дискуссий относительно диагноза биполярного расстройства. Показатели распространенности биполярного расстройства среди детей и подростков выросли значительно быстрее, по сравнению со взрослыми (Blader & Carlson, 2007; Moreno et al, 2007), что сопровождалось увеличением назначения психотропных препаратов в этой популяции (Olfson et al, 2006). Возможно, это объясняется реальным повышением распространенности и улучшением выявления отдельных случаев заболевания; однако, в некоторых исследованиях такая тенденция объясняется изменениями диагностических подходов, при этом детям, у которых отсутствуют традиционные симптомы мании, ставится диагноз биполярного расстройства на основании наличия альтернативных симптомов – главным образом, раздражительности (Leibenluft, 2011).

Диагноз «тяжелое нарушение регуляции настроения» появился десять лет назад (Leibenluft et al, 2003) для описания детей и подростков, у которых наблюдалась повышенная возбудимость в сочетании с тяжелой, хронической, неэпизодической раздражительностью и частыми приступами гнева (Zepf & Holtman, 2012). Этот новый диагноз простимулировал исследования, как в направлении выяснения ключевых симптомов, так и в плане сравнения тяжелого нарушения регуляции настроения с биполярным расстройством.

Данные лонгитудинальных популяционных исследований свидетельствуют о том, что биполярное расстройство и тяжелое расстройство регуляции настроения протекают по-разному. Несмотря на то, что дети и подростки с биполярным расстройством демонстрируют высокую корреляцию с биполярным расстройством в течении жизни, исследования не обнаружили связи между тяжелым нарушением регуляции настроения и дальнейшим развитием биполярного расстройства (Brotman et al, 2006; Stringaris et al, 2009); наоборот, дети с нарушением регуляции настроения предрасположены к возникновению у них в дальнейшем других психических расстройств, в частности большого депрессивного расстройства, генерализованного тревожного расстройства и дистимии (Brotman et al, 2006; Stringaris et al, 2009). Исследования, проведенные на выборках пациентов, направленных на лечение, продемонстрировали похожие результаты, при этом у детей с биполярным расстройством отмечен более высокий риск возникновения маниакальных эпизодов на протяжении среднего периода в 29 месяцев, чем у детей с тяжелым нарушением регуляции настроения (62% и 1%, соответственно) (Stringaris et al, 2010).

Таблица А.9.8 Диагностические критерии разрушительного расстройства регуляции настроения

<ul style="list-style-type: none"> • Состояние должно отвечать следующим четырем критериям: <ul style="list-style-type: none"> – Тяжелые, повторяющиеся, несоразмерные вспышки гнева – В среднем, три и больше раз в неделю – Вспышки гнева не соответствуют уровню развития – Между вспышками гнева преимущественно злобное или раздражительное настроение, наблюдающееся почти каждый день и большую часть дня
<ul style="list-style-type: none"> • Симптомы впервые появляются в возрасте до 10 лет
<ul style="list-style-type: none"> • Симптомы должны наблюдаться в течение 12 и более месяцев
<ul style="list-style-type: none"> • Симптомы не должны исчезать на три и больше следующих друг за другом месяцев
<ul style="list-style-type: none"> • Возраст ребенка должен быть от 6 до 12 лет
<ul style="list-style-type: none"> • Симптомы должны наблюдаться, по меньшей мере, в двух из трех ситуаций (дома, в школе, в социальной ситуации), и, как минимум, в одной из них протекать в тяжелой форме
<ul style="list-style-type: none"> • Симптомы нельзя объяснить другим психическим расстройством
<ul style="list-style-type: none"> • Симптомы не могут быть проявлением воздействия химического вещества или соматического заболевания
<ul style="list-style-type: none"> • Состояние не отвечало полным критериям маниакального/гипоманиакального эпизода в течение более чем одного дня
<ul style="list-style-type: none"> • Нарушения поведения не возникают исключительно в течение эпизода большого депрессивного расстройства

Несмотря на то, что было проведено небольшое количество семейных исследований, тем не менее, они подтверждают результаты, полученные в популяционных исследованиях. Так, в одном небольшом исследовании сравнивалась распространенность биполярного расстройства у родителей детей, страдающих расстройством регуляции настроения и биполярным расстройством, и были обнаружены существенные отличия: биполярное расстройство у родителей имело место у 33% пациентов в группе биполярного расстройства, и только у 3% в группе расстройства регуляции настроения (Brotman et al, 2007).

Таким образом, утверждение, что тяжелая и хроническая раздражительность представляет собой альтернативный фенотип или соответствующее стадии развития проявление биполярного расстройства ни на чем не основано.

Отсутствуют научные доказательства в пользу диагноза мании у детей и подростков, демонстрирующих в основном симптомы раздражительности.

Данные научных исследований указывают также на высокое бремя болезни выраженного расстройства регуляции настроения. Распространенность этого заболевания в течение жизни составляет 3 процента в общих выборках, тогда как этот же показатель при биполярном расстройстве меньше 0,1% (Brotman et al, 2006). Кроме того, степень нарушения функционирования, оцененная с помощью Глобальной шкалы оценки детей (англ. Children's Global Assessment Scale (CGAS)), эквивалентна у детей и подростков с биполярным расстройством и с нарушением регуляции настроения (Leibenluft, 2011).

В DSM-IV симптом «раздражительность» был включен в диагностические критерии, по меньшей мере, шести состояний, наблюдающихся у детей: маниакальный эпизод, оппозиционно-вызывающее расстройство, генерализованное тревожное расстройство, дистимическое расстройство, посттравматическое стрессовое расстройство и большой депрессивный эпизод. Однако, ни один из перечисленных диагнозов нельзя применить у детей с хронической и тяжелой раздражительностью. Таким образом, дети, отвечающие критериям расстройства регуляции настроения, составляют большую популяцию индивидов с тяжелыми нарушениями, не вписывающихся ни в одну диагностическую категорию DSM-IV. Рабочая группа DSM-5 приняла решение в пользу валидности тяжелой дисрегуляции настроения, включив ее в классификацию. Был использован другой термин – «разрушительное расстройство регуляции настроения», вместо «тяжелое нарушение регуляции настроения», который, по всей видимости, не полностью отражает всю сложность клинической картины. Для того чтобы подчеркнуть связь между хронической раздражительностью и эмоциональными последствиями, разрушительное расстройство регуляции настроения помещено в главу расстройств настроения. Диагностические критерии разрушительного расстройства регуляции настроения представлены в Таблице А.9.8. Более подробное описание этого состояния содержится в Главе Е.3 Руководства.

НОВЫЕ ШКАЛЫ И МОДЕЛИ

Шкалы для оценки симптомов в разрезе

Некоторые концепции, представленные в новом *Разделе III*, представляют особый интерес для детской и подростковой психиатрии. Как уже отмечалось выше, важным изменением является введение *шкал для поперечной оценки симптомов I уровня* (димENSIONАЛЬНЫХ). Разработаны две версии шкалы для оценки детей и подростков (от 6 до 17 лет): заполняемая родителями/опекунами; и версия, заполняемая самими подростками. Основанием для разработки таких шкал послужила необходимость обеспечить клиницистов инструментом, позволяющим проводить своего рода системный обзор, как это происходит в соматической медицине. Исходя из этого, идея заключается в том, чтобы использовать шкалы в начале клинической оценки, что может помочь клиницистам нацелиться на группы симптомов (сферы), для их более глубокой оценки и постановки диагноза. Этот инструмент

включает в себя 19 вопросов, оцениваемых по пятибалльной шкале Лайкерта (от 0 до 4), и шесть вопросов, предполагающих ответы «да», «нет» и «не знаю» (касающиеся употребления психоактивных веществ, а также суицидального мышления/попыток) по 12-ти сферам. К этим сферам относятся: соматические симптомы, проблемы со сном, невнимательность, депрессия, злость, раздражительность, мания, тревога, психоз, повторяющиеся мысли и действия, употребление психоактивных веществ (ПАВ) и суицидальной мышление/суицидальные попытки.

Важно отметить, что положительный результат по какому-либо из вопросов, предполагающем дименсиональный ответ (2 или больше баллов, за исключением вопросов, касающихся невнимательности или психоза, для этих вопросов пороговое значение составляет 1 балл), либо ответ «да» или «не знаю» на вопросы, касающиеся употребления ПАВ и суицидального мышления/попыток, указывает на необходимость более детальной оценки. Такая оценка может включать применение шкал DSM-5 для поперечной оценки симптомов II-го уровня, основанных на хорошо проверенных инструментах, используемых в детской психиатрии (напр., SNAP-IV для невнимательности и гиперактивности; модифицированный NIDA опросник ASSIST для употребления ПАВ). Эти шкалы представлены в Таблице А.9.9, доступны на веб-сайте, и любой желающий может воспользоваться ими для клинических или исследовательских целей.

Раздел III посвящен также оценке культуральных особенностей. В нем размещено интервью для культуральной оценки, представляющее собой переработанную версию схемы, использовавшейся в DSM-IV. Несмотря на то, что этот инструмент протестирован только на взрослых, детские психиатры могут также извлечь выгоду из включения культуральной оценки в процедуру обследования своих пациентов, поскольку культуральный контекст оказывает огромное влияние на развитие и проявление симптомов психических заболеваний в детском и подростковом возрасте (Canino & Alegria, 2008).

Синдром ослабленного психоза

В раздел III помещены также диагностические единицы, требующие дальнейшего исследования («состояния, требующие дальнейшего изучения»). Для детской и подростковой психиатрии большое значение имеет диагноз синдром ослабленного психоза из этого раздела. В DSM-5 (American Psychiatric Association, 2013) предлагаются следующие критерии для этого синдрома:

- Ослабленные формы таких симптомов, как бред, галлюцинации или дезорганизация речи с относительно сохраненным тестированием реальности
- Симптомы проявляются с частотой (как минимум один раз в неделю за последний месяц) или степенью тяжести, вызывающей дистресс или нарушение функционирования, требующие клинического вмешательства
- Симптомы возникли или усилились за последний год и их нельзя лучше объяснить другим серьезным психическим расстройством, соматическим заболеванием либо влиянием психоактивного вещества
- Никогда не отвечали критериям психотического расстройства.

Таблица А.9.9 Шкалы для поперечной оценки симптомов и определения степени тяжести

Эти шкалы свободно доступны в интернете по адресу: <http://www.psychiatry.org/practice/dsm/dsm5/online-assessment-measures> и могут быть воспроизведены без разрешения авторов для использования научными работниками в исследовательских целях, или клиницистами для работы с пациентами.

• **Уровень 1 Поперечная оценка симптомов**

- Заполняемая родителями/опекуном шкала DSM-5 уровня 1 для поперечной оценки симптомов – возраст ребенка от 6 до 17 лет
- Заполняемая самим испытуемым шкала DSM-5 уровня 1 для поперечной оценки симптомов – возраст ребенка от 11 до 17 лет

• **Уровень 2 Поперечная оценка симптомов для родителей детей в возрасте от 6 до 17 лет**

- Соматические симптомы – родитель/опекун ребенка в возрасте от 6 до 17 лет (Вопросник по общему состоянию здоровья пациента 15 Шкала тяжести соматических симптомов – англ. – Patient Health Questionnaire 15 Somatic Symptom Severity Scale (PHQ – 15))
- Нарушение сна – родитель/опекун ребенка в возрасте от 6 до 17 лет (Краткая форма шкалы PROMIS, раздел нарушения сна)
- Невнимательность (Шкала Свенсона, Нолана и Пелхама версия IV – англ. – Swanson, Nolan, and Pelham, version IV (SNAP-IV))
- Депрессия – родитель/опекун ребенка в возрасте от 6 до 17 лет (PROMIS – эмоциональный дистресс – депрессия – блок вопросов для родителей)
- Злость – родитель/опекун ребенка в возрасте от 6 до 17 лет (PROMIS – эмоциональный дистресс – градуированная шкала злости – родитель)
- Раздражительность – родитель/опекун ребенка в возрасте от 6 до 17 лет (Индекс аффективной реактивности – англ. – Affective Reactivity Index [ARI])
- Мания – родитель/опекун ребенка в возрасте от 6 до 17 лет (Адаптированный вариант Шкалы по самооценке мании Альтмана, англ. – Adapted from the Altman Self-Rating Mania Scale [ASRM])
- Тревога – родитель/опекун ребенка в возрасте от 6 до 17 лет (PROMIS – эмоциональный дистресс – тревога – блок вопросов для родителей)
- Употребление психоактивных веществ (ПАВ) – родитель/опекун ребенка в возрасте от 6 до 17 лет (Адаптированная форма модифицированного NIDA (Национальный институт по проблемам наркомании, США) вопросника ASSIST)

• **Уровень 2 Поперечная оценка симптомов для детей в возрасте от 11 до 17 лет**

- Соматические симптомы – ребенок в возрасте от 11 до 17 лет (Вопросник по общему состоянию здоровья пациента 15 Шкала тяжести соматических симптомов – англ. – Patient Health Questionnaire 15 Somatic Symptom Severity Scale (PHQ-15))
- Нарушение сна – ребенок в возрасте от 11 до 17 лет (Краткая форма шкалы PROMIS)
- Депрессия – ребенок в возрасте от 11 до 17 лет (PROMIS – эмоциональный дистресс – депрессия – детский блок вопросов)
- Злость – ребенок в возрасте от 11 до 17 лет (PROMIS – эмоциональный дистресс – градуированная шкала злости – детская)
- Раздражительность – ребенок в возрасте от 11 до 17 лет (Индекс аффективной реактивности – англ. – Affective Reactivity Index [ARI])
- Мания – ребенок в возрасте от 11 до 17 лет (Шкала по самооценке мании Альтмана, англ. – Altman Self-Rating Mania Scale [ASRM])
- Тревога – ребенок в возрасте от 11 до 17 лет (PROMIS – эмоциональный дистресс – тревога – детский блок вопросов)
- Повторяющиеся мысли и действия – ребенок в возрасте от 11 до 17 лет (Адаптированный вариант Детского флоридского вопросника по обсессивно-компульсивной симптоматике – англ. – Children's Florida Obsessive Compulsive Inventory [C-FOCI] шкала тяжести симптомов)
- Употребление ПАВ – ребенок в возрасте от 11 до 17 лет (Адаптированная форма модифицированного NIDA вопросника ASSIST)

• **Оценка степени тяжести специфических расстройств у детей в возрасте от 11 до 17 лет**

- Шкала оценки степени тяжести депрессии – ребенок в возрасте 11 – 17 лет (PHQ-9 модифицированная для подростков [PHQ-A] – адаптированная)
- Шкала оценки степени тяжести сепарационного тревожного расстройства – ребенок в возрасте 11 – 17 лет
- Шкала оценки степени тяжести специфической фобии – ребенок в возрасте 11 – 17 лет
- Шкала оценки степени тяжести социального тревожного расстройства (социальной фобии) – ребенок в возрасте 11 – 17 лет
- Шкала оценки степени тяжести панического расстройства – ребенок в возрасте 11 – 17 лет
- Шкала оценки степени тяжести агорафобии – ребенок в возрасте 11 – 17 лет
- Шкала оценки степени тяжести генерализованного тревожного расстройства – ребенок в возрасте 11 – 17 лет
- Шкала оценки степени тяжести посттравматического стрессового расстройства – ребенок в возрасте 11 – 17 лет (Краткая шкала ПТСР Национального исследования стрессогенных событий – англ. – National Stressful Events Survey PTSD Short Scale [NSESS])
- Шкала оценки степени тяжести симптомов острого стресса – ребенок в возрасте 11 – 17 лет (Краткая шкала острого стрессового расстройства Национального исследования стрессогенных событий [NSESS])
- Шкала оценки степени тяжести диссоциативных симптомов – ребенок в возрасте 11 – 17 лет (Краткая шкала диссоциативных переживаний – англ. – Brief Dissociative Experiences Scale [DES-B])

• Оценка степени тяжести отдельных расстройств, проводимая клиницистом

- Шкала оценки степени тяжести расстройств аутистического спектра и коммуникативных расстройств
- Измерения тяжести симптомов психоза
- Шкала оценки степени тяжести симптоматического соматического расстройства
- Шкала оценки степени тяжести оппозиционно-вызывающего расстройства
- Шкала оценки степени тяжести расстройства поведения
- Шкала оценки степени тяжести несуицидальных самоповреждений

Предыдущие исследования показали, что у значительного числа индивидов с такими фенотипическими характеристиками в последующем развиваются развернутые психотические расстройства (Ruhmann et al, 2010), и что своевременные вмешательства могут изменить такую динамику (e.g., Amminger et al, 2010). Однако слишком высок риск расширения границ психиатрических диагнозов, так как в большинстве случаев у таких индивидов, по всей видимости, никогда не разовьется полноценное психотическое заболевание, и неминуемый риск, связанный с применением антипсихотического лечения, существенно снизил первоначальный энтузиазм включения этого диагноза в главную часть руководства.

ИЗМЕНЕНИЯ, НЕ РАССМОТРЕННЫЕ В ДАННОЙ ГЛАВЕ

Некоторые диагнозы, имеющие отношение к детской и подростковой психиатрии, не обсуждавшиеся в данной главе, были перегруппированы в связи с исключением главы DSM-IV с диагнозами, впервые подтвержденными в детском и подростковом возрасте. Как уже отмечалось выше, это придает классификации более выраженную онтогенетическую тенденцию, признавая, что большое число психических расстройств уходит корнями в детский и подростковый возраст. Двигательные расстройства (например, расстройство развития координации движений) и стереотипизированные двигательные расстройства (например, тики) перемещены в главу расстройств, связанных с психическим развитием; сепарационное тревожное расстройство в главу тревожных расстройств; пикацизм и руминация в главу расстройств питания и приема пищи; энурез и энкопрез образовали новую главу расстройств выделения (экскреции).

Кроме того, с целью придания классификации тенденции рассматривать психические расстройства в перспективе развития, в некоторые диагнозы были внесены небольшие изменения. Например, в критериях социального тревожного расстройства, акцент сделан на том, что тревога у детей должна возникать при взаимодействии со сверстниками, а не только взрослыми; и что страх и тревога, спровоцированные социальными ситуациями у детей могут проявляться поведенческими симптомами, такими как плач или вспышки раздражения. При обсессивно-

компульсивном расстройстве в критериях уточняется, что у детей компульсии могут наблюдаться без осознания ясной цели ослабления или предотвращения тревоги, дистресса или наступления ужасного события. Из-за недостатка исследований интермиттирующего эксплозивного расстройства у детей и подростков, а также потенциальной сложности дифференцирования приступов гнева, связанных с этим расстройством и нормальных вспышек раздражения (tantrums), для постановки этого диагноза требуется минимальный возраст в 6 лет (или эквивалентный уровню развития).

ВЫВОДЫ

С нашей точки зрения, DSM-5 является наилучшей из доступных в настоящее время, доказательной классификацией психических расстройств. Несмотря на то, что первоначальной оптимистической целью было создание документа, который представлял бы собой смену парадигмы в психиатрии, эта цель не была достигнута из-за недостатка научных доказательств по многим направлениям. В действительности происходит итеративный процесс – каждая новая версия является попыткой проникнуть глубже в скрытую структуру психических расстройств (Kendler & First, 2010) и формальным признанием того, что психиатрическая классификация должна продолжать развиваться и обновляться.

Что касается детской и подростковой психиатрии, то можно утверждать, что удалось достигнуть определенного прогресса, в том смысле, что начинает появляться перспектива развития; в свете новых научных доказательств улучшены критерии для определенных распространенных расстройств; кроме того, появились новые диагностические единицы. Тем не менее, предстоит еще много работы, до того, как будет разработана классификационная система, основанная на этиологии и патофизиологии.