

СПЕКТРАЛЬНЕ РОЗУМІННЯ ПСИХОПАТОЛОГІЇ ДИТЯЧОГО РОЗВИТКУ В КОНТЕКСТІ DSM-5 ТА МКХ-11

Давидова Оксана Володимирівна

кандидат психологічних наук, доцент,

доцент кафедри психології, педагогіки та філософії

Кременчуцького національного університету імені Михайла Остроградського

ORCID ID: 0009-0003-7457-6539

Researcher ID: ABE-4195-2021

Scopus-Author ID: 57221273329

У статті здійснено теоретико-методологічний огляд досліджень з питань розвитку психопатології дитячого віку на матеріалі сучасних зарубіжних праць та класифікаційних систем DSM-5 і МКХ-11.

Підкреслено різноманітність зарубіжних підходів до психічного розвитку дітей та континуальний характер співвідношення норми і патології. Особливу увагу приділено спектральному підходу, що дозволяє диференціювати варіації норми, транзиторні труднощі та стійкі патерни ризику, а також узагальнити наявні підходи без введення нових термінів.

Узагальнено результати сучасних емпіричних досліджень, що підтверджують загальний фактор психопатології. Показано, що розвиткова психопатологія розглядає психічні труднощі не як фіксовані діагностичні стани, а як динамічні процеси, зумовлені взаємодією біологічних, психологічних і соціальних факторів. Проаналізовано чинники ризику раннього дитинства, сімейного середовища та батьківського функціонування, які впливають на формування різних траєкторій психічного розвитку.

Здійснено порівняльний аналіз окремих доменів DSM-5 та МКХ-11, що дозволяє виявити спільні й відмінні підходи до оцінки психопатологічних проявів у дітей, показано їхню концептуальну зближеність і водночас відмінності, що мають значення для інтерпретації меж норми та патології. Обґрунтовано доцільність інтеграції категоріальних діагностичних систем із розвитковими та спектральними моделями оцінки, що сприяє зниженню ризику надмірної патологізації та підвищує якість психологічного і медичного висновку.

Особлива увага приділена аспектам інтеграції зарубіжного досвіду в українську практику, що може бути корисним для психологів, медичних працівників і фахівців інклюзивно-ресурсних центрів, зокрема в контексті просвітницької роботи та планування раннього втручання. Запропонований огляд демонструє, як систематизація міжнародних даних сприяє формуванню цілісного уявлення про спектр психопатології дитячого віку, забезпечуючи гнучкий та диференційований підхід до оцінки психічного розвитку та практичної діяльності. Практична значущість статті полягає у використанні розвитково-орієнтованого підходу у роботі фахівців психологічної, медичної та освітньої сфер, зокрема в інклюзивному супроводі дітей.

Ключові слова: розвиткова психопатологія, норма і патологія, спектральний підхід, розвиток дитини, DSM-5, МКХ-11 фактори ризику, ранні втручання.

Davydova O. A SPECTRAL UNDERSTANDING OF DEVELOPMENTAL PSYCHOPATHOLOGY IN CHILDHOOD: DSM-5 AND ICD-11 CONTEXTS

The article presents a theoretical and methodological analysis of studies on the development of childhood psychopathology based on international research and contemporary classification systems, DSM-5 and ICD-11.

The diversity of international approaches to the mental development of children and the continuous nature of the norm–pathology relationship are emphasized. Special attention is paid to the spectral approach, which allows differentiating variations of the norm, transient difficulties, and stable risk patterns, as well as summarizing existing approaches without introducing new terms.

The results of current empirical studies confirming the general factor of psychopathology are summarized. It is shown that developmental psychopathology views mental difficulties not as fixed diagnostic states but as dynamic processes determined by the interaction of biological, psychological, and social factors. Risk factors in early childhood, family environment, and parental functioning influencing the formation of different developmental trajectories are analyzed.

A comparative analysis of specific DSM-5 and ICD-11 domains is carried out, revealing similarities and differences in the assessment of psychopathological manifestations in children, highlighting their conceptual convergence and divergence, which is important for interpreting the boundaries of norm and pathology. The integration of categorical diagnostic systems with developmental and spectral assessment models is justified, reducing the risk of overpathologization and improving the quality of psychological and psychiatric evaluations.

Special attention is given to the aspects of integrating international experience into Ukrainian practice, which may be useful for psychologists, psychiatrists, and specialists in inclusive resource centers, particularly in the context of

educational work and early intervention planning. The review demonstrates how the systematization of international data contributes to forming a comprehensive understanding of the spectrum of childhood psychopathology, providing a flexible and differentiated approach to assessing mental development and professional practice. The practical significance of the article lies in applying a developmentally oriented approach in the work of specialists in psychological, psychiatric, and educational fields, including inclusive support for children.

Key words: *developmental psychopathology, norm and pathology, spectral approach, child development, DSM-5, ICD-11, risk factors, early intervention.*

Вступ. Розуміння того, що вважається нормальним розвитком дитини та що можна класифікувати як психологічну патологію, є одним з ключових завдань сучасної дитячої психології та патопсихології. У класичних підходах, представлених у міжнародних класифікаціях, патологічні прояви визначаються через структуровані діагностичні критерії, що дозволяють стандартизувати оцінку розладів та порівнювати їх у міжнародному контексті.

Для позначення цих класифікацій у цьому огляді використовуються аббревіатури **DSM-5** (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th edition, 2013*) та **ICD-11** (*International Classification of Diseases, 11th edition, 2018; Міжнародна класифікація хвороб, 11-те видання*). Надалі в тексті застосовуються лише аббревіатури DSM-5 та ICD-11/МКХ-11 для зручності та узгодженості [1; 12].

В Україні обидві міжнародні системи класифікації психічних розладів – DSM5 та МКХ-11 [1; 12] – використовуються у клінічній практиці та дослідженнях психічного здоров'я. DSM5 часто застосовується у психіатричній діагностиці, зокрема оцінці поведінкових проявів у дітей та підлітків (як частина психіатричних та психологічних досліджень), тоді як МКХ11 поступово впроваджується як офіційна міжнародна класифікація у системі охорони здоров'я України, із завершенням переходу, запланованим до 2027 року [8].

Зарубіжні дослідження останніх років [2; 4; 5; 6; 9; 10; 11; 12] активно розглядають психопатологію дитячого віку з урахуванням розвитку та спектрального підходу, підкреслюючи, що норма і патологія не є бінарними категоріями, а існують на континуумі проявів поведінки та емоцій. Такі підходи дозволяють точніше відстежувати динаміку симптомів у різному віці, враховувати взаємодію типових і атипових проявів та оцінювати ризик розвитку психоемоційних труднощів у дітей. Сучасна наукова література підкреслює, що норма і патологія існують на континуумі розвитку, де поведінкові, емоційні та когнітивні прояви дитини можуть варіюватися від типових до атипових [10].

В українському науковому дискурсі проблематика психічних і психопатологічних розладів переважно представлена в межах клініко-психіатричного, медико-соціального та історико-оглядового підходів із фокусом на описі нозологічних форм, питаннях стигматизації, організації допомоги та окремих аспектах раннього втручання чи реабілітації. У проаналізованих українських публікаціях такі дослідження мають фрагментарний або епізодичний характер і, як правило, не орієнтовані на системний аналіз психопатології з позицій розвиткової психології (К. Антоненко, Є. Михайлова, Н. Міхановська, Є. Руденко). Водночас розвиткові механізми формування психопатологічних проявів, їх континуально-спектральний розгляд у межах переходу від варіантів норми до клінічно значущих станів, а також психологічні критерії встановлення діагностичних меж у дитячому віці залишаються не досить представленими в українських дослідженнях.

За даними ВООЗ, понад 20% дітей у певний період свого життя мають значущі проблеми з психічним здоров'ям. Понад 10% дітей шкільного віку мають розлади психіки та поведінки, найпоширенішим є РДУГ, другим за поширеністю – розлад емоційної регуляції (депресивні та тривожні розлади) [7].

Практичне застосування міжнародних класифікацій DSM5 та МКХ-11 [1; 12] в Україні регламентується нормативними документами Міністерства освіти та науки [7], що окреслює роль інклюзивно-ресурсних центрів та міжвідомчу взаємодію з дитячими психіатрами у супроводі дітей з особливими освітніми потребами.

В умовах діяльності інклюзивно-ресурсних центрів [3] фахівці та консультанти першими мають доступ до дітей з особливими освітніми потребами. Як зазначено у листі Міністерства освіти і науки України [7], такі діти часто мають труднощі зі шкільною адаптацією та потребують оцінювання дитячим психіатром для виявлення психічних розладів і застосування спеціалізованих терапевтичних програм управління поведінкою та психотерапевтичного супроводу освітнього процесу. Психіатри діють відповідно до сучасних міжнародних класифікацій DSM5 та МКХ-11, а мережа інклюзивно-ресурсних центрів проводить оцінювання та корекційний супровід дітей з обмеженими можливостями, забезпечуючи міжвідомчу взаємодію і спеціальну організацію освітнього процесу для дітей до 18 років з порушеннями психофізичного розвитку [3].

Актуальність теми також зумовлена тим, що сучасні дослідження пропонують інтеграцію DSM5 та МКХ-11 у поєднанні із сучасними теоретичними підходами, що дозволяє українським психологам і педагогам оцінювати розвиток дітей більш комплексно, враховуючи як норми розвитку,

так і потенційні ризики психологічної дезадаптації. При цьому зарубіжні дослідження підкреслюють важливість спектрального підходу та аналізу розвитку на континуумі від типових до атипових проявів, що дозволяє точніше відстежувати динаміку симптомів і прогнозувати потреби у втручанні. Водночас в Україні бракує системних досліджень, які б поєднували міжнародні стандарти DSM5 та МКХ-11 [1; 12] із локальним контекстом дитячої психології, що створює необхідність адаптації зарубіжного досвіду для українських умов та практичної роботи фахівців інклюзивно-ресурсних центрів.

Матеріали та методи. Дослідження ґрунтується на теоретико-методологічному аналізі сучасних зарубіжних наукових джерел у галузі розвитку психопатології дитячого віку. Використано методи концептуального аналізу, порівняння та інтеграції теоретичних моделей, представлених у працях провідних авторів у сфері розвиткової психопатології (developmental psychopathology). Здійснено порівняльний аналіз підходів, закладених у DSM-5 та МКХ-11, з метою виявлення їхніх можливостей і обмежень у розвиток-орієнтованій інтерпретації психічних проявів у дітей. Методологічною основою дослідження є розвитковий, спектральний та контекстуальний підходи, що дозволяють розглядати психопатологію як динамічний процес у межах індивідуальних траєкторій розвитку.

Мета дослідження – здійснити теоретико-методологічний огляд сучасних зарубіжних підходів до розвитку психопатології дитячого віку на основі аналізу емпіричних досліджень і класифікаційних систем DSM-5 та МКХ-11 з метою уточнення континуальних меж норми і патології; обґрунтування доцільності інтеграції категоріальних, розвиткових і спектральних моделей оцінки психічного розвитку.

Результати. Розвиткова психопатологія сформувалася як окрема наукова дисципліна відносно нещодавно. У 1974 році Томас Ахенбах, публікуючи свій програмний текст, зауважив, що ця галузь «майже ще не існує», що відображало її початковий статус як міждисциплінарного поля, яке ще не було чітко відмежоване від аномальної психології та дитячої психіатрії. Первинним завданням нової дисципліни стало інтегрування цих напрямів із психологією розвитку з метою вивчення як нормативного, так і атипового розвитку впродовж життєвого шляху. Концептуальне оформлення цієї перспективи відбулося лише через десятиліття – у спеціальному випуску журналу *Child Development* під редакцією Данте Чіккетті (1984), де розвиткову психопатологію було визначено як вивчення походження та перебігу індивідуальних моделей поведінкової дезадаптації незалежно від віку початку, етіології та складності розвитку (Sroufe & Rutter, 1984). Важливо, що дисципліна від самого початку не обмежувалася аналізом дитячих порушень як таких, а була зорієнтована на порівняльне дослідження траєкторій адаптації й дезадаптації з плином часу. У цьому сенсі, як підкреслював Майкл Раттер, розвиткова психопатологія є насамперед наукою про розвиток [9].

Підхід розвитку психопатології, сформульований у класичних працях у межах developmental psychopathology, розвиткової психопатології, пов'язаний із запровадженням ключових концепцій розвитку, зокрема уявлень про траєкторії розвитку, мульти- та еквіфінальність, гетеротипову безперервність і нормативні розриви, які підкреслюють, що психопатологія формується в процесі розвитку. Центальною стала ідея про те, що один і той самий фактор ризику може призводити до різних форм порушень, а подібні прояви – виникати внаслідок різних шляхів розвитку. У межах цієї перспективи дисципліна набула мультидисциплінарного характеру, поєднуючи дослідження генетичних, нейробіологічних і середовищних чинників та їх взаємодії, зокрема на ранніх етапах розвитку. Водночас автор наголошує, що ізольоване вивчення біологічних корелятів або поведінкових відмінностей не дає відповіді на питання походження та перебігу порушень і лише розвиткові дослідження дозволяють розрізнити попередники, маркери та наслідки психопатології. Отже, розвиток розглядається як кумулятивний процес, у якому індивідуальні особливості формуються під впливом генів, середовища та попереднього ходу розвитку [9]. Автор підкреслює, що розвиток дитини відбувається через послідовні адаптації у взаємодії із середовищем, а тому лінійні причинні пояснення є недостатніми. Зокрема, наявність певних генетичних особливостей не означає неминучого виникнення розладу, а радше відображає чутливість до впливів середовища. У цьому контексті наголошується на необхідності довготривалих проспективних досліджень, які починаються з ранніх патернів адаптації, а не з уже наявного діагнозу. Таке розуміння підкреслює необхідність довготривалих проспективних досліджень, що починаються з ранніх патернів адаптації, а не з наявного діагнозу [9] та послідовно критикує спрощене лінійне причинно-наслідкове мислення в дослідженнях психопатології, зокрема тенденцію пояснювати порушення ізольованими біологічними, генетичними або темпераментними чинниками. Він показує, що такі інтерпретації ігнорують процесуальний характер розвитку та складну взаємодію генів, середовища й попереднього ходу розвитку. Натомість автор наполягає, що розвиткова перспектива, заснована на інтерактивних і системних моделях, має замінити лінійні каузальні підходи у вивченні походження та перебігу психопатології.

У руслі розиткової перспективи, окресленої в літературі [9], сучасні підходи дедалі частіше розглядають розвиток дитини не як бінарну опозицію «норма/патологія», а як континуум поведінкових, емоційних і когнітивних проявів, що змінюються з віком та залежать від індивідуальних і контекстуальних чинників.

Важливою особливістю підходу L. Wakschlag (2023) [10] є визначення атипичних проявів через частоту, контекстуальну невідповідність та психометричні критерії, що дає змогу диференціювати варіації норми від патернів ризику психопатології. Для операціоналізації цього підходу розроблено психометричні шкали (Multidimensional Assessment Profiles – Internalizing (MAPS-INT)), які дозволяють кількісно оцінювати спектр тривожно-депресивних проявів у дітей раннього віку з урахуванням темпераментальних і контекстуальних особливостей розвитку. Такий підхід демонструє, що індивідуальні крайності у вираженні негативних емоцій або регуляторних патернів можуть бути одночасно нормативними і потенційно ризиковими. Ранні прояви внутрішніх синдромів, зокрема тривожності та депресивної поведінки, доцільно розглядати в межах спектра норма–патологія, де типові й атипичні прояви відрізняються за частотою та контекстом виникнення. Водночас значна частина ранніх проявів може мати транзиторий характер або належати до нормального спектра розвитку, що обґрунтовує стратегію «watching and waiting» із урахуванням можливості ранніх втручань у разі ідентифікації стійких патернів ризику [10].

У ранньому дитинстві внутрішні синдроми, такі як тривожність і депресія, проявляються у двох широких поведінкових патернах: типовому та атипичному [10]. Так, типові тривожні поведінки (наприклад, переживання у разі розлуки з батьками або боязнь нових ситуацій) спостерігалися у більшості дітей, проте якщо такі прояви траплялися надмірно часто, вони потрапляли в атипичний діапазон. Атипичні поведінкові прояви (наприклад, неконтрольоване занепокоєння або страх у неприйнятних контекстах) траплялися значно рідше – лише у 10–14% дітей. Аналіз за допомогою двофакторної підтверджувальної факторної моделі (CFA) показав виділення двох латентних факторів тривожності – Fearful-Worried та Separation Distress – із хорошими показниками відповідності моделі та надійністю тест–ретест ($ICC = 0,71–0,83$). Ці результати демонструють, що ранні прояви внутрішніх синдромів формуються вздовж континууму нормальних і атипичних проявів, підтверджуючи спектральний підхід до оцінки розвитку дитини.

Такий спектральний підхід дозволяє інтегрувати діагностичні системи DSM-5 та МКХ-11 у ширший розитковий контекст, у межах якого окремі симптоми можуть бути типовими для певного етапу розвитку, а в крайніх проявах спектра – набувати клінічної значущості. У цьому континуумі «норма» визначається як поведінка, що відповідає віковим і соціокультурним очікуванням, тоді як «патологія» – як суттєве відхилення, пов'язане з ризиком психосоціальної дезадаптації або потребою у втручанні. Спектральний підхід підкреслює необхідність оцінки розвитку на різних рівнях – від індивідуальних проявів до системних і соціальних факторів, що дозволяє уникнути надмірно категоричного або медикалізованого бачення.

Поряд із цими розитковими підходами останніми роками з'являються й узагальнювальні емпіричні дані: у систематичному огляді та мета-аналізі американських дослідників (J.L. Harris, B. Swanson, I.T. Petersen та ін.) (2024) [5], які вивчали силу загального фактора психопатології у дітей і підлітків. Автори провели систематичний огляд і метааналіз наявних досліджень, що моделюють структуру загальної психопатології (загального фактора, «rfactor») у дітей і підлітків, що охопив 65 досліджень із 110 показниками та вибірки дітей і підлітків віком від 2 до 17 років, і проаналізували, яку частину загальної варіації симптомів психопатології пояснює цей загальний фактор (визначається як *explained common variance*, ECV). Результати показали, що генеральний фактор психопатології пояснює приблизно 56% варіації поведінкових симптомів у дітей та підлітків, і його сила не змінюється суттєво з віком від раннього дитинства до пізньої юності.

Розглянемо дані систематичного огляду та мета-аналізу американських клінічних психологів (J.L. Harris, B. Swanson, I.T. Petersen (2022)) [5], які досліджували розвиток загальної психопатології у дітей і підлітків. Дані мета-аналізу, що використовували біфакторні моделі, показують, що різні психологічні труднощі, зокрема внутрішні та зовнішні симптоми, часто поєднуються між собою і не існують ізольовано. Автори демонструють, що значна частина варіативності симптомів у цьому віковому діапазоні може бути пояснена загальним фактором психопатології, сила якого залишається відносно стабільною впродовж розвитку. Поведінкові прояви психопатології різняться в різному віці (тобто гетеротипова безперервність). Наприклад, екстерналізації проблем у 3-річної дитини можуть проявлятися у формі явної поведінки (наприклад, істерика), тоді як у 16-річного підлітка прояв може мати більш приховану форму (наприклад, вживання психоактивних речовин) [5, с. 4]. Дослідження показали, що загальний фактор психопатології (p-фактор) відображає спільну частину симптомів різних психопатологій, а сила «навантаження» конкретного симптому (поведінкові розлади, тривога, вживання психотропних речовин) змінюється залежно від включених показників. Наприклад, поведінкові

розлади мали високі навантаження, але у разі виключення тикових або obsесивних проявів сила і знак навантаження змінювалися.

Це свідчить про те, що структурна значимість загального фактора залишається стабільною в процесі розвитку і не має чіткої тенденції до збільшення чи зменшення між дитинством та підлітковим віком, що, на наш погляд, підтверджує спектральне бачення континууму норма–патологія.

Узяті разом підходи, що представлені у працях [5; 9; 10], відображають спільну розвиткову логіку розуміння психопатології дитини як процесу, а не як фіксованого стану, підкреслюють спектральний характер поведінкових та емоційних проявів, виходячи за межі бінарної опозиції «норма/патологія». Зокрема, дослідження J.L. Harris, B. Swanson, I.T. Petersen та ін. (2024) показало, що загальний фактор психопатології (р-фактор), який відображає спільну тяжкість різних симптомів, наявний уже в ранньому дитинстві і зберігається з певними коливаннями протягом дитинства та підліткового віку, при цьому окремі симптоми по-різному впливають на загальну тяжкість психопатології залежно від віку та комбінації проявів. У цьому сенсі спектр норма–патологія розглядається як розвитковий континуум, у межах якого типові та атипові прояви співіснують, взаємодіють та набувають клінічної значущості залежно від індивідуальної траєкторії розвитку, що безпосередньо відповідає сучасному баченню психопатології дитячого віку.

Узагальнюючи наведені розвиткові та спектральні підходи, постає питання, яким чином континуум нормальних і атипових проявів психічного розвитку дитини узгоджується з категоріальними діагностичними системами, що використовуються у клінічній і освітній практиці. Великого значення набуває аналіз принципів побудови та гармонізації міжнародних діагностичних класифікацій DSM-5 і МКХ-11 [1; 12].

У цьому контексті особливої уваги заслуговують результати порівняльного аналізу діагностичних вимог DSM-5 та МКХ-11, представлені у міжнародному порівняльному аналізі, виконаному групою експертів ВООЗ та Американської психіатричної асоціації (M.B. First, W. Gaebel, M. Maj, D.J. Stein та ін. (2021)) [4]. Автори здійснили систематичне зіставлення організаційної структури та діагностичних критеріїв обох класифікацій, зосереджуючись на рівні гармонізації як метаструктури, так і окремих діагностичних категорій.

У статті немає спеціального фокусу на дітей, але багато розладів (розлади мовлення, порушення адаптації) часто діагностуються саме у дитячому віці. Аналіз охопив 103 діагностичні одиниці, представлені в обох класифікаційних системах, шляхом зіставлення клінічних описів, діагностичних рекомендацій та наборів критеріїв. За результатами порівняння встановлено, що 31 розлад є, по суті, ідентичним у двох системах, 10 розладів мають незначні відмінності, зумовлені вищим рівнем специфікації критеріїв у DSM-5, тоді як 20 розладів демонструють істотні концептуальні або діагностичні розбіжності. Автори підкреслюють, що такі відмінності пов'язані не із несумісністю систем, а з різними пріоритетами, теоретичними акцентами та підходами до інтерпретації емпіричних доказів, що, своєю чергою, відкриває можливості для подальших емпіричних досліджень валідності та клінічної корисності обох класифікацій.

Хоча порівняння 103 діагностичних одиниць стосується загальної популяції, приклади розладів адаптації та мовлення ілюструють, як системні критерії застосовуються у дитячій психіатрії, що є релевантним для розгляду меж норми та патології у розвитку дитини. Навіть для дитячих розладів системні відмінності дозволяють досліджувати, які діти потрапляють у діагноз, і що це важливо для розуміння меж норми та патології.

Проаналізуємо детальніше з огляду на роботи M.B. First, W. Gaebel, M. Maj, D.J. Stein та ін. (2021) [4].

Отже, системні відмінності між DSM-5 та МКХ-11 чітко простежуються на рівні окремих діагностичних категорій, зокрема на прикладі розладу адаптації. Обидві діагностичні критеріальні системи описують розлад адаптації як стан, що характеризується розвитком симптомів у відповідь на ідентифікований стресор, які при цьому не відповідають діагностичним критеріям жодного іншого психічного розладу. Розлад адаптації часто піддавався критиці як не досить чітко визначена діагностична категорія, що охоплює субпорогову симптоматику, пов'язану зі стресором, який нерідко ідентифікується ретроспективно. У відповідь на ці зауваження в МКХ-11 було запроваджено додаткову вимогу – відсутню в DSM-5 – щодо наявності специфічних симптомів, які вказують на дезадаптивну реакцію на стресор, зокрема, йдеться про стійку зосередженість на стресорі або його наслідках, що може проявлятися у формі надмірної тривоги, повторюваних і дистресових думок про стресову подію, а також постійної румінації щодо її значення та можливих наслідків [4].

Після розгляду адаптаційних розладів увага зміщується до порушень розвитку мовлення та прагматичної комунікації, які часто вивчаються у дітей і можуть перебувати на межі з іншими нейро-розвитковими порушеннями. Аналіз відмінностей і подібностей між DSM-5 та МКХ-11, з огляду на праці [4], ілюструє, як системні діагностичні критерії реалізуються на рівні конкретних діагнозів

та узгоджуються або відрізняються Ці відмінності ілюструють, що навіть у разі спільної концепції певного розладу системні критерії можуть відрізнятися залежно від пріоритетів і способів операціоналізації симптомів у кожній системі.

Деякі розлади розвитку мовлення та соціальної комунікації відображають відмінності підходів DSM-5 та МКХ-11 [4]. Зокрема, у DSM-5 виокремлено розлад соціальної (прагматичної) комунікації, що стосується порушень соціальної комунікації без ознак розладів аутистичного спектра, тоді як у МКХ-11 подібну категорію не включено у зв'язку з недостатністю доказів для відмежування її від аутизму та розладу розвитку мовлення (Developmental Language Disorder). Це ілюструє різні підходи класифікаційних систем до оцінки доцільності впровадження нових діагностичних категорій на основі наявних емпіричних даних і їх клінічної значущості.

Системні відмінності між DSM-5 та МКХ-11 проявляються й на рівні окремих діагнозів. Тому наступним кроком нашого аналізу є огляд нейророзвиткових розладів, таких як аутизм (Autism Spectrum Disorder) та розлад гіперактивності з дефіцитом уваги (Attention Deficit Hyperactivity Disorder), де також простежуються концептуальні подібності та відмінності між двома класифікаціями.

У DSM-5 та МКХ-11 розлад аутистичного спектра (Autism Spectrum Disorder) концептуалізується подібно – як широка категорія («спектр»), що охоплює різноманітні клінічні прояви. Обидві системи ґрунтуються на спільних феноменологічних вимогах, зокрема: а) стійких дефіцитах соціальної комунікації та соціальної взаємодії; б) обмежених, повторюваних і негнучких патернах поведінки, інтересів або діяльності. Водночас, попри спрямованість на ідентифікацію однієї й тієї самої клінічної популяції, між діагностичними вимогами DSM-5 та МКХ-11 наявні певні відмінності.

Діагностичні вимоги до синдрому дефіциту уваги та гіперактивності (Attention Deficit Hyperactivity Disorder) у DSM-5 та МКХ-11 загалом схожі: обидві системи надають окремі списки симптомів неухвненості та гіперактивності-імпульсивності. Водночас є деякі відмінності в деталях, що відображає акцент МКХ-11 на загальній концепції діагнозу. У DSM-5 кожен список містить дев'ять симптомів, з яких для встановлення діагнозу необхідно принаймні шість (або п'ять для осіб віком 17 років і старше). МКХ-11 не встановлює точну кількість симптомів, а групує їх у дві широкі категорії та вимагає наявності «кількох» симптомів хоча б у одній групі, щоб зменшити внутрішню надмірність пунктів. Усі симптоми DSM-5 наведені як приклади у групах симптомів МКХ-11, де ще додано новий пункт для гіперактивності-імпульсивності: «схильність діяти під впливом миттєвих стимулів без обмірковування та врахування ризиків і наслідків (наприклад, небезпечні дії, імпульсивні рішення, ризиковане водіння)» [4, с. 44], щоб краще відобразити прояви імпульсивності у дорослих. Крім того, наявна невелика різниця у віковому критерію початку симптомів: обидві системи вимагають проявів до 12 років, але МКХ-11 вимагає доказів значущих симптомів неухвненості та/або гіперактивності-імпульсивності до цього віку, тоді як DSM-5 потребує, щоб лише «декілька» симптомів були присутні до 12 років.

З огляду на аналіз (M.B. First, W. Gaebel, M. Maj, D.J. Stein та ін. (2021)) [4] можна стверджувати, що DSM-5 та МКХ-11 є найбільш узгодженими за всю історію їх паралельного розвитку, водночас зберігаючи концептуальні відмінності, зумовлені різними пріоритетами цих систем – клініко-дослідницькими в DSM-5 та публічно-охоронними і глобальними в МКХ-11. Така часткова конвергенція створює методологічні умови для інтеграції категоріальних діагнозів у ширший розвитковий і спектральний контекст оцінки психічного здоров'я дитини.

Поряд із теоретичним оглядом у статті представлено результати емпіричних досліджень, спрямованих на вивчення чинників розвитку та проявів психопатології у дитячому віці, що дозволяють конкретизувати та поглибити розуміння процесів, які передують або супроводжують діагностичну класифікацію.

Звернімо увагу на дослідження австралійських клініцистів і психологів, серед яких S. Vista, R.J. Tait, L.M. Straker, A. Lin та ін. (2025) [2], присвячене розвитку внутрішніх та зовнішніх проблем у дітей. Автори стверджують, що внутрішні (тривожність, депресивні та соматичні прояви) та зовнішні (агресія, порушення правил, труднощі уваги) проблеми у дітей не розвиваються ізольовано, а часто спільно, формуючи ко-координовані траєкторії розвитку від середнього дитинства до підліткового віку. Вчені виділили п'ять типів таких траєкторій: низький рівень внутрішніх і зовнішніх проблем (29% дітей), помірно виражені зовнішні проблеми за низького рівня внутрішніх (26,5%), переважно внутрішні проблеми за низького рівня зовнішніх (17,5%), ко-координовані високі внутрішні та зовнішні проблеми (17%) та дуже високі зовнішні і високі внутрішні проблеми (10%). Діти, які потрапляли до останніх двох груп, стикалися з більшою кількістю несприятливих факторів сімейного та індивідуального середовища, зокрема материнською депресією, конфліктами батьків, низьким рівнем доходу та складним темпераментом. Приклади ранніх проявів, таких як темпераментні істерики, служать предикторами подальших психопатологічних проблем, підтверджуючи концепцію спектра нормального та атипового розвитку, де індивідуальні та сімейні чинники можуть по-різному впливати на подальший розвиток внутрішніх і зовнішніх симптомів. Цей підхід підкреслює значення ранніх

інтервенцій для дітей з ко-координованими проблемами, спрямованих на зменшення подальших ризиків та формування більш адаптивних траєкторій розвитку.

Дослідження групи вчених (I. Jarvers, S. Kandsperger, A. Ecker, S. Brandstetter, M. Kabesch, A. Köninger та ін., (2024)) [6], які працюють у рамках університетських і медичних установ Німеччини, фокусуються на факторах ризику раннього дитинства та їхньому впливі на інтерналізовану та екстерналізуючу симптоматику. Вчені оцінювали вплив ранніх факторів ризику та захисних факторів на розвиток внутрішніх і зовнішніх проявів у дітей віком 4 роки у 560 сім'ях. Сім'ї заповнювали анкети під час народження, через 4 тижні, 6 місяців та щорічно до 4 років. Первинні результати вимірювалися за допомогою Анкети сильних сторін та труднощів. Вченими виявлено ключові фактори ризику: екологічні (відсутність соціальної підтримки, нижча освіта батьків, чоловіча стать), батьківські (погане психічне здоров'я, підвищений батьківський стрес, проблеми зі сном) та специфічні для дитини (низький фізичний стан, знижена якість сну, темперамент). Результати підкреслюють, що більшість факторів ризику пов'язані з темпераментом дітей, психічним та фізичним здоров'ям батьків, стресом та соціальною підтримкою сімей, що, на нашу думку, перетинається з темою спектрального підходу до норми та патології, оскільки демонструє, як окремі ризики можуть сприяти варіативності психічного розвитку дітей у межах відносної норми до субклінічних проявів.

Розглянемо дослідження американських психологів і дослідників розвитку L. Williams, V. Oro, C.K. Blackwell, C. Liu, та ін. (2024) [11], присвячене впливу батьківської ворожості та соціально-економічного стресу на розвиток інтерналізованих симптомів у дітей від середнього дитинства до підліткового віку. Вибірка включала 1,534 дітей з двох когорт програми (Environmental influences on Child Health Outcomes: EGDS (n = 561) та Family Life Project (n = 1,292)). Було виявлено, що високий рівень ворожості батьків та соціально-економічного стресу передбачає приналежність дітей до класу з більш високими та зростаючими симптомами, а також підтверджено посередницьку роль батьківської ворожості між соціально-економічним стресом і симптоматикою дітей. Крім того, дослідження враховувало стать дитини, зовнішню симптоматику та депресивні симптоми батьків як додаткові коваріати. Результати підкреслюють значення ранніх біоекологічних факторів та потенційно модифікованих батьківських ризиків для розвитку інтерналізованих симптомів, що може бути релевантним у контексті спектрального підходу до норми та патології психічного розвитку.

Наведені емпіричні дані додатково підтверджують розвиткову та багатовимірну природу психопатологічних проявів у дитячому віці, що актуалізує питання їх коректної інтерпретації в межах стандартизованих діагностичних систем, зокрема DSM-5 та МКХ-11 [1; 12].

Висновки. Сучасні дослідження у межах розвиткової психопатології переконливо демонструють, що психічний розвиток дитини не може бути адекватно описаний через жорстку дихотомію «норма/патологія». Натомість психопатологічні прояви формуються в межах континуального спектра, де типові та атипові поведінкові, емоційні й когнітивні характеристики співіснують і змінюються залежно від віку, індивідуальних траєкторій розвитку та контексту середовища. Розвитковий і спектральний підходи дозволяють розглядати психічні труднощі як динамічні процеси, що відображають складну взаємодію біологічних, психологічних і соціальних чинників, а не як фіксовані діагностичні стани.

Класифікаційні системи DSM-5 та МКХ-11 залишаються важливими інструментами стандартизованої оцінки психічних розладів, однак їх застосування у роботі з дітьми потребує інтеграції з розвитково-орієнтованими моделями інтерпретації. Такий підхід створює підґрунтя для більш диференційованих професійних рішень, зменшує ризик надмірної патологізації та підвищує чутливість до ранніх проявів ризику, що є особливо значущим для психологічної, психіатричної та освітньої практики в умовах інклюзивного супроводу дітей.

Перспективи подальших досліджень вбачаються у розробці та апробації розвитково-орієнтованих психологічних моделей спостереження й оцінки поведінкових та емоційних проявів у дітей в умовах інклюзивно-ресурсних центрів, із урахуванням спектрального континууму норма–ризик без встановлення клінічних діагнозів. Важливим напрямом є також просвітницька та методична робота з фахівцями й батьками, спрямована на формування розвитку чутливого розуміння психічних труднощів дитини, раннього виявлення патернів ризику та своєчасного скерування до міждисциплінарної допомоги.

Література:

1. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.). Arlington, VA : American Psychiatric Publishing, 2013.
2. Bista S., Tait R.J., Straker L.M., Lin A., Steinbeck K., Graham P.L., Skinner S.R. Joint developmental trajectories of internalizing and externalizing problems from midchildhood to late adolescence and childhood risk factors: Findings from a prospective prebirth cohort. *Development and Psychopathology*. 2025. Vol. 37. P. 176–191. DOI: 10.1017/S0954579423001505.
3. Давидова О.В., Москалик Г.Ф. Особливості діяльності інклюзивно-ресурсних центрів: специфіка в умовах війни. *Вісник післядипломної освіти. НАПН України, Ун-т менедж. освіти*. 2024. Вип. 28(57). С. 65–81. URL: http://umo.edu.ua/images/content/nashi_vydanya/visnyk_PO/28_57_2024/UPB/Bulletin_28_57_sciences_Social_and_behav_Manag_Admin_Davydova_Moskalyk.pdf.

4. First M.B., Gaebel W., Maj M., Stein D.J., Kogan C.S., Saunders J.B., Poznyak V.B., Gureje O., Lewis-Fernández R., Maercker A., Brewin C.R., Cloitre M., Claudino A., Pike K.M., Baird G., Skuse D., Krueger R.B., Briken P., Burke J.D., Lochman J.E., Evans S.C., Woods D.W., Reed G.M. An organization and category-level comparison of diagnostic requirements for mental disorders in ICD11 and DSM5. *World Psychiatry*. 2021. 20(1), 34–51. DOI: 10.1002/wps.20825.
5. Harris J.L., Swanson B., Petersen I.T. A developmentally informed systematic review and metaanalysis of the strength of general psychopathology in childhood and adolescence. *Clinical Child and Family Psychology Review*. 2024. Vol. 27, No. 1. P. 130–164. DOI: 10.1007/s10567-023-00464-1.
6. Jarvers I., Kandsperger S., Ecker A., Brandstetter S., Kabesch M., Köninger A., Melter M., Kerzel S., Kittel J., Apfelbacher C., Brunner R. Longitudinal predictors for internalizing and externalizing symptomatology at age 4: KUNO Kids cohort study. *Frontiers in Psychiatry*. 2024. Vol. 15. Article 1449108. DOI: 10.3389/fpsy.2024.1449108.
7. Міністерство освіти і науки України. Лист № 1/578-22 від 14.01.2022 «Щодо організації діяльності інклюзивно-ресурсних центрів у супроводі дітей з особливими освітніми потребами». Київ : МОН України, 2022.
8. Міністерство охорони здоров'я України. Міжнародна класифікація хвороб 11-го перегляду (МКХ-11): офіційні матеріали щодо перекладу та впровадження в Україні. URL: <https://uaips.org>.
9. Sroufe L.A. The concept of development in developmental psychopathology. *Child Development Perspectives*. 2009. Vol. 3, No. 3. P. 178–183. DOI: 10.1111/j.1750-8606.2009.00103.x.
10. Wakschlag L.S. Modeling the normal–abnormal spectrum of early childhood internalizing behaviors: A clinical-developmental approach for the *Multidimensional Assessment Profiles Internalizing Dimensions*. Digital Commons@Becker, Washington University School of Medicine, 2023. URL: https://digitalcommons.becker.wustl.edu/oa_pubs.
11. Williams L., Oro V., Blackwell C.K., Liu C., Miller E.B., Ganiban J., Neiderhiser J.M., DeGarmo D.S., Shaw D.S., Chen T., Natsuaki M.N., Leve L.D. Early parental hostility and socio-economic stress predict trajectories of child internalizing symptoms from childhood to adolescence. *Frontiers in Psychiatry*. 2024. Vol. 15:1325506. DOI: 10.3389/fpsy.2024.1325506.
12. World Health Organization. International classification of diseases for mortality and morbidity statistics (11th revision). Geneva : WHO, 2018. URL: <https://icd.who.int> (дата звернення: 07.01.2026).

References:

1. American Psychiatric Association. (2013). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.). American Psychiatric Publishing.
2. Bista, S., Tait, R.J., Straker, L.M., Lin, A., Steinbeck, K., Graham, P. L., & Skinner, S.R. (2025). Joint developmental trajectories of internalizing and externalizing problems from mid childhood to late adolescence and childhood risk factors: Findings from a prospective pre-birth cohort. *Development and Psychopathology*, 37, 176–191. <https://doi.org/10.1017/S0954579423001505>.
3. Davydova, O.V., & Moskalyk, H.F. (2024). Osoblyvosti diialnosti inkluzyvno-resursnykh tsentriv: spetsyfika v umovakh viiny [Specific features of inclusive resource centers' activities: Peculiarities under wartime conditions]. *Visnyk pislidyplomnoi osvity – Bulletin of Postgraduate Education*, 28(57), 65–81. Retrieved from: http://umo.edu.ua/images/content/nashi_vydanya/visnyk_PO/28_57_2024/UPB/Bulletin_28_57_sciences_Social_and_behav_Manag_Admin_Davydova_Moskalyk.pdf [in Ukrainian].
4. First, M.B., Gaebel, W., Maj, M., Stein, D.J., Kogan, C.S., Saunders, J.B., Poznyak, V.B., Gureje, O., Lewis-Fernández, R., Maercker, A., Brewin, C.R., Cloitre, M., Claudino, A., Pike, K.M., Baird, G., Skuse, D., Krueger, R.B., Briken, P., Burke, J.D., Lochman, J.E., Evans, S.C., Woods, D.W., & Reed, G.M. (2021). An organization- and category-level comparison of diagnostic requirements for mental disorders in ICD-11 and DSM-5. *World Psychiatry*, 20(1), 34–51. <https://doi.org/10.1002/wps.20825>.
5. Harris, J.L., Swanson, B., & Petersen, I.T. (2024). A developmentally informed systematic review and meta-analysis of the strength of general psychopathology in childhood and adolescence. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 27(1), 130–164. <https://doi.org/10.1007/s10567-023-00464-1>.
6. Jarvers, I., Kandsperger, S., Ecker, A., Brandstetter, S., Kabesch, M., Köninger, A., Melter, M., Kerzel, S., Kittel, J., Apfelbacher, C., & Brunner, R. (2024). Longitudinal predictors for internalizing and externalizing symptomatology at age 4: KUNO Kids cohort study. *Frontiers in Psychiatry*, 15, Article 1449108. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2024.1449108>.
7. Ministry of Education and Science of Ukraine. (2022). Lyst № 1/578-22 vid 14.01.2022 shchodo orhanizatsii diialnosti inkluzyvno-resursnykh tsentriv u suprovodi ditei z osoblyvymy osvitnimy potrebamy [Letter No. 1/578-22 dated 14 January 2022 on the organization of inclusive resource centers' activities in supporting children with special educational needs]. Kyiv. [in Ukrainian].
8. Ministry of Health of Ukraine. (n.d.). Mizhnarodna klasyfikatsiia khvorob 11-ho perehliadu (MKKh-11): ofitsiini materialy shchodo perekladu ta vprovadzhennia v Ukraini [International classification of diseases (11th revision): Official materials on translation and implementation in Ukraine]. Retrieved from: <https://uaips.org> [in Ukrainian].
9. Sroufe, L.A. (2009). The concept of development in developmental psychopathology. *Child Development Perspectives*, 3(3), 178–183. <https://doi.org/10.1111/j.1750-8606.2009.00103.x>.
10. Wakschlag, L.S. (2023). Modeling the normal–abnormal spectrum of early childhood internalizing behaviors: A clinical-developmental approach for the Multidimensional Assessment Profiles Internalizing Dimensions. Washington University School of Medicine. Retrieved from: https://digitalcommons.becker.wustl.edu/oa_pubs.
11. Williams, L., Oro, V., Blackwell, C.K., Liu, C., Miller, E.B., Ganiban, J., Neiderhiser, J.M., DeGarmo, D.S., Shaw, D.S., Chen, T., Natsuaki, M.N., & Leve, L.D. (2024). Early parental hostility and socio-economic stress predict trajectories of child internalizing symptoms from childhood to adolescence. *Frontiers in Psychiatry*, 15, Article 1325506. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2024.1325506>.
12. World Health Organization. (2018). International classification of diseases for mortality and morbidity statistics (11th rev.). WHO. Retrieved from: <https://icd.who.int>.

Дата першого надходження статті до видання: 09.12.2025

Дата прийняття статті до друку після рецензування: 25.12.2025

Дата публікації (оприлюднення) статті: 12.03.2026