

Когда можно использовать EQUIP? Чтобы усовершенствовать платформу и ее материалы, EQUIP разрабатывается ориентированной на человека для повышения удобства использования и взаимодействия, и апробируется во многих странах. После апробации материалы будут доступны на английском, арабском и испанском языках.

В конечном счете EQUIP призван стать ресурсом, который подвергнется итеративному преобразованию на основе обратной связи с мировым сообществом практикующих специалистов. Удовлетворение потребностей и нужд сферы психического здоровья и психосоциальной поддержки требует радикального роста мировой рабочей силы для обеспечения безопасного и эффективного оказания психосоциальной поддержки и основанных на фактических данных психологических вмешательств. Платформа EQUIP сделает ресурсы обучения и оценки на основе компетенций широкодоступными и адаптируемыми к условиям и потребностям местных организаций и специалистов-практиков.

Благодарность

Финансирование WHO EQUIP обеспечивается USAID. Только авторы несут ответственность за взгляды, выраженные в данном материале, и они не обязательно отражают взгляды, решения или политику учреждений, с которыми они связаны.

Brandon A. Kohrt¹, Alison Schafer², Ann Willhoite³, Edith van't Hof², Gloria A. Pedersen¹, Sarah Watts², Katherine Ottman¹, Kenneth Carswell², Mark van Ommeren²

¹Department of Psychiatry, George Washington University, Washington, DC, USA;

²Department of Mental Health and Substance Use, World Health Organization, Geneva, Switzerland;

³Bureau of Democracy, Conflict and Humanitarian Assistance, United States Agency for International Development (USAID), Washington, DC, USA

Перевод: Мамедова Г.Ш. (Москва)

Редактура: к.м.н. Резников М.К. (Воронеж)

Библиография

1. Thornicroft G, Chatterji S, Evans-Lacko S et al. Br J Psychiatry 2017;210:119-24.
2. World Health Organization. Mental health atlas 2017. Geneva: World Health Organization, 2018.
3. Fairburn CG, Patel V. Am J Psychiatry 2014;171:495-8.
4. Singla DR, Raviola G, Patel V. World Psychiatry 2018;17:226-7.
5. McCullough M, Campbell A, Siu A et al. World J Surg 2018;42:646-51.
6. Ameh CA, Kerr R, Madaj B et al. PLoS One 2016;11:e0167270.
7. Wampold BE. World Psychiatry 2015;14:270-7.
8. Kohrt BA, Jordans MJD, Rai S et al. Behav Res Ther 2015;69:11-21.
9. Kohrt BA, Mutamba BB, Luitel NP et al. Int Rev Psychiatry 2018;30:182-98.

DOI:10.1002/wps.20704

Определение патологической социальной отгороженности: предложенные диагностические критерии для хикикомори

Takahiro A. Kato, Shigenobu Kanba, Alan R. Teo. Defining pathological social withdrawal: proposed diagnostic criteria for hikikomori. World Psychiatry 2020;19(1):116-17.

В конце 1990-х годов тяжелая и длительная форма социального отчуждения, наблюдаемая чаще среди подростков и молодых людей на этапе перехода во взрослую жизнь, плотно вошла в коллективное национальное сознание в Японии. Данное явление, названное «хикикомори», в последние годы перестало быть проблемой только Японии и теперь рассматривается как, вероятно, носящее глобальные последствия для здоровья населения¹. Этот сдвиг был обусловлен увеличением количества сообщений о случаях хикикомори в эпидемиологических исследованиях, сериях клинических случаев и средствах массовой информации во всем мире².

По мере того, как внимание к хикикомори растет в разных культурах и странах, возрастает потребность в установлении четкого определения и критериев диагностики расстройства. Около десяти лет назад были разработаны предварительные диагностические критерии³ и полуструктурированное диагностическое интервью⁴. За последнее десятилетие мы и другие исследователи этой новой области приобрели большой опыт оценки, лечения и наблюдения за группой лиц с хикикомори, а также членами их семей в Японии и за ее пределами. Это привело к эволюции нашего биопсихосоциального понимания расстройства^{4,5} и острой необходимости ограничить его более ранние определения. Мы считаем, что настало время предоставить обновленное предложение для диагностических критериев хикикомори, приведенное ниже.

Хикикомори – это форма патологической социальной отчужденности или социальной изоляции, неотъемлемой чер-

той которой является физическая изоляция в доме. Человек должен соответствовать следующим критериям: а) заметная социальная изоляция в доме; б) продолжительность непрерывной социальной изоляции не менее 6 месяцев; в) значительные функциональные нарушения или расстройства, связанные с социальной изоляцией.

Лица, которые иногда покидают свой дом (2–3 дня/неделю), редко покидают свой дом (1 день/неделю или менее) или редко покидают одну комнату, могут соответствовать легкой, умеренной или тяжелой степени тяжести расстройства. Лица, которые часто покидают свой дом (4 или более дней в неделю), по определению, не соответствуют критериям хикикомори. Также предполагается значительная продолжительность социальной отгороженности. Лица с продолжительностью социальной изоляции не менее 3 (но не 6) месяцев должны быть классифицированы как пре-хикикомори. Возраст манифестации обычно приходится на подростковый период или период раннего взросления. Однако манифестация после третьего десятилетия жизни также не редкость, при этом домохозяйства и пожилые люди, соответствующие вышеупомянутым критериям, могут также получить диагноз.

Следует сконцентрировать особое внимание на четырех аспектах пересмотренного определения хикикомори. Во-первых, пребывание дома в одиночестве – физический аспект ухода и социальной изоляции – остается центральной и определяющей чертой хикикомори. Тем не менее, это определение уточняет, какую частоту выхода из дома по-прежнему можно квалифицировать как «заметная со-

циальная изоляция в своем доме». Во-вторых, был убран критерий избегания социальных ситуаций и отношений. Люди с хикикомори⁵ в интервью обычно сообщают о том, что у них мало значимых социальных отношений и мало социальных взаимодействий, но при этом они отрицают избегание социального взаимодействия. Многие врачи часто задаются вопросом о том, что отличает хикикомори от социального тревожного расстройства, и именно это отсутствие избегания является одним из основных отличий.

В-третьих, следует тщательно оценивать дистресс или функциональные нарушения. В то время как нарушение функционирования индивидуума жизненно важно для хикикомори, являясь патологическим состоянием, субъективный дистресс может отсутствовать. Подробные клинические интервью с людьми с хикикомори⁴ показали, что многие из них чувствуют удовлетворение от социальной отчужденности, особенно на ранней стадии заболевания. Пациенты часто описывают чувство облегчения, когда им удается сбежать от болезненных реалий жизни за пределами своего дома. Но по мере того, как продолжительность социальной изоляции увеличивается, большинство людей с хикикомори начинают испытывать стресс, как, например, чувство одиночества⁴.

В-четвертых, мы убрали другие психические расстройства как критерий исключения для постановки хикикомори. Очевидно, что это расстройство имеет тенденцию сочетаться с другими заболеваниями^{6,7}. На наш взгляд, частота сочетающихся заболеваний повышает важность решения проблемы социальной изоляции как проблемы здравоохранения. Вполне возможно, что хикикомори (патологическая социальная изоляция) сопутствует различным психиатрическим расстройствам в качестве дополнительного психопатологического фактора, подобно тому, как кататония и панические атаки в настоящее время указываются в качестве спецификаторов для ряда психических расстройств.

С достижениями в области цифровых и коммуникационных технологий, которые предоставляют альтернативы личному социальному взаимодействию, хикикомори может стать все более актуальной проблемой. Мы надеемся, что эти упрощенные диагностические критерии могут помочь стандартизировать оценку и способствовать межкультурному сравнению хикикомори.

Благодарности

Эта работа была частично поддержана грантами Министерства образования, культуры, спорта, науки и техники Японии (the Ministry of Education, Culture, Sports, Science and Technology, Japan) (JP16H06403); Японского агентства медицинских исследований и разработок (the Japan Agency for Medical Research and Development) (JP17dk0307047, JP18dk0307075, JP18dm0107095); Японское общество содействия развитию науки (the Japan Society for the Promotion of Science) (JP26713039, JP15K15431, JP16H03741, JP18H04042, JP16H02666); SENSHIN Медицинский исследовательский фонд; и двусторонний совместный исследовательский проект JSPS между США и Японией. A.R. Teo поддерживается Премией в области развития карьеры (CDA 14-428) от Научно-исследовательской службы здравоохранения Управления здравоохранения для ветеранов США (the US Veterans Health Administration Health Service Research and Development, HSR & D) и Центра HSR & D по улучшению участия ветеранов в уходе (the HSR&D Center to Improve Veteran Involvement in Care). Мнения, выраженные в этом письме, принадлежат авторам и не обязательно отражают позицию или политику Департамента по делам ветеранов США или правительства США. Авторы хотели бы поблагодарить F. Li за полезные комментарии к более ранней версии этого текста.

Takahiro A. Kato¹, Shigenobu Kanba¹, Alan R. Teo^{2,4}

¹Department of Neuropsychiatry, Graduate School of Medical Sciences, Kyushu University, Fukuoka, Japan;

²VA Portland Health Care System, HSR&D Center to Improve Veteran Involvement in Care, Portland, OR, USA;

³Department of Psychiatry, Oregon Health & Science University, Portland, OR, USA;

⁴School of Public Health, Oregon Health & Science University and Portland State University, Portland, OR, USA

Перевод: Мамедова Г.Ш. (Москва)

Редактура: к.м.н. Резников М.К. (Воронеж)

Библиография

1. Kato TA, Kanba S, Teo AR. World Psychiatry 2018;17:105-6.
2. Wu AFW, Ooi J, Wong PWC et al. Lancet Psychiatry 2019;6:195-6.
3. Teo AR, Gaw AC. J Nerv Ment Dis 2010;198:444-9.
4. Teo AR, Fetters MD, Stuffelbam K et al. Int J Soc Psychiatry 2015;61:64-72.
5. Hayakawa K, Kato TA, Watabe M et al. Sci Rep 2018;8:2884.
6. Teo AR, Stuffelbam K, Saha S et al. Psychiatry Res 2015;228:182-3.
7. Malagon-Amor A, Martin-Lopez LM, Corcoles D et al. Psychiatry Res 2018;270:1039-46.

DOI:10.1002/wps.20705

Пересмотренное консенсуальное немецкое руководство по шизофрении, основанное на доказательной базе

Wolfgang Gaebel, Peter Falkai, Alkomiet Hasan .The revised German evidence- and consensus-based schizophrenia guideline. World Psychiatry 2020;19(1):117-19.

Немецкая ассоциация психиатрии, психотерапии и психосоматики (The German Association for Psychiatry, Psychotherapy and Psychosomatics, DGPPN) опубликовала пересмотренное национальное руководство по шизофрении¹.

Это руководство основано на консенсусной и доказательной базе в соответствии с методологическими критериями для клинических руководств, отвечающими наивысшему стандарту качества (S3) Постоянной комиссии руководств Немецкой ассоциации научных медицинских сообществ (the Standing Guideline Commission of the German Associa-

tion of Scientific Medical Societies, AWMF)². Стандарт S3 основан на научных данных: систематическом поиске и оценке литературы, оценке и адаптации доступных международных руководств высокого качества, а также научно обоснованный формальный консенсус посредством номинальных групповых процессов, конференций по структурированному консенсусу и возможного дополнительного использования метода Delphi².

Для пересмотра руководство было разбито на тематические модули, обновляемые членами Руководящей, Эксперт-