

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, Stufflebam 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, Stufflebam 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 Association

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-

ной и Консенсусной групп Ассоциации. Тридцать восемь заинтересованных сторон, в том числе представители медицинских обществ и других ассоциаций из всех областей, занимающихся диагностикой, лечением и уходом за пациентами с шизофренией, групп защиты интересов пациентов и родственников, а также более 20 экспертов разных сопряженных дисциплин – были вовлечены в процесс.

Были созданы стандартизированные процедуры для решения всех потенциальных финансовых и нефинансовых конфликтов интересов. Руководство прошло несколько внутренних и внешних этапов пересмотра, включая этап консультации с общественностью. Руководство финансировалось DGPPN без какой-либо общественной, министерской или отраслевой поддержки. Руководящая группа подготовила в общей сложности 162 рекомендации и 8 заявлений. Документ находится в свободном доступе на веб-странице AWMF (www.awmf.org) в развернутой (на немецком языке) и краткой (на немецком и английском) версии.

Руководство состоит из семи модулей, охватывающих все области диагностики, ухода и лечения шизофрении. Модуль 1 описывает общие принципы лечения шизофрении, в то время как модуль 2 посвящен дифференциальной диагностике (включая редкие заболевания, такие как аутоиммунный психоз) и выявлению сопутствующих соматических заболеваний, которые потенциально увеличивают смертность. Модуль 3 описывает общие аспекты лечения, фокусируясь на разработке конкретных планов лечения, и подчеркивает необходимость совместного принятия решений.

Модуль 4 включает доступные лечебные вмешательства при шизофрении. Подмодуль 4a охватывает все аспекты фармакологического и биологического лечения с особым акцентом на предотвращение и лечение побочных эффектов. Подмодуль 4b фокусируется на психотерапевтических и психосоциальных вмешательствах и семейном уходе. Подмодуль 4c дает рекомендации по лечению в особых клинических условиях: при сопутствующих психических заболеваниях (например, депрессии, посттравматическом стрессовом расстройстве или обсессивно-компульсивном расстройстве), ажитации и агрессии, расстройствах, связанных с употреблением психоактивных веществ (табак, алкоголь и каннабис), кататонии; детский и юный возраст, пожилой возраст; беременность и грудное вскармливание; а также рекомендации для лиц, подверженных риску развития психоза. Подмодуль 4d охватывает вопросы медицинской, социальной и профессиональной реабилитации.

Модуль 5 посвящен координации медицинской помощи и дает рекомендации для комплексного сотрудничества всех поставщиков услуг. Что наиболее важно, подготовлены рекомендации по необходимости укомплектованию психиатрической больницы для гарантии оптимального лечения. Модуль 6 оценивает экономическую эффективность лечения, а модуль 7 охватывает контроль и управление качеством лечения и ухода.

Немецкое руководство дает рекомендации различной силы (A: мы рекомендуем; B: мы предлагаем; O: это может быть рассмотрено; KKP: хорошая клиническая практика/рекомендации экспертов), основанные на терминологии модифицированной градации оценки, разработки и определения качества рекомендаций (modified Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation, GRADE)³.

Примерами особенно важных рекомендаций являются следующие: а) предлагать регулярный мониторинг физического здоровья всем лицам с шизофренией; б) оценивать и классифицировать симптомы, типичные для сопутствующих заболеваний у каждого пациента с шизофренией; в) предложить магнитно-резонансную томографию каждому человеку с первым эпизодом шизофрении; д) предложить

краткосрочное и поддерживающее лечение антипсихотическими препаратами с использованием минимально возможной дозы для каждого человека с шизофренией; е) выбрать антипсихотическое лекарственное средство на основе профиля побочных эффектов; ф) определить продолжительность поддерживающего лечения на индивидуальной основе, предлагая возможность раннего прекращения лечения (например, для уменьшения бремени побочных эффектов), но также и длительного лечения на каждой стадии заболевания (для уменьшения вероятности рецидива); г) предлагать монотерапию клозапином, как только будет выявлено соответствие критериям устойчивости к лечению, и комбинированное лечение антипсихотическими препаратами, только если адекватный ответ не достигается при монотерапии тремя различными антипсихотическими препаратами, включая клозапин; h) предложить электросудорожное лечение при кататонии; i) предлагать психосоциальные вмешательства, физические упражнения и/или метформин (или топирамат) при увеличении веса; j) предложить когнитивно-поведенческую терапию (CBT), психообразование и семейные вмешательства каждому человеку с шизофренией; k) разработать кризисные планы и усиленную терапию, чтобы избежать принудительных госпитализаций; l) предлагать в первую очередь CBT, а не антипсихотические препараты лицам, подверженным риску развития психоза, и m) ждать две недели перед заменой антипсихотических препаратов в случае депрессивных симптомов, но также предлагать дополнительный антидепрессант в случае выраженного депрессивного синдрома. Эти примеры подчеркивают объем содержания руководства, но они не должны быть использованы в клинической практике без ознкомления с оригинальным текстом.

По сравнению с руководствами Национального института здравоохранения и совершенства медицинской помощи Великобритании (the UK National Institute for Health and Care Excellence, NICE)⁴, немецкое руководство уделяет больше внимания конкретным сложным клиническим ситуациям и привлекает более широкий круг заинтересованных сторон, что повышает его репрезентативность и признание.

Мы планируем предоставить имеющиеся в настоящее время рекомендации по шизофрении, в том числе и наши, систематической проверке качества с использованием инструмента «Оценка руководств для исследований и определения качества» (the Appraisal of Guidelines for Research and Evaluation, AGREE), как это было сделано в предыдущих версиях руководств⁵.

В будущем мы полагаем, что WPA и другие международные ассоциации, и заинтересованные стороны должны разработать международное высококачественное «основное руководство», основанное на наилучших имеющихся фактических данных и «нейтральном» международном консенсусе. Затем это руководство должно быть адаптировано к особым потребностям национальных систем здравоохранения национальными психиатрическими и другими смежными ассоциациями. Это могло бы улучшить глобальное обслуживание пациентов с шизофренией, гармонизировать лечение в разных странах и снизить нормативные затраты на развитие в каждой стране.

Wolfgang Gaebel¹, Peter Falkai², Alkomiet Hasan²

¹Department of Psychiatry and Psychotherapy, LVR-Klinikum Düsseldorf, Heinrich-Heine-University Düsseldorf, Medical Faculty, Düsseldorf, Germany;

²Department of Psychiatry and Psychotherapy, University Hospital Munich, Munich, Germany

Перевод: Мамедова Г.Ш. (Москва)

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

Библиография

1. German Society for Psychiatry, Psychotherapy and Psychosomatics. S3-Leitlinie Schizophrenie. www.awmf.org.
2. German Association of the Scientific Medical Societies. Guidance manual and rules for guideline development. www.awmf.org.
3. Andrews J, Guyatt G, Oxman AD et al. J Clin Epidemiol 2013;66:719-25.
4. National Institute for Health and Care Excellence. Psychosis and schizophrenia in adults: prevention and management. London: National Institute for Health and Care Excellence, 2014.
5. Gaebel W, Riesbeck M, Wobrock T. Int Rev Psychiatry 2011;23: 379-87.

DOI:10.1002/wps.20706

Шизофрения как манипулятивное паразитарное проявление: можем ли мы собрать воедино кусочки эволюционной головоломки?

Martin Brüne. Schizophrenia as parasitic behavior manipulation: can we put together the pieces of an evolutionary puzzle?. World Psychiatry 2020;19(1):119-20.

Вызывает беспокойство тот факт, что диагноз шизофрении все еще связан с плохим прогнозом в отношении качества жизни и функционирования в обществе, и что ожидаемая продолжительность жизни людей с этим диагнозом снижается примерно на 14,5 лет по сравнению с населением в целом¹. За последние десятилетия ситуация изменилась незначительно, несмотря на интенсивные исследования в области разработки лекарств и психотерапии. Это требует свежих идей, касающихся этиологии расстройства для разработки новых подходов к лечению.

И хотя не вызывает сомнения, что шизофрения наследуется, десятилетия исследований не дали окончательный ответ относительно ее генетики. Одним из немногих воспроизводимых результатов является то, что гены, относящиеся к иммунологической компетентности, играют важную роль, особенно вовлеченные в главный комплекс гистосовместимости². Также неясно, почему предрасполагающие гены остаются в генофонде, несмотря на их пагубное влияние на размножение, что делает шизофрению «эволюционной загадкой»³.

Накопленные данные свидетельствуют о том, что некоторые случаи шизофрении связаны с латентной инфекцией *Toxoplasma gondii*, протозойного агента, который, как известно, поражает теплокровных животных⁴. По сути, люди с антителами к *T. gondii* имеют в 2,7 раза повышенный риск развития шизофрении по сравнению с непораженными субъектами, и риск развития шизофрении, связанной с инфекцией, намного превышает риск, передаваемый каким-либо одним геном, предположительно вовлеченным в этиологию заболевания⁴. В свете цифр, свидетельствующих о том, что около двух миллиардов человек во всем мире инфицированы *T. gondii*, и наблюдений за тем, что риск заражения этим агентом зависит от генетической структуры главного комплекса гистосовместимости², существует явная необходимость изучения этих ассоциаций более подробно.

Репродуктивный цикл *T. gondii* сложен, и кошки являются основным хозяином для полового размножения. Фекалии кошек содержат ооцисты, которые могут инфицировать промежуточных хозяев оральным путем. Там произведенные бесполом путем бразидиозиты перемещаются в мозг, сердце и другие органы, где создают кисты и остаются там до конца жизни хозяина. Репродуктивный цикл *T. gondii* замыкается, когда кошки питаются инфицированными животными.

T. gondii обладает потенциалом активно влиять на поведение промежуточного хозяина для его собственной репродуктивной выгоды. Например, грызуны, зараженные *T. gondii*, проявляют пониженную бдительность для хищников.

Поразительно, что зараженные крысы теряют свое врожденное качество избегания запаха мочи кошки. Вместо этого они, кажется, в «самоубийственной» манере, наоборот, приближаются к местам с выраженным запахом кошки (мочи), таким образом повышая риск быть съеденным.

Экспериментальные данные исследований на грызунах показывают, что паразит управляет допаминовой системой хозяина и воздействует на глутаматергические нервные пути, что полностью согласуется с преобладающими моделями нейротрансмиттеров шизофрении.

Но как быть с поведенческими проявлениями инфекции *T. gondii* у людей-хозяев? Может ли шизофрения рассматриваться как возможное фенотипическое выражение манипуляции паразитом? Фактически большинство исследователей считают, что человеческая инфекция является «случайностью» воздействия *T. gondii*⁴. Однако с эволюционной точки зрения можно утверждать, что генетически уязвимые ранние люди (и их предки) были потенциальной целью для того, чтобы стать промежуточным хозяином, как грызуны в настоящее время. Манипулирующее действие *T. gondii* на людей могло быть направлено на их исключение из социального сообщества, поскольку у стадных видов, таких как *Homo sapiens*, особи больше подвержены хищничеству, будучи изолированными от социальной группы⁶.

Следуя этой линии рассуждений, многие «основные» симптомы, связанные с шизофренией, подтверждают идею о том, что расстройство может быть фенотипическим коррелятом воздействия *T. gondii*, в конечном итоге способствующей социальной изоляции. Например, социальные когнитивные нарушения заставляют пациентов полагать, что у других есть злые намерения, уступая место параноидальным идеям, вызывающим социальную отчужденность или агрессию против предполагаемого противника, что в конечном итоге способствует маргинализации личности. Негативные симптомы, такие как аффективная сглаженность, апатия или абулия, приводят к отторжению от окружающих, и многие пациенты не воспринимают социальное взаимодействие как вознаграждение⁷. Вместе с тем предположить, что типичные признаки и симптомы, связанные с шизофренией, могли служить в прошлом биологическим интересам паразита, то есть способствовать хищничеству хозяина, заставляя человека покинуть социальное сообщество или быть исключенным из него.

Современные терапевтические подходы к шизофрении в основном зависят от антидопаминергического действия антипсихотических препаратов. Интересно, что некоторые антипсихотические средства обладают антипаразитарными свойствами из-за химического сходства с природными рас-