

ДЕПЕРСОНАЛИЗАЦИОННО-ДЕРЕАЛИЗАЦИОННЫЙ СИМПТОМОКОМПЛЕКС В КЛИНИКЕ МАНИФЕСТНЫХ ФОРМ ШИЗОФРЕНИИ

Лобков С.А.

ФГБОУ ВО «Иркутский государственный
медицинский университет»
Минздрава России (664003, г. Иркутск,
ул. Красного Восстания, 1, Россия)

Автор, ответственный за переписку:
Лобков Сергей Александрович,
e-mail: litetcover@gmail.com

РЕЗЮМЕ

Актуальность. Вопросы ранней диагностики и превенции шизофрении, несмотря на более чем вековую историю изучения вопроса, сохраняют свою актуальность. В контексте верификации инициальных проявлений заболевания в последние десятилетия отмечается рост интереса к изучению деперсонализационно-дереализационного симптомокомплекса. Между тем, в МКБ-10 симптомы деперсонализации и дереализации не включены в ранг диагностически важных при данной патологии и традиционно рассматриваются как проявления нарушений шизотипического уровня. Имеющиеся противоречия предполагают необходимость дальнейшего изучения деперсонализации и дереализации в клинике манифестных форм шизофрении.

Цель исследования. Оценка распространённости и клинических проявлений деперсонализации-дереализации в течение приступообразных форм шизофрении.

Материалы и методы. В исследование включены 40 пациентов с симптомами деперсонализации-дереализации в клинической картине манифестных форм шизофрении. Типологические группы были представлены параноидной шизофренией с приступообразным либо непрерывным течением (18 человек), а также шизоаффективным расстройством (22 человека). Методы исследования: клиничко-катамнестический, клиничко-анамнестический, клиничко-психопатологический методы; дополнительно использовалась Кембриджская шкала деперсонализации.

Результаты. Проявления деперсонализации-дереализации на доманифестном этапе заболевания отмечались у 82,5 % исследуемого контингента. В большинстве случаев выявлялась лёгкая и средняя степень выраженности – у 37,5 и 42,5 % соответственно, тяжёлая степень обнаруживалась лишь у 20 % пациентов. В 17,5 % случаев проявления деперсонализации и дереализации носили периодический характер, а у большинства (65 % пациентов) – персистирующий. Почти у 1/3 больных деперсонализация была тотальной, у 22,5 % наблюдалась лишь аутопсихическая и аллопсихическая деперсонализация, и в 17,5 % случаев изолированно наблюдалась соматопсихическая деперсонализация. Обнаружена ассоциация степени выраженности деперсонализации-дереализации с параноидным синдромом. В течение заболевания, по мере нарастания негативных расстройств, проявления деперсонализации-дереализации редуцируются.

Заключение. Полученные данные демонстрируют необходимость дальнейшего изучения деперсонализационного симптомокомплекса в клинике манифестных форм шизофрении в аспекте прогноза клинического течения заболевания.

Ключевые слова: расстройства самосознания, деперсонализация, дереализация, шизофрения, доманифестный этап

Статья поступила: 31.03.2024
Статья принята: 25.07.2024
Статья опубликована: 25.09.2024

Для цитирования: Лобков С.А. Деперсонализационно-дереализационный симптомокомплекс в клинике манифестных форм шизофрении. *Acta biomedica scientifica*. 2024; 9(4): 146-152. doi: 10.29413/ABS.2024-9.4.16

DEPERSONALIZATION-DEREALIZATION SYMPTOM COMPLEX IN THE CLINIC OF MANIFEST FORMS OF SCHIZOPHRENIA

Lobkov S.A.

Irkutsk State Medical University
(Krasnogo Vosstaniya str. 1, Irkutsk 664003,
Russian Federation)

Corresponding author:
Sergey A. Lobkov,
e-mail: litetcover@gmail.com

ABSTRACT

Background. The issues of early diagnostics and prevention of schizophrenia, despite more than a century of their study, remain relevant. In recent decades, there has been an increase in interest in the study of depersonalization-derealization symptom complex in the context of verification of the initial manifestations of the disease. Meanwhile, ICD-10 does not include symptoms of depersonalization and derealization in the rank of diagnostically important symptoms for this pathology, and they are traditionally considered as manifestations of schizotypal disorders. The existing contradictions suggest the need for further study of depersonalization and derealization in the clinic of manifest forms of schizophrenia.

The aim of the study. To assess the prevalence and clinical manifestations of depersonalization-derealization in paroxysmal forms of schizophrenia.

Materials and methods. The study included 40 patients with depersonalization-derealization symptoms in the clinical picture of manifest forms of schizophrenia. Typological groups were represented by paranoid schizophrenia with an attack-like or continuous course (18 people) and schizoaffective disorder (22 people). We used such research methods as clinical follow-up, clinical and anamnestic, clinical and psychopathological, and also the Cambridge Depersonalization Scale.

Results. Manifestations of depersonalization-derealization at the pre-manifest stage of the disease were observed in 82.5 % of the study cohort. In most cases, mild and moderate severity was detected – in 37.5 and 42.5 %, respectively; severe form was found only in 20 % of patients. In 17.5 % of cases, manifestations of depersonalization and derealization were periodic, and in the majority (65 %) of patients they were persistent. Almost 1/3 of patients had total depersonalization, 22.5 % had only autopsychic and allopsychic depersonalization, and 17.5 % of cases had isolated somatopsychic depersonalization. An association was found between the severity of depersonalization-derealization and paranoid syndrome. During the disease, as negative disorders increase, the manifestations of depersonalization-derealization are reduced.

Conclusion. The obtained data demonstrate the need for further studying depersonalization symptom complex in the clinic of manifest forms of schizophrenia in the aspect of prognosis of the clinical course of the disease.

Key words: self-disorders, depersonalization, derealization, schizophrenia, pre-manifest stage

Received: 31.03.2024
Accepted: 25.07.2024
Published: 25.09.2024

For citation: Lobkov S.A. Depersonalization-derealization symptom complex in the clinic of manifest forms of schizophrenia. *Acta biomedica scientifica*. 2024; 9(4): 146-152. doi: 10.29413/ABS.2024-9.4.16

ОБОСНОВАНИЕ

Первые описания проявлений деперсонализации и дереализации (ДП-ДР) встречаются на рубеже XIX–XX веков [1]. В настоящее время клиническая феноменология ДП-ДР широко представлена в клинике различных психических расстройств и рассматривается в рамках транснозологических нарушений [2]. Среди пациентов психиатрического стационара распространённость симптомов ДП-ДР может достигать от 17,5 до 41,9 % [3]. В современных классификациях DSM-V (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th edition) и Международной классификации болезней 10-го пересмотра (МКБ-10) деперсонализационно-дереализационное расстройство выделяется как самостоятельная категория, относящаяся к диссоциативным расстройствам самосознания, а его представленность в популяции составляет 1–2 % [4]. При этом имеются существенные расхождения во взглядах различных исследователей относительно вопросов семантики, феноменологии, систематики форм и механизмов развития данных расстройств [5, 6]. Следует отметить, что в последние десятилетия отмечается рост интереса к изучению деперсонализационно-дереализационного симптомокомплекса при шизофрении в аспекте расстройств самосознания [7, 8]. Современная классификация МКБ-10 не включает симптомы ДП-ДР в ранг диагностически значимых при манифестных формах психозов шизофренического спектра; они рассматриваются лишь в качестве факультативных признаков шизотипического расстройства [9]. Между тем ряд зарубежных исследователей выделяют расстройства самосознания как существенные в контексте ранней диагностики шизофрении [10, 11]; таким образом, сложившиеся противоречия и разночтения в психиатрической литературе предполагают актуальность дальнейшего изучения деперсонализационно-дереализационного симптомокомплекса в клиническом течении расстройств шизофренического спектра.

ЦЕЛЬ ИССЛЕДОВАНИЯ

Оценка распространённости и клинических проявлений симптомокомплекса деперсонализации и дереализации в клинике манифестных форм шизофрении в аспекте их диагностического и прогностического значения.

МЕТОДЫ

В исследование включены 40 пациентов с симптомами ДП-ДР в клинической картине манифестных форм шизофрении, проходивших стационарное лечение в психиатрическом отделении клиник ФГБОУ ВО «Иркутский государственный медицинский университет» Минздрава России, ОГБУЗ «Иркутский областной психоневрологический диспансер» (ИОПНД) и его филиале в г. Братске в период с октября 2022 по март 2024 г. Распределение

исследуемых по полу: мужчин – 29 (72,5 %), женщин – 11 (27,5 %). Типологические группы были представлены параноидной шизофренией с приступообразным либо непрерывным течением – 18 (45,0 %) человек, из них 15 (37,5 %) мужчин и 3 (7,5 %) женщины; шизоаффективным расстройством – 22 человека, из них 14 (35 %) мужчин и 8 (20 %) женщин.

Критериями исключения являлось наличие сопутствующей соматической и неврологической патологии, затрудняющей оценку результатов исследования.

Все пациенты, принявшие участие в исследовании, подписывали форму добровольного информированного согласия на участие в данном исследовании; соблюдались все требования Хельсинкской декларации Всемирной медицинской ассоциации. Исследование одобрено Этическим комитетом ФГБОУ ВО «Иркутский государственный медицинский университет» Минздрава России (протокол № 2 от 07.12.2022).

Методы исследования: клиничко-анамнестический, клиничко-катамнестический, клиничко-психопатологический и психометрический. Для оценки степени выраженности ДП-ДР использовалась Кембриджская шкала деперсонализации [12, 13], включающая 29 вопросов; применение шкалы осуществлялось в момент стационарного лечения. Обработка полученных данных производилась в программе Statistica 10 (StatSoft Inc., США), уровень статистической значимости принимался за $p < 0,05$; для оценки взаимосвязи между переменными использовался корреляционный анализ Пирсона.

Социально-демографические характеристики пациентов: средний возраст – $30,3 \pm 7,2$ года. В анамнезе лиц изученной выборки с высокой частотой выявлялись неблагоприятные социальные воздействия в период развития: развод родителей – у 20 (50 %) человек, злоупотребление алкоголем одним из родителей – у 23 (57,5 %) человек; факты систематического физического и психологического насилия либо пренебрежительного отношения сверстников – 18 (45,0 %) человек. В период раннего развития явления детских невротизмов встречались у 11 (27,5 %) человек, задержка речевого развития – у 6 (15 %) человек, у 3 (7,5 %) человек в детском возрасте отмечалось избирательное пищевое поведение.

Преобладали лица с неполным средним и общим средним образованием – 28 (70 %) человек; высшее образование имело лишь у 12 (30 %) человек. Выраженная личностная акцентуация выявлялась у 38 (95 %) человек, из них 11 (27,5 %) имели шизоидные черты, 10 (25 %) – психастенические, 7 (17,5 %) – смешанные, 5 (12,5 %) – циклоидные, у 5 (12,5 %) человек преобладали эмоционально-неустойчивые особенности.

Эпизоды психопатоподобного поведения на доманифестном этапе демонстрировали 14 (35 %) человек. На момент исследования у большинства пациентов (33 (75 %) человека) выявлялись признаки неустойчивой социальной адаптации (разводы, одиночество, отсутствие занятости), злоупотребление алкоголем и иными психоактивными веществами наблюдалось у 3 (7,5 %) человек. В клинической картине доманифестного этапа об-

следуемой группы пациентов наблюдались и иные ассоциированные психические расстройства – в 80 % наблюдений (32 пациента). Преобладали аффективные нарушения – у 22 (55 %) человек; тревожно-фобические нарушения и обсессивно-компульсивное расстройство отмечены у 24 (60 %) человек, сенесто-ипохондрическая симптоматика – у 9 (22,5 %). Группу инвалидности имел 21 (52,5 %) человек. Социально-демографические характеристики также представлены в таблице 1.

ТАБЛИЦА 1
СОЦИАЛЬНО-ДЕМОГРАФИЧЕСКИЕ ХАРАКТЕРИСТИКИ
TABLE 1
SOCIO-DEMOGRAPHIC CHARACTERISTICS

Характеристики	Значения
Средний возраст, лет	30,3 ± 7,2
Среднее образование, <i>n</i> (%)	28 (70 %)
Высшее образование, <i>n</i> (%)	12 (30 %)
Неустойчивая социальная адаптация, <i>n</i> (%)	33 (75 %)
Группа инвалидности, <i>n</i> (%)	21 (52,5 %)
Личностная predisposition, <i>n</i> (%)	38 (95 %)
Психопатоподобное поведение, <i>n</i> (%)	14 (35 %)
Аффективные нарушения, <i>n</i> (%)	22 (55 %)
Тревожно-фобические расстройства и ОКР, <i>n</i> (%)	24 (60 %)
Сенесто-ипохондрическая симптоматика, <i>n</i> (%)	9 (22,5 %)

Средний возраст первичного обращения в психиатрическую сеть составил 25,3 ± 6,2 года. Неоднократное обращение в психиатрическую сеть отмечено у 35 (85,7 %) человек. Средний период наблюдения в психиатрической сети у данной категории пациентов составил 6 ± 3,6 года. Средняя продолжительность доманифестного этапа составила 30,8 ± 23,7 мес. Часть пациентов (6 (15 %) человек) наблюдались у врача-психиатра до выставления диагноза из группы расстройств шизофренического спектра, из них 4 (10 %) пациента с шизотипическим расстройством, 1 человек с биполярным аффективным расстройством 1-го типа и 1 пациент с фобическим расстройством. Распределение по количеству приступов было следующим: 6 (15 %) человек с первым психотическим эпизодом; 27 (67,5 %) человек имели в анамнезе от 2 до 5 психотических эпизодов, 7 (17,5 %) человек – более 5 приступов. Средняя продолжительность крайней на момент проведения исследования госпитализации составила 74,2 ± 26,4 дня.

Терапия острой психотической симптоматики у пациентов с параноидной шизофренией представлена следующим образом:

- У 3 (7,5 %) человек применялся рисперидон 4,7 ± 1,2 мг в течение 42,3 ± 7,1 дня.

- В 3 (7,5 %) случаях применялся галоперидол 13,3 ± 2,9 мг в течение 26,3 ± 2,5 дня с последующим переходом на пролонгированную форму галоперидола; суммарная продолжительность лечения у данных пациентов составила 47,3 ± 7,1 дня.

- У 12 (30 %) пациентов применялся галоперидол 20,4 ± 7 мг в течение 23 ± 7,3 дня с последующим переводом на атипичные нейролептики после существенной редукции проявлений психоза. Из них 8 (20 %) человек были переведены на рисперидон 5,3 ± 1,8 мг, 3 (7,5 %) человека – на карипразин 5,5 ± 0,9 мг, 1 (2,5 %) человек – на палиперидон 6 мг. Суммарная продолжительность лечения составила 62,7 ± 10,1 дня.

- Во всех случаях – у 12 (30 %) человек – экстрапирамидная симптоматика корректировалась тригексифенидилом 4,5 ± 1,2 мг.

Для лечения психоза у пациентов с шизоаффективным расстройством использовались:

- В 7 (17,5 %) случаях – оланзапин 10 мг; продолжительность госпитализации составила 42,6 ± 8,3 дня.

- У 14 (35 %) пациентов – галоперидол 16,4 ± 4,1 мг в течение 29,4 ± 6,3 дня с последующим переходом на оланзапин 10 мг у 9 (22,5 %) человек и карипразин 4,8 ± 1,3 мг у 5 (12,5 %) человек; суммарная продолжительность стационарного лечения составила 53,1 ± 11,7 дня.

- В 1 (2,5 %) случае отмечалась лекарственная резистентность: на разных промежутках госпитализации применялись галоперидол до 20 мг в течение 34 дней, оланзапин до 20 мг в течение 43 дней и арипипразол до 30 мг в течение 26 дней. В комбинации с нейролептиками использовались эсциталопрам до 10 мг в течение 36 дней, венлафаксин до 150 мг в течение 33 дней и лития карбонат до 1200 мг в течение 73 дней. Суммарная продолжительность госпитализации составила 107 дней.

- В 11 (27,5 %) случаях для нивелирования экстрапирамидной симптоматики использовался тригексифенидил 3,7 ± 1,3 мг.

- У 16 (40 %) человек нейролептик использовался в комбинации с нормотимиками – лития карбонат 900 ± 300 мг или вальпроевая кислота 964,3 ± 365,9 мг.

РЕЗУЛЬТАТЫ

На момент стационарного лечения средняя оценка по Кембриджской шкале деперсонализации-дереализации у исследуемого контингента составила 12,2 ± 5,1 балла. Лёгкая выраженность деперсонализации отмечена у 15 (37,5 %) пациентов, у 17 (42,5 %) установлена средняя степень, у 8 (20 %) – тяжёлая. Согласно анамнестическим данным, большинство пациентов (33 человека – 82,5 %) отмечали проявления ДП-ДР на доманифестном этапе заболевания с последующим персистированием в дальнейшем течении психоза. Почти у 1/3 больных (11 человек – 27,5 %) деперсонализация носила тотальный характер (аутопсихическая, аллопсихическая и со-

матопсихическая), у 9 (22,5 %) человек преобладала аутопсихическая и аллопсихическая деперсонализация, у 7 (17,5 %) человек наблюдалась исключительно соматопсихическая деперсонализация. Гораздо реже, лишь у 2 (5 %) пациентов, отмечались аутопсихическая и аллопсихическая деперсонализация, и также у 2 (5 %) пациентов на доманифестном этапе проявлялась изолированно аллопсихическая деперсонализация.

Проявления ДП-ДР включали различные переживания остановки или наплыва мыслей у 22 (55 %) пациентов: «неконтролируемый поток мыслей», «мыслей нет», «мысли мешают», «голова пустая», «туман в голове». Большинство пациентов – 23 (57,5 %) человека – описывали ощущения нереальности или изменённости окружающего мира: «как будто во сне», «всё как в тумане», «всё вокруг плоское», «мир потерял краски», «всё как через плёнку». Почти половина пациентов – 18 (45 %) человек – отмечали ощущения дезинтеграции движений и тела: «движения потеряли автоматичность», «двигаюсь как робот», «одежда мешает», «ноги мне не принадлежат», «как будто земля под ногами исчезла». Многие пациенты – 17 (42,5 %) человек – отмечали ощущения утраты эмоций: «не ощущаю своих эмоций», «не понимаю своих эмоций», «эмоции стали тусклыми», «не чувствую привязанности к близким», «не получаю удовольствий», «как неживой».

У 7 (17,5 %) человек проявления ДП-ДР носили периодический характер, у 26 (65 %) пациентов – персистирующий. Бредовая аргументация ДП-ДР наблюдалась у 26 (65 %) пациентов. Согласно катамнестическим данным, у большей части пациентов – 24 (60 %) человека – ДП-ДР сохранялась в межприступном периоде в сочетании с иной резидуальной непсихотической симптоматикой ($r = 0,5893$; $p = 0,00006$) межприступного периода. Следует отметить, что по мере нарастания негативных расстройств проявления ДП-ДР становятся стёртыми, приобретают эгосинтонность и не звучат в переживаниях пациента ($r = -0,6176$; $p = 0,00002$). Была обнаружена ассоциация аллопсихической деперсонализации с аффектом тревоги на доманифестном этапе шизофренического процесса ($r = 0,5209$; $p = 0,0006$). Отмечались статистически значимые корреляции степени выраженности ДП-ДР с фабулой бредовых расстройств ($r = 0,7538$; $p = 0,00000$), а также с особенностью проявлений моторного ($r = 0,5461$; $p = 0,0003$), сенсорного ($r = 0,4411$; $p = 0,0044$) и идеаторного ($r = 0,4660$; $p = 0,0024$) автоматизмов в структуре психотического эпизода.

Для примера: пациент, мужчина 23 лет, наблюдался в психиатрической сети на протяжении 11 месяцев с диагнозом шизотипическое расстройство. Однократно находился на амбулаторном лечении с последующим нерегулярным посещением врача-психиатра. Клиническая картина включала субдепрессивную симптоматику, тревожно-фобические расстройства, нарушения сна, а также аутопсихическую и аллопсихическую деперсонализацию. В качестве терапии принимал венлафаксин до 225 мг, ламотриджин до 200 мг, кветиапин до 25 мг. На фоне лечения отмечал неполную редукцию симптоматики, сохранялись тревожно-фобические переживания

и клиника ДП-ДР, назначенное лечение принимал нерегулярно. За 4 недели до госпитализации в психиатрическое отделение пациент стал отмечать снижение настроения, усиление тревоги, нарушился сон, проявления аутопсихической деперсонализации, которая ранее включала ощущения отчуждения мыслей, стали приобретать «насиловственный» характер и сопровождалась чувством воздействия, исходящим от бытовой техники и смартфона пациента, окружающая обстановка стала восприниматься как «искусственная», «подстроенная». В проезжающих автомобилях белого цвета марки «Mercedes» видел преследователей. При просмотре видеоматериалов в социальных сетях отмечал «знаки», которые указывали на подробности личной жизни пациента, что воспринималось как доказательство слежки со стороны крупной IT-компании. Данные видеоматериалы пациент рассылал родственникам и знакомым, многократно обращался в полицию с жалобами на слежку. По инициативе родственников был госпитализирован в психиатрическое отделение Братского филиала ИОПНД с аффективно-бредовой симптоматикой. В качестве терапии пациент принимал оланзапин до 10 мг, лития карбонат до 900 мг. На промежуточном этапе госпитализации – на 23-й день – выраженность психотической симптоматики стала ниже, бредовая аргументация деперсонализационной симптоматики сохранялась, стала формироваться критика к своему состоянию, был собран более подробный субъективный анамнез, была использована Кембриджская шкала – 12 баллов. После редукции психотической симптоматики сохранялась тревожно-фобическая симптоматика, ДП-ДР – 7 баллов по Кембриджской шкале. Продолжительность госпитализации составила 49 дней.

ОБСУЖДЕНИЕ

Проявления деперсонализации и дереализации у пациентов с манифестными формами шизофрении чаще обнаруживаются на доманифестном этапе и обычно сохраняются в структуре психоза, а также наблюдаются в межприступном периоде. Полученные нами данные соотносятся с результатами других исследователей [14].

По результатам исследования была выявлена ассоциация деперсонализации и дереализации с бредовыми расстройствами и психическими автоматизмами; подобные корреляции описывались другими отечественными авторами [15, 16] и обозначались как бредовая деперсонализация. Есть и иная точка зрения: так, А.К. Ануфриев рассматривал феномен деперсонализации как обязательно предшествующий в формировании бреда [17]. Однако в критериях деперсонализационного расстройства МКБ-10 исключается возможность отнесения к деперсонализации состояний, сопровождающихся «чувством сделанности», «насиловственности».

Было выявлено, что по мере нарастания негативной симптоматики проявления деперсонализации и дереализации постепенно редуцируются. А.Б. Смулевич обо-

значает подобные состояния как дефектную деперсонализацию [18].

Среди лиц исследуемого контингента преобладали умеренные и выраженные формы деперсонализации, распространяющиеся на две либо на три сферы самосознания (аутопсихическая, соматопсихическая и аллопсихическая). В данном аспекте J. Parnas и соавт. подчёркивают, что проявления деперсонализации и дереализации более выражены при шизофрении в сравнении с биполярным аффективным расстройством [19]. В частности, G. Huber отмечал, что в рамках шизофренического процесса могут отмечаться любые проявления деперсонализации [20], однако полученные данные противоречат взглядам K. Haug, который отмечал, что в клинической картине психоза в рамках шизофренического процесса деперсонализация не встречается [21].

Выявленная связь деперсонализации с аффектом тревоги обнаруживалась многими авторами, однако подобную корреляцию чаще описывают в контексте аффективных и тревожно-фобических расстройств [22, 23].

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Таким образом, полученные данные демонстрируют, что деперсонализация и дереализация обнаруживаются на всех этапах шизофренического процесса и часто ассоциированы с параноидным синдромом. Очевидная проблема касается патогномичности деперсонализационно-дереализационного симптомокомплекса для спектра шизофрении. В связи с этим необходим ряд дополнительных исследований деперсонализации и дереализации, в том числе в структуре иных психических расстройств и у пациентов с длительными катанезами. Это может позволить выявить наиболее специфические для расстройств шизофренического спектра проявления деперсонализации. Полученные данные могут быть полезны в аспекте ранней диагностики или возможной превенции манифестного приступа.

Конфликт интересов

Автор данной статьи сообщает об отсутствии конфликта интересов.

ЛИТЕРАТУРА / REFERENCES

1. Пятницкий Н.Ю. «Дефектная» и «функциональная» деперсонализации в концепции К. Хауг. *Психиатрия и психофармакотерапия*. 2022; 24(1): 4-10. [Pyatnitskiy NYu. "Defective" and "functional" depersonalization in the concept of K. Haug. *Psychiatry and Psychopharmacotherapy*. 2022; 24(1): 4-10. (In Russ.).]
2. Sar V, Alioğlu F, Akyuz G. Depersonalization and derealization in self-report and clinical interview: The spectrum of borderline personality disorder, dissociative disorders, and healthy controls. *J Trauma Dissociation*. 2017; 18(4): 490-506. doi: 10.1080/15299732.2016.1240737
3. Yang J, Millman LSM, David AS, Hunter ECM. The prevalence of depersonalization-derealization disorder: A systematic review.

- J Trauma Dissociation*. 2023; 24(1): 8-41. doi: 10.1080/15299732.2022.2079796
4. Michal M, Beutel ME, Grobe TG. Wie oft wird die Depersonalisations-Derealisationsstörung (ICD-10: F48.1) in der ambulanten Versorgung diagnostiziert? *Z Psychosom Med Psychother*. 2010; 56(1): 74-83. (In German). doi: 10.13109/zptm.2010.56.1.74
5. Michal M, Adler J, Wiltink J, Reiner I, Tschan R, Wölfling K, et al. A case series of 223 patients with depersonalization-derealization syndrome. *BMC Psychiatry*. 2016; 16: 203. doi: 10.1186/s12888-016-0908-4
6. Крылов В.И. Деперсонализационные расстройства (психопатологические особенности и систематика). *Трудный пациент*. 2019; 17(5): 43-49. [Krylov VI. Depersonalization disorders (psychopathologic features and systematization). *Difficult Patient*. 2019; 17(5): 43-49. (In Russ.).]
7. Sass L, Pienkos E, Nelson B, Medford N. Anomalous self-experience in depersonalization and schizophrenia: A comparative investigation. *Conscious Cogn*. 2013; 22(2): 430-441. doi: 10.1016/j.concog.2013.01.009
8. Feyaerts J, Sass L. Self-disorder in schizophrenia: A revised view (1. Comprehensive review-dualities of self- and world-experience). *Schizophr Bull*. 2024; 50(2): 460-471. doi: 10.1093/schbul/sbad169
9. Parnas J, Handest P, Jansson L, Saebye D. Anomalous subjective experience among first-admitted schizophrenia spectrum patients: Empirical investigation. *Psychopathology*. 2005; 38(5): 259-267. doi: 10.1159/000088442
10. Parnas J, Henriksen MG. Disordered self in the schizophrenia spectrum: A clinical and research perspective. *Harv Rev Psychiatry*. 2014; 22(5): 251-265. doi: 10.1097/HRP.000000000000040
11. Srivastava A, Selloni A, Bilgrami ZR, Sarac C, McGowan A, Cotter M, et al. Differential expression of anomalous self-experiences in spontaneous speech in clinical high-risk and early-course psychosis quantified by natural language processing. *Biol Psychiatry Cogn Neurosci Neuroimaging*. 2023; 8(10): 1005-1012. doi: 10.1016/j.bpsc.2023.06.007
12. Sierra M, Berrios GE. The Cambridge Depersonalisation Scale: A new instrument for the measurement of depersonalization. *Psychiatry Res*. 2000; 93(2): 153-164. doi: 10.1016/S0165-1781(00)00100-1
13. Лебедев С.В. Адаптация и психометрический анализ клинко-психопатологических методик самоотчета (опросников) на примере шкал деперсонализации. *Вестник Московского университета. Серия 14: Психология*. 2005; 4: 49-59. [Lebedev SV. Adaptation and psychometric analysis of clinical and psychopathological self-report methods (questionnaires) using the example of depersonalization scales. *Lomonosov Psychology Journal*. 2005; 4: 49-59. (In Russ.).]
14. Дьяконов А.Л. Синдром деперсонализации при расстройствах шизофренического спектра. *Психиатрия, психотерапия и клиническая психология*. 2020; 11(2): 364-371. [Dyakonov AL. Syndrome of depersonalization in disorders of schizophrenic spectrum. *Psychiatry, Psychotherapy and Clinical Psychology*. 2020; 11(2): 364-371. (In Russ.).] doi: 10.34883/PI.2020.11.2.013
15. Сергеев И.И., Басова А.Я. *Бредовая деперсонализация*. М.: Цифровичок; 2009. [Sergeev II, Basova AY, Sergeev II. *Delusional depersonalization*. Moscow: Tsifrovichok; 2009. (In Russ.).]
16. Басова А.Я. *Бредовая деперсонализация: варианты, динамика, коморбидность*: автореф. дис. ... канд. мед. наук. М.;

2008. [Basova AY. *Delusional depersonalization: Variants, dynamics, comorbidity*: Abstract of the dissertation of Cand. Sc. (Med.). Moscow; 2008. (In Russ.)].

17. Ануфриев А.К. О психопатологии начальных проявлений бредаобразования. *Независимый психиатрический журнал*. 1992; 1-2: 14-24. [Anufriev AK. On the psychopathology of the initial manifestations of delusional development. *Independent Psychiatric Journal*. 1992; 1-2: 14-24. (In Russ.)].

18. Смулевич А.Б. *Лекции по психосоматике*. М.; 2014. [Smulevich AB. *Lectures on psychosomatics*. Moscow; 2014. (In Russ.)].

19. Parnas J, Handest P. Phenomenology of anomalous self-experience in early schizophrenia. *Compr Psychiatry*. 2003; 44(2): 121-134. doi: 10.1053/comp.2003.50017

20. Huber G. *Psychiatrie. Lehrbuch für Studium und Weiterbildung*. Schattauer; 2004: 66-69. (In German).

21. Haug K. Depersonalisation und Verwandte Erscheinungen. *Handbuch der Geisteskrankheiten. Ergänzungsband Teil 1*. Berlin Heidelberg GMBH: Springer Verlag; 1939: 134-204. (In German). doi: 10.30629/2618-6667-2022-20-2-117-127

22. Нуллер Ю.Л., Михайленко И.И. *Аффективные психозы*. Л., 1988. [Nuller YuL, Mikhailenko I.I. *Affective psychoses*. Leningrad; 1988. (In Russ.)].

23. Крылов В.И. *Навязчивые состояния: тревожно-фобические и обсессивно-компульсивные расстройства*. Ростов-на-Дону; 2016. [Krylov VI. *Obsessions: Phobic anxiety and obsessive-compulsive disorders*. Rostov-on-Don; 2016. (In Russ.)].

Сведения об авторе

Лобков Сергей Александрович – ассистент кафедры психиатрии и медицинской психологии, ФГБОУ ВО «Иркутский государственный медицинский университет» Минздрава России, e-mail: litetcover@gmail.com, <https://orcid.org/0009-0005-8650-721X>

Information about the author

Sergey A. Lobkov – Teaching Assistant at the Department of Psychiatry and Medical Psychology, Irkutsk State Medical University, e-mail: litetcover@gmail.com, <https://orcid.org/0009-0005-8650-721X>