

**ДЕПЕРСОНАЛИЗАЦИОННЫЕ РАССТРОЙСТВА  
В ПСИХИАТРИЧЕСКОЙ И СОМАТИЧЕСКОЙ КЛИНИКЕ**

*Владимир Иванович Крылов*

*Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. акад. И.П.Павлова,  
197022, г. Санкт-Петербург, ул. Льва Толстого, д.6-8, e-mail: krylov2056@yandex.ru*

Реферат. В статье рассматриваются клинические особенности деперсонализационных расстройств при основных психических и соматических заболеваниях. Обсуждается соотношение деперсонализационных, астенических, тревожных, аффективных, соматоформных психических нарушений в клинической картине болезни.

Ключевые слова: транзиторная деперсонализация, диссоциативная деперсонализация, функциональная и дефектная деперсонализация, эссенциальная деперсонализация.

**DEPERSONALIZATION DISORDERS  
IN PSYCHIATRIC AND SOMATIC CLINIC.**

Vladimir I. Krylov

I. Pavlov First Saint Petersburg State Medical University,  
197022, Russian Federation, St. Petersburg, Lev Tolstoy street, 6-8

The article deals with the clinical features of depersonalization disorders in major mental and somatic diseases. The ratio of depersonalization, asthenic, anxiety, affective, somatoform mental disorders in the clinical picture of the disease is discussed.

Key words: transitional depersonalization, dissociative depersonalization, functional and defective depersonalization, essential depersonalization.

Деперсонализационная симптоматика, как и большинство психических нарушений, не специфична в нозологическом отношении. Постулат об отсутствии нозологической специфичности психопатологической симптоматики не является абсолютным. Во-первых, определенные психопатологические синдромы характерны для различных уровней или регистров нарушения психической деятельности. Во-вторых, любой психопатологический синдром имеет свои особенности, развиваясь в рамках того или иного заболевания. Даже при заболеваниях, имеющих сходство клинической картины, общие звенья патогенеза, деперсонализационные нарушения имеют свои особенности.

Явления деперсонализации могут наблюдаться в структуре психогенных расстройств, тревожных и аффективных состояний, шизофрении, эпилепсии, органических заболеваний головного мозга. Клинические проявления деперсонализации существенно отличаются друг от друга при различных психических и поведенческих расстройствах.

А.Е. Личко рассматривал появление деперсонализационной симптоматики признаком, позволяющим

разграничить расстройства шизофренического спектра и пограничные психические расстройства [6]. В частности, развитие ассоциированной деперсонализационной симптоматики при навязчивых, дисморфоманических расстройствах, нарушениях пищевого поведения автор считал одним из аргументов в пользу диагноза шизофрении.

**Транзиторная деперсонализация.** Термин транзиторная деперсонализация предложен А.Е. Личко для обозначения преходящих, субклинических нарушений самосознания [6]. Преходящие нарушения самосознания в виде эпизодов дереализации и деперсонализации характерны для подросткового и юношеского возраста. Развитие транзиторных деперсонализационных нарушений связывается автором с психической травматизацией, переутомлением, длительным недосыпанием. Переживания, аналогичные деперсонализационным феноменам, наблюдаемым в психиатрической и неврологической клинике, описаны в «необычных условиях существования» при действии экстремальных факторов (невесомость, сенсорная депривация) у практически здоровых лиц [3]. Появлением деперсонализационных переживаний достаточно часто сопровождается вынужденная, либо добровольная депривация сна [8].

Кратковременные состояния деперсонализации продолжительностью несколько минут наблюдаются у здоровых рожениц во время родов и в послеродовом периоде при кормлении ребенка грудью [12]. Наиболее часто наблюдаются эпизоды аутопсихической и аллопсихической деперсонализации. В первом случае имеет место субъективное чувство измененности психической деятельности с переживанием «необычного», «особого», «непривычного» счастья или горя. Во втором случае переживание измененности связано с чувством «нереальности», «искусственности» обстановки родильного и послеродового отделения. Реже у рожениц наблюдаются эпизоды деперсонализации отчуждения с отрешенностью от своего физического и психического «я». Больные воспринимают себя «как бы со стороны», наблюдают за собой «как за посторонним человеком». Критическое отношение к деперсонализационным переживаниям полностью сохранено. В отличие от нарушений самосознания, наблюдаемых в психиатрической и неврологической клинике, болезненная рефлексия со стремлением разо-

браться в причинах изменения состояния у рожениц, как правило, отсутствует. Деперсонализационные переживания рожениц в виде «расширенного состояния сознания» в литературе объясняются «перерывом обычной психической деятельности» и доминированием «бессознательных форм психической активности».

В качестве одного из основных факторов, определяющих развитие деперсонализации, рассматриваются личностные особенности больных. Развитию различных вариантов деперсонализации способствует гипертрофия и нестабильность сферы самосознания, склонность к рефлексии, длительному сохранению и яркому воспроизведению впечатлений [10]. В преморбиде больных с деперсонализацией наиболее часто выявляются черты пограничного (эмоциональная неустойчивость, живость воображения, повышенная впечатлительность) и шизоидного (интравертированность, патологическая замкнутость) личностного расстройства [10]. Представляют интерес данные о взаимосвязи и взаимообусловленности клинических разновидностей деперсонализации с определенным типом акцентуации характера. По данным автора преморбидные шизоидная и психастеническая акцентуации предрасполагают к аутопсихической, тогда как эмоционально-лабильная акцентуация к аллопсихической деперсонализации [6].

**Расстройства аффективного спектра.** Психопатологические особенности деперсонализации в структуре аффективного синдрома имеют существенное значение для нозологической квалификации, прогноза и выбора терапии. Деперсонализационные нарушения могут быть одним из компонентов аффективного синдрома либо представлять собой эквивалент депрессии. В структуре депрессивных состояний при рекуррентном и биполярном аффективном расстройствах наблюдается гипопатический вариант деперсонализации. Общим знаменателем деперсонализационных нарушений при депрессии является их «созвучность чувству неудовлетворенности» [15]. Объекты окружающего мира воспринимаются измененными, утратившими яркость, контрастность. Движения окружающих кажутся замедленными. Появляется чувство, что время течет слишком медленно. Выраженность деперсонализационных нарушений при депрессии прямо пропорциональна степени выраженности гипотимии и обратно пропорциональна степени идеаторного торможения. Наибольшая степень выраженности деперсонализационных феноменов отмечается при депрессиях умеренной тяжести без отчетливой идеаторной заторможенности.

Деперсонализационные нарушения при циклотимических фазах парциальны, распространяются на отдельные психические функции. Анестетические расстройства обратимы, ограничиваются искажением когнитивных процессов либо телесных функций. На высоте депрессий психотического уровня отмечается

деперсонализация утраты – анестетические нарушения достигают степени болезненно переживаемого скорбного бесчувствия. Деперсонализация с отчуждением отдельных компонентов «я» или расщепления «я» рассматривается в качестве клинического предиктора затяжного течения депрессивной фазы [9].

Предметом научной дискуссии является вопрос о связи деперсонализационных нарушений с характером доминирующего гипотимного аффекта. По данным одних авторов наиболее выраженные деперсонализационные нарушения отмечаются в случаях доминирования тоскливого аффекта при меланхолической депрессии [9]. В других публикациях отмечается связь между выраженностью тревожного аффекта и деперсонализационных нарушений. По мнению Ю.Л. Нуллера, в основе деперсонализации лежит чувство витальной тревоги. Деперсонализация усиливается на высоте тревоги и спадает при успокоении [8]. Идеаторная разработка деперсонализационных нарушений не характерна [9]. Как правило, высказывания больных о характере и природе деперсонализационных переживаний носят констатирующий характер.

Общей закономерностью течения рекуррентного депрессивного расстройства является чередование депрессивных фаз с деперсонализационными нарушениями и фаз с минимальной выраженностью и даже отсутствием деперсонализационной симптоматики [3]. Наличие или отсутствие синергизма между депрессивным аффектом и деперсонализационными нарушениями во многом определяет выбор терапевтической тактики. При назначении антидепрессивной терапии больным с депрессивной деперсонализацией деперсонализационная симптоматика купируется параллельно с редукцией сниженного настроения. Депрессивные состояния с автономной деперсонализацией обычно резистентны к традиционной терапии антидепрессантами.

При маниакальных состояниях в рамках биполярного аффективного расстройства наблюдается гипепатический вариант деперсонализации. Характерной является повышенная интенсивность восприятия окружающего, чрезмерная сопричастность больного ко всему происходящему вокруг. Любые события, происшествия вызывают эмоциональный отклик, интерес. Окружающий мир воспринимается необычайно ярко, живо, отчетливо. Движения кажутся ускоренными. Появляется чувство более быстрого, чем обычно течения времени. Собственные суждения и оценки происходящего кажутся больным оригинальными, интересными для окружающих.

Чувство неестественности, чуждости беспричинного подъема настроения, неуправляемость высказываний и поведения рассматривается в литературе в качестве проявления аутопсихической деперсонализации при маниакальных состояниях. Потеря чувства стыда с неуместной откровенностью, болтливостью, грубыми циничными шутками трактуется как прояв-

ление деперсонализации в виде отчуждения высших эмоций [2].

**Тревожно-фобические и обсессивно-компульсивные расстройства.** Нарушения самосознания входят в число факультативных признаков панического расстройства. У значительной части больных панические атаки сопровождаются симптомами дереализации и деперсонализации. Как правило, нарушения самосознания представлены аутопсихической и аллопсихической деперсонализацией. Реже наблюдается соматопсихическая деперсонализация. Нарушения самосознания, как правило, представлены деперсонализацией измененности либо деперсонализацией отчуждения. Во время панической атаки возникает неопределенное, трудно передаваемое словами чувство «нереальности», «отстраненности» окружающего мира. Проявление деперсонализации отчуждения – переживание нахождения «я» «вне собственного тела», «отдаление «я» от тела». Реже наблюдается деперсонализация утраты – «мысли и чувства, мое «я» исчезает, растворяется в окружающем».

Переживания отчуждения «я» сопровождаются возникновением вторичных навязчивых или сверхценных страхов помешательства, «потери рассудка». В одних случаях на первый план выступает страх «сумасшествия», «слабоумия», в других случаях «потери контроля», «неправильного поведения». Наличие симптомов деперсонализации в структуре панической атаки рассматривается в качестве клинического предиктора неблагоприятного прогноза болезни [18, 19].

Деперсонализационная симптоматика достаточно часто сочетается с обсессивно-фобическими расстройствами. Симптомы деперсонализации нередко просматриваются за фасадом навязчивых расстройств. Стремление к самоанализу, рефлексии может приобретать навязчивый характер. На основании данного факта Е.М. Torch выделил особый вариант нарушений самосознания – интеллектуально-обсессивную деперсонализацию [20]. В специальном исследовании установлено существование определенной зависимости между различными клиническими вариантами деперсонализационных и навязчивых расстройств [5]. У больных с навязчивостями контрастного содержания чаще наблюдается аутопсихическая деперсонализация. Аутопсихическая деперсонализация с переживанием отчуждения окружающего мира более характерна для больных с навязчивостями повторного контроля. Наконец, при навязчивостях экстракорпоральной угрозы чаще всего наблюдаются явления соматопсихической деперсонализации с переживанием измененности, отчуждения или потери единства телесного «я».

Наиболее часто развитие деперсонализации связано с исполнением защитных действий ритуального характера. В частности, в случае мизофобии при длительном мытье рук возникает чувство, что «ладони становятся как-бы не мои», «руки словно чужие». У больных с навязчивостями повторного контроля окончание риту-

альных действий оказывается возможным только при появлении особого чувства «законченности», «завершенности» выполняемых действий. В современной англоязычной литературе данный феномен обозначается термином «just right». С учетом неопределенного характера переживаний, трудности их вербализации, субъективной тягостности чувства незавершенности выполняемого действия феномен just right рассматривается нами в качестве особого варианта соматопсихической деперсонализации [5].

**Расстройства шизофренического спектра.** Симптоматика деперсонализации наблюдается при различных клинических вариантах расстройств шизофренического спектра. Деперсонализационная симптоматика при шизофрении отличается полиморфизмом, «не существует ни одного проявления деперсонализационных расстройств, которое не могло бы встречаться при шизофрении» [17]. Именно при шизофрении наблюдается так называемая «чистая форма отчуждения» или «эссенциальная деперсонализация» [7]. Отличительным признаком деперсонализации при шизофрении является вычурность, витиеватость описаний болезненных переживаний с использованием необычных сравнений, метафор. Деперсонализационные нарушения приобретают особый оттенок, отражающий наличие для больных особого смысла, угрозы в изменившемся восприятии собственной личности и окружающего мира. Прослеживается тенденция к персекуторной либо ипохондрической интерпретации деперсонализационных нарушений. Возникновение чувства насильственности с оттенком наведенности, сделанности указывает на трансформацию деперсонализационных нарушений в психические автоматизмы.

Одной из наиболее существенных клинических особенностей шизотипического расстройства является преобладание одного определенного ряда психопатологических расстройств. В зависимости от характера преобладающей в клинической картине болезни осевой симптоматики выделяют различные варианты расстройств шизофренического спектра с малой прогрессивностью. Одной из таких клинических форм является «вялотекущая шизофрения» (по старой терминологии) с преобладанием деперсонализационной симптоматики. В динамике болезни прослеживается тенденция к видоизменению симптоматики от наименее специфичной в нозологическом отношении к симптоматике предпочтительной для шизофрении. Функциональная невротическая деперсонализация при прогрессировании заболевания сменяется дефектной деперсонализацией [10]. Нарушения самосознания, как правило, представлены симптоматикой аутопсихической деперсонализации, затрагивающей эмоциональную и идеаторную сферу. Переживание измененности и отчуждения в первую очередь затрагивает высшие и наиболее дифференцированные эмоции и когнитивные процессы. Явления дереализации и соматопсихической деперсонализации выражены в меньшей степени [16].

При депрессивных состояниях в рамках шизотипического расстройства отмечается диссоциация между степенью выраженности гипотимного аффекта и деперсонализационными нарушениями. Деперсонализационная симптоматика сохраняется даже при полной редукции гипотимного аффекта. При преобладании навязчивых расстройств деперсонализационные нарушения наблюдаются в структуре панических атак. Аутопсихическая и аллопсихическая деперсонализация в структуре приступов паники, как правило, сопровождается страхом сумасшествия с потерей контроля над своими действиями. По мере прогрессивного течения болезни деперсонализационная симптоматика трансформируется в дефицитарные изменения, обозначаемые термином дефектная деперсонализация. Дефектная деперсонализация характеризуется ослаблением чувственного компонента, исчезновением рефлексии с утратой критического отношения к болезненным нарушениям. Правомерность отнесения дефектной деперсонализации к негативным нарушениям обосновывается следующими доводами. Во-первых, отсутствием у больных переживания неадекватности, болезненности наблюдаемых изменений. Имеет место констатация реально существующей, приобретенной эмоциональной дефицитарности, отмечаемой не только больными, но и окружающими. Во-вторых, стабильностью, необратимостью нарушений самосознания. Деперсонализационные нарушения интегрируются в структуру шизофренического дефекта. Характерным является переживание измененности всей психической жизни с «демонстрацией психической несостоятельности» и «постоянным недовольством своей психической деятельностью» [10].

Прогноз деперсонализационных нарушений при шизотипическом расстройстве относительно благоприятный. С течением времени психические нарушения сглаживаются, формирующийся астенический дефект, как правило, не препятствует профессиональной и бытовой адаптации [10].

При периодическом рекурентом течении шизофренических деперсонализационных нарушений подвергаются бредовой интерпретации с последующим развитием ложных узнаваний, бреда инсценировки, симптома борьбы двух лагерей. В случае приступообразно-прогрессивного течения заболевания по мере нарастания негативной симптоматики в клинической картине приступов нарастает удельный вес деперсонализационных нарушений с нарушением восприятия психического и телесного «я», субъективным переживанием утраты когнитивных функций, эмоциональности, коммуникативных навыков.

**Нейролептические депрессии** связаны с приемом высоких доз традиционных нейролептиков при лечении больных с расстройствами шизофренического спектра. Наиболее часто нейролептические депрессии наблюдаются при терапии препаратами из группы

бутирофенонов. Нейролептическая депрессия обычно включает симптоматику анестетической деперсонализации с потерей способности различать и испытывать эмоции.

**Невротические и связанные со стрессом расстройства.** Современная типология стрессовых расстройств включает группу преимущественно психогенных нарушений в виде острой стрессовой реакции, острого стрессового расстройства, посттравматического стрессового расстройства и расстройств адаптации. Общим признаком психогенных расстройств является отчетливая временная и содержательная связь между психическими нарушениями и психотравмирующими событиями. Деперсонализация при остром и хроническом стрессе выполняет защитно-приспособительную функцию, предотвращая дезорганизацию психической деятельности [8]. Деперсонализационные нарушения являются компонентом клинической картины острых реакций на стресс, расстройств адаптации, посттравматического стрессового расстройства. В американском руководстве по диагностике психических расстройств деперсонализация включена в группу диссоциативных расстройств. В рубрику диссоциативных расстройств в DSM-5 отнесены гетерогенные в клиническом отношении нарушения, вызванные острым либо хроническим стрессом. Под диссоциацией понимают психологический механизм избавления от неприятных, травматичных переживаний. Общим признаком диссоциативных расстройств является развитие психических нарушений вследствие «бессознательного отчуждения», «разрыва между отдельными психическими функциями», «нарушение интегративной функции памяти, сознания, собственной идентичности». Диссоциация или дезинтеграция сознания возникает вследствие «нарушения связи между отдельными компонентами психической деятельности. При этом необходимо отметить, что сборное понятие диссоциативные расстройства отражает в большей степени механизм и в меньшей степени характер и тяжесть психического расстройства.

Отчуждение может быть направлено как на собственное «я», так и на окружающий мир. В диагностических указаниях к DSM-5 отмечается, что больные как бы наблюдают за собой со стороны, утрачивают способность контролировать свои мысли, чувства, телесные функции. Больные становятся «сторонними наблюдателями» по отношению к своему психическому и физическому «я», сравнивают себя с «роботами», «автоматами». Характерным является «чувство отделения от своего тела». При этом чувство внешнего воздействия отсутствует, критическое отношение к болезненным переживаниям сохранено.

Диагностика диссоциативной деперсонализации возможна при соблюдении двух условий. Во-первых, деперсонализационные нарушения должны иметь «устойчивый или повторяющийся характер». Во-вторых, диагностика деперсонализационного

расстройства возможна только в том случае, если нарушение самосознания не является симптомами какого-либо другого психического расстройства – шизофрении, аффективной патологии, тревожных расстройств, органического психического расстройства.

**Острая реакция на стресс.** Острая реакция на стресс развивается непосредственно во время действия «чрезвычайного по выраженности» психотравмирующего воздействия. Как правило, психотравмирующее воздействие оказывает ситуация, связанная с переживанием непосредственной угрозы жизни. Клиническое проявление острой реакции на стресс – аффективное сужение сознания с последующей парциальной амнезией. Достаточно часто при острых реакциях наблюдаются нарушения самосознания в виде деперсонализации измененности либо утраты. Как правило, психические нарушения сохраняются в течение нескольких часов, реже суток.

**Острое стрессовое расстройство** – диагностическая категория, выделяемая в DSM-5. Развитие психических нарушений, вызванных «чрезвычайным» стрессором может происходить как во время, так и после окончания действия психотравмирующего фактора. Диагностические указания для острого стрессового расстройства в DSM-5 включают симптомы острых аффективно-шоковых реакций (психогенный ступор) и диссоциативных (дереализация и деперсонализация, психогенная амнезия) нарушений. Достаточно часто с течением времени острое стрессовое расстройство трансформируется в посттравматическое стрессовое расстройство.

Деперсонализационные расстройства являются основным клиническим проявлением диссоциативного варианта **посттравматического стрессового расстройства (ПТСР)**. Развитие деперсонализации и дереализации является следствием действия психологических защитных механизмов, позволяющих частично нейтрализовать патогенное воздействие стрессового фактора. Развитие симптоматики деперсонализации обеспечивает снижение эмоционального напряжения, вызванного психической травматизацией. Диагностика диссоциативного подтипа ПТСР в DSM-5 основывается на двух следующих критериях:

1) деперсонализация или состояние «вне тела», во время которого люди наблюдают свое собственное тело как бы сверху. При этом создается впечатление, что «это на самом деле не со мной происходит»;

2) состояние дереализации, когда люди ощущают, что «все нереально, это все лишь сон». В состоянии дереализации создается впечатление, что «это на самом деле происходит не со мной».

**Расстройства адаптации.** В отличие от острого и ПТСР развитию психических нарушений предшествует «стресс обыденной жизни» – семейно-бытовые и профессиональные конфликты. Риск развития расстройств адаптации выше при наличии личностной

предиспозиции в виде акцентуации характера. В клинической картине расстройств адаптации преобладают депрессивные и тревожные нарушения невротического уровня. Характерными являются симптомы реперезивания содержательно связанные с актуальной психотравмирующей ситуацией в виде навязчивых либо сверхценных образных воспоминаний и представлений, депрессивных и тревожных руминаций. Нарушение самосознания в клинической картине психогенных депрессий обычно представлены фрагментарно, снижением способности получать удовольствие, испытывать положительные эмоции. Переживание измененности, ущербности эмоциональных переживаний обычно не затрагивает значимые отношения личности.

**Органические психические расстройства.** Для органических заболеваний головного мозга характерны различные варианты психосенсорных расстройств. В литературе до настоящего времени отсутствует единое мнение в отношении границ и положения психосенсорных расстройств в общей семиотике психических нарушений. Одни авторы рассматривают психосенсорные расстройства в качестве одного из вариантов нарушения самосознания в виде деперсонализации либо дереализации, другие относят психосенсорные расстройства вместе с иллюзиями и галлюцинациями к нарушениям восприятия [3]. Нарушения сенсорного синтеза наряду с проявлениями психоорганического синдрома (с прогрессирующим интеллектуально-мнестическим снижением) рассматриваются в качестве осевой симптоматики экзогенно-органических расстройств [16]. По мере нарастания выраженности психоорганической симптоматики деперсонализационные нарушения постепенно ослабевают и постепенно исчезают.

Для органических заболеваний головного мозга инфекционной и травматической этиологии характерны психосенсорные нарушения в виде расстройства схемы тела с нарушением пространственно-объемного восприятия собственного тела или его отдельных частей. При парциальном нарушении схемы тела измененной воспринимается форма либо величина отдельных частей тела. При тотальном варианте расстройства схемы у больного отмечается переживание деформации, диспропорциональности всего тела. Наряду с измененным восприятием тела для органических заболеваний головного мозга характерны оптико-пространственные нарушения. Окружающие предметы воспринимаются деформированными, увеличенными или уменьшенными, удаленными или приближенными. В отличие от аллопсихической деперсонализации чувство необычности, чуждости переживаний отсутствует. В случаях острого приступообразного развития появление психосенсорных расстройств сопровождается чувством страха, критика к болезненным переживаниям отсутствует. При длительном сохранении психосенсорных расстройств

больные, как правило, обнаруживают критическое отношение к нарушениям. Грубые нарушения схемы тела при органических заболеваниях головного мозга могут сочетаться со сложными переживаниями телесной и психической отчужденности, соответствующие диагностическим критериям собственно деперсонализационных расстройств [7].

В качестве одного из вариантов аллопсихической деперсонализации рассматриваются нарушения восприятия времени. При состояниях, сопровождающихся искажением восприятия времени, имеет место несовпадение скорости течения общего и индивидуального времени относительно друг друга. Пароксизмальные нарушения переживания времени характерны для очаговых правосторонних поражений коры больших полушарий. Наиболее часто искажение восприятия времени наблюдается при опухолях правой височно-теменной области. Основной отличительный признак пароксизмальных расстройств – стереотипность клинических проявлений с развитием нарушений по типу клише. Характерной является постоянность клинических проявлений пароксизмальных расстройств при их повторении. Каждое последующее состояние является точной копией предыдущего.

Наиболее часто при опухолях наблюдаются следующие варианты нарушений переживания времени: изменение направленности, непрерывности, последовательности времени [1]. При нарушении непрерывности переживания времени имеет место фрагментарность, раздробленность, неравномерность скорости течения времени. Наблюдается чередование периодов ускорения, и замедления течения времени. В случае инверсии переживания времени больные отмечают обратное течение времени от настоящего к прошлому. При ритмической повторяемости переживаний имеет место многократное повторение, как правило, через равные промежутки времени, в переживаниях больного в действительности происходивших событий. Наконец, инициальным клиническим проявлением опухоли головного мозга может быть кратковременное внезапное чувство остановки времени.

**Заболевания внутренних органов.** Деперсонализационная симптоматика наблюдается при достаточно широком круге заболеваний внутренних органов. Наиболее часто деперсонализационная симптоматика отмечается в структуре депрессивных состояний. При заболеваниях внутренних органов выраженность депрессивной симптоматики нарастает параллельно тяжести соматического состояния. Клиническим проявлением соматогенной депрессии наиболее часто является астено-депрессивный синдром с гиперестезией, раздражительной слабостью, повышенной утомляемостью с чередованием угнетенного и тревожного настроения. Деперсонализационные нарушения при соматогенных депрессиях представлены деперсонализацией изменения с ослаблением или утратой способности получать удовольствие, испытывать радость.

Деперсонализационные нарушения на фоне глубокой астении описаны у больных с хронической почечной и печеночной недостаточностью. У больных проходящих лечение методом гемодиализа наряду с транзиторными ангедоническими нарушениями наблюдаются психосенсорные расстройства в виде нарушения схемы тела.

У онкологических больных в терминальной стадии болезни достаточно часто отмечаются диссоциативные деперсонализационные расстройства с утратой чувства реальности окружающего, отстраненностью от своего психического и физического «я», «выходом «я» за пределы телесной оболочки. Больные занимают позицию нейтрального, стороннего наблюдателя. Проводимые диагностические процедуры, попытки консервативной терапии, предложение оперативного лечения воспринимаются как бы со стороны. Словно происходящие события имеют отношение не к ним, а к неким третьим лицам. Следствием отчуждения переживаний является уверенность в ошибочности онкологического диагноза с отказом от необходимых инвазивных методов обследования, необходимого оперативного лечения [11].

Транзиторные нарушения самосознания наблюдаются при хирургическом лечении тяжелых нарушений ритма и проводимости сердца методом постоянной электрокардиостимуляции. После имплантации электрокардиостимулятора у значительной части больных отмечается трудно вербализуемое, неопределенное чувство отличия своего нынешнего «я» от прежнего, доблезненного «я». Больные сравнивают себя с роботами, киборгами [4].

**Аддиктивные расстройства.** Деперсонализационные расстройства отмечаются на фоне интоксикации целым рядом психоактивных веществ – каннабиноидов, психостимуляторов (эфедрон, первитин, кетамин), галлюциногенов (ЛСД, сальварин) [3, 7]. Деперсонализационные нарушения в наркологической практике являются компонентом сложного психопатологического синдрома интоксикационного генеза. Симптоматика деперсонализации на фоне измененного состояния сознания, как правило, сочетается с аффективными нарушениями, обманами восприятия, бредовыми идеями. Как правило, деперсонализационные нарушения сопровождаются субъективным ускорением, реже замедлением скорости течения времени. На фоне интоксикации различными психоактивными веществами могут наблюдаться практически все клинические варианты деперсонализации и дереализации. Наибольшим разнообразием нарушения самосознания характеризуются при употреблении каннабиноидов и галлюциногенов. Курение марихуаны и гашиша, как правило, сопровождается гиперпатическим вариантом аллопсихической деперсонализации. Изменяется восприятие цветовых и звуковых характеристик окружающей действительности. Достаточно часто наблюдается переживание «необычного чувства»

«особой легкости тела». На высоте интоксикации могут наблюдаться сложные нарушения самосознания, обладающие признаками деперсонализации отчуждения и расщепления – с переживанием раздвоения на двух человек «один из которых думает и действует, а другой наблюдает за ним со стороны».

ЛИТЕРАТУРА

1. Доброхотова Т.А. Нейропсихиатрия. 2006. 304 с.
2. Дубницкая Э.Б. Аффективные расстройства. Пограничная психическая патология в общемедицинской практике. М., 2000. С. 5–20.
3. Дьяконов А.Л. Еще раз о деперсонализации. Ярославль, 2007. 164 с.
4. Крылов В.И. Психические нарушения у больных с имплантированными электрокардиостимуляторами // Журнал невропатол. и психиатр. им. С.С. Корсакова. 1989. № 2. С. 62–66.
5. Крылов В.И. Навязчивые состояния: тревожно-фобические и обсессивно-компульсивные расстройства. Ростов-на-Дону, 2016. 300 с.
6. Личко А.Е. Подростковая психиатрия. Руководство для врачей. 2-е изд.- Л., 1985. 416 с.
7. Меграбян А.А. Деперсонализация. Ереван, 1962. 355 с.
8. Нуллер Ю.Л., Михайленко И.И. Аффективные психозы. Л., 1988. 204 с.
9. Психопатологические критерии диагностики депрессии. Методические рекомендации. (под ред. О.П. Вертоградовой). М., 1980. 20 с.
10. Смудевич А.Б. Лекции по психосоматике. М., 2014. 352 с.
11. Смудевич А.Б. Малопрогрессирующая шизофрения. М., 2009. 255 с.
12. Спивак Л.И., Спивак Д.Л., Вистрольд К. Психические феномены у здоровых женщин при физиологических родах // Обозр. психиатр. и мед. психолог. им. В.М.Бехтерева. 1994. № 1. С. 21–29.
13. Снежневский А.В. Общая психопатология: курс лекций. М., 2001. 208 с.
14. Тиганов А.С. Общая психопатология: курс лекций. М., 2008. 127 с.
15. Циркин С.Ю. Аналитическая психопатология. 3-е изд. М., 2012. 287 с.
16. Цыганков Б.Д., Овсянников С.А. Психиатрия. Основы клинической психопатологии. М., 2007. 336 с.
17. Huber G. Psychiatrie. Lehrbuch für Studium und Weiterbildung. //Schattauer. 2004. №1. P. 66–69.
18. Kassano G., Petracca A, Peruge J. et al. Derealization and panic attacks: a clinical evaluation on 150 patients with panic disorder and agoraphobia // Compr. Psychiatry. 1989. Vol. 30(1). P. 5–12.

19. Segni J., Margues M., Margues M. et al. Depersonalization in panic disorder: a clinical study // Compr. Psychiatry. 2000. Vol. 41(3). – P. 172–178.
20. Torch E. Review of the relationship between obsession and depersonalization // Acta Psychiatr. Scand. 1978. Vol. 58(2). P. 191–198.

REFERENCES

1. Dobrokhotova T.A. *Neiropsikhiatriya*. 2006. 304 p. (in Russian)
2. Dubnitskaya E.B. *Affektivnye rasstroistva. Pogranichnaya psikhicheskaya patologiya v obshchemeditsinskoi praktike*. Moscow, 2000. pp. 5–20. (in Russian)
3. D'yakonov A.L. *Eshche raz o depersonalizatsii*. Yaroslavl, 2007. 164 p. (in Russian)
4. Krylov V.I. *Zhurnal nevropatol. i psikiatr. im. S.S. Kor-sakova*. 1989. № 2. pp. 62–66. (in Russian)
5. Krylov V.I. *Navyazchivye sostoyaniya: trevozhno-fobicheskie i obsessivno-kompul'sivnye rasstroistva*. Rostov-on-Don, 2016. 300 p. (in Russian)
6. Lichko A.E. *Podrostkovaya psikiatriya. Rukovodstvo dlya vrachei*. 2-e izd. Leningrad, 1985. 416 p. (in Russian)
7. Megrabyan A.A. *Depersonalizatsiya*. Erevan, 1962. 355 p. (in Russian)
8. Nuller Yu.L., Mikhailenko I.I. *Affektivnye psikhozy*. Leningrad, 1988. 204 p. (in Russian)
9. *Psikhopatologicheskie kriterii diagnostiki depressii. Metodicheskie rekomendatsii*. (pod red. O.P. Vertogradovoi). Moscow, 1980. 20 p. (in Russian)
10. Smulevich A.B. *Lektsii po psikhosomatike*. Moscow, 2014. 352 p. (in Russian)
11. Smulevich A.B. *Maloprogredientnaya shizofreniya*. Moscow, 2009. 255 p. (in Russian)
12. Spivak L.I., Spivak D.L., Vistol'd K. *Obozr. psikiatr. i med. psikholog. im. V.M. Bekhtereva*. 1994. № 1. pp. 21–29. (in Russian)
13. Snezhnevskii A.V. *Obshchaya psikhopatologiya: kurs lektsii*. Moscow, 2001. 208 p. (in Russian)
14. Tiganov A.S. *Obshchaya psikhopatologiya: kurs lektsii*. Moscow, 2008. 127 p. (in Russian)
15. Tsirkin S.Yu. *Analiticheskaya psikhopatologiya*. 3-e izd. Moscow., 2012. 287 p. (in Russian)
16. Tsygankov B.D., Ovsyannikov S.A. *Psikiatriya. Osnovy klinicheskoi psikhopatologii*. Moscow, 2007. 336 p. (in Russian)

Поступила 13.06.19.