DOI: 10.23888/PAVLOVJ201826170-85

ДЕПЕРСОНАЛИЗАЦИЯ И ПСИХОСЕНСОРНЫЕ РАССТРОЙСТВА У ЛИЦ МОЛОДОГО ВОЗРАСТА, НЕ ОБРАЩАЮЩИХСЯ ЗА ПОМОЩЬЮ К ПСИХИАТРУ (РАСПРОСТРАНЕННОСТЬ, КЛИНИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ И СИСТЕМАТИКА)

© В.В. Руженкова, В.А. Руженков, А.А. Быкова, М.А. Колосова

Белгородский государственный национальный исследовательский университет,
г. Белгород, Россия

Актуальность исследования деперсонализации обусловлена высокой частотой встречаемости данного феномена у лиц юношеского и молодого возраста как в клинической структуре психических расстройств, так и в рамках психологического защитного механизма у психически здоровых. Остается нерешенным вопрос о границах деперсонализации, не существует единой точки зрения относительно синдромологической принадлежности, неоднозначна ее оценка как продуктивного или негативного расстройства. ***Цель исследования*** – верификация распространенности и клинической структуры деперсонализационных симптомов у лиц молодого возраста. ***Материалы и методы.*** Обследована сплошная выборка, состоящая из 96 студентов медиков в возрасте от 18 до 23 (19±1,2) лет, из них 28 (29%) человек мужского пола. Применялись медико-социологический, клинико-психопатологический, психометрический и статистический методы. ***Результаты.*** Деперсонализационные симптомы выявлены у 94% обследованных; у лиц женского пола в 96% и мужского – 89% случаев. Среди феноменов аутопсихической деперсонализации выделены отдельные ее формы по сферам психики – эффекторно-волевой, сфере мышления и самосознания (кроме выделенной ранее деперсонализации в сфере эмоций – «патологическое бесчувствие»). Обоснованность их выделения подтверждена кластерным анализом. Наряду с деперсонализационными расстройствами, более чем в половине случаев встречались разнообразные психосенсорные расстройства. ***Заключение.*** Таким образом, феномены деперсонализации и разнообразные психосенсорные расстройства широко распространены среди лиц юношеского возраста без явных психических расстройств при отсутствии гендерной предпочтительности. Терапия показана в случаях препятствия социальному функционированию и коморбидности с тревогой и депрессией.

Ключевые слова*: деперсонализация, психосенсорные расстройства, тревога, депрессия.*

DOI: 10.23888/PAVLOVJ201826170-85

DEPERSONALIZATION AND PSYCHOSENSORY DISORDERS AMONGST YOUNG PEOPLE WHO DO NOT SEEK PSYCHIATRIC HELP APPEAL FOR PSYCHIATRYSTS (PREVALENCE, CLINICAL FEATURES AND CLASSIFICATION)

V.V. Ruzhenkova, V.A. Ruzhenkov, A.A. Bykova, M.A. Kolosova

Belgorod State National Research University,
Belgorod, Russia

The importance of this study is justified by the high occurance frequency of this phenomenon amongst young people in the clinical structure of mental disorders and as well as in the framework of psychological defense mechanisms in psychiatrically healthy population. The question of the limits of depersonalization remains unresolved, as there is no single point of view regarding the syndromological affiliation, rendering it ambiguous to evaluate it as a productive or negative disorder. ***Aim.*** This study was aimed at verifying the prevalence and clinical structure of depersonalization symptoms amongst young people. ***Materials and Methods.*** A continuous sample consisting of 96 medical students – 68 (71%) female and 28 (29%) male, from 18 to 23 (19±1.2) years was studied using medico-social, clinico-psychopathological, psychometric and statistical methods. ***Results.*** Depersonalization symptoms were found amongst 94% of respondents. Different forms of autopsychic depersonalization were identified in the different psyche spheres – effector-volitional sphere, thinking and self-awareness (except the depersonalization in emotional sphere – «pathological insensitivity», which were previously identified). The validity of their separation was confirmed by cluster analysis. Along with depersonalization disorders, in more than half of the cases, a variety of psychosensory disorders were observed. ***Conclusions.*** Depersonalization phenomena along with various psychosensory disorders are widespread amongst adolescents without obvious mental disorders or gender preference. Therapy is useful if depersonalization obstructs social functioning and coupled with anxiety and depression.

Keywords: *depersonalization, psychosensory disorders, anxiety, depression.*

Деперсонализационные расстройства наблюдаются практически при всех психических заболеваниях, эпилепсии, при пограничных состояниях, а также в легкой и кратковременной форме у психически здоровых людей при эмоциональных нагрузках, соматических заболеваниях, после родов [1]. У пациентов, употребляющих курительные смеси, содержащие каннабиоиды («спайсы»), в состоянии токсического опьянения наряду с прочими обнаруживаются симптомы де-

DOI: 10.23888/PAVLOVJ201826170-85

реализации и деперсонализации [2]. При синдроме артериальной гипертензии у ряда пациентов [3] также наблюдалось пароксизмальное возникновение синдрома дереализации, клинически проявляющегося «ощущением нечеткости окружающего», «искажением пространственных очертаний, контуров», «ощущением незнакомости окружающего».

К деперсонализации относят как неврозоподобные, так и психотические расстройства, что связано с особым, промежуточным ее положением в когорте психопатологических синдромов [4]. Деперсонализацию, психосенсорные расстройства, состояния «уже виденного» и «никогда не виденного» [5] относят к расстройствам восприятия. Другие авторы [6] психосенсорные расстройства причисляют к рецепторным расстройствам, деперсонализацию – к расстройствам самосознания [7] или к комплексу психологических защит на острый эмоциональный стресс [8,9].

Что касается распространенности деперсонализации, то по оценке DSM-V [10], половина всех взрослых испытали, по крайней мере, один эпизод деперсонализации или дереализации. Однако, постоянные или повторяющиеся эпизоды, испытывает менее 2% взрослого населения. Средний возраст начала составляет 16 лет, хотя симптомы могут появиться в детстве [10]. Имеются данные [11], что 97% всех опрошенных психически здоровых хотя бы раз в жизни испытывали *déjà vu*. Наиболее часто этот феномен встречается у молодых людей не зависимо от пола [12], дебютирует в 6-7 лет и имеет несколько возрастных пиков: в подростковом возрасте и около 40 лет [13,14].

Систематика деперсонализации [6], предложенная K. Haug: аутопсихическая, соматопсихическая и аллопсихическая, не полностью удовлетворяет клиницистов [4]. До настоящего времени не решен вопрос о границах этого феномена, не существует единой точки зрения относительно синдромологической принадлежности, не однозначна ее оценка как продуктивного или негативного расстройства. Кроме того, отсутствует общепризнанная классификация деперсонализации [4].

В DSM-V «Деперсонализационное расстройство» (300.6) относится к диссоциативным расстройствам, а в МКБ-10 (F48.1) – отнесено в раздел «F4» Невротические, связанные со стрессом и соматоформные расстройства» – F48 – «Другие невротические расстройства» и выделено в отдельную рубрику – «Синдром деперсонализации-дереализации».

Деперсонализация имеет тенденцию к затяжному течению (продолжительность составляет многие месяцы, и даже годы) и характеризуются высокой терапевтической резистентностью [5].

Цель исследования – верификация распространенности и клинической структуры деперсонализационных симптомов у лиц юношеского возраста для разработки рекомендаций по профилактике и решения вопроса необходимости терапии.

Материалы и методы

В течение 2016 г. обследована сплошная выборка, состоящая из 96 русскоговорящих студентов-медиков в возрасте от 18 до 23 (19±1,2) лет, из них 28 (29%) человек мужского пола. Все обследуемые дали письменное добровольное информированное согласие на участие в исследовании. Исследование одобрено

DOI: 10.23888/PAVLOVJ201826170-85

Этическим комитетом Медицинского института НИУ «БелГУ».

Основными методами исследования были:

1) Медико-социологический (анонимное анкетирование при помощи авторской анкеты, включающей социально-демографический и клинический разделы).

2) Клинико-психопатологический (выявление деперсонализации).

3) Психометрический: Госпитальная шкала тревоги и депрессии (HADS), симптоматический опросник SCL-90-R.

4) Статистический: описательная статистика, критерий χ^2 с поправкой Йетса для таблиц сопряженности 2x2, корреляционный (коэффициент ранговой корреляции Спирмена) и кластерный анализ при помощи пакета прикладных статистических программ Statistica 6.

Результаты и их обсуждение

Наличие симптомов деперсонализации в анамнезе выявлено у 90 (94%) студентов, в том числе среди 65 лиц (96%) женского и 25 (89%) – мужского пола, что позволяет говорить об их широкой распространенности в популяции. При этом, сам феномен деперсонализации остается малоизученным [15].

Несмотря на сложность осознания и трудности вербализации переживаний деперсонализации, клинико-психопатологический анализ позволил выделить в рамках аутопсихической деперсонализации четыре ее типа (табл. 1).

Таблица 1

Клиническая структура деперсонализационных симптомов у студентов-медиков

№ п/п	Тип деперсонализации	Мужчины		Женщины		Всего	
		n	%	n	%	n	%
1	Аутопсихическая						
1.1	Аффективной сферы	7	25,0	29	43,0	36	37,0
1.2	Сферы мышления	11	39,0	28	41,0	39	41,0
1.3	Самосознания (диссоциация)	13	46,0	26	38,0	39	41,0
1.4	Эффекторно-волевой сферы	13	46,4	37	54,4	50	52,1
2	Сомато-психическая	2	7,0	6	9,0	8	8,0
3	Аллопсихическая	21	75,0	49	72,0	70	73,0

I. Аутопсихическая деперсонализация:

- аффективной сферы (анестетическая) – патологическое психическое бесчувствие;
- сферы мышления (ассоциативная) – отчуждение, или ощущение автоматизации мыслительных и речевых актов;

DOI: 10.23888/PAVLOVJ201826170-85

- самосознания (диссоциативная) – утрата единства собственного Я, сопровождающееся затруднением при социальных контактах. Сознание «раздваивается», появляется второе «Я», которое существует одновременно, действует как бы изолированно, автономно;
- эффекторно-волевая – чувство отчуждения волевой и двигательной деятельности.

II. Соматопсихическая – изменение восприятия собственного тела, утрата чувственной яркости и отчуждение определенных физиологических процессов, например, отчуждение сна, отсутствие чувства удовлетворенности после еды или опорожнения кишечника.

III. Аллопсихическая (дереализация) – состояние, при котором окружающий мир воспринимается неотчетливо, неясно, как нечто бесцветное, призрачное, застывшее, безжизненное, нереальное; утрачивается чувственное восприятие предметов и окружающих лиц.

Кластерный анализ (рис. 1) подтвердил правильность выделения нами типов деперсонализации.

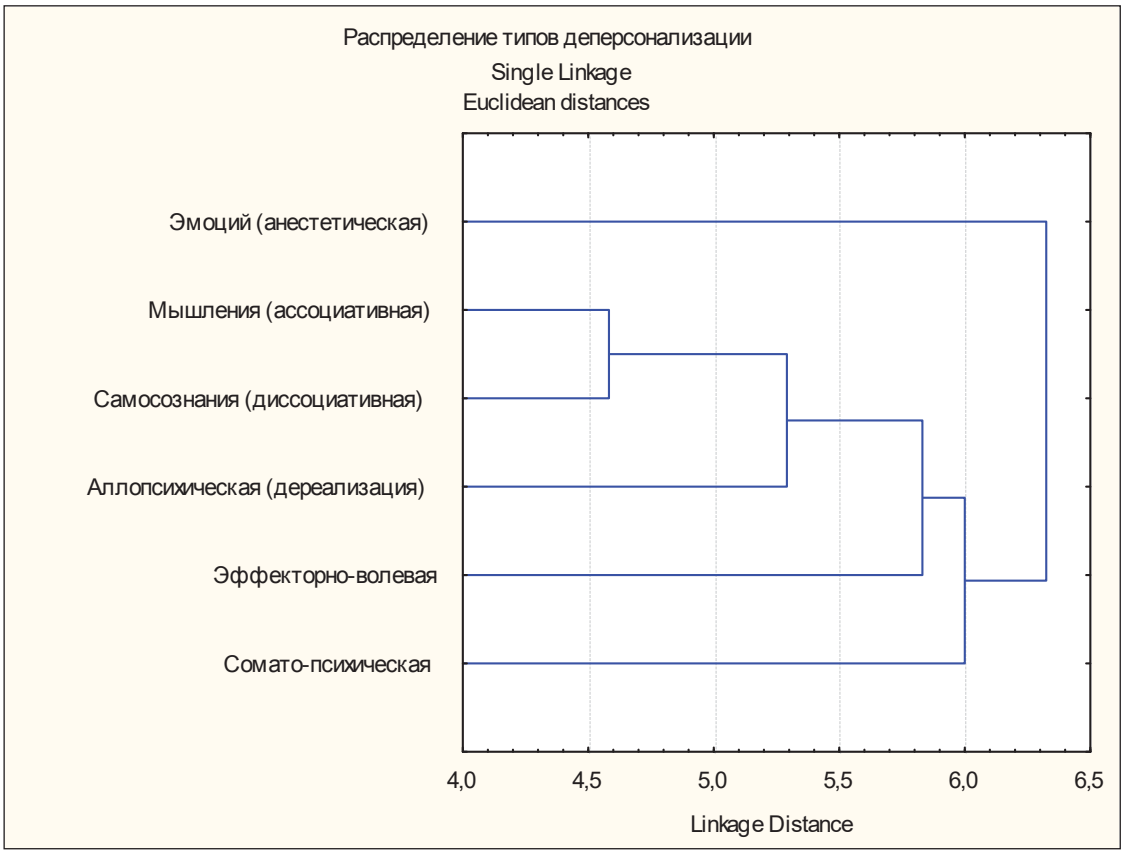

Рис. 1. Кластерный анализ симптомов деперсонализации

DOI: 10.23888/PAVLOVJ201826170-85

Изучение стереотипа развития деперсонализационных феноменов показало следующее. Приступообразно феномены деперсонализации возникали у 64 (71%) студентов, а постепенно, исподволь – у 26 (29%). После постепенного возникновения деперсонализация удерживалась на протяжении 1 года и более у 7 (7,8%) человек. Состояния, в которых возникали феномены деперсонализации, представлены в таблице 2, продолжительность существования феноменов деперсонализации – в таблице 3.

Таблица 2

Состояния, в которых возникали феномены деперсонализации

№ п/п	Характеристика состояния	n	%
1	Обычное	31	35,0
2	На фоне просыпания или засыпания	14	15,0
3	В алкогольном опьянении	4	4,0
4	При простуде	5	6,0
5	В состоянии стресса	12	13,0
6	При сильной усталости и недосыпании	24	27,0
ИТОГО		90	100,0

Таблица 3

Продолжительность феноменов деперсонализации

№ п/п	Длительность феномена	n	%
1	Несколько секунд	19	21,1
2	До 10 минут	22	24,4
3	От 10 минут до 1 часа	13	14,5
4	От 1 часа до 6 часов	7	7,8
5	От 6 до 24 часов	5	5,6
6	От 1 суток до 1 недели	11	12,2
7	От 1 недели до 1 месяца	2	2,2
8	До 1 года и более	7	7,8
9	Не ответили на вопрос	4	4,0
ИТОГО		90	100,0

DOI: 10.23888/PAVLOVJ201826170-85

Как видно из таблицы 3, продолжительность феноменов деперсонализации была различной – от нескольких секунд до года и более. Это связано с различным механизмом формирования и состояниями, в которых возникала деперсонализация. Установлено, что более чем в половине случаев деперсонализационные феномены возникали у обследуемых до 3 раз в год (табл. 4). Только в 5% случаев они возникали ежедневно.

Эмоции, которые испытывали студенты в момент появления феноменов деперсонализации, представлены в таблице 5.

Таблица 4

Частота возникновения феноменов деперсонализации

№ п/п	Частота	n	%
1	От 1 до 3 раз в год	46	52,0
2	От 4 до 12 раз в год	19	21,0
3	От 1 до 4 раз в месяц	10	11,0
4	Ежедневно, несколько раз в день	5	5,0
5	Непрерывно в течение 1 года	7	8,0
6	Не ответили на вопрос	3	3,0
ИТОГО		90	100,0

Таблица 5

Эмоциональные переживания, вызванные деперсонализацией

№ п/п	Эмоциональное состояния	n	%
1	Равнодушие	30	33,0
2	Тревога, страх	14	16,0
3	Недоумение	16	18,0
4	Интерес	11	12,0
5	Злость, раздражение	6	7,0
6	Не ответили на вопрос	13	14,0
ИТОГО		90	100,0

DOI: 10.23888/PAVLOVJ201826170-85

Анализ эмоциональных переживаний, вызванных деперсонализацией, показал, что наиболее часто (33,0%) студенты испытывали к ним равнодушие. Это связано с частым возникновением и эгосинтонностью деперсонализации. В таком же числе случаев возникали тревога, страх и недоумение. Эти состояния квалифицировались определенной пароксизмальностью и носили в некоторой степени признаки психосенсорных расстройств.

Изучение критичности обследуемых в момент возникновения феномена деперсонализации показало следующее:

- 42,7% – понимали, что происходит что-то необычное;
- 41,7% – воспринимали происходящее как обычное для них явление, в силу частоты возникновения и эгосинтонности данного явления;
- 15,6% – не смогли определиться с ответом.

Большинство обследуемых (70,8%) в момент переживания деперсонализации воспринимали свое «Я» целостно, 11,5% – «теряли связь с реальностью» и 17,7% – «чувствовали измененность собственного Я».

Таким образом, менее чем в половине случаев описываемые феномены деперсонализации можно квалифицировать в соответствии с МКБ-10 как «синдром деперсонализации-дереализации» (F48.1). Эти состояния чаще возникали у лиц с расстройством личности (продолжительность до 1 года и более), невротическим развитием, невротическими и связанными со стрессом расстройствами. В силу продолжительности существования данных феноменов они становились субъективно воспринимаемой личностной чертой – принимали характер эгосинтоности. В ряде случаев указанные феномены хотя и доставляли обследуемым некоторые неудобства, но не приводили к значительным затруднениям в социальном функционировании.

Кроме феноменов деперсонализации у значительного числа студентов имели место разнообразные психосенсорные расстройства (табл. 6).

Как видно из таблицы 6, наиболее часто у обследуемых наблюдались феномены «уже виденного», «никогда не виденного», «ранее слышанного» и ощущения, что «переживаемое в настоящем, уже было в прошлом». Гендерных различий не выявлено. Эти результаты совпадают с данными зарубежных исследований [14,16].

Шкала HADS показала, что на период обследования у 43,7% студентов наблюдалась тревога: у 16,7% – клинического и у 27% – субклинического уровня. В остальных 56,3% случаев квалифицировалось состояние без тревоги. Изучение распределения феноменов деперсонализации в зависимости от выраженности тревоги не выявило различий: при клиническом уровне тревоги деперсонализация встречалась в 93,8% случаев, при субклиническом – в 92,3% и при отсутствии тревоги – в 94,4%.

У 3,1% студентов наблюдался клинический уровень депрессии, у 12,5% – субклинический и в остальных 84,4% депрессия отсутствовала. При этом, деперсонализация была выявлена у 66,7% обследованных с клиническим уровнем депрессии, у 91,7% – при субклиническом и в 93,8% случаев при отсутствии депрессии. Данный факт свидетельствует о широком распространении феномена деперсонализации у лиц юношеского возраста, не обнаружи-

DOI: 10.23888/PAVLOVJ201826170-85

Таблица 6

Распространенность и клиническая структура психосенсорных расстройств у студентов медиков

№ п/п	Типология психосенсорного расстройства	Пол				Всего	
		мужской		женский			
		n	%	n	%	n	%
1	«*Déjà vu*» – «уже виденное»	21	75,0	54	79,4	75	78,1
2	«*Jamais vu*» – «никогда не виденное»	24	85,7	61	89,7	85	88,5
3	«*Déjà entendu*» – «ранее слышанное»	18	64,3	44	64,7	62	64,6
4	«*Jamais entendu*» – «не слышанное ранее»	3	10,7	8	11,8	11	11,5
5	«*Déjà vecu*» – «переживаемое в настоящем, было в прошлом»	19	67,9	40	58,8	59	61,5
6	«*Jamais vecu*» – «привычная ситуация осознается как возникшая впервые»	4	14,3	8	11,8	12	12,5
7	«*Déjà epruve*» – «ощущение, что события, в которых участвует впервые, ранее уже происходили»	11	39,3	26	38,2	37	38,5

вающих клинически выраженных психических расстройств. С нашей точки зрения, это может свидетельствовать о том, что деперсонализация возникает вначале как психологически защитный феномен при стрессовых и конфликтных ситуациях, а в последующем, в случае развития психопатологической симптоматики входит в структуру ведущих синдромов. Симптоматический опросник SCL-90-R показал, что степень выраженности «Соматизации» была в диапазоне от очень низкого до низкого (табл. 7). Уровень выраженности тревоги, обсессивности, депрессии и межличностной сенситивности, параноильности и враждебности был в диапазоне от очень низкого до среднего уровня. При этом переживаемый дистресс определялся как среднего уровня.

DOI: 10.23888/PAVLOVJ201826170-85

Корреляционный анализ выявил значимые прямые корреляционные связи деперсонализации со шкалами опросника SCL-90-R (табл. 8).

При всех вариантах деперсонализации имеются слабые корреляционные зависимости с психотизмом и паранояльностью.

Кроме того, корреляционные зависимости выявлены и с индексом симптоматического дистресса PSDI и индексом тяжести симптомов GSI. Сказанное позволяет заключить, что наличие симптомов деперсонализации свидетельствует о наличии дистресса и высоком риске развития психических расстройств.

Таблица 7

Степень выраженности симптомов опросника SCL-90-R

Симптомы опросника SCL-90-R	M	σ	Me	Процентили	
				10%	90%
Соматизация	0,74	0,59	0,60	0,10	1,40
Тревога	0,79	0,83	0,50	0,00	2,10
Обсессивность	1,05	0,77	1,00	0,20	2,20
Депрессия	0,88	0,73	0,70	0,10	2,10
Межличностная сенситивность	1,0	0,75	0,90	0,10	2,10
Психотизм	0,33	0,42	0,20	0,00	0,90
Паранояльность	0,73	0,66	0,60	0,00	1,70
Враждебность	0,71	0,70	0,50	0,00	2,00
Фобическая тревожность	0,23	0,44	0,00	0,00	0,70
Общий индекс тяжести симптомов (GSI)	0,72	0,52	0,65	0,10	1,50
Индекс наличного симптоматического дистресса (PSDI)	1,62	0,48	1,50	1,10	2,30
Общее число утвердительных ответов (PST)	37,4	19,2	39,0	10,0	60,0

DOI: 10.23888/PAVLOVJ201826170-85

Таблица 8

Корреляционные связи деперсонализации со шкалами опросника SCL-90-R

№ п/п	Корреляционные пары		r	p<
	Тип деперсонализации	Тип психического расстройства		
1	Деперсонализация (*наличие*)	Психотизм	0,25	0,01
		Параноядльность	0,23	0,02
2	Анестетическая	Враждебность	0,30	0,003
3	Ассоциативная	Тревога	0,39	0,00006
		Депрессия	0,33	0,001
		Соматизация	0,29	0,005
		Психотизм	0,38	0,0002
		Фобическая тревожность	0,45	0,000004
		Индекс тяжести симптомов GSI	0,42	0,00002
		Индекс симптоматического дистресса PSDI	0,37	0,0002
4	Эффекторно-волевая	Психотизм	0,30	0,004
		Параноядльность	0,33	0,001
5	Сомато-психическая	Психотизм	0,30	0,004
		Параноядльность	0,28	0,005
6	Диссоциативная	Обсессивность	0,25	0,02
		Депрессия	0,31	0,002
		Межличностная сенситивность	0,37	0,0002
		Психотизм	0,33	0,0009
		Параноядльность	0,23	0,02
		Индекс тяжести симптомов GSI	0,35	0,0005
		Индекс симптоматического дистресса PSDI	0,29	0,004
7	Аллопсихическая (дереализация)	Психотизм	0,33	0,001
		Параноядльность	0,26	0,01
		Враждебность	0,34	0,0009
		Фобическая тревожность	0,25	0,01
		Индекс тяжести симптомов GSI	0,31	0,002
		Индекс симптоматического дистресса PSDI	0,24	0,02

DOI: 10.23888/PAVLOVJ201826170-85

Заключение

Проведенное исследование показало, что деперсонализационные симптомы (в широком понимании определения) в то или иное время выявлялись у 94% обследованных: у лиц женского пола в 96% случаев, мужского – 89%. Среди феноменов аутопсихической деперсонализации выделены отдельные ее формы по сферам психики (кроме выделенной ранее деперсонализации в сфере эмоций – «патологическое бесчувствие», описаны деперсонализационные феномены в эффекторно-волевой сфере, мышлении и самосознании). Обоснованность их выделения подтверждена кластерным анализом. Наряду с деперсонализационными расстройствами, более чем в половине случаев встречались разнообразные психосенсорные расстройства.

Предпочтительность корреляционных зависимостей деперсонализации с психотизмом и паранояльностью, а также с индексом симптоматического дистресса PSDI и индексом тяжести симптомов GSI позволяет заключить, что наличие симптомов деперсонализации свидетельствует о наличии дистресса и, следовательно, высоком риске развития психических расстройств. Терапия требуется в случаях препятствия социальному функционированию и коморбидности с тревогой и депрессией.

Литература

1. Нуллер Ю.Л. Депрессия и деперсонализация. Л: Медицина, 1981.

2. Припутневич Д.Н., Будневский А.В., Чайкина Н.Н., и др. Распространенность депрессивных расстройств у пациентов, употребляющих синтетические каннабиоиды // Прикладные информационные аспекты медицины. 2016. Т. 19, №1. С. 90-93.

3. Глущенко В.В., Яковлев В.Н. Варианты синдрома дереализации при артериальной гипертензии // Ученые записки Санкт-Петербургского государственного медицинского университета имени академика И.П. Павлова. 2011. Т. 18, №4. С. 104-106.

4. Басова А.Я. Бредовая деперсонализация (варианты, динамика, коморбидность). Дис. … канд. мед. наук. М., 2008. Доступно по: https://dlib.rsl.ru/viewer/01003458766#?page=1. Ссылка активна на 17 октября 2017.

5. Королева Е.Г., Василенко О.И. Деперсонализация-дереализация в рамках невротического расстройства. Случай из практики // Журнал Гродненского государственного медицинского университета. 2011. №2. С. 69-70.

6. Морозов Г.В., Шуйский Н.Г. Введение в клиническую психиатрию (пропедевтика в психиатрии). Н. Новгород: Издательство НГМА, 1998.

7. Ганзин И.В. Нарушение самосознания при тревожно-фобических расстройствах // Ученые записки: электронный научный журнал Курского государственного университета. 2015. Т. 36, №4. Доступно по: http://www.scientific-notes.ru/pdf/041-026.pdf. Ссылка активна на 15 октября 2017.

DOI: 10.23888/PAVLOVJ201826170-85

8. Богданова М.В., Городовых Э.В. Деперсонализация как защитно-адаптационный механизм, направленный на сохранение эго-идентичности // Педагогическое образование в России. 2015. №11. С. 61-65.

9. Medford N., Sierra M., Baker D., et al. Understanding and treating depersonalisation disorder // Advances in Psychiatric Treatment. 2005. Vol. 11. P. 92-100.

10. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 5th ed. Arlington: American Psychiatric Association, 2013.

11. Власов П.Н., Червяков А.В., Ураков С.В., и др. Диагностическое значение феномена дежавю в клинике глиальных опухолей головного мозга // Неврология, нейропсихиатрия, психосоматика. 2011. Т. 5, №3. С. 36-40.

12. Neppe V.M. The concept of déjà vu // Parapsychology Journal of South Africa. 1983. Vol. 4. P. 1-10.

13. Рыбин Д.Н. Ценностно-смысловая детерминация феномена дереализации: дис. ... канд. психол. наук. Барнаул, 2005. Доступно по: https://dlib.rsl.ru/viewer/01002900566#?page=1. Ссылка активна на 15 октября 2017.

14. Brown A.S. A review of the deja vu experience // Psychologic Bull. 2003. Vol. 129. P. 394-413.

15. Богданова М.В., Городовых Э.В. Защитная функция деперсонализации в системе жизнеобеспечения личности // Вестник Тюменского государственного медицинского университета. 2012. №9. С. 169-174.

16. Sno H.N., Linszen D.H. The deja experience: remembrance of things past? // Am. J. Psychiatry. 1990. Vol. 147. P. 1587-1595.

References

1. Nuller JuL. *Depressija i depersona-lizacija.* Leningrad: Medicina; 1981. (In Russ).

2. Priputnevich DN, Budnevskij AV, Chajkina NN, et al. Rasprostranennost' depressivnyh rasstrojstv u pacientov, upotrebljajushhih sinteticheskie kannabioidy. *Prikladnye informacionnye aspekty mediciny*. 2016; 19(1):90-3. (In Russ).

3. Glushhenko VV, Jakovlev VN. Varianty sindroma derealizacii pri arterial'noj gipertenzii. *Uchenye zapiski Sankt-Peterburgskogo gosudarstvennogo medicinskogo universiteta imeni akademika IP Pavlova.* 2011; 4(18):104-6. (In Russ).

4. Basova AJa. *Bredovaja depersonalizacija (varianty, dinamika, komorbidnost')* [dissertation]. Moscow; 2008. Available at: https://dlib.rsl.ru/viewer/01003458766#?page=1. Accessed: 17 Oct 2017. (In Russ).

5. Koroleva EG, Vasilenko OI. Depersonalizacija-derealizacija v ramkah nevroticheskogo rasstrojstva. Sluchaj iz praktiki. *Zhurnal Grodnenskogo gosudarstvennogo medicinskogo universiteta*. 2011; 2:69-70. (In Russ).

6. Morozov GV, Shujskij NG. *Vvedenie v klinicheskuju psihiatriju (propedevtika v psihiatrii).* N. Novgorod: Izdatel'stvo NGMA; 1998. (In Russ).

DOI: 10.23888/PAVLOVJ201826170-85

7. Ganzin IV. Narushenie samosoznanija pri trevozhno-fobicheskih rasstrojstvah *Uchenye zapiski: jelektronnyj nauchnyj zhurnal Kurskogo gosudarstvennogo universiteta*. 2015;36(4). Available at: http://www. scientific-notes.ru/pdf/041-026.pdf. Accessed: 15 Oct 2017. (In Russ).

8. Bogdanova MV, Gorodovyh JeV. Depersonalizacija kak zashhitno-adaptacionnyj mehanizm, napravlennyj na sohranenie jego-identichnosti. *Pedagogicheskoe obrazovanie v Rossii*. 2015; 11:61-5. (In Russ).

9. Medford N, Sierra M, Baker D, et al. Understanding and treating depersonalisation disorder. *Advances in Psychiatric Treatment*. 2005; 11:92-100.

10. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders.* 5th ed. Arlington: American Psychiatric Association; 2013.

11. Vlasov PN, Chervjakov AV, Urakov SV, et al. Diagnosticheskoe znachenie fenomena dezha vju v klinike glial'nyh opuholej golovnogo mozga. *Nevrologija, nejropsihiatrija, psihosomatika*. 2011; 5(3):36-40. (In Russ).

12. Neppe VM. The concept of déjà vu. *Parapsychology Journal of South Africa.* 1983; 4:1-10.

13. Rybin DN. *Cennostno-smyslovaja determinacija fenomena derealizacii* [dissertation]. Barnaul; 2005. (in Russ).

14. Brown AS. A review of the deja vu experience. *Psychologic Bull*. 2003;129:394-413.

15. Bogdanova MV, Gorodovyh JeV. Zashhitnaja funkcija depersonalizacii v sisteme zhizneobespechenija lichnosti. *Vestnik Tjumenskogo gosudarstvennogo medicinskogo universiteta.* 2012; 9:169-74. (In Russ).

Sno HN, Linszen DH. The deja experience: remembrance of things past? *Am J Psychiatry*. 1990; 147:1587-95.

Дополнительная информация
[Additional Info]

Конфликт интересов. Авторы декларируют отсутствие явных и потенциальных конфликтов интересов, о которых необходимо сообщить, в связи с публикацией данной статьи. [**Conflict of interests**. The authors declare no actual and potential conflict of interests which should be stated in connection with publication of the article.]

DOI: 10.23888/PAVLOVJ201826170-85

Информация об авторах
[Authors Info]

Руженкова В.В. – к.м.н., доцент кафедры психиатрии, наркологии и клинической психологии ФГАОУ ВО «Белгородский государственный национальный исследовательский университет», г. Белгород, Российская Федерация. [**Ruzhenkova VV.** – PhD., Associate Professor of the Department of Psychiatry, Narcology and Clinical Psychology, Belgorod State National Research University, Belgorod, Russian Federation.]
SPIN 8424-7632,
ORCID ID 0000-0002-1740-4904.
E-mail: ruzhenkova@bsu.edu.ru

Руженков В.А. – д.м.н., профессор, заведующий кафедрой психиатрии, наркологии и клинической психологии ФГАОУ ВО «Белгородский государственный национальный исследовательский университет», г. Белгород, Российская Федерация. [**Ruzhenkov VA.** – MD, Grand PhD, Professor, Head of the Department of Psychiatry, Narcology and Clinical Psychology, Belgorod State National Research University, Belgorod, Russian Federation.]
SPIN 1274-7247,
ORCID ID 0000-0002-6903-9697.
E-mail: ruzhenkov@bsu.edu.ru

Быкова А.А. – студентка 6 курса Медицинского института ФГАОУ ВО «Белгородский государственный национальный исследовательский университет», г. Белгород, Российская Федерация. [**Bykova AA.** – 6th year student of the Medical Institute, Belgorod State National Research University, Belgorod, Russian Federation.]
SPIN 9491-0917,
ORCID ID 0000-0003-1841-7536.

Колосова М.А. – к.м.н., старший преподаватель кафедры психиатрии, наркологии и клинической психологии ФГАОУ ВО «Белгородский государственный национальный исследовательский университет», г. Белгород, Российская Федерация. [**Kolosova MA.** – PhD., Senior Lecturer of the Department of Psychiatry, Narcology and Clinical Psychology, Belgorod State National Research University, Belgorod, Russian Federation.]
SPIN 3484-7021,
ORCID ID 0000-0002-9748-4907.
E-mail: kolosova@bsu.edu.ru

DOI: 10.23888/PAVLOVJ201826170-85

Цитировать: Руженкова В.В., Руженков В.А., Быкова А.А., Колосова М.А. Деперсонализация и психосенсорные расстройства у лиц молодого возраста, не обращающихся за помощью к психиатру (распространенность, клинические особенности и систематика) // Российский медико-биологический вестник имени академика И.П. Павлова. 2018. Т. 26, №1. С. 70-85. doi: 10.23888/PAVLOVJ201826170-85.

To cite this article: Ruzhenkova VV, Ruzhenkov VA, Bykova AA, Kolosova MA. Depersonalization and psychosensory disorders amongst young people who do not seek psychiatric help appeal for psychiatrysts (prevalence, clinical features and classification). *I.P. Pavlov Medical Biological Herald.* 2018;26(1):70-85. doi: 10.23888/PAVLOVJ 201826170-85.

Принята в печать/Accepted: 31.03.2018